



الجمهورية العربية السورية

وزارة التعليم العالي

جامعة دمشق

كلية الطب البشري

دوافع التعاطي الأول وعلاقته مع الاستمرار بالتدخين خلال الأزمة عند عينة من طلاب كلية الطب البشري  
—جامعة دمشق

**Motivation for first taking and its relationship with continuance of  
smoking during the crisis in sampling of students of Medical colleges  
from Damascus University**

بحث علمي أعد لنيل شهادة الدراسات العليا التخصصية في الأمراض النفسية

أعد في قسم الأمراض الباطنة

إعداد

طالبة الدراسات العليا

مارينا الحجة

برئاسة

أ. د. محمد شحادة آغا

رئيس قسم الأمراض الباطنة

إشراف

أ. د. يوسف لطيفة

رئيس الشعبة النفسية

## المحتويات

### 3..... الدراسة النظرية

- 4..... المقدمة
- 4..... تقييم الاستخدام
- 5..... استخدام التبغ
- 7..... العوامل المسببة لاستمرار المبتدئ بالتدخين
- 9..... العوامل المعززة لدوافع الإقلاع
- 11..... دوافع الاستمرار بالتدخين وعوائق الإقلاع
- 13..... مؤثرات أخرى على سلوك التدخين
- 14..... الاضطرابات النفسية المتعلقة بالتبغ
- 16..... لماذا الوقاية مهمة؟
- 17..... الوقاية من التدخين
- 21..... الإعلان والتأثير الإعلامي
- 22..... خيارات العلاج

### 24..... الدراسة العملية

- 24..... أ- أهداف الدراسة
- 24..... ب- خطوات الدراسة
- 28..... نتائج وتحليل البيانات
- 51..... المناقشة
- 54..... المقترحات والتوصيات

### 55..... الملاحق:

- 55..... استمارة الموافقة المستنيرة للمشاركين في البحث
- 56..... الاستبيانات المطبقة على العينة المدروسة

### 62..... المراجع

# الدراسة النظرية

## المقدمة:

يعد تدخين السجائر السبب الرئيسي للوفاة والقابل للوقاية منه في الولايات المتحدة وأحاء العالم. يعود سبب معظم الوفاة التي يحدثها التدخين لثلاث أسباب أساسية : الأمراض القلبية الوعائية المصلبة ( Cardio Vascular Disease ) ، سرطان الرئة (Lung Cancer)، الأمراض الرئوية السادة والمزمنة (Chronic Obstructive Pulmonary Disease) (2-3).

ويعتبر استخدام التبغ المسؤول عن وفاة حوالي ستة ملايين شخص حول العالم وأكثر من 400 ألف وفاة في الولايات المتحدة سنوياً. إذا استمر التعداد بتزايد فسوف يقتل أكثر من ثمانية ملايين شخص حول العالم كل سنة بحلول 2030 (4).

كما يرفع استخدام التبغ من خطر العديد من الأمراض الحادة والمزمنة من ضمنها السرطانات في مواضع مختلفة من الجسم غير الرئة . يرتبط الإقلاع عن التدخين بفوائد صحية جلية وواضحة ويجب أن يكون الهدف الأساسي للرعاية الصحية (5).

## تقييم الاستخدام:

يستخدم منتجات التبغ من قبل أكثر من 20% من البالغين في الولايات المتحدة، وذلك اعتماداً على التقرير الأولي لدراسة طولانية كبيرة من عام 2013 حتى 2014 في الولايات المتحدة تتضمن أكثر من 45000 بالغ ويافع، 28% منهم كانوا بالغين (6). في عام 2015 كان 20.1% من البالغين مستخدمين حاليين لأحد منتجات التبغ (7)، بمعدلات متعددة بينهم من 10.2% في كاليفورنيا و 27.7% في وايومنغ (8).

وفي دراسة مقطعية عرضية أجريت في سورية في عام 2006-2007 (أي ما قبل الأزمة السورية)، أجريت على 570 طالب في كلية الطب البشري في جامعة دمشق، تبين أنه 10,9% مدخنين للسجائر (15,8 ذكور و 3,3% إناث)، و 23% مدخنين للأركيلة (30,3% ذكور، 13,4% إناث). (9).

في دراسة لبنانية تمت في عام 2009-2010 بعنوان المعارف والسلوكيات المرتبطة بتدخين السجائر والنرجيلة (الشيشة) بين طلبة الطب بينت أن معدل انتشار تعاطي التبغ 26.3% للسجائر و 29.5% للشيشة (10).

كما كشفت دراسة أردنية عام 2002 أن نسبة انتشار التدخين بلغت 28.6% (50.2% بين الذكور و 6.5% بين الإناث)، وأن الأصدقاء ، وليس الأسرة ، هم المصدر الرئيسي للتدخين الأول ، وغالبًا ما يحدث هذا بعد سن 15 سنة. (11)

و دراسة نسبة انتشار التدخين وعوامل الخطر المتعلقة به لدى طلاب كلية الطب في جامعة اكدنيز في تركيا وذلك عام 2006 كانت 21،8% (12)

وفي دراسة سعودية هدفت معرفة مدى انتشار تدخين الأركيلة والسجائر بين طلاب الكليات الطبية في المدينة المنورة، بلغ معدل انتشار استخدام النرجيلة الحالي والمستمر 24.2% و 36.04% على التوالي ، مقارنة بـ 31.9% و 42.7% للتدخين الحالي والمستمر للسجائر، وتم تطبيق حظر بيع منتجات التبغ في مكة والمدينة المنورة (13)

في دراسة عراقية عام 2005 بلغ معدل انتشار التدخين بين طلاب جامعة كربلاء 10.5% وتدخين الشيشة 4.4% (14)

## استخدام التبغ:

سجائر التبغ: تعتبر السجائر هي المنتج الأكثر شيوعاً في الولايات المتحدة. يتناسب ارتفاع عدد مستخدمي التبغ مع المنتجات المتعددة التي هي غالباً السجائر والسجائر الإلكترونية(6).

## الوبائيات:

لقد حددت دراسة العبء العالمي للأمراض والإصابات وعوامل الخطر The Global Burden of Disease (GBD) لعام 2015 وهي تحليل منهجي ل 25 سنة من استخدام التبغ في 195 دولة وإقليم، أن انتشار التدخين اليومي في جميع أنحاء العالم لعام 2015 كان 25% بين الرجال، و 5.4% بين النساء(15). على الرغم من ذلك، كان هناك فارق كبير بين البلدان المختلفة، مع معدل انتشار يومي للتدخين بين الرجال من (4-47)% ، ويتراوح (1-44)% بين النساء. أظهرت معظم الدراسات في البلدان انخفاضاً في معدل انتشار التدخين على مدى طول الدراسة. لم تقويم الدراسة التبغ غير المدخن ولا السجائر الإلكترونية.

في الولايات المتحدة، يستخدم ثلثي البالغين سجائر التبغ. تناقص معدل انتشار التدخين بين البالغين هناك من 42.4% في عام 1965 إلى 15.5% في عام 2016 (8-16).

أكثر من 75% من المدخنين يدخنون كل يوم (16-17). التدخين بين الرجال أكثر من النساء، ولكن هذه الفجوة ضاقت مع الوقت، ولكن لم تزول. كما أن استخدام التبغ أشيع بين البالغين الشباب بعمر 18-24 سنة أكثر من الأعمار الأكبر (6-16).

ويرتبط التدخين في مرحلة الطفولة ارتباطاً وثيقاً بمرحلة المراهقة: حيث 90% من المدخنين البالغين قد دخنوا أول سيجارة قبل عمر 18 سنة عملياً كلهم بدؤوا التدخين قبل عمر 26 سنة (18، 19). كل يوم في الولايات المتحدة يدخن 4000 يافع أعمارهم بين 12-17 سنة وحوالي 1000 منهم يصبحون مدخنين يومين (20، 21).

### الانتشار:

-لقد ارتفعت نسبة المدخنين الشباب (18-24) سنة في الولايات المتحدة والذين لم يدخنوا أبداً من 65% بين 1999-2001 إلى 76% بين 2011-2012 (22).

صرحت منظمة الصحة العالمية (WHO) عن مجموعة واسعة من معدلات التدخين بين الشباب في البلدان المختلفة بما فيها الاتحاد الروسي، وسط وشرق أوروبا وتشيلي وبوليفيا وأندونيسيا بأن المعدل فيها يساوي 30% أو أكثر (23).

### العمر عند الاستخدام الأول:

تقريباً كل بالغ بدأ التدخين كان عمره 18 سنة (24)، وكلما بدأ الشخص التدخين بعمر أصغر كلما زاد احتمال استمراره بالتدخين عند البلوغ (25).

### -استمرار التدخين إلى مرحلة البلوغ:

حوالي 80% من الأفراد الذين بدؤوا التدخين بعمر المراهقة سيستمرون به عند البلوغ (18). يزداد معدل انتشار التدخين بشكل عام من مرحلة المراهقة الباكرة إلى المراهقة المتأخرة وتستمر بعد ذلك إلى حد ما، مع تساوي في أرقام الأفراد المبتدئين بالتدخين وبين المقلعين عنه (26).

**السجائر الإلكترونية: (e-cigarettes):** هي أجهزة إلكترونية تنتج النيكوتين، فيها خرطوشة تحتوي على سائل و رذاذ وبطارية، يتم تسخين السائل وإنتاج البخار ليستنشق (27، 28). ازداد استخدام السجائر الإلكترونية لدى البالغين والمراهقين منذ عام 2010 (29، 30، 31). ومعظم مستخدمي السجائر الإلكترونية هم أيضاً مدخنون لسجائر التبغ. غالبية مستخدمي السجائر الإلكترونية يعتبرونها أداة للإقلاع عن التدخين أو الحد منه (32، 33، 34).

## أشكال أخرى من التبغ:

**السيجار:** زاد استخدام السيجار في الولايات المتحدة بين عامي 2000 و 2012 وبعد ذلك بدأ في الانخفاض. وجدت دراسة طولانية أجريت في الولايات المتحدة من عام 2013 إلى 2015 أن 8% من مدخني السيجار هم من المستخدمين البالغين، والاستخدام الأكثر كان للشباب بعمر 18 إلى 24 سنة وبنسبة 14% (6).

عادة لا يتم استنشاق دخان السيجار بعمق في الرئتين كما في السجائر وبالتالي خطر الإصابة بسرطان الرئة بسبب تدخين السيجار أقل من خطورته بسبب تدخين السجائر وطبعاً أعلى من خطر غير المدخن (35).

**الترجيلة:** لوحظ ازدياد باستخدام النرجيلة (hookah) أو (water pipe) في الولايات المتحدة خاصة بين فئة الشباب بمعدل انتشار 18% بأعمار تتراوح بين 18 و 24 سنة (6،36). يعتبر استخدام النرجيلة من الأشكال التقليدية لاستخدام التبغ في منطقة الشرق الأوسط. يقوم الفحم الذي يوضع على رأس النرجيلة بتسخين التبغ مما يخلق دخان يمر عبر وعاء الماء ثم يتم استنشاقه عبر خرطوم طويل. تختلف كمية النيكوتين والسموم باختلاف نوع التبغ المستخدم، ويرتبط تدخين النرجيلة بسرطان الرئة والانسمام بأول أكسيد الكربون وأمراض تنفسية أخرى (37-38). قالت ست دراسات مستعرضة أن تدخين النرجيلة يؤثر سلباً على وظائف الرئة وخاصة تقليل حجم الزفير القسري في الثانية الواحدة (FEV1) (39). وبالتالي يكون تدخين النرجيلة سبب للإصابة بالانسداد الرئوي.

**التبغ غير المدخن (smokeless tobacco): SLT** هو تبغ يوضع في الفم ليمضغ ويخزن فيه (40). 3% من البالغين في الولايات المتحدة يستخدمون التبغ غير المدخن (6،41). يسبب استخدام SLT سرطانات بتجفيف الفم ويرتبط بزيادة خطورة الأمراض القلبية الوعائية، ومع ذلك فهو أقل خطورة من التبغ المدخن (3).

## العوامل المسببة لاستمرار المبتدئ بالتدخين:

1) المواقف والمعتقدات: تعتبر المواقف المتخذة اتجاه التدخين مؤشر مهم للبدء به. مثال: في دراسة طولانية للمراهقين الذين لم يسبق لهم أن دخنوا، بعد أربع سنوات أصبح 40% منهم مجربين و8% منهم اعتاد عليه (42). حيث كان غياب القرار الحازم بعدم التدخين المؤشر الأوضح في هذا الاختبار العلمي.

تتأثر المواقف اتجاه التدخين بعدة عوامل:

- تأثير الأقران والأسرة: إن وجود مدخنين في شبكة العائلة أو الأصدقاء يقلل من الموقف السلبي اتجاه التدخين وهذا مؤشر هام لبدء التدخين بفترة المراهقة (18-45,44,43). يعتبر رفض السجارة عند مواجهة الضغوط الاجتماعية تحدياً للعديد من المراهقين: فقط 44% من بين المراهقين الذين يدخنون بالمناسبات أو يومياً قادرون على مقاومة السجارة في الحفلات (46).

- العمر: غالباً ما تصبح المواقف اتجاه التدخين سلباً أو إيجاباً واضحة وجلية في مرحلة المراهقة(47). مثال في إحدى الدراسات على أطفال سويسريين أعمارهم بين 11 و 14 سنة كان لموافقة الأهل تأثير كبير على نية أطفالهم بالتدخين ولكن هذا التأثير انخفض على المراهقين الأكبر عمراً(48).
- مفاهيم خاطئة: يميل المراهقون إلى المبالغة من شأن تكرار التدخين عند تواجدهم بين أقرانهم وبين البالغين(49).
- التسويق: على الرغم من أن الإعلان المباشر للتبغ للشباب في الولايات المتحدة ممنوع، فإن جهود الإعلان غير المباشرة والصور الإيجابية لاستخدام السجائر في وسائل الإعلام لها تأثير مهم على سلوك المدخنين المراهقين(46،44،50).
- 2) الاعتماد على النيكوتين: النيكوتين هو مادة مدمنة بشكل قوي، ويمكن أن تظهر الأعراض الأولى لاعتماد النيكوتين خلال أيام إلى أسابيع من الاستخدام السجائر في بعض الأحيان، وكثيراً ما تظهر قبل بداية التدخين اليومي(43،51). ويعتبر الشباب أكثر عرضة للاعتماد على النيكوتين من البالغين(18). هناك توجه متزايد باتجاه تأثير النيكوتين على تطور دماغ المراهقين(52)، والتي تم عرضها في تقرير من الأكاديمية الأميركية لطب الأطفال(53). على سبيل المثال: من بين طلاب الصف السادس(متوسط أعمارهم 12 سنة) الذين يدخنون مرة بالشهر في الأساس، وخلال السنوات الأربعة التالية: 53% منهم اعتماد على النيكوتين و40% منهم زاد كمية التدخين اليومية(54). يمكن أن نتنبأ بحدوث الاعتماد في وقت باكر من خلال الزيادة من تواتر التدخين، وزيادة تواتر التدخين يسرع من ظهور أعراض الاعتماد(55). يعتبر اعتماد النيكوتين عامل مهم في تحديد الأفراد الذين يصبحون مدخنين بشكل منتظم بعد تجريب الدخان(43،51،54،55).
- 3) توافر منتجات منكهة للتبغ: يبدو أن بدء التدخين مرتبط بتوافر مصادر منكهة للنيكوتين التي تجذب المستخدمين المبدئين. النكهات تشمل عنب وكرز وعلكة والقريبة لنكهة الحلوى(56). على سبيل المثال: أكثر من 40% من الشباب المدخنين في الولايات المتحدة استخدموا السجائر المنكهة على الرغم من القيود المفروضة على بيعها(57). ويشجع استخدام النكهات بشكل خاص في المصادر البديلة للنيكوتين مثل النرجيلة والسجائر الإلكترونية والتي تشجع بين الشباب(58،59). وينعكس تفضيل منتجات التبغ المنكهة بين الشباب خلال تواجدهم في مجموعات(60).

#### 4) عوامل أخرى:

- مستوى التجريب السابق: في دراسة أجريت على مراهقين مجربين للدخان (أي قاموا بنفخة واحدة على الأقل دون أن يتجاوزوا 100 سيجارة في عمرهم)، قد أصبح 30% منهم مدخن دائم في غضون أربع سنوات (61). يعتبر المستوى القاعدي (baseline) لتجربة المراهق للدخان المؤشر الأقوى لدوامه على التدخين بعد أربع سنوات.
- الاكتئاب: تظهر معظم الدراسات ارتباطاً بين الاكتئاب والبدء بالتدخين، ولكن من غير الواضح ما إذا كانت العلاقة سببية أم نتيجة (18،62،63).
- ضعف الأداء الدراسي: يرتبط ترك المدرسة والأداء الضعيف فيها بتزايد استمرارية التدخين (18،44،64). يمكن لسوء السلوك في المدرسة وانحدار التحصيل الدراسي أن يساهم بشكل مباشر وغير مباشر في خطورة البدء بالتدخين (65).
- تجارب سيئة: ترتبط التجارب السيئة خلال مرحلة الطفولة بارتفاع خطورة البدء بالتدخين والاستمرار به. وتشمل هذه التجارب انفصال الوالدين أو الطلاق، والاعتداء العاطفي أو الجسدي أو الجنسي، وجود أمهات معنفات، وأحد أفراد الأسرة يسيء استعمال مواد أو مريض نفسي أو سجين (66،67،68).
- سوء استعمال المواد: هناك نسبة عالية من المدخنين بين المراهقين المسيئين لاستعمال المواد. في أحد التقارير عن مراهقين يخضعون للعلاج من الإدمان ضمن مستشفيات، فإن 85% منهم كان مدخن (69). في كثير من الحالات يسبق التدخين استخدام الأدوية غير الشرعية (70،71). في دراسة أجريت على مراهقين يدخنون سيجارة واحدة على الأقل باليوم خلال الشهر الماضي، تبين أن لاستخدام الماريجوانا علاقة بزيادة أعراض إدمان النيكوتين (72).

#### العوامل المعززة للدوافع:

إن فهم دوافع المراهقين للتدخين يشكل أساساً مهماً لتفاعل فعال أثناء إرشادهم. يعتبر استكشاف حوافز الفرد للتدخين أو الإقلاع عنه الخطوة الأولى في حل المشكلات بشكل فعال. سوف نناقش بعض الدوافع الأكثر شيوعاً التي تدفع المراهقين إلى الاستمرار بالتدخين، وبعض الدوافع للإقلاع عنه.

## دوافع الإقلاع:

تبين ضمن استطلاعات لمراهقين مدخنين أن الخوف على الصحة الحالية والمستقبلية، وكذلك على المظهر الجسدي ، وتكلفة السجائر ، والأداء الرياضي هي الأسباب الأكثر شيوعاً لمحاولة الإقلاع عن التدخين(74،75)

### 1. الآثار الصحية السلبية:

من بين المراهقين الذين يفكرون في الإقلاع عن التدخين كانت العواقب الصحية السلبية طويلة المدى هي أهم العوامل المحفزة (74،73). مثال: في دراسة استقصائية لمراهقين مدخنين، قال 75 % منهم أن الصحة المستقبلية كانت دافعاً للإقلاع عن التدخين ، و 35 % منهم حددوا هذا القلق باعتباره العامل الأكثر تحفيزاً(75). كان معظمهم من المراهقين الأكبر سناً (متوسط العمر 16 سنة) ؛ وتواتر هذا القلق لم يختلف حسب العمر أو الجنس. قد لا يكون القلق على الصحة عاملاً قوياً بالنسبة لأولئك الذين لا يفكرون بالفعل في الإقلاع عن التدخين.

### 2. التكلفة المادية:

يذكر العديد من المراهقين تكلفة السجائر كسبب للإقلاع عن التدخين .تعتبر تكلفة التدخين المنتظم كبيرة.

في عام 2015 ، كان متوسط تكلفة علبة سجائر في الولايات المتحدة 6.25 دولاراً ، وكان مرتفعاً يصل إلى 10.29 دولاراً في بعض الولايات ، وارتفع إلى 14 دولاراً لكل علبة في بعض المناطق ، بسبب ضرائب المدينة الإضافية (75). بالتالي ، فإن تكلفة شراء علبة سجائر واحدة في المتوسط تبلغ 2281 دولاراً سنوياً ويمكن أن تصل إلى 5000 دولار سنوياً .تعتبر الإستراتيجيات التشريعية والتنظيمية التي ترفع أسعار منتجات التبغ فعالة في الحد من مستويات بدء التدخين واستهلاكه ، خاصة بين اليافعين والشباب (18،76). وبناءً على ذلك ، توصي الأكاديمية الأمريكية لطب الأطفال (American Academy of Pediatrics) بشدة بزيادة أسعار منتجات التبغ(77).

قد تكون مساعدة المراهق على حساب تكاليف التدخين المنتظم أمراً محفزاً حيث ينظرون في التكاليف الحالية والمستقبلية لهذه العادة(74). قد يستمد المراهقون حافزاً أكبر للإقلاع إذا أدركوا أن هذه الأموال يمكن تخصيصها للموسيقى أو الأفلام أو الملابس أو حتى السيارة.

### 3. الأداء الرياضي:

عادة ما يتم الاستشهاد بالمخاوف المتعلقة بالأداء الرياضي كأسباب لمحاولة الإقلاع عن التدخين .في إحدى الدراسات ، أشير إلى أن هذا هو الدافع الأكثر أهمية من قبل 16 % من

المشاركين ، وكان أشيع بين الصبيان أكثر بقليل من الفتيات (74).  
قد لا يكون المراهقون المشاركون في الرياضة على دراية بآثار التدخين على وظيفة الرئة الحالية وأدائها. مناقشة أهدافهم للأداء الرياضي وكيف يمكن للتدخين أن يحد من إنجازاتهم في المستقبل قد يعزز حافزهم للإقلاع.

### دوافع الاستمرار بالتدخين وعوائق الإقلاع:

قد تعوق مجموعة متنوعة من القوى الفيزيولوجية والنفسية الاجتماعية الإقلاع عن التدخين لدى المراهقين ، بما في ذلك الاعتماد على النيكوتين ، أو الجهود المبذولة لتعزيز المكانة الاجتماعية بين الأقران ، أو تأكيد الاستقلال عن الآباء أو شخصيات السلطة. إن معرفة أسباب المراهق الخاصة لبدء التدخين أو استمراره بدون محاكمة جيدة يعزز البصيرة ويمكن أن يساعد في صياغة استراتيجية للإقلاع عن التدخين.

1. الاعتماد على النيكوتين: يتميز الاعتماد على النيكوتين بحدوث أعراض تحمل له ، وأعراض سحب تشمل (78):

- الاشتهاق للسيجارة
- اضطراب مزاجي أو اكتئاب
- اضطراب بالنوم
- هياج وعصبية
- قلق
- صعوبة بالتركيز
- تملل
- زيادة في الشهية

اليافعون معرضون بشكل خاص لأن يصبحوا معتمدين على النيكوتين مقارنة بالبالغين (18-43). يمكن أن يتطور الاعتماد على النيكوتين بعد 100 سيجارة. يمكن أن تظهر الأعراض الأولى لاعتماد النيكوتين في غضون أيام إلى أسابيع من بداية استخدام السجائر في بعض الأحيان ، وغالبًا ما تظهر قبل بداية التدخين اليومي (79).

مع زيادة التعرض للنيكوتين يتقدم المدخنون من خلال سلسلة من أعراض الإدمان ، التي تتميز بـ "الرغبة" ، ثم "التوق" ، ثم "الحاجة" إلى التبغ (80). المراهقون الذين يبدون ظهور مبكر لأعراض الاعتماد على النيكوتين هم أكثر عرضة بشكل كبير للتدخين بعد عامين ، مقارنة مع أولئك الذين لا يبدون الأعراض المبكرة (81). وبالمثل ، فإن الأفراد الذين يبدأون التدخين في سن مبكرة أكثر عرضة للإصابة بالاعتماد الشديد ولديهم معدلات أقل للإقلاع عن التدخين (82).

تزداد احتمالية الاعتماد على النيكوتين مع كمية التدخين ومدته: فالمدخنون الذين يدخنون أكثر من 10 سجائر في اليوم يعانون درجة أكبر من أعراض الانسحاب. علاوة على ذلك ، يؤدي استخدام التبغ غير

اليومي إلى الاعتماد على النيكوتين (54-55). قد تؤثر العوامل الوراثية أيضًا على استعداد الفرد ليصبح معتمدًا على النيكوتين (18-54-83).

في دراسة استقصائية للمدخنين المراهقين ، كان حوالي 20 في المائة من المراهقين يعتمدون بشكل كبير على النيكوتين ، كما تم تقييمه من خلال استبيان فاجيرستروم للتحمل المعدل (أداة مسح لقياس أعراض الاعتماد على النيكوتين) ، و 42 % كان لديهم اعتماد معتدل (84). أولئك الذين لديهم أدلة أكبر على الاعتماد على النيكوتين كانوا أقل عرضة للنجاح مع محاولة الإقلاع. وبالتالي ، يمكن أن يتداخل الاعتماد على النيكوتين وسحب النيكوتين مع نجاح المراهق في الإقلاع عن التدخين ، مما يشير إلى دور محتمل للعلاج ببدائل النيكوتين (Nicotine replacement therapy) (NRT) في علاج تعاطي التبغ والاعتماد عند المراهقين (85). لتقييم الاعتماد على النيكوتين ، من المفيد أن تسأل كم من الوقت يمكن للمراهق الانتظار بعد الاستيقاظ من السيارة الأولى. يعتبر الانتظار أقل من ساعة قبل تناول أول سيجارة في اليوم مؤشرًا قويًا على الاعتماد على النيكوتين (86).

## 2. التحكم في الوزن

يرى العديد من المراهقين أن التدخين وسيلة للسيطرة على الوزن. قد تكون هذه الاهتمامات ذات أهمية خاصة بسبب تزايد انتشار السمنة لدى الشباب.

يرتبط إقلاع البالغ عن التدخين بمتوسط زيادة وزنه على المدى الطويل بحوالي 7 كغ (87). إن وزن المراهق بعد الإقلاع عن التدخين لغير محدد بشكل جيد ، لكن تقرير الجراح العام لعام 2012 يستنتج أنه لا يوجد دليل على أن المدخنين الصغار يفقدون الوزن بسبب تدخينهم (18).

إذا كانت المخاوف بشأن زيادة الوزن تشكل عائقًا أمام الإقلاع عن التدخين ، فيجب على الطبيب أن يقدم المشورة بشأن طرق أخرى للسيطرة على الوزن ، مثل الحد من الأطعمة عالية السعرات الحرارية والمشروبات الغازية ، وزيادة النشاط البدني. تشمل الاستراتيجيات الأخرى تحديد الرغبة الشديدة لوجود شيء في الفم واستبدالها بالوجبات الخفيفة الصحية ، وإيجاد أنشطة جديدة تشغل اليدين بعد ترك السيارة (88). على الرغم من قلة الأدلة على أن هذه الاستراتيجيات تخفف من زيادة الوزن لدى البالغين (87)، إلا أنها لم تتم دراستها عند المراهقين. قد يكون المرضى المراهقون الذين لديهم الحافز للإقلاع عن التدخين من خلال الاهتمام بتحسين الأداء الرياضي على استعداد خاص لزيادة نشاطهم البدني. علاوة على ذلك ، ثبت أن الزيادة في النشاط الجسدي يزيد من نجاح محاولة الإقلاع عن التدخين (89).

## 3. الاكتئاب

المراهقون المصابون بالاكتئاب هم أكثر عرضة لبدء التدخين من أولئك الذين لا يعانون من الاكتئاب. تزيد أعراض الاكتئاب والقلق من احتمالية بدء التدخين خلال فترة المراهقة لأن المراهقين يميلون إلى تدخين السجائر من أجل تقليل مشاعرهم الاكتئابية (25،90) لذلك ، قد يسهل علاج الاكتئاب الإقلاع عن التدخين بينهم.

#### 4. الكرب والقوب ( stress and coping behavior ):

بالمقارنة مع المدخنين المراهقين الذين أقلعوا عن التدخين ، فإن المدخنين المراهقين الحاليين لديهم مستويات أكبر من الإجهاد والشدة وأقل احتمالية لاستخدام طرق التكيف المعرفي (91). لذلك ، قد يكون من المفيد دمج تقنيات تقليل الإجهاد والتدريب على مهارات حل المشكلات في التدخلات لدعم جهود المذبولة للإقلاع عن التدخين.

#### مؤثرات أخرى على سلوك التدخين

##### الأقران / التأثيرات الاجتماعية :

تؤثر عادات الأقران تأثيراً قوياً على بدء التدخين والإقلاع عنه (24). في تقرير عن مراهقين الذين تم كشفهم يدخنون في المدرسة ، أفاد نصفهم بأن جميع أصدقائهم مدخنين ، وكان معظمهم مدخنين يومياً (92). من بين الأفراد الذين بدأوا التدخين في سن 15 عاماً ، كان 20 % فقط قد أقلعوا عن التدخين بحلول سن 28 إذا كان أفضل صديق لهم مدخناً ، في حين أن 52 % أقلعوا إذا لم يكن أفضل أصدقائهم مدخناً (93).

يمكن تفسير الدراسات المقطعية المذكورة أعلاه من خلال الاختيار الذاتي للأصدقاء ذوي العادات المتشابهة. مع ذلك ، تشير الدراسات الطولية إلى أن تدخين الأقران له تأثير سببي على بدء التدخين والإقلاع عنه. في دراسة عن الشباب الذين يدخنون من حين لآخر ولكن ليس يومياً في الصف الثامن ، تم التنبؤ بالتقدم في التدخين اليومي من خلال عادات التدخين لدى والديهم وأقرانهم (94). علاوة على ذلك ، كان التدخين بين الآباء هو التأثير الأكثر أهمية على بدء التدخين لدى المراهقين الأصغر سناً ، ولكن التدخين بين أقرانهم أصبح التأثير الأكثر أهمية في المراهقين الأكبر سناً (95).

غالباً ما يكون الأقران على استعداد لدعم الإقلاع عن التدخين ، خاصةً إذا كانوا هؤلاء الأقران غير مدخنين. في استطلاع لطلاب جامعيين ، أفاد 54 % أنهم "بالتأكيد" سيكونون مهتمين بتقديم معلومات تخص الإقلاع عن التدخين (96). شملت الخصائص المرتبطة بشكل كبير بالرغبة في المساعدة من قبل غير المدخنين وما إذا كانت لديهم علاقة وثيقة مع المدخن (صديق أو صديقة أو زوج). لا يمكننا توقع درجات مماثلة من الإيثار لدى عينة من المدخنين الأصغر سناً.

## التدخين الأبوي والإقلاع عنه :

للتدخين الأبوي تأثير كبير على تدخين المراهقين .الأطفال الذين يدخنون والديهم أكثر عرضة للتدخين ، خاصة إذا كان كلا الوالدين يدخان.

على العكس من ذلك ، يمكن أن يكون لجهود الإقلاع عن التدخين من قبل الآباء تأثير على جهود أطفالهم (97). في إحدى الدراسات ، كان المراهقون الذين توقف أبواهم عن التدخين أقل عرضة للتدخين بنسبة الثلث تقريباً من أولئك الذين لا يزال الأهل يستمرون بالتدخين (98). عندما يقلع الوالد عن التدخين قبل ولادة الأبناء يقل احتمال استخدامهم للدخان عندما يكبرون . علاوة على ذلك ، كان المراهقون الذين توقف أبواهم عن التدخين قادرين على الإقلاع من تلقاء ذاتهم بضعفين ، مقارنة مع أولئك الذين استمر أبواهم في التدخين.

## حظر التدخين:

أظهرت العديد من الدراسات أن حظر التدخين في المنزل أو العمل مرتبط بانخفاض معدلات التدخين بين المراهقين(100،99،18) . يمكن أن يكون حظر التدخين في المنزل مفيداً حتى عندما يكون الآباء مدخنين .ومع ذلك ، يجب فرض حظر عدم التدخين بصرامة ليكون فعالاً (99).

## **الاضطرابات النفسية المتعلقة بالتبغ:Tobacco related disorder**

فيما يلي معايير الاضطرابات المتعلقة باستخدام التبغ وفق التصنيف التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية بنسخته الخامسة(DSM-5):

### 1- اضطراب استعمال التبغ: Tobacco Use Disorder

-نمط إشكالي من استعمال التبغ مما يؤدي إلى إحباط وضعف سريري هام كما يتجلى باثنين على الأقل مما يلي، والتي تحدث خلال فترة12شهر: (101)

1-غالباً ما يؤخذ التبغ بكميات أكبر أو لفترة أطول مما كان مقصوداً.

2-هناك رغبة مستمرة أو جهود غير ناجحة لتخفيض أو ضبط استخدام التبغ .

3- ينفق قدراً كبيراً من الوقت في الأنشطة الضرورية للحصول على التبغ وتعاطيه أو للتعافي من آثاره

4-اشتياق، أو رغبة قوية أو إلحاح في استخدام التبغ .

5-استعمال التبغ المتكرر مما يؤدي إلى عدم الوفاء بالتزامات الدور الرئيسية في العمل، المدرسة أو المنزل (التداخل مع العمل مثلاً).

6- استمرار استعمال التبغ على الرغم من المشاكل الاجتماعية أو الشخصية المستمرة أو المتكررة الناتجة أو المتفاقمة بتأثيرات التبغ (الجدل مع الآخرين حول استعمال التبغ).

7-التخلي عن أنشطة اجتماعية ومهنية، أو ترفيهية هامة أو الإنقاص منها بسبب استعمال التبغ .

8-تكرار استعمال التبغ في الحالات التي قد تشكل خطراً فيزيائياً(التدخين في السرير).

9- استمرار استخدام التبغ رغم المعرفة بوجود مشكلة جسدية أو نفسية مستمرة أو متكررة والتي من المرجح أن تكون قد نجمت أو تفاقمت بسبب التبغ .

10-التحمل، كما هو محدد بأي من العناصر التالية:

- الحاجة لزيادة ملحوظة في كميات التبغ للوصول إلى التأثير المرغوب .
- تأثير متناقص ملحوظ مع استمرار استخدام نفس الكمية من التبغ .

11-السحب كما يتجلى بأي مما يلي:

- متلازمة السحب المميزة للتبغ
- يؤخذ التبغ (أو مادة ذات صلة وثيقة كالنيكوتين) لتخفيف أو تجنب أعراض السحب.

**تحديد الشدة الحالية:**

خفيف: وجود عرضين إلى ثلاثة.

متوسط: وجود 4-5 أعراض

شديد: وجود 6 أعراض أو أكثر(101).

**(2)-سحب التبغ Tobacco Withdrawal**

A-استخدام يومي للنيكوتين لعدة أسابيع على الأقل.

B-توقف مفاجئ لاستعمال التبغ أو إنقاص الكمية المستعملة، متبوعة بأربعة (أو أكثر) من الأعراض والعلامات وذلك خلال 24 ساعة:

1-زيادة الانفعال، غضب، إحباط

2-قلق

3-صعوبة التركيز

4- زيادة الشهية

5- تملل.

6-مزاج مكتئب

7-أرق.

C- تسبب الأعراض والعلامات في المعيار B تدياً أو إحباطاً ملحوظين في مجالات الأداء الاجتماعية والمهنية أو مجالات الأداء المهمة الأخرى.

D- لا تعزى الأعراض والعلامات إلى حالة طبية أخرى ولا تفسر بشكل أفضل باضطراب عقلي آخر بما يتضمن الانسحاب أو السحب من مادة أخرى.

### (3)- الاضطرابات الأخرى المحدثة بالتبغ: Other Tobacco-Induced Disorders:

اضطراب النوم المحدث بالتبغ.

### (4)-اضطراب متعلق بالتبغ غير محدد: Unspecified Tobacco-Related Disorder

ينطبق هذا التصنيف على الحالات التي تسيطر فيها الأعراض المميزة للاضطرابات المتعلقة بالتبغ والتي تسبب إحباطاً سريرياً هاماً أو ضعف في الأداء في المجالات الاجتماعية والمهنية أو غيرها، ولكن لا تفي بالمعايير الكاملة لتشخيص أي من الاضطرابات من فئة الاضطرابات المتعلقة بالتبغ. أو أي من الاضطرابات من فئة الاضطرابات الإدمانية وذات الصلة بالمواد.(102).

### لماذا الوقاية مهمة ؟

من الضروري أن يعالج مقدموا الرعاية الصحية للأطفال بشكل روتيني تعاطي التبغ بين المرضى وأسرهم .بالإضافة إلى تقييم التدخين وتعزيز الإقلاع عنه بين مرضاهم المراهقين ، يجب أن يهدف مقدموا الرعاية الصحية للأطفال بشكل منهجي إلى منع بدء التدخين بين جميع مرضاهم ، كما هو مفصل في بيانات السياسة في العديد من مجموعات الرعاية الصحية للأطفال في الولايات المتحدة وأماكن أخرى (43,76,103) .كما ورد في مراجعة شاملة حول منع تعاطي التبغ بين الشباب تم إصداره من قبل الجراح العام الأمريكي US Surgeon General في عام 2012: " وباء التبغ مستمر لأن الشباب يبدأون في استخدامه ويصبحون مدمنين عليه وعلى منتجات التبغ المتعددة(18) . يسلط التقرير الضوء

بوضوح على العواقب الصحية لتعاطي التبغ من قبل الشباب ، وارتفاع خطر الإدمان ، والحاجة إلى التدخل في وقت مبكر لمنع البدء بالتبغ واستخدامه.

حوالي 80 % من الأفراد الذين يبدأون التدخين خلال فترة المراهقة سيستمرون في التدخين في مرحلة البلوغ ، ويموت ثلث هؤلاء الأفراد بعمر باكر بسبب الأمراض المتعلقة بالتدخين(18).

### الوقاية من التدخين:

لمنع بدء التدخين ، نقتراح أن يقدم الأطباء للأطفال توجيهات استباقية لجميع الآباء وجميع الأطفال الذين تبلغ أعمارهم خمس سنوات أو أكثر أثناء الرعاية الصحية الروتينية ؛ يتوافق هذا الاقتراح مع المبادئ التوجيهية للأكاديمية الأمريكية لطب الأطفال (AAP) والعديد من المنظمات الأخرى (-18,43,76,104). ينبغي إظهار اهتمام إضافي للمرضى الذين يعانون من عوامل الخطر ، مثل وجود مدخنين في العائلة و / أو الأقران(106،110). يجب أيضاً الانتباه للمرضى المؤهين للبدء بالتدخين ، ولأي شخص يبدأ بالتدخين ، يجب على مقدم الخدمة اتخاذ خطوات إضافية لمساعدة المريض على الإقلاع عن التدخين في أقرب وقت ممكن .يجب على الموظفين في المكتب الطبي أن يعملوا على تعزيز سلوك عدم التدخين(106).

نظراً لأن معظم مستخدمي التبغ المزمن بدأوا بالتدخين أثناء فترة المراهقة ، فإن منع بدء التدخين أثناء الطفولة والمراهقة يعد استراتيجية منطقية للحد من التدخين المزمن وعواقبه الصحية .يلعب مقدموا الرعاية الأولية دوراً خاصاً كسلطة صحية للعائلات ، وهناك أدلة على أن المراهقين ينظرون إلى الأطباء كمصدر مفضل للمعلومات حول التدخين والإقلاع عنه(111). على الرغم من هذا التفضيل ، أفاد 32.2 % فقط من المراهقين أنهم سئلوا عن استخدام التبغ من قبل مقدم الرعاية الصحية الخاص بهم(112).

لم يتم توحيد أو دراسة جيدة لتدخلات لمنع بدء التدخين من خلال تقديم المشورة في مكتب الرعاية الأولية، ومع ذلك ، اقترحت التدخلات التي تمت دراستها فعالية وجدوى متوسطة(113،114،76). في أحد التقارير ، أفاد الباحثون أنهم كانوا قادرين على تقديم تدخل وجيز للوقاية من التدخين أو الإقلاع عنه أثناء زيارات الرعاية الأولية الروتينية ، باتباع بروتوكول تدخل بسيط ، وكان متوسط وقت التدخل أقل من خمس دقائق فقط(115).

يمكن تلخيص الخطوات الموصى بها للاستشارة الفعالة للوقاية من التدخين في مكتب الرعاية الصحية على أنها ذاكرة مختصرة مع خمس A: اسأل Ask, and ، تقديم المشورة ، Advise ، التقييم Assess ، ، المساعدة Assist ، ، وترتيب المتابعة Arrange follow-up (37). هذه الذاكرة المساعدة موازية للخطوات المستخدمة للمساعدة في الإقلاع عن التدخين لدى الطفل أو البالغ الذي يدخل بالفعل.

## ❖ اسأل عن عادات التدخين Ask about smoking habits :

يجب أن يسأل الطبيب الأطفال عن عادات التدخين(116). استخدم بعض مقدمي الرعاية الصحية بنجاح استبيانًا موجزًا لتسهيل هذه العملية(117).

● عندما يكون الطفل صغيرًا ، يجب على مقدم الرعاية تحديد حالة تدخين الوالدين وأفراد الأسرة الآخرين (120،76).

● بالنسبة للأطفال في سن المدرسة ، يجب استكشاف كل من المجالات التالية:

● مواقف الأسرة والطفل من التدخين والسجائر الإلكترونية.

● إذا كان للطفل أقران جرب التدخين معهم.

● بالنسبة للمراهقين، ينبغي أن يتم السؤال عن استخدام النيكوتين (بما في ذلك التدخين والسجائر الإلكترونية وغيرها من مصادر النيكوتين البديلة) من قبل المريض والأقران (116،118). يجب على الأطباء تخصيص وقت خلال كل زيارة للتحدث مع المريض دون حضور الوالدين ، لتسهيل كشف الحقيقة ، ووضع قواعد السرية مع المريض في بداية هذه الزيارات والوصول لمناقشة صريحة (119).

## ❖ تقديم المشورة بشأن المخاطر الصحية للتدخين Advise about the health risks of smoking

يجب أن تركز النصيحة بشأن التدخين على المخاطر الصحية وأن تكون مناسبة لسن الطفل وحالة تدخين الوالدين . يجب إعطاء المرضى والآباء الذين لا يدخنون والذين اتخذوا قرارات واضحة بعدم التدخين الثناء والتذكير القصير بالمخاطر الصحية لتعاطي التبغ . يحتاج المرضى الذين يجربون التدخين أو الذين لديهم عوامل خطر لبدء التدخين (مثل التدخين بين الآباء أو الأقران) إلى مناقشة أكثر تفصيلاً.

● بالنسبة للرضع والأطفال الصغار ، تركز نصيحة الوالدين على الآثار الصحية للتدخين المباشر والتدخين السلبي . إذا كان الوالدان يدخان ، فينبغي عليهما الإقلاع عن التدخين. يجب التأكيد على أهمية الوالدين كقدوة لغير المدخني(120،47). تشير دراسات تدخلات الإقلاع عن التدخين لدى البالغين إلى أن الاستشارة لمدة لا تزيد عن ثلاث دقائق تؤدي إلى زيادة معدلات الإقلاع مقارنة بعدم الاستشارة(121).

● بالنسبة للأطفال في سن المدرسة ، ينبغي شرح الآثار الصحية للتدخين بمستوى مناسب لسن الطفل . يجب التأكيد على التأثيرات السلبية قصيرة المدى للتدخين ، مثل رائحة الفم وصبغة الأسنان وانخفاض الأداء الرياضي . يجب مناقشة إمكانية التطور السريع للإدمان ؛ يجب على مقدم الرعاية الطبية التأكيد على أنه ليس من الآمن "تجريب" التدخين .

● بالنسبة للمراهقين ، يجب على مقدم الخدمة إعطاء رسائل واضحة تصف المخاطر الصحية الثابتة للتدخين ، وتذكر أنه لا يوجد مستوى آمن من تعاطي التبغ بدلاً من التركيز على الآثار طويلة المدى للتدخين المزمن ، يجب التأكيد على الآثار المباشرة للتدخين ، بما في ذلك السعال المزمن ، وتفاقم الربو ، وزيادة خطر الإصابة بالالتهابات الرئوية ، وتصلب الشرايين ، وإمكانية التطور السريع لاعتماد النيكوتين . تجدر الإشارة إلى أن تدخين المراهقين والشباب لا يرتبط بفقدان كبير للوزن ، على عكس معتقدات الشباب(43) ، وعلى الرغم من الأدلة على أن الإقلاع عن التدخين يسبب زيادة الوزن لدى البالغين .

يجب أيضاً مناقشة المخاطر الصحية لمصادر النيكوتين البديلة ، بما في ذلك احتمال أن تؤدي السجائر الإلكترونية (vaping) إلى الاعتماد على النيكوتين والإدمان (118).

● الأطفال المصابون بأمراض مزمنة ، مثل الربو أو التليف الكيسي ، غالباً ما يدخنون على الرغم من تعرضهم الخاص للآثار الصحية الضارة (122). على سبيل المثال ، يعد التدخين أكثر شيوعاً بين مرضى الربو منه بين أولئك الذين لا يعانون من الربو(123،124)، و 5 إلى 10 بالمائة من الأفراد المصابين بالتليف الكيسي يدخنون (122،125). التدخين له أيضاً مخاطر صحية مهمة خاصة بالمرضى الذين يعانون من أمراض الخلايا المنجلية والسرطان وداء السكري والتهاب المفاصل مجهول السبب لدى الأحداث(122). بالنسبة للمراهقين الذين يعانون من هذه الأمراض المزمنة ، يجب تخصيص المشورة لهم مع مناقشة المخاطر الخاصة بالمرض الأساسي.

#### ❖ تقييم عوامل الخطر لبدء التدخين: Assess risk factors for smoking initiation

يمكن توجيه استشارات الوقاية من التدخين للمرضى عالي الخطورة من خلال تقييم عوامل الخطر لبدء التدخين ، بما في ذلك ما يلي :

- المستوى السابق من التجريب
- تدخين الوالدين وبين الأقران
- المواقف والمعتقدات حول الآثار الاجتماعية والعواقب الصحية للتدخين
- الاكتئاب
- ضعف الأداء المدرسي
- التجارب المعاكسة
- اضطراب سوء استخدام المواد

يمكن تعديل بعض عوامل الخطر هذه ، مثل تدخين الوالدين ونقص حظر التدخين في المنزل .عوامل الخطر الأخرى تلفت الانتباه إلى المخاطر الصحية المرتبطة بها ، مثل الاكتئاب أو تعاطي المخدرات .

❖ المساعدة في مهارات الأبوة والأمومة ومقاومة التدخين **Assist with parenting skills and**

### smoking resistance

يلعب مقدمو الرعاية الصحية للأطفال أيضًا دورًا في تسهيل الإقلاع عن التدخين لآباء الأطفال وممارسات التدريس لمنع بدء التدخين.

### a. توجيه للآباء

● الإقلاع عن التدخين - لأن الأطفال الذين لا يدخنون والديهم أو ينجحون في الإقلاع عن التدخين هم أقل احتمالاً بكثير للتدخين ، يجب على مقدمي الرعاية الصحية للأطفال أن يشجعوا بقوة الإقلاع عن التدخين لدى الآباء المدخنين (76,116,126-128). تشير دراسات تدخلات الإقلاع عن التدخين لدى البالغين إلى أن الاستشارة لمدة لا تزيد عن ثلاث دقائق تؤدي إلى زيادة معدلات الامتناع عن التدخين مقارنة بعدم الاستشارة (121). تشير الدراسات الاستقصائية الوطنية في الولايات المتحدة إلى أن غالبية الآباء يشعرون أن هذا جزء من وظيفة طبيب الأطفال وأن معظم الآباء الذين يدخنون سيرحبون بهذه النصيحة. (129).

● حظر التدخين - يجب على أطباء الأطفال تشجيع الآباء على الحفاظ على منزل خالٍ من التدخين. يمكن أن يكون حظر التدخين في المنزل مفيدًا حتى عندما يكون الآباء مدخنين ؛ ينقل المنزل الخالي من التدخين توقعات عدم التدخين إلى الطفل ، كما يدعم انخفاض استهلاك السجائر والإقلاع عن التدخين لدى المدخنين البالغين (43,130). يجب فرض حظر تدخين صارم حتى يكون فعالاً (131).

● مهارات الأبوة والأمومة - ينبغي تشجيع الآباء على إعطاء رسائل واضحة ومتسقة لأطفالهم يتوقعون منهم أن يظلوا غير مدخنين. ويرتبط رفض الآباء للتدخين مع انخفاض معدلات بدء التدخين بين أطفالهم ، وتحسين مقاومة الطفل لتأثيرات التدخين بين الأقران (127,132). تجدر الإشارة إلى أن رفض الوالدين يساعد على منع بدء التدخين عند الطفل حتى لو كان الوالد يدخن (133,134).

### b. تعزيز مقاومة التدخين - يتم استخدام العديد من التقنيات في التدخلات المدرسية لتعزيز

مقاومة التدخين بين الأطفال والمراهقين. قد تكون هذه التقنيات مفيدة أيضًا لتوجيه لقاء استشاري فردي ، على الرغم من أنه لم يتم تقييم استخدامها في هذا السياق. وتشمل هذه:

● تشجيع الطفل على تقدير الصحة الجيدة. تحدث عن كيف يساعدك كونك غير مدخن على تحسين الأداء الرياضي والمظهر وقيمة الذات.

● تصحيح المفاهيم الخاطئة حول تكرار التدخين بين أقرانهم (معظم الأطفال يبالغون في تقدير هذا التكرار (135)).

● تعليم الوعي بوسائل الإعلام وتأثير الأقران

● تعزيز المقاومة للتأثيرات الاجتماعية من الأقران من خلال التدريب على مهارات الرفض. وقد نجح تعليم برنامج REAL (رفض refuse ، شرح explain ، تجنب avoid ، مغادرة leave) كجزء من منهج الوقاية من سوء استخدام المواد في المدرسة (136).

يجب على مقدمي الرعاية الصحية للأطفال إعطاء رسائل حول تجنب التعرض للتبغ واستخدامه للأطفال الذين لا تتجاوز أعمارهم خمس سنوات. إذا قام مقدم الخدمة بتقديم المشورة للطفل حول هذه المشكلات مع أحد الوالدين الموجودين ، فقد يتمكن الوالد أيضاً من توفير التعزيز في المنزل.

#### ❖ ترتيب المتابعة Arrange follow-up

تختلف متابعة منع التدخين اعتماداً على عمر الطفل وعوامل الخطر. بالنسبة للطفل الذي يعبر عن موقف ضد التدخين وبدون عوامل خطورة كبيرة ، يمكن ببساطة تعزيز هذه الرسالة في مكافحة التدخين في فترات متباعدة .

#### الإعلان والتأثير الإعلامي :

في الولايات المتحدة ، تم حظر إعلانات التبغ التي تستهدف الأشخاص الذين تقل أعمارهم عن 18 سنة منذ عام 1998 (137). انخفضت نفقات الإعلان عن السجائر ، التي شكلت 90 في المائة من جميع إعلانات منتجات التبغ في عام 1998 ، بنسبة 85 في المائة خلال العقد التالي ، من 365.2 مليون دولار في عام 1998 إلى 53.1 مليون دولار في عام 2006 (138). في عام 2009 ، تم حظر رعاية العلامات التجارية للتبغ للأحداث الرياضية والترفيهية. بين عامي 1992 و 2013 ، انخفضت نفقات التسويق المتعلقة بالرياضة بشكل كبير لكل من السجائر (من 136 مليون دولار في عام 1992 إلى 0 دولار في عام 2013) والتبغ الذي لا يدخن (من 34.8 مليون دولار في عام 1992 ، إلى 2.1 مليون دولار في عام 2013 (139)). ومع ذلك ، يتعرض المراهقون أيضاً لإعلانات التبغ من خلال إعلانات نقاط البيع ، والمنتجات الترويجية ، والإنترنت ووسائل التواصل الاجتماعي ، وظهور استخدام التبغ في الأفلام والتلفزيون. هناك أدلة جيدة على أن هذه الأنشطة التسويقية تعزز بشكل فعال التدخين بين الشباب (140). يتم تسويق السجائر الإلكترونية أيضاً من خلال طرق متعددة بما في ذلك الإنترنت ووسائل التواصل الاجتماعي ، وتثبت الدراسات الاستقصائية أن 69 بالمائة من طلاب المدارس الإعدادية والثانوية في الولايات المتحدة معرضون لهذه الإعلانات (141).

تصوير التدخين في الأفلام له أيضاً تأثير مهم على بدء التدخين بين الشباب (143، 142، 18). لقد انخفض تصوير تعاطي التبغ في الأفلام الشعبية المصنفة بشكل كبير من متوسط 20 حادثة لكل فيلم في عام 2005 إلى سبعة لكل فيلم في عام 2010 (144).

لمواجهة هذه التأثيرات ، تم إطلاق حملات إعلانية لمكافحة التدخين ، ويبدو أنها فعالة في تعزيز مقاومة التدخين (145،18،76). تشير الدراسات إلى أن عرض إعلانات (مكافحة التدخين) أمام الطفل يرتبط بتغييرات إيجابية في المواقف والمعتقدات والنوايا لتجنب التدخين. في مثال آخر ، ارتبط التعرض للحملة الإعلامية "التكلفة الحقيقية" في الولايات المتحدة بمنع بدء التدخين بين ما يقرب من 350.000 شاب خلال فترة عامين (146). وعلى العكس من ذلك ، فإن التعرض للإعلانات التي تم إنشاؤها بواسطة صناعة التبغ والتي تهدف إلى تثبيط التدخين بين الشباب (147،18). تشير النتائج إلى أن حملات مكافحة التدخين التي يتم تنفيذها بشكل جيد يمكن أن تغير بشكل إيجابي وثابت معتقدات ومواقف الشباب، في حين أن الحملة التي ترعاها صناعة التبغ يمكن أن يكون لها تأثير عكسي . تشمل الاستراتيجيات الأخرى تعزيز اللوائح الأكثر صرامة التي تحظر الإعلان عن التبغ والترويج له في أشكال متاحة للشباب وضع منتجات التبغ في الأفلام ووسائل الإعلام (77).

تبين أن لرسائل المنشورة على وسائل التواصل الاجتماعي دور في منع تدخين المراهقين .على سبيل المثال ، في إحدى الدراسات ، تم عرض فيديوهات على يوتيوب تظهر التعرض للتبغ كخطر قابل للتعديل للسرطان (148). أبلغ الشباب عن استجابة إيجابية لمقاطع الفيديو واهتمام بمشاركتها على مواقع التواصل الاجتماعي. تشير هذه الملاحظات إلى أن رسائل وسائل التواصل الاجتماعي لديها إمكانية لمبادرات تعزيز الصحة التي تستهدف الشباب.

### خيارات العلاج:

نوصي المرضى الذين يرغبون في الإقلاع عن التدخين بالقيام بمجموعة من العلاجات السلوكية والدوائية معاً. وجدت التحليلات المتتالية للتجارب السريرية أن الاستشارة السلوكية والعلاج الدوائي لكل منهما دليل قوي على فعالية الإقلاع عن التدخين وأن الجمع بين الطريقتين ينتج أفضل النتائج (149،150). في الولايات المتحدة ، خطط التأمين مطلوبة لتغطية تدخلات الإقلاع عن التبغ ، بما في ذلك الاستشارة السلوكية والأدوية التي وافقت عليها إدارة الغذاء والدواء الأمريكية (FDA) (151).

**-الاستشارة السلوكية:** تظهر معظم الدراسات زيادة معدلات الإقلاع عن التدخين مع زيادة الدعم السلوكي (152، 45). ينبغي تقديم الاستشارة السلوكية في العيادة المتخصصة أو ضمن برنامج الإقلاع عن التدخين ، رغم ذلك سيكون هذا مجرد استشارة مختصرة للمريض . أحد أفضل المصادر المتوفرة للمرضى في الولايات المتحدة هو الخط الهاتفي المجاني (1-800-QUIT-NOW) الذي سيوفر دعم المتابعة والاستشارات حتى يكتمل التدخل الطبي السريري.

تشمل خيارات الاستشارة السلوكية الأخرى برامج الكمبيوتر والرسائل النصية والتدخلات المستندة إلى الويب وتطبيقات الهاتف.

- **العلاجات الدوائية:** يعد العلاج ببدائل النيكوتين (NRT) nicotine replacement therapy هي الخط الأول في العلاجات الدوائية للمدخنين، أو الأدوية ذات التأثير المركزي الفارينكلين أو البوبروبيون. أثبتت كل من هذه الأدوية فعاليتها في الإقلاع عن التدخين. مع استثناءات قليلة، يعتمد اختيار الدواء بشكل عام على تفضيل المريض بعد المناقشة مع الطبيب.

-**العلاجات البديلة:** تم استخدام عدة أنواع أخرى من التدخلات للإقلاع عن التدخين ولكنها لم تثبت فعاليتها.

✓ **الوخز بالإبر -** يتم تضمين الوخز بالإبر في بعض برامج الإقلاع عن التدخين المتاحة تجارياً. ومع ذلك، لم يجد التحليل التلوي لعام 2011 لتجارب معشة أي اختلافات في معدلات الامتناع عن التدخين على المدى الطويل للوخز بالإبر مقارنة بين الوخز بالإبر والعلاج الغفل(153)، على الرغم من أن التحليل التلوي اللاحق لعام 2012 اقترح فوائد محتملة (154).

✓ **التنويم المغناطيسي -** وجدت المراجعة المنهجية لعام 2010 لـ 11 تجربة معشة بيانات غير كافية لدعم استخدام العلاج بالتنويم المغناطيسي للإقلاع عن التدخين(155)، على الرغم من أن التحليل التلوي اللاحق لعام 2012 اقترح فوائد محتملة(154).

✓ **الحوافز المالية -** قد تؤدي الحوافز المالية للإقلاع عن التدخين إلى تحسين معدلات الإقلاع عن التدخين (156، 157). وجدت إحدى التجارب أن الحوافز المختلفة لها جاذبية متفاوتة للمدخنين وأن تأثيرات الحوافز تختلف بناءً على مقدار المخاطر المالية الموجودة إذا فشل المدخن في الإقلاع.

على الرغم من بعض الأدلة على الفعالية، هناك حاجة إلى مزيد من الدراسات لتحديد كيفية تحسين الحوافز المالية بأقل تكلفة (158).

## الدراسة العملية:

### أ-أهداف الدراسة:

- 1- دراسة نسبة انتشار التدخين عند عينة من طلاب كلية الطب البشري في جامعة دمشق.
- 2-دراسة العلاقة بين الميل للتدخين والجنس
- 3-دراسة العلاقة بين الميل للتدخين والعمر
- 4-دراسة العلاقة بين الميل للتدخين والسنة الدراسية
- 5- دراسة علاقة الميل للتدخين وتدخين المحيط(الأهل، الأخوة، الأصدقاء).
- 6-دراسة أسباب التعاطي الأول
- 7- دراسة أسباب الاستمرار بالتدخين
- 8 -دراسة علاقة الأزمة بالتدخين(الاعتماد عليه، عدم إيقافه، زيادته)

### ب-خطوات الدراسة:

تطلبت الإجابة عن أسئلة البحث، والتحقق من فرضياته، القيام بمجموعة من الإجراءات الميدانية المتمثلة ببناء الأداة لجمع المعلومات اللازمة، وتحديد مجال تطبيق البحث الميداني من المجتمع وعينات مشتقة منه.

### أداة الدراسة:

استخدم البحث الحالي الاستبانة كأداة للدراسة، وهي أداة مهمة للتعرف على آراء الأفراد في موضوع الدراسة، وتتيح لهم فرصة التعبير عن آرائهم بحرية.

تم توزيعه على طلاب كلية الطب للسنوات الدراسية الثانية والثالثة والرابعة والخامسة للإجابة عليه بشكل ذاتي، وذلك خلال فترة تواجدهم في حرم الجامعة و خلال ستاجات الطب النفسي في الشعبة النفسية في مشفى المواساة الجامعي.

تم تصميم الاستبانة بهدف دراسة نسبة انتشار التدخين(السجائر والأركيلة) عند عينة من طلاب الطب البشري بشكل عشوائي عند الجنسين في السنة الدراسية الثانية حتى السنة الخامسة، وعلاقة التدخين بعدد من المتغيرات الديموغرافية(الجنس، العمر، السنة الدراسية)، ومتغيرات متعلقة بتدخين المحيط(الأهل، الإخوة، الأصدقاء)، وتم الاعتماد على الاستبيان لتشخيص اضطراب سوء استخدام التبغ حسب معايير DSM-V العالمي(159)، كما تضمن استبيان أسباب التعاطي الأول (Smoking Motives Questionnaire (SMQ)(160)، وأخيراً استبيان عن دوافع الاستمرار بالتدخين((Russell reason for Smoking Questionnaire(RRSQ)(161)

وعليه كان الاستبيان يتألف من الأقسام التالية:

-القسم الأول: المعلومات الديموغرافية

-القسم الثاني: أسئلة تتعلق بمعايير تعاطي التبغ

-القسم الثالث: أسئلة لمعرفة دوافع استخدام التبغ لأول مرة

-القسم الرابع: أسئلة لمعرفة دوافع الاستمرار بالتدخين

تم ترجمة الاستبيانات ترجمة معاكسة للغة العربية وعرضت على لجنة لتحكيم الاستبيان، وتم التحقق من الصلاحية validity والتوافق مع أهداف الدراسة.

### مكان الدراسة:

كلية الطب البشري في جامعة دمشق، مشفى المواساة الجامعي بدمشق

### زمان الدراسة:

العام الدراسي 2018-2019

تم إدخال بيانات كل طالب في الدراسة بعدما تم التحقق من أنه مناسب لشروط البحث - المرحلة العمرية من 19 إلى 26 سنة

-السنة الدراسية ثانية،ثالثة، رابعة، خامسة فقط

-كلية طب بشري حصراً

-يدرس في جامعة دمشق

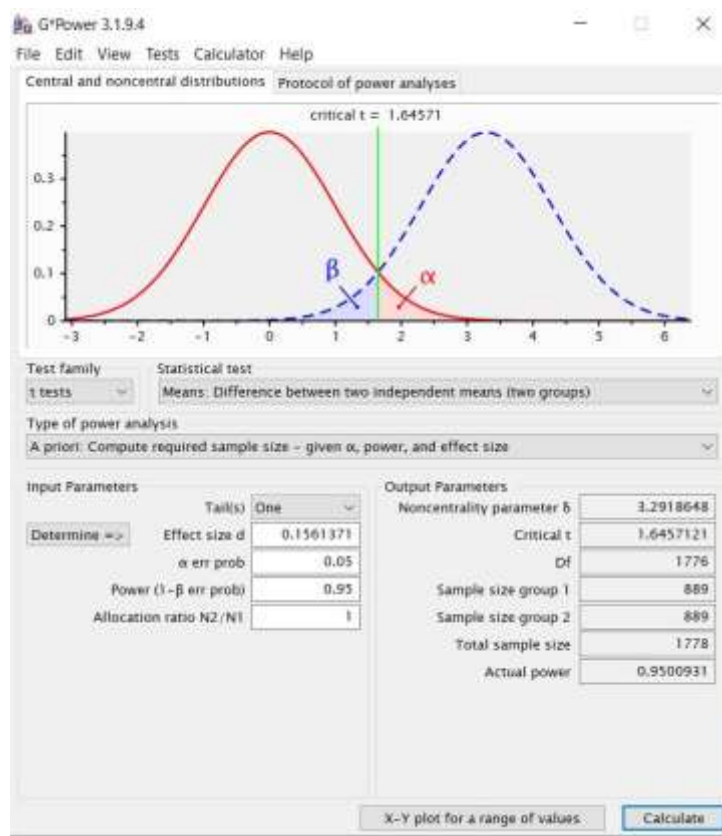
-يوافق على الدخول في البحث طواعية

### حساب حجم العينة:

تم حساب حجم العينة باستخدام برنامج G-power v3.1، حيث تم الاعتماد دراسة مشابهة سابقة، دراسة (162)، حيث تم الاعتماد على متغير متوسط عدد السجائر اليومية خلال فترة قبل الحرب، وخلال فترة الحرب، حيث كان المتوسط الحسابي لعدد السجائر قبل الحرب يساوي (7.84)، والانحراف المعياري (7.91)، بينما كان في فترة الحرب (14.83)، والانحراف المعياري (7.13).

تم إدخال هذه البيانات إلى برنامج G-power v3.1 لحساب حجم التأثير effect size، حيث كانت القيمة تساوي (0.15)، بالاعتماد على النتيجة السابقة أمكن حساب حجم العينة المطلوب وفق المعطيات التالية (حجم التأثير = 0.15، قيمة الخطأ من النمط الأول  $\alpha=0.05$ ، قوة الدراسة  $(1-\beta)=0.95$ )، وكان حجم العينة المطلوب والكافي للدراسة 889 عينة من الطلاب، وسيتم جمع عدد أكبر من العينات لزيادة قوة الدراسة.

يوضح الشكل رقم X، حساب حجم العينة المستخدم من خلال برنامج G-power v.3.1.



## الاختبارات الإحصائية:

لاختبار الفرضيات والإجابة عن أسئلة البحث تم استخدام الأساليب الإحصائية التالية باستخدام الحزمة الإحصائية للعلوم الإجتماعية (SPSS V.22):

- **الإحصاءات الوصفية:** وصف العينة، دراسة النسب المئوية والتكرارات والانحرافات المعيارية لكل من المشعرات وبين المجموعات.
- **العلاقات** علاقة التدخين بعدد من المتغيرات الديموغرافية (الجنس، العمر، السنة الدراسية)، ومتغيرات متعلقة بتدخين المحيط (الأهل، الإخوة، الأصدقاء)
- **اختبار التوزيع الطبيعي للمتغيرات:** تم استخدام اختبار Shapiro-Wilk لمعرفة نمط توزيع البيانات (توزيع طبيعي أو غير طبيعي)، حيث تم استخدام الاختبارات المعلمية ( parametric tests) عند قبول فرضية التوزيع الطبيعي، والاختبارات اللامعلمية (non-parametric tests) عند رفض فرضية التوزيع الطبيعي.
- **اختبار الفروق:** تم استخدام اختبارات ( ANOVA, Independent sample T-test, Paired sample T-test) لدراسة الفروق بين المتغيرات بين كل من مجموعات البحث في حال كان التوزيع طبيعي للبيانات.
- بينما تم استخدام اختبارات ( Kruskal-Wallis test, Wilcoxon test, Mann-Whitney U test) لدراسة الفروق بين متغيرات البحث في حال كان التوزيع غير طبيعي للبيانات، وكذلك بالنسبة للمتغيرات المتعلقة بالعينة حيث أنها تتبع التوزيع الغير طبيعي للبيانات.

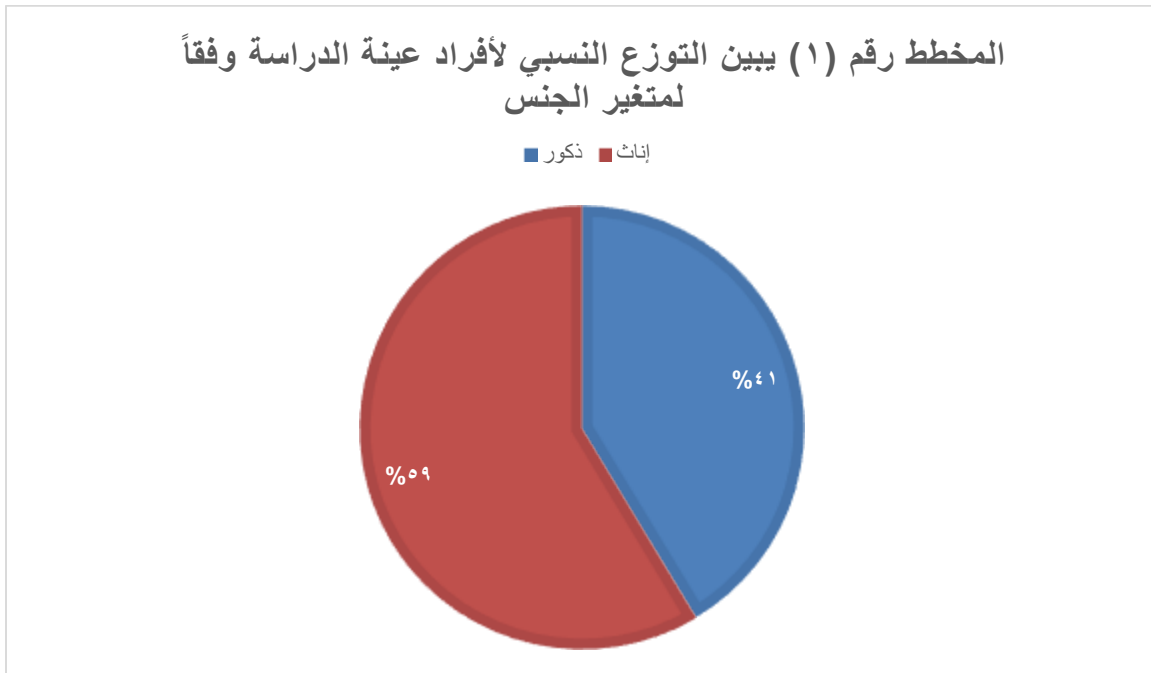
## النتائج وتحليل البيانات:

أولاً: الدراسة الوصفية وتحليل العينة:

1- وصف العينة حسب متغير الجنس:

تم جمع 1229 عينة من طلاب كلية الطب البشري في جامعة دمشق، توزعت العينة إلى ذكور 509 (41.4%)، وإناث 720 (58.6%).

الجدول رقم 1 - وصف العينة لمتغير الجنس			
		العدد	النسبة المئوية
الجنس	المتغيرات		
	ذكور	509	%41.4
	إناث	720	%58.6



## 2- وصف العينة بالنسبة لمتغير العمر:

تراوح عمر العينة بين 19-26 وكان المتوسط الحسابي للعمر (22.4 سنة)، والانحراف المعياري (2.04).

الجدول رقم 2 - وصف العينة بالنسبة لمتغير العمر				
المتغيرات		مجال العمر	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
العمر	مجال ومتوسط حسابي	26-19	22.4	2.04

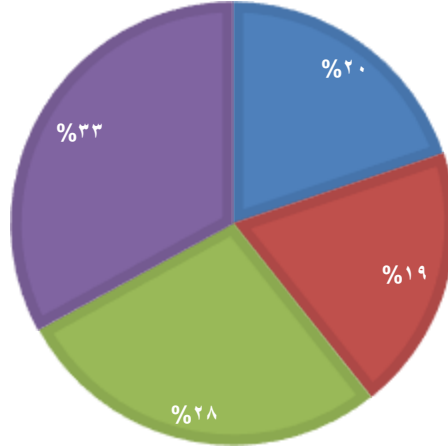
## 3- وصف العينة بالنسبة للسنة الدراسية:

حيث توزعت العينة على طلاب الطب البشري في كل السنوات (من السنة الثانية للسنة الخامسة)، حيث كان عدد طلاب السنة الثانية 244 (19.8%)، وطلاب السنة الثالثة 239 (19.5%)، وطلاب السنة الرابعة 341 (27.7%)، وطلاب السنة الخامسة 405 (33%). كما هو موضح في الجدول رقم 3.

الجدول رقم 3 - وصف العينة بالنسبة للسنة الدراسية:			
المتغيرات		العدد	النسبة المئوية
السنة الدراسية	السنة الثانية	244	19.8%
	السنة الثالثة	239	19.5%
	السنة الرابعة	341	27.7%
	السنة الخامسة	405	33%

المخطط رقم (٢) يبين التوزيع النسبي لأفراد عينة الدراسة وفقاً للسنة الدراسية

■ السنة الثانية ■ السنة الثالثة ■ السنة الرابعة ■ السنة الخامسة



4- وصف العينة بالنسبة لمتغير التدخين:

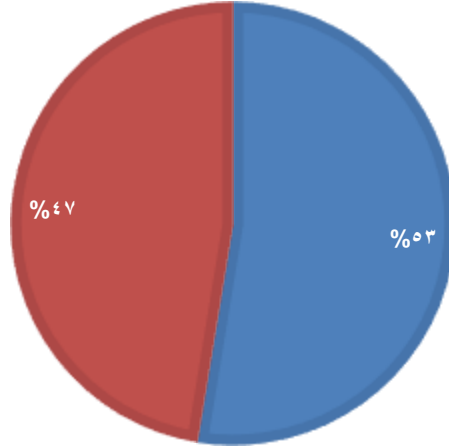
وكان عدد المدخنين في العينة 646 (52.56%)، توزع إلى إناث 203 (16.5%)، وذكور 443 (36.06%) من العينة الأساسية، حيث كان عدد الذكور المدخنين أكبر بكثير من عدد الإناث المدخنات ضمن عينة البحث. كما هو موضح في الجدول التالي:

الجدول رقم 4 - وصف العينة بالنسبة لمتغير التدخين

الجدول رقم 4 - وصف العينة بالنسبة لمتغير التدخين			
		العدد	النسبة المئوية
المتغيرات			
المدخنين	مدخن	646	52.5%
	غير مدخن	583	47.5%

### المخطط رقم (3) يبين التوزيع النسبي لأفراد عينة الدراسة وفقاً للتدخين

■ غير مدخن ■ مدخن



### ثانياً: تحليل البيانات لعينة المدخنين:

تم تحليل البيانات لعينة المدخنين التي تشمل 646 من العينة الأساسية، حيث تم دراسة البيئة المحيطة، ومعايير تعاطي النيكوتين، وأسباب تعاطي النيكوتين، ودوافع التدخين الأساسية.

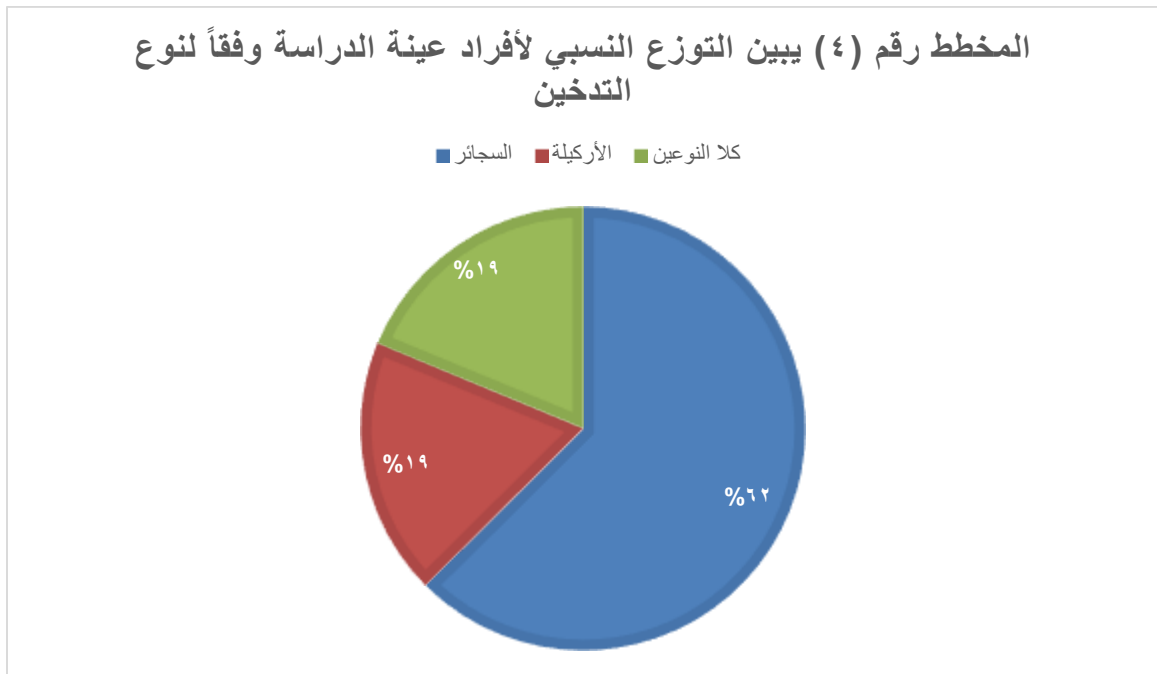
#### 1- دراسة البيئة المحيطة والمتغيرات المتعلقة بنوع ومدّة وكمية التدخين:

##### - نوع التدخين:

شملت عينة المدخنين 646 شخصاً، كانت الأغلبية تعتمد على تدخين السجائر 404 (62.5%)، بينما كان 121 (18.8%) شخصاً يعتمدون على تدخين الأركيلة، وأيضاً 121 شخصاً (18.8%) يدخنون كل من السجائر والأركيلة. لا يوجد أشخاص في العينة المدخنة مستخدمين للسجائر الإلكترونية.

يوضح الجدول رقم 5 والمخطط رقم 4 البيانات السابقة.

الجدول رقم 5 - نوع التدخين			
		العدد	النسبة المئوية
نوع التدخين	المتغيرات		
	السجائر	404	%62.5
	الأركيلة	121	%18.8
	كلا النوعين	121	%18.8



- البيئة المحيطة:

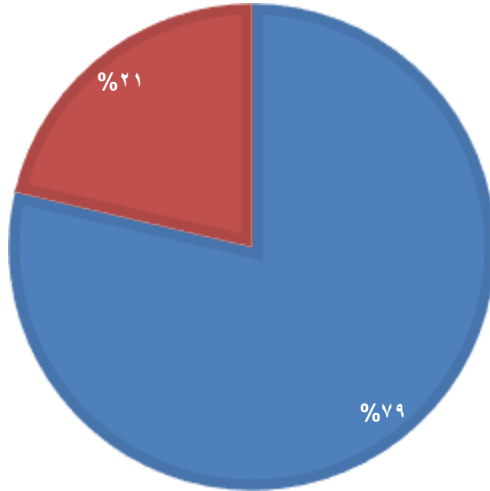
عند السؤال عن التدخين بالبيئة المحيطة، وجد أن غالبية العينة لديهم أصدقاء مدخنين (78.7%)، بينما كان التدخين عند العائلة بنسبة (57.4%)، وكذلك كان التدخين عند الأخوة بنسبة (27.9%).

يوضح الجدول رقم 6 البيانات السابقة وكذلك المخططات رقم 5 و 6 و 7.

الجدول رقم 6 - تأثير البيئة المحيطة				
		المتغيرات	العدد	النسبة المئوية
بالمحيط التدخين المجتمعي	هل الأهل مدخنين	نعم	508	%78.7
		لا	138	%21.3
	هل الأخوة مدخنين	نعم	370	%57.4
		لا	276	%42.6
	هل الأصدقاء مدخنين	نعم	180	%27.9
		لا	466	%72.1

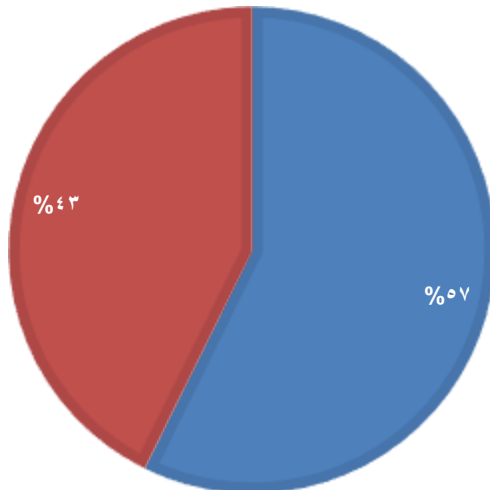
### المخطط رقم ( ٥ ) وضح ما إذا كان الاهل مدخنين

■ لا ■ نعم

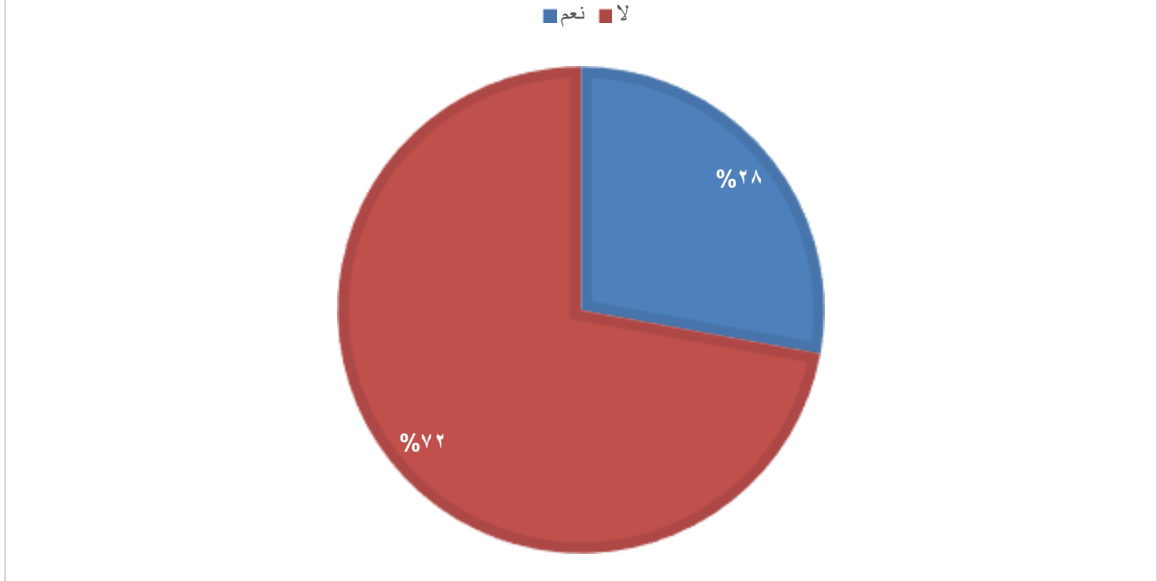


### المخطط رقم ( ٦ ) وضح ما إذا كان الاخوة مدخنين

■ لا ■ نعم



المخطط رقم ( ٧ ) وضح ما إذا كان الاصدقاء مدخنين



- انتظام التدخين:

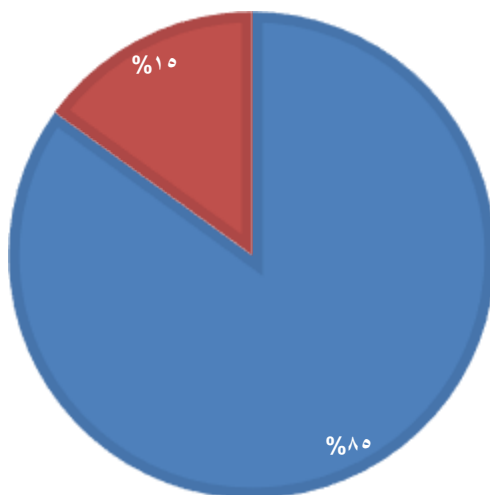
الأغلبية العظمى من العينة تعتمد على التدخين بشكل منتظم 549 (85%)، بينما كان التدخين بالنسبة لباقي عينة المدخنين محصوراً بالمناسبات 97 (15%).

يبين الجدول رقم (7) البيانات السابقة وكذلك المخطط رقم (8)

الجدول رقم 7 - دراسة المتغيرات لدى عينة المدخنين			
المتغيرات		العدد	النسبة المئوية
هل التدخين منتظم	منتظم	549	85%
	فقط بالمناسبات	97	15%

### المخطط ( ٨ ) يبين انتظام التدخين لدى أفراد العينة

■ فقط في المناسبات ■ منتظم

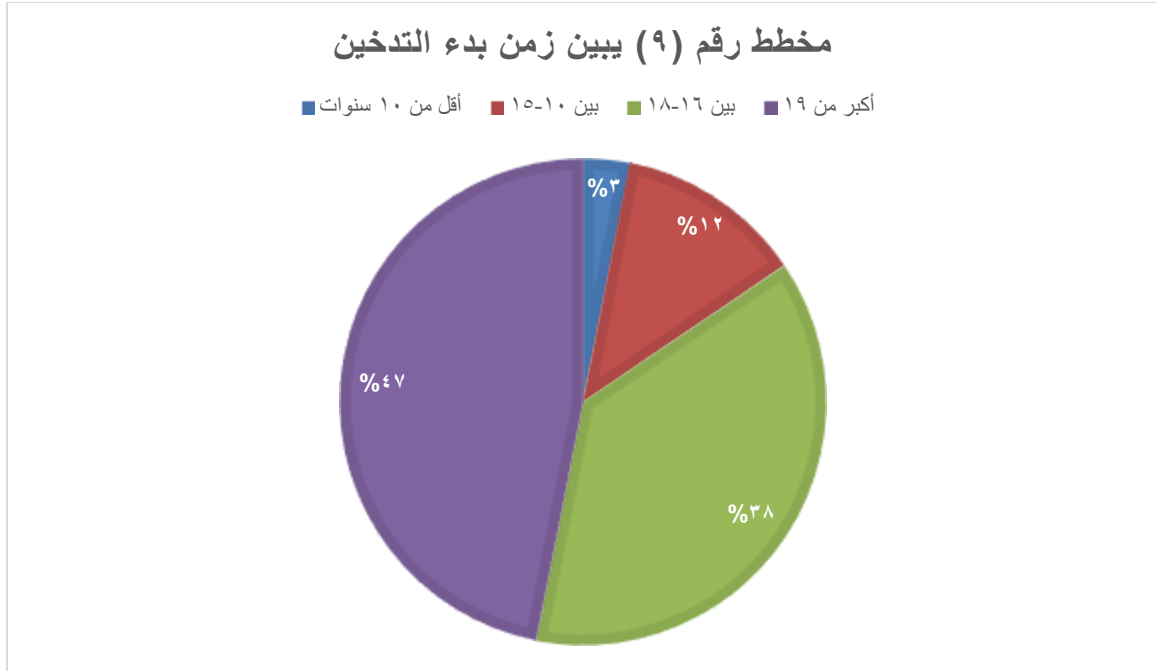


### - بدء التدخين:

تم السؤال عن زمن البدء بالتدخين بشكل منتظم، وكانت الإجابة الغالبة أن التدخين بدأ بعد عمر ال 19 سنة (46.9%)، بينما كان (37.5%) من العينة بدأوا بالتدخين خلال عمر 16-18 سنة، وأيضاً (12.5%) من العينة بدأوا التدخين بعمر 10-15 سنة، و فقط (3.1%) بدأو بعمر أصغر من 10 سنوات.

يبين الجدول رقم (8) البيانات السابقة وكذلك المخطط رقم (9)

الجدول رقم 8 - دراسة المتغيرات لدى عينة المدخنين			
المتغيرات	العدد	النسبة المئوية	
متى بدأت بالتدخين	أقل من 10 سنوات	20	3.1%
	بين 10-15	80	12.5%
	بين 16-18	242	37.5%
	أكبر من 19	302	46.9%



**- استهلاك وحدات النيكوتين:**

تراوح استهلاك وحدات النيكوتين عند المدخنين بين 1-30 وحدة يومياً عند مدخني السجائر وبمتوسط حسابي (11.5) وانحراف معياري قدره (1.06)، وبين 1-5 مرات عند مستخدمي الأركيلة بمتوسط (2.4) وانحراف معياري قدره (0.9).

يوضح الجدول رقم (9) البيانات السابقة.

الجدول رقم 9 - استهلاك وحدات النيكوتين يومياً				
		العدد	النسبة المئوية	الانحراف المعياري
عدد وحدات النيكوتين يومياً	سجائر	30-1 = المجال	11.5 = المتوسط الحسابي	1.06
	أركيلة	5-1 = المجال	2.4 = المتوسط الحسابي	0.9

## 2- دراسة معايير تعاطي النيكوتين:

### - عدد وحدات النيكوتين:

تم سؤال عينة المدخنين حول عدد وحدات النيكوتين التي يستخدمونها يومياً، ومتى تكون أول سيجارة، وعن الشعور عند التوقف عن التدخين، ويبين الجدول رقم 6، النسب المئوية لإجابات عينة المدخنين عن هذه المعايير.

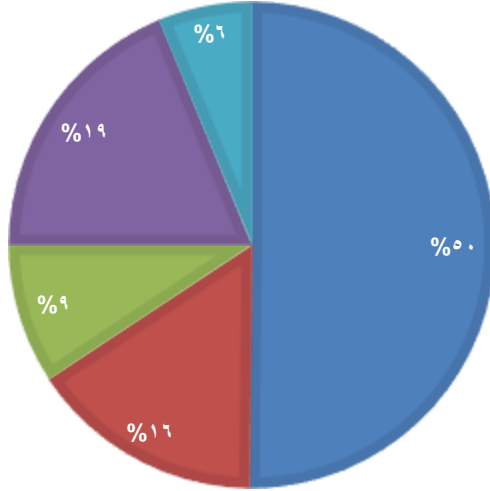
تراوح عدد وحدات النيكوتين بيومياً بين 1-30 حيث كان عدد الذين يدخنون أقل من 10 سجائر يومياً نصف العينة 323 (50%)، بينما كان الذين يدخنون بين 11-15 وحدة يومياً يمثلون 15.6%، وبين 16-19 وحدة (9.4%)، و(18.5%) يدخنون 20-25 وحدة يومياً، و(6.3%) يدخنون أكثر من 30 وحدة يومياً.

يبين الجدول رقم (10)، والمخطط رقم (11) البيانات السابقة.

الجدول رقم 10 - عدد وحدات النيكوتين		
	العدد	النسبة المئوية
عدد وحدات النيكوتين يومياً	أقل من 10 وحدات	323 %50
	بين 11-15 وحدة	100 %15.6
	16-19 وحدة	60 %9.3
	20-25 وحدة	121 %18.8
	أكثر من 30 وحدة يومياً	40 %6.3

### مخطط رقم (١١) يبين عدد وحدات النيكوتين

■ أكثر من ٣٠ وحدة يومياً ■ وحدة ٢٥-٢٠ ■ وحدة ١٩-١٦ ■ بين ١١-١٥ وحدة ■ أقل من ١٠ وحدات

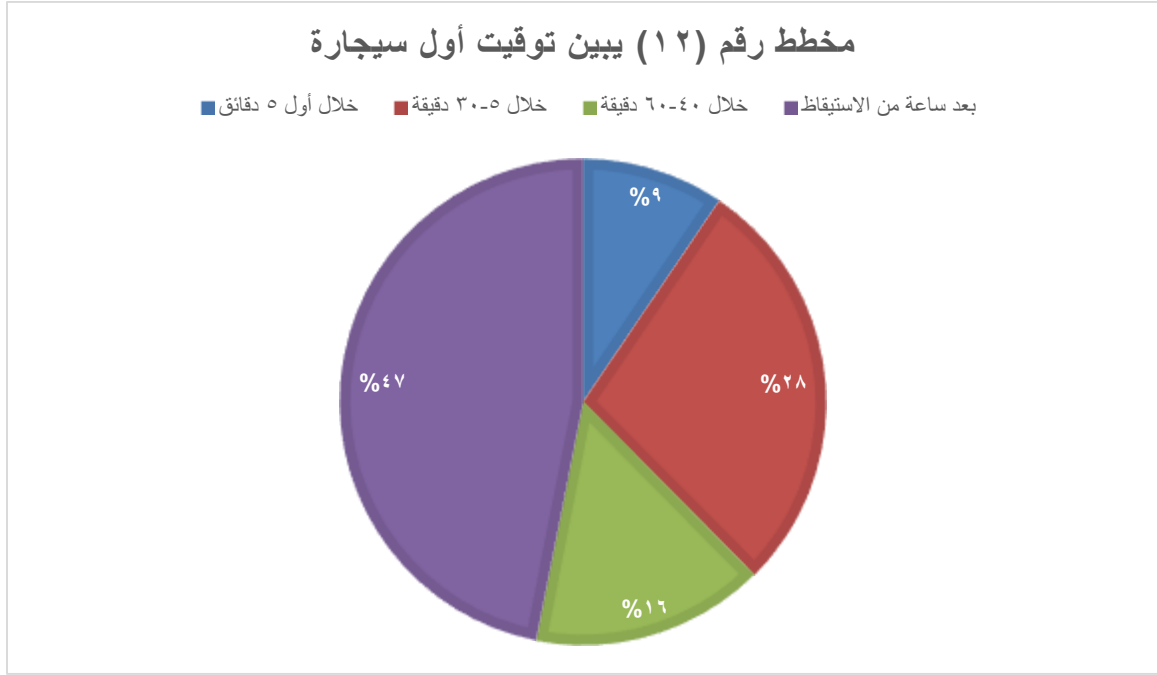


### - توقيت أول سيجارة:

النسبة الأكبر من العينة تبدأ بأخذ أول وحدة من النيكوتين بعد ساعة من الاستيقاظ (46.9%)، بينما (15.6%) يبدأون بأخذ وحدة من النيكوتين خلال 30-60 دقيقة بعد الاستيقاظ، و(28.1%) خلال 5-30 دقيقة من الاستيقاظ، بينما 9.4% يأخذون أول وحدة خلال أول خمس دقائق من الاستيقاظ.

يبين الجدول رقم (11)، والمخطط رقم (12) البيانات السابقة.

الجدول رقم 11 - توقيت أول سيجارة			
		العدد	النسبة المئوية
متى تأخذ أول وحدة من النيكوتين؟	خلال أول 5 دقائق	61	9.4%
	خلال 5-30 دقيقة	181	28.1%
	خلال 40-60 دقيقة	100	15.6%
	بعد ساعة من الاستيقاظ	302	46.9%



**- محاولات الإقلاع عن التدخين:**

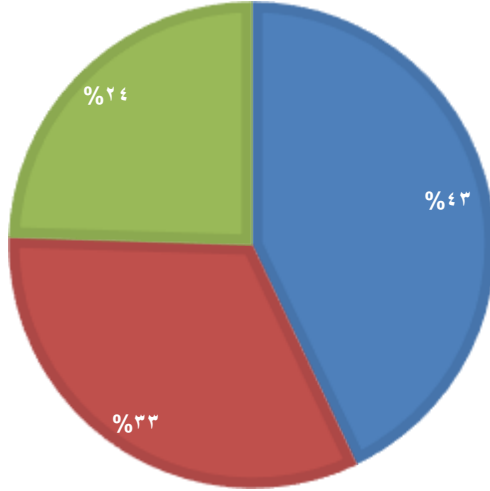
أكثر من (43.8%) من عينة المدخنين حاولو الإقلاع عن التدخين، و(33.2%) حاول الإقلاع عدمة مرات، بينما لم يحاول 25% أن يقلعو عن التدخين.

يبين الجدول رقم (12)، والمخطط رقم (13) البيانات السابقة.

<b>الجدول رقم 12 - معايير تعاطي النيكوتين لدى عينة المدخنين</b>			
		العدد	النسبة المئوية
هل حاولت الإقلاع عن التدخين	نعم	282	%43.8
	نعم، عدة مرات	214	%33.2
	لا	161	%25

### مخطط رقم (١٣) يبين محاولات الإقلاع عن التدخين

■ نعم ■ نعم عدة مرات ■ لا



ويوضح الجدول رقم 13 الشعور الذي ينتاب المدخنين بعد عدة ساعات من التوقف عن التدخين، حيث كان الشعور الغالب لدى عينة المدخنين هو الرغبة والتوق للتدخين (77.5%)، بينما شعر (43.6%) بصعوبة بالتركيز، و(36.4%) شعروا بشعور الغضب والنزق، كما شعر (25.7%) بالقلق و(32.4%) بالأرق و(12.3%) بالحزن والاكتئاب، وشعر (31.2%) بالتململ و(24.5%) بعدم الراحة، بينما شعر (14.7%) بكل ما سبق.

### الجدول رقم 13 - ماذا تشعر عند التوقف عن التدخين عدة ساعات

المتغيرات		نعم	النسبة المئوية	لا	النسبة المئوية
ماذا تشعر	الرغبة والتوق للتدخين	500	77.5%	146	22.5%
	النزق والغضب	235	36.4%	411	63.6%
عند التوقف	القلق	166	25.7%	480	74.3%
عن التدخين	الحزن والاكتئاب	79	12.3%	567	78.7%
عدة ساعات	صعوبة في التركيز	281	43.6%	365	56.4%
	الأرق	209	32.4%	437	67.6%

	التعلم	201	%31.2	445	%68.8
	عدم الراحة	158	%24.5	488	%75.5
	كل ما سبق	94	%14.7	552	%85.3

### 3- دراسة أسباب التعاطي الأول للنيكوتين:

يوضح الجدول رقم 14 النسب المئوية لأسباب التدخين وتعاطي النيكوتين فتبين أنه كان لتخفيف التوتر بنسبة (18.8%) كثيراً و(28.1%) قليلاً بينما كان التدخين بسبب الملل (15.6%) كثيراً و(40.6%) قليلاً وكان التدخين لتسهيل الاختلاط الاجتماعي بنسبة (0%) كثيراً و(6.3%) قليلاً ولزيادة التركيز كان (12.5%) كثيراً و(15.6%) قليلاً وكان التدخين للحفاظ على الوزن منخفض (3.1%) كثيراً و(6.3%) قليلاً وبسبب الاستمتاع بالتدخين (46.9%) كثيراً و(9.4%) قليلاً أما التدخين بسبب المشاكل النفسية كان بنسبة (52.1%) كثيراً و(15.2%) قليلاً وبسبب المشاكل المادية بنسبة (45%) كثيراً و(7.5%) قليلاً أما بسبب الخلافات الأسرية كانت بنسبة (25%) كثيراً و(5%) قليلاً وكان بسبب الصداقة مع المدخنين بنسبة (60%) كثيراً و(11%) قليلاً، بينما كانت بسبب الامتحانات بنسبة (70%) كثيراً و(5%) قليلاً.

#### الجدول رقم 14 - أسباب تعاطي النيكوتين

		لا	ليس فعلاً	نعم، قليلاً	نعم، غالباً	نعم، كثيراً	المتغيرات
أسباب التدخين	لتخفيف التوتر	6.3%	18.8%	28.1%	28.1%	18.8%	لتخفيف التوتر
	لتسهيل الاختلاط الاجتماعي	40.6%	43.8%	6.3%	9.4%	0%	لتسهيل الاختلاط الاجتماعي
	التدخين بسبب الملل	9.4%	9.4%	40.6%	25%	15.6%	التدخين بسبب الملل
	لزيادة التركيز	18.8%	28.1%	15.6%	25%	12.5%	لزيادة التركيز
	لحفاظ على الوزن منخفض	50%	37.5%	6.3%	3.1%	3.1%	لحفاظ على الوزن منخفض
	بسبب الاستمتاع بالتدخين	0%	12.5%	9.4%	31.3%	46.9%	بسبب الاستمتاع بالتدخين
	مشاكل نفسية	0%	10.3%	15.2%	22.4%	52.1%	مشاكل نفسية

	مشاكل مادية	45%	30%	7.5%	12.5%	5%
	الخلافاة الأسرية	25%	15%	5%	5%	50%
	صداقتي مع المدخنين	60%	9%	11%	15%	5%
	الامتحانات	70%	10%	5%	0	15%

ومن خلال المناقشة السابقة يمكننا أن نقول: إن أكثر ثلاث أسباب لتعاطي التبغ لأول مرة هي: أولاً يساعد على التركيز خلال الدراسة للامتحانات، ثانياً صداقتي مع المدخنين، ثالثاً مشاكل واضطرابات نفسية.

#### 4- دراسة دوافع الاستمرار بتعاطي التبغ:

يوضح الجدول رقم 15 النسب المئوية عند سؤال المدخنين عن دوافع التدخين ظهر أن دافع أبدو أكثر وسامة كثيراً جداً بنسبة (56.3%) ومطلقاً بنسبة (3.1%) ودافع أبدو أكثر نضجاً ورقياً بنسبة (65.6%) كثيراً جداً و(6.3%) مطلقاً وبالنسبة لدافع أبدو أكثر جاذبية أمام الجنس الآخر بنسبة (50.0%) كثيراً جداً و(3.1%) مطلقاً أما للتسلية والمرح فكانت بنسبة (43.8%) كثيراً جداً و(0.0%) مطلقاً ولدافع أشعر بشيء ينقصني عندما لا تكون السيارة بيدي بنسبة (46.9%) كثيراً جداً و(3.1%) مطلقاً ولمجرد وجود شيء في فمي بنسبة (59.4%) كثيراً جداً و(3.1%) مطلقاً وكان أثناء استراحة هادئة بنسبة (9.4%) كثيراً جداً و(12.5%) مطلقاً ولدافع اشعر بمتعة معينة بنسبة (18.8%) كثيراً جداً و(6.3%) مطلقاً ودافع أكون مرتاحاً ومسترخياً بنسبة (6.3%) كثيراً جداً و(15.6%) مطلقاً.

كما كانت النسبة لدافع عندما أكون قلقاً حيال أمر ما (6.3%) كثيراً جداً و(18.8%) مطلقاً ولدافع عندما أكون غاضباً (15.6%) كثيراً جداً و(12.5%) مطلقاً وعندما أرى أشخاص آخرين يدخنون بنسبة (25.0%) كثيراً جداً و(12.5%) مطلقاً.

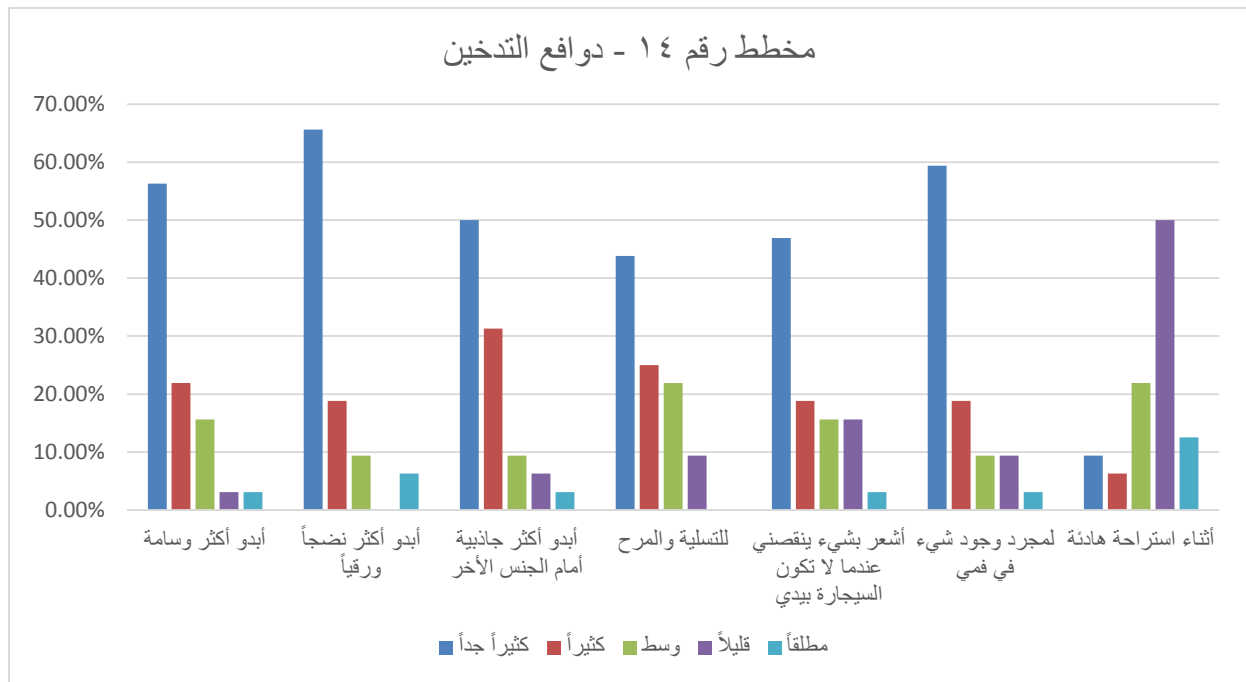
بينما كانت النسبة لدافع أجد نفسي أذخ دون أن أتذكر إشعال السيارة (59.4%) كثيراً جداً و(3.1%) مطلقاً ولدافع عندما أذخ أشعر بمعنويات عالية ويقظة أكثر (78.1%) كثيراً جداً و(3.1%) مطلقاً ودافع يساعدني التدخين على التركيز والتفكير بنسبة (21.9%) كثيراً جداً و(3.1%) مطلقاً كما كانت لدافع يساعدني التدخين على الاستمرار والمواظبة على العمل (28.1%) كثيراً جداً و(3.1%) مطلقاً.

وكانت النسبة لدافع يساعدني التدخين على التركيز والتفكير (21.9%) كثيراً جداً و(3.1%) مطلقاً ولدافع عندما انفذ من السجائر يصبح الأمر لا يطاق (28.1%) كثيراً جداً و(6.3%) مطلقاً ودافع أشعر بجوع حقيقي للدخان عندما لا أدخن لفترة طويلة بنسبة (43.8%) كثيراً جداً و(0.0%) مطلقاً ودافع اشتاق لسيجارة عندما يتوجب علي التوقف عن التدخين بنسبة (31.3%) كثيراً جداً و(15.6%) مطلقاً بينما كانت النسبة لدافع أجد الأمر صعباً أن أمضي أسبوع دون دخان (18.8%) كثيراً جداً و(9.4%) مطلقاً ودافع أجد الأمر صعباً أن امضي ساعة بدون دخان (43.4%) كثيراً جداً و(12.5%) مطلقاً.

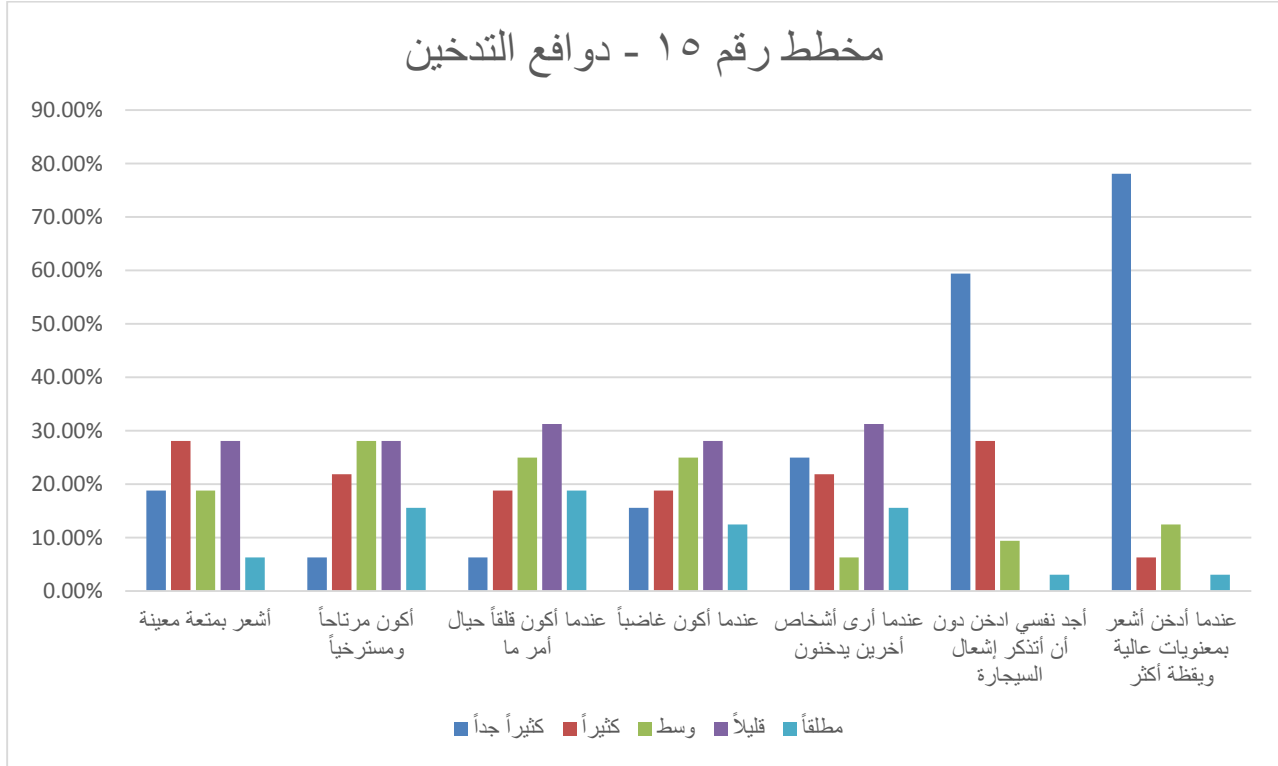
الجدول رقم 15 - دوافع الاستمرار بالتعاطي

		مطلقاً	قليلاً	وسط	كثيراً	كثيراً جداً
دوافع استمرار التدخين	أبدو أكثر وسامة	3.1%	3.1%	15.6%	21.9%	56.3%
	أبدو أكثر نضجاً ورقياً	6.3%	0.0%	9.4%	18.8%	65.6%
	أبدو أكثر جاذبية أمام الجنس الآخر	3.1%	6.3%	9.4%	31.3%	50.0%
	للتسلية والمرح	0.0%	9.4%	21.9%	25.0%	43.8%
	أشعر بشيء ينقصني عندما لا تكون السجارة بيدي	3.1%	15.6%	15.6%	18.8%	46.9%
	لمجرد وجود شيء في فمي	3.1%	9.4%	9.4%	18.8%	59.4%
	أثناء استراحة هادئة	12.5%	50.0%	21.9%	6.3%	9.4%
	أشعر بمتعة معينة	6.3%	28.1%	18.8%	28.1%	18.8%
	أكون مرتاحاً ومسترخياً	15.6%	28.1%	28.1%	21.9%	6.3%
	عندما أكون قلقاً حيال أمر ما	18.8%	31.3%	25.0%	18.8%	6.3%
	عندما أكون غاضباً	12.5%	28.1%	25.0%	18.8%	15.6%
	عندما أرى أشخاص آخرين يدخنون	15.6%	31.3%	6.3%	21.9%	25.0%
	أجد نفسي ادخن دون أن أتذكر إشعال السجارة	3.1%	0.0%	9.4%	28.1%	59.4%
عندما أدخن أشعر بمعنويات عالية ويقظة أكثر	3.1%	0.0%	12.5%	6.3%	78.1%	

يساعدني التدخين على الاستمرار والمواظبة على العمل	3.1%	15.6%	21.9%	31.3%	28.1%
يساعدني التدخين على التركيز والتفكير	3.1%	21.9%	28.1%	25.0%	21.9%
عندما انفذ من السجائر يصبح الأمر لا يطاق	6.3%	28.1%	25.0%	12.5%	28.1%
أشعر بجوع حقيقي للدخان عندما لا أدخن لفترة طويلة	0.0%	15.6%	15.6%	25.0%	43.8%
اشتاق لسجارة عندما يتوجب علي التوقف عن التدخين	15.6%	12.5%	28.1%	12.5%	31.3%
أجد الأمر صعباً أن أمضي أسبوع دون دخان	9.4%	12.5%	21.9%	37.5%	18.8%
أجد الأمر صعباً أن امضي ساعة بدون دخان	12.5%	18.8%	18.8%	15.6%	34.4%

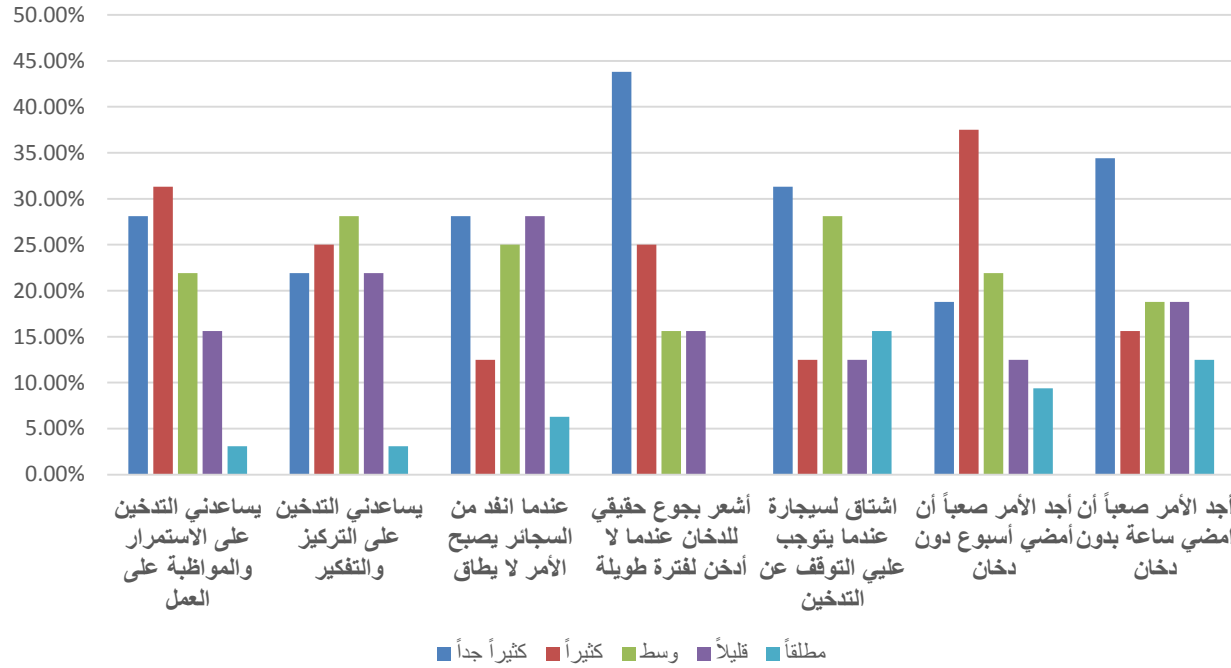


يوضح المخطط رقم 14 النسب المئوية لدوافع التدخين وتكون النسبة الأكبر في دافع أبدو أكثر وسامة كثيراً جداً وكذلك بالنسبة لكل من الدوافع أبدو أكثر نضجاً ورقياً وأبدو أكثر جاذبية أمام الجنس الآخر ودافع للتسلية والمرح وأشعر بشيء ينقصني عندما لا تكون السيارة بيدي ودافع لمجرد وجود شيء في فمي بينما كانت قليلاً في دافع أثناء استراحة هادئة.



يوضح المخطط رقم 15 النسب المئوية لدوافع التدخين وتكون النسبة الأكبر في دافع عندما أدخن أشعر بمعنويات عالية ويقظة أكثر كثيراً جداً وكذلك في دافع أجد نفسي أدخن دون أن أتذكر إشعال السيارة بينما كانت النسب الأكبر لقليلاً في كل من دافع عندما أرى أشخاص آخرين يدخنون وعندما أكون غاضباً ودافع عندما أكون قلقاً حيال أمر ما بينما في دافع أكون مرتاحاً ومسترخياً تكون النسبة الأكبر في قليلاً ووسط وفي دافع أشعر بمتعة معينة تكون النسبة الأكبر في قليلاً وكثيراً.

مخطط رقم ١٦ - دوافع التدخين



يوضح المخطط رقم 16 النسب المئوية لدوافع التدخين وتكون النسبة الأكبر في دافع أجد الأمر صعباً أن أمضي ساعة بدون دخان وفي دافع اشتاق لسجارة عندما يتوجب علي التوقف عن التدخين ودافع أشعر بجوع حقيقي للدخان عندما لا أدخن لفترة طويلة بينما كانت النسبة الأكبر لكثيراً في دافع أجد الأمر صعباً أن أمضي أسبوع دون دخان وفي دافع يساعدني التدخين على الاستمرار والمواظبة على العمل بينما كانت قليلاً وكثيراً جداً في دافع عندما انفذ من السجائر يصبح الأمر لا يطاق ووسط في دافع يساعدني التدخين على التركيز والتفكير.

## دراسة العلاقات بين المتغيرات:

### 1- دراسة العلاقة بين المتغيرات الديموغرافية والميل إلى التدخين:

درست العلاقة بين كل من العمر، الجنس، السنة الدراسية مع متغير الميل إلى التدخين، حيث أجري اختبار independent samples T-test لدراسة العلاقة بين متغير الجنس والميل إلى التدخين، بينما تم

استخدام اختبار ANOVA لدراسة العلاقة بين السنة الدراسية والميل إلى التدخين، وأخيراً تم استخدام اختبار Pearson's correlation لدراسة العلاقة بين العمر والميل إلى التدخين.

يوضح الجدول رقم 16 وجود علاقة جوهريّة بين الجنس والميل إلى التدخين ( $p=0.049$ )، حيث كان للذكور ميل أكبر للتدخين من الإناث، وكذلك وجد علاقة جوهريّة بين السنة الدراسية والميل إلى التدخين، حيث كان عدد المدخنين في السنوات الأخيرة أكبر من السنوات الأولى ( $p=0.035$ ) الجدول رقم 17، بينما لم يوجد علاقة بين العمر والميل إلى التدخين ( $p=0.145$ ) الجدول رقم 18.

الجدول رقم 16 - دراسة وجود فرق جوهري بين المتغيرات الديموغرافية والميل إلى التدخين						
قيمة الفروق			اختبار Independent samples T-test			
المتغيرات	العدد	متوسط الفروق	قيمة T	قيمة مستوى الدلالة	معنوية الاختبار	
الجنس	الذكور	443	145.91	0.191	0.049	يوجد فرق جوهري
	الإناث	203	134.84			

الجدول رقم 17 - دراسة وجود فرق جوهري بين المتغيرات الديموغرافية والميل إلى التدخين					
قيمة الفروق			اختبار ANOVA		
المتغيرات	العدد	مجموع المربعات	قيمة F	قيمة مستوى الدلالة	معنوية الاختبار
السنة الدراسية	646	129.2	3.41	0.049	يوجد فرق جوهري

الجدول رقم 18 - دراسة وجود فرق جوهري بين المتغيرات الديموغرافية والميل إلى التدخين				
المتغيرات		اختبار Pearson's correlation		
المتغيرات	العدد	قيمة ارتباط بيرسون	قيمة مستوى الدلالة	معنوية الاختبار
العمر	646	0.848	0.145	لا يوجد فرق جوهري

هل يوجد علاقة بين التدخين بالمحيط والميل إلى التدخين؟

تم إجراء اختبار independent samples T-test لدراسة وجود علاقة بين تدخين بالمحيط (العائلة، الأخوة، الأصدقاء) والميل للتدخين عند طلاب الطب البشري. ويوضح الجدول رقم 19 كل من علاقة

التدخين بالعائلة والأخوة والأصدقاء، ووجد علاقة جوهرية لعلاقة التدخين بالعائلة ( $p=0.024$ )، بينما لم يوجد فرق جوهري لعلاقة التدخين بالأخوة ( $p=0.84$ )، كما ظهر فرق جوهري لعلاقة التدخين بالأصدقاء ( $p=0.015$ ).

الجدول رقم 19 - دراسة وجود فرق جوهري بين المتغيرات الديموغرافية والميل إلى التدخين						
قيمة الفروق			اختبار Independent samples T-test			
المتغيرات	العدد	متوسط الفروق	قيمة T	قيمة مستوى الدلالة	معنوية الاختبار	
هل العائلة تدخن	نعم	508	145.91	0.191	0.024	يوجد فرق جوهري
	لا	138	134.84			
هل الأخوة يدخنون	نعم	370	187	0.623	0.84	لا يوجد فرق جوهري
	لا	276	89.5			
هل الأصدقاء يدخنون	نعم	180	78.8	0.090	0.015	يوجد فرق جوهري
	لا	466	112.3			

### ثالثاً: فرضيات البحث:

الفرضية الأولى: ينتشر التدخين بين طلاب الطب في جامعة دمشق بنسبة قابلة للإحصاء الرياضي.

بلغ عدد المدخنين في العينة أكثر من النصف بقليل (5,62%)، وهي نسبة كبيرة فاقت النسب المدروسة سابقاً في الدراسات السابقة، تم القيام باختبار chi-square لدراسة وجود فرق جوهري بين المدخنين وغير المدخنين للتحقق من الفرضية الأولى، وكانت النتيجة أن التدخين ينتشر بنسبة قابلة للإحصاء الرياضي ( $P=0.002$ )، مما يدل على أن الفرضية الأولى صحيحة وأن التدخين ينتشر بشكل قابل للإحصاء الرياضي بين مجتمع طلاب الطب البشري في جامعة دمشق.

المتغيرات		العدد	النسبة المئوية	اختبار Chi-Square
المدخنين	مدخن	646	%62.5	0.002
	غير مدخن	583	%47.5	

الفرضية الثانية: هناك علاقة بين دوافع التدخين الاول و استمرار التعاطي عند طلاب جامعة دمشق .

تم إجراء اختبار ANOVA بين كل من دوافع التدخين الأول، واستمرار التعاطي عند طلاب الجامعات، ولم يبين الاختبار وجود علاقة جوهرية بين المتغيرين، حيث توزع دوافع التدخين الأول بشكل متجانس عند دراسة العلاقة مع استمرار التعاطي عند طلاب الطب البشري، وبالتالي لم تتحقق الفرضية الثانية.

## المناقشة:

### أولاً: دراسة نسبة انتشار التدخين في العينة المدروسة:

-كانت نسبة انتشار التدخين (سجائر وأركيلة): تدخين السجائر 62,5%، وتدخين أركيلة 18.8%،  
18.8% يدخنون كل من السجائر والأركيلة.

-إن هذه النسبة أعلى من النسبة في الدراسة اللبنانية أجريت عام 2009-2010 التي تقول 26,3%  
للسجائر و29,5% للأركيلة (10).

-إن هذه النسبة أعلى من نسبة الدراسة الأردنية تمت عام 2002 التي بلغت فيها نسبة انتشار التدخين الكلية  
28% (11).

### ثانياً: العلاقة بين الجنس والميل للتدخين:

-يوجد علاقة جوهريّة ذات دلالة إحصائية بين الجنس والميل للتدخين.

-عدد المدخنين في العينة توزع إلى 36,06% ذكور و16,5% إناث حيث كان عدد الذكور المدخنين أكبر  
بكثير من عدد الإناث المدخنات ضمن عينة البحث.

-هذه النسبة تتوافق مع الدراسة الأردنية السابقة (50.2% بين الذكور و6.5% بين الإناث) (11)، وهذا  
يعود للوصمة اتجاه المرأة المدخنة ويوصف سلوكها على أنه سلوك مشين.

-لكنها تتخالف مع الدراسة اللبنانية التي تقول لم يكن هناك فرق حسب الجنس (10)

### ثالثاً: العلاقة بين السنة الدراسية والميل للتدخين:

-يوجد علاقة جوهريّة بين السنة الدراسية والميل إلى التدخين، حيث كان عدد المدخنين في السنوات الأخيرة  
أكبر من السنوات الأولى.

- تم استبعاد طلاب السنة الدراسية الأولى كونهم سنة تحضيرية وليس من الضروري دخولهم في السنة  
الثانية لكلية الطب البشري وبالتالي هذا لا يتوافق مع شروط البحث.

-في الدراسة التركبية تقول أن عدد الطلاب المدخنين عند التسجيل كان 21.8% ، وفي نهاية ست سنوات  
كان معدل الذكور المدخنين 3.0 years +/- 2.6 ، والإناث المدخنات 1.8 years +/- 1.0 (p < 0.05) (12).

### رابعاً: العلاقة بين العمر والميل للتدخين:

في دراستنا الحالية لم نجد علاقة بين العمر والميل إلى التدخين.

بينما الدراسة العراقية التي تمت عام 2005 على طلاب جامعة كربلاء(14) تقول أن الميل للتدخين يزيد مع التقدم بالعمر.

### خامساً:العلاقة بين تدخين المحيط (الأخوة، الأهل، الصداق) و الميل للتدخين:

تبين وجود فرق جوهري لعلاقة التدخين بوجود أهل مدخنين، وكذلك بوجود أصدقاء مدخنين، بينما لا يوجد دلالة إحصائية لعلاقة الميل للتدخين والإخوة المدخنين.

-غالبية المدخنين لديهم أصدقاء مدخنين 78،7%، وعند العائلة بنسبة 57،4%، وكذلك التدخين عند الأخوة بنسبة 27،9%.

-تقول الدراسة الأردنية أنه الأصدقاء ، وليس الأسرة ، هم المصدر الرئيسي للتدخين الأول(11).

### سادساً: أسباب التعاطي الأول:

- تبين أن الأسباب الثلاثة الأولى لتعليل تعاطي التبغ لأول مرة هي أولاً المساعدة على التركيز خلال الدراسة للامتحانات،( كونهم طلاب طب ولديهم كم كبير من الدراسة وبحاجة للتذكر والحفظ)، ثانياً الصداقة مع مدخنين، ثالثاً وجود اضطراب نفسي.
- هذه الأسباب قام طلاب الطب بإضافتها وقد احتلت المراتب الثلاثة الأولى
- بينما في دراسة أخرى تمت على 2727 مريض يراجع مركزين للإقلاع عن التدخين في لندن (160) تبين فيها أن السبب الأكبر الذي يدفع الشخص للتدخين أول مرة هو تخفيف التوتر، ثم لتخفيف الملل ومن بعده التسلية، وهي أسباب مختلفة عما توصلنا إليه في بحثنا، وقد يكون سبب الاختلاف هو نوع العينة التي تمت الدراسة عليها.

### سابعاً : أسباب الاستمرار بالتدخين وعدم إيقافة:

تبين أن الأسباب الثلاثة الأولى لتعليل الإستمرار بتعاطي التبغ وعد إيقافه كانت: أولاً الشعور بمعنويات عالية ويقظة أكثر، ثانياً أبدو أكثر نضجاً ووسامة (وهي سمات لتعزيز الثقة بالنفس أكثر) ثالثاً أدخن لمجرد وجود شيء في فمي( خلل في المرحلة الفموية في السنة الأولى من الحياة).

في إحدى الدراسات التي هدفت لتحليل العلاقة بين أسباب التدخين ونجاح الإقلاع عنه (163) عام 2014 مستخدمة استبيان ((Russell Reason for Smoking Questionnaire (RRSQ) لتحديد سبب الاستمرار بالتدخين وعدم إيقافه عند من فشلوا في الإقلاع: كانت الأسباب هي التهدئة وتعزيز الثقة بالنفس وتسهيل الاختلاط الاجتماعي ونشاط الفم اليدوي أي العوامل النفسية والاجتماعية (-social psychological) هي العوامل المؤثرة وذلك يتوافق مع نتيجة التي توصلنا لها خلال البحث.

#### ثامناً :علاقة ارتفاع نسبة انتشار التدخين مع وجود الزمة :

-تكشف دراستنا عن وجود ارتفاع ملحوظ بمعدل انتشار التدخين حالياً عن معدل انتشاره عام 2006-2007 التي كانت 10,9 للسجائر(9) (بعد الأزمة كانت النتيجة حسب دراستنا 62,5%)، وانخفاض استخدام الأركيلة إلى 18,8% بينما كان نسبة انتشار استخدامها قبل الأزمة 23%

- وفي مقالة بحثية سورية مشابهة تمت عام 2018 لتتبع سلوك التدخين وحساب معدل انتشاره خلال فترة الأزمة السورية بين طلاب الكليات الجامعية في دمشق عبر استبيان الكتروني تم نشره عبر الانترنت(162) بينت معدل انتشار التدخين كان 24,73% للسجائر أي اقل من النصف، وهو تتخالف مع دراستنا. كانت النسبة 30,4% لانتشار استخدام الأركيلة وهي نسبة أعلى من التي توصلنا لها خلال البحث.

-وعلى سبيل المقارنة ، تم دراسة تأثير الأزمة المالية العالمية عام 2015 على استخدام التبغ في دراسة أميركية ، كانت النتائج بأن الأزمة أدت وانخفاض غير متوقع قدره 1,7 مليون مدخن بين العاملين وزيادة 2,4 مليون مدخن بين الأفراد العاطلين عن العمل، والذين لا يزال معدل انتشارهم في التدخين مرتفع للغاية في فترة ما بعد الأزمة 32,6% (7).

## المقترحات والتوصيات:

-تسليط الضوء على مدى انتشار التدخين بشكل واسع وخاصة لدى الفئة الشابة المتعلمة، ومدى خطورة هذا الأمر على الصحة والمجتمع.

-كم أثرت الأزمة السورية على سلوك الشباب ولجوئهم للتدخين للتخفيف من الضغوط التي يواجهونها، والتدخين لتحقيق الراحة المؤقتة والضرر بصحتهم على المدى البعيد.

-أصبح زيادة معدلات التدخين بحاجة لجهود خاصة من جانب السلطات المعنية بالصحة العامة.

- على الكليات الطب أن تدرج في مناهجها الدراسية برامج تدريبية لعلاج الاعتماد على التبغ وتنشيط الدوافع لتعاطيه.
- ضرورة تحديث القوانين والأنظمة الخاصة بالتدخين، مع ضرورة التطبيق الفعلي لها والإشراف على تنفيذها من قبل الجهات المعنية.
- وضع استراتيجية طويلة الأمد لمكافحة التدخين.
- التأكيد على الأطباء وضرورة تحويل دورهم من مدخنين إلى ناشطين في مكافحة التدخين.
- تفعيل دور الإعلام ووسائل التواصل الإجتماعي في رفع مستوى الوعي الصحي لدى الناس عموماً وطلبة الطب خصوصاً حول التدخين ومضاره.
- تفعيل دور الأسرة في مجال مكافحة التدخين بالتنسيق مع الجهات المعنية بهذا المجال.
- تشجيع البحث العلمي في مجال وبائية التدخين.

## الملاحق:

### استمارة الموافقة المستنيرة للمشاركين في البحث

نحن بصدد إجراء بحث علمي عن نسبة انتشار المدخنين بين طلاب كلية الطب البشري في جامعة دمشق ، و ندعوك للمشاركة في هذا البحث، و لك مطلق الحرية في قبول أو رفض ذلك، لكن قبل أن تخذ قرارك نرجو منك أن تقرأ بعناية المعلومات التالية:

- مشاركتك في الدراسة تعني أن تجيبنا على الاستبيان المرفق فقط.
- المعلومات الواردة في الاستبيان معلومات احصائية ولأهداف علمية بحتة ولا تأخذ الطابع الشخصي أبدا.
- المعلومات الواردة في الاستبيان تتسم بالسرية المطلقة.
- يمكنك ذكر اسمك في الاستبيان ويمكنك أن لا تذكره، أنت حر التصرف.

في حال موافقتك على الاشتراك يرجى التوقيع أدنى الورقة.

لقد قرأت المعلومات الواردة أعلاه، و كانت لدي الفرصة لأطرح الاسئلة و حصلت على إجابات مقنعة و لذلك أعلن موافقتي على الاشتراك في الدراسة.

اسم المشارك.....

توقيع المشارك: .....

## الاستبيانات المطبقة على العينة المدروسة:

✓ استبيان المعلومات الديموغرافية:

الجنس: ذكر ---- أنثى-----

العمر: -----سنة

السنة الدراسية:-----

أحد الأبوين مدخن أو كلاهما -----

إخوة مدخنون -----

الأصدقاء المحيطون مدخنين أم لا

هل أنت مدخن يومياً ؟ نعم----- لا-----

إذا كان الجواب لا :الرجاء إعادة الاستبيان للباحث

شكل التدخين: سجائر أم أركيلة أم كلاهما

أوقات تدخين السجائر: بالمناسبات أم منتظم

أوقات تدخين الأركيلة: بالمناسبات أم منتظم

-حدد وتذكر سبب أو أسباب ودوافع تناول أول سيجارة أو أركيلة.....

أول سيجارة كان عمرك: >9سنوات

10-15 سنة

16-18 سنة

<19 سنة

المدخنين بشكل منتظم: كم سيجارة باليوم؟

كم أركيلة بالأسبوع؟

✓ استبيان معايير تعاطي

النيكوتين :

1- كم سيجارة تدخن باليوم :

○ 10 او اقل

○ 11الى 15

- 16 الى 19
- 20 الى 25
- 26 الى 30
- 31 او اكثر

2- متى تدخن أول سيجارة بعد الاستيقاظ :

- خلال اول خمس دقائق
- خلال 6 إلى 30 دقيقة
- خلال 31 إلى 60 دقيقة
- بعد ساعة من الاستيقاظ

3- أثناء التدخين أو أثناء تخفيف تعاطي التدخين أو أثناء الإقلاع عن التدخين هل شعرت بتوق شديد للتدخين :

- نعم
- لا

4- عندما تتوقف عن التدخين عدة ساعات هل تشعر :

- الرغبة والتوق للتدخين
- النزق والغضب
- القلق
- الحزن و الاكتئاب
- صعوبة في التركيز
- الأرق
- التملل
- عدم الراحة
- كل ما سبق

دوافع التدخين الاول : ✓

1- هل قمت بالتدخين في اول مرة بسبب التوتر :

- نعم كثيرا جدا
- نعم بالغالب
- نعم قليلا

- ليس فعلا
- ابدا

**2- هل قمت بالتدخين في اول مرة لتسهيل الاختلاط الاجتماعي :**

- نعم كثيرا جدا
- نعم بالغالب
- نعم قليلا
- ليس فعلا
- ابدا

**3- هل قمت بالتدخين في اول مرة لتزيد من تركيزك وتبقى متيقظا :**

- نعم كثيرا جدا
- نعم بالغالب
- نعم قليلا
- ليس فعلا
- ابدا

**4- هل قمت بالتدخين في اول مرة لتشغل نفسك من الملل :**

- نعم كثيرا جدا
- نعم بالغالب
- نعم قليلا
- ليس فعلا
- ابدا

**5- هل قمت بالتدخين في اول مرة لتخفيف وزنك :**

- نعم كثيرا جدا
- نعم بالغالب
- نعم قليلا

- ليس فعلا
- ابدا

**6- هل قمت بالتدخين في اول مرة بسبب رغبتك بالتجربة :**

- نعم كثيرا جدا
- نعم بالغالب
- نعم قليلا
- ليس فعلا
- ابدا

**7- هل قمت بالتدخين في اول مرة بسبب نصيحة الاصدقاء :**

- نعم كثيرا جدا
- نعم بالغالب
- نعم قليلا
- ليس فعلا
- ابدا

**8- سبب آخر.....**

✓ استبيان دوافع استمرار  
التدخين

### (RRSQ Russell reason for Smoking Questionnaire)

- 1 I feel I look more gentle when smoking.  
عندما أدخن أبدو أكثر وسامة
- 2 I feel I look more mature and sophisticated when smoking.  
عندما أدخن أبدو أكثر نضجاً و رقيماً
- 3 I feel more attractive when to the opposite sex when smoking.  
عندما أدخن أبدو أكثر جاذبية أمام الجنس الآخر
- 4 Having a cigarette in hand is also one of the fun.  
وجود السيجارة بيدي يعطي طابعاً من التسلية والمرح
- 5 I feel something is missing from my hand when I don't smoke.  
أشعر بشيء ما ينقصني عندما لا تكون السيجارة في يدي
- 6 I smoke for there could be something in my mouth.  
أنا أدخن لمجرد أن يكون متواجد شيء ما في فمي
- 7 I like a cigarette best when I am having a quiet rest  
أحب أن أخذ سيجارة أثناء استراحة هادئة
- 8 I get a definite pleasure whenever I smoke.  
كلما أدخن أشعر بمتعة معينة
- 9 I want to smoke most when I am comfortable and relaxed  
غالباً ما أُرغب بالتدخين عندما أكون مرتاحاً ومسترخياً
- 10 I smoke more when I am worried about something.  
أدخن أكثر عندما أكون قلقاً حيال أمر ما
- 11 I smoke more when I am unhappy.  
أدخن أكثر عندما أكون غير سعيد
- 12 I light up a cigarette when I feel angry about something.  
أولع سيجارة عندما أكون غاضباً من أمر ما
- 13 I light up a cigarette without realizing I still have one burning in the ash  
tray.  
أولع سيجارة دون أن أدرك وجود سيجارة أخرى مشتعلة في المنفضة
- 14 I smoke automatically without even being aware of it.

أدخن بشكل تلقائي دون أن أكون مدركا لذاتي ما أفعله

15 I find myself smoking without remembering lighting up.

أجد نفسي أدخن السيجارة بدون أن أتذكر إشعالها

16 I get a definite lift and feel more alert when smoking.

عندما أدخن أشعر بمعنويات عالية ويقظة أكثر

17 Smoking helps to keep me going when I am tired.

يساعدني التدخين على الاستمرار والمواظبة عندما أكون متعباً

18 Smoking helps me to think and concentrate

يساعدني التدخين على التركيز والتفكير

19 When I have run out cigarettes I find it almost unbearable until I can get them.

عندما أنفذ من السجائر يصبح الأمر لا يطاق حتى أحصل عليها

20 I get a real gnawing hunger to smoke when I haven't smoked for a while.

أشعر بجوع حقيقي ذابح للدخان عندما لا أدخن لفترة من الوقت

21 I am very much aware of the fact when I am not smoking.

أكون مدرك جيداً لحقيقة أنني لا أدخن

22 I get define craving to smoke when I have to stop for a while.

أشتاق (أخرم) لسيجارة عندما يتوجب علي التوقف عن التدخين لفترة

23 I would find it difficult to go without smoking for as long as a week.

أجد الأمر صعباً أن أمضي بدون دخان لفترة أسبوع

24 I find it difficult to go as long as an hour without smoking.

أجد أمر صعباً أن أمضي بدون دخان لمدة ساعة

الاحتمالات للاجابة:

كثيرا جدا=4

كثيرا=3

وسط=2

قليلًا=1

مطلقًا=0

## :Reference المراجع

- 1- SADOCK, B, J; SADOCK, V,A.and RUIZ,P. *Tobacco-Related Disorder, Substance Use and Addictive Disorders, Kaplan and sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry, eleventh edition*, Woiters Kluwer 2015,p 680-685
- 2- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Smoking-attributable mortality, years of potential life lost, and productivity losses--United States, 2000-2004. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2008; 57:1226
- 3- Scientific Committee on Emerging and Newly Identified Health Risks. Health effects of smokeless tobacco products. Available at: [ec.europa.eu/health/ph\\_risk/committees/04\\_scenihr/docs/scenihr\\_o\\_013.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_risk/committees/04_scenihr/docs/scenihr_o_013.pdf) (Accessed on October 17, 2011).
- 4- Mathers CD, Loncar D. Projection of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLoS Med.* 2006;3(11):e442
- 5- Health benefits of smoking cessation. A report of the Surgeon General. DHHS Publication No. (CDC) 90-8416, Department of Health and Human Services, Washington, DC 1990
- 6- Kasza KA, Ambrose BK, Conway KP, et al. Tobacco-Product Use by Adults and Youths in the United States in 2013 and 2014. *N Engl J Med* 2017; 376:342.
- 7- Phillips E, Wang TW, Husten CG, et al. Tobacco Product Use Among Adults - United States, 2015. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2017; 66:1209.
- 8- Odani S, Armour BS, Graffunder CM, et al. State-Specific Prevalence of Tobacco Product Use Among Adults - United States, 2014-2015. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2018; 67:97.
- 9- Almerie MQ, Matar HE, Salam M, Morad A, Abdulaal M, Koudsi A, et al. Cigarettes and waterpipe smoking among medical students in Syria: a cross-sectional study. *Int J Tuberc Lung Dis.* 2008 Sep;12(9):1085–91. PMID:18713509
- 10- Jradi H, Wewers ME, Pirie PR, Binkley PF, Ferketich K. Cigarette and waterpipe smoking associated knowledge and behaviour among medical students in Lebanon. *East Mediterr Health J.* 2013 Oct;19(10):861–8. PMID:2431315
- 11- Haddad LG, Malak MZ. Smoking habits and attitudes towards smoking among university students in Jordan. *Int J Nurs Stud.* 2002 Nov;39(8):793–802. PMID:12379297
- 12- Yesim Senol,Levent Donmez, Mehtap Turkey,et al. The incidence of smoking and risk factors for smoking initiation in medical faculty students: cohort study.*BMC Public Health.* 2006 May 10;128
- 13- Haytham Daradka,Omar Khabour,Karem Alzoubi,et al. Tobacco and waterpipe use among university students in Saudi Arabia: impact of tobacco sales ban. *East Mediterr Health J.* 2019 mar 19;25(2):111-118. Doi: 10.26719/emhj.18.021.

- 14- Ali Al Mousawi. The prevalence of smoking among karbala/Iraq university students in Iraq in 2005. *Tob Use Insights*. 2014 Feb 10;7:9-14. Doi: 10.4137/YUI.S12238.
- 15- GBD 2015 Tobacco Collaborators. Smoking prevalence and attributable disease burden in 195 countries and territories, 1990-2015: a systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet* 2017; 389:1885.
- 16- Jamal A, King BA, Neff LJ, et al. Current Cigarette Smoking Among Adults - United States, 2005-2015. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2016; 65:1205.
- 17- Jamal A, Phillips E, Gentzke AS, et al. Current Cigarette Smoking Among Adults - United States, 2016. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2018; 67:53.
- 18- 2012 US Surgeon General's Report: Preventing Tobacco Use Among Youth and Young Adults. Available at: <http://www.surgeongeneral.gov/library/reports/preventing-youth-tobacco-use/> (Accessed on November 10, 2016).
- 19- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Cigarette use among high school students--United States, 1991-2005. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2006; 55:724.
- 20- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Results from the 2008 National Survey on Drug Use and Health: Detailed Tables. <http://oas.samhsa.gov/> (Accessed on July 01, 2011).
- 21- Healthy People 2010 data and Healthy People 2020 objectives, available at: <http://www.healthypeople.gov/2020/topicsobjectives2020/objectiveslist.aspx?topicid=41> (Accessed on July 14, 2011)
- 22- Schoenborn CA. Percentage of Adults Aged 18–24 Years Who Had Never Smoked Cigarettes. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2013; 62:814.
- 23- World Health Organization. The tobacco atlas. <http://www.who.int/tobacco/en/atlas7.pdf?ua=1> (Accessed on November 02, 2016).
- 24- Turner L, Mermelstein R, Flay B. Individual and contextual influences on adolescent smoking. *Ann N Y Acad Sci* 2004; 1021:175.
- 25- Maciosek MV, Coffield AB, Edwards NM, et al. Priorities among effective clinical preventive services: results of a systematic review and analysis. *Am J Prev Med* 2006; 31:52.
- 26- Costello DM, Dierker LC, Jones BL, Rose JS. Trajectories of smoking from adolescence to early adulthood and their psychosocial risk factors. *Health Psychol* 2008; 27:811.
- 27- Bhatnagar A, Whitsel LP, Ribisl KM, et al. Electronic cigarettes: a policy statement from the American Heart Association. *Circulation* 2014; 130:1418.
- 28- Grana R, Benowitz N, Glantz SA. E-cigarettes: a scientific review. *Circulation* 2014; 129:1972.
- 29- Hajek P, Etter JF, Benowitz N, et al. Electronic cigarettes: review of use, content, safety, effects on smokers and potential for harm and benefit. *Addiction* 2014; 109:1801.

- 30- King BA, Patel R, Nguyen KH, Dube SR. Trends in awareness and use of electronic cigarettes among US adults, 2010-2013. *Nicotine Tob Res* 2015; 17:219.
- 31- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Notes from the field: electronic cigarette use among middle and high school students - United States, 2011-2012. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2013; 62:729.
- 32- Adkison SE, O'Connor RJ, Bansal-Travers M, et al. Electronic nicotine delivery systems: international tobacco control four-country survey. *Am J Prev Med* 2013; 44:207.
- 33- Etter JF, Bullen C. Electronic cigarette: users profile, utilization, satisfaction and perceived efficacy. *Addiction* 2011; 106:2017.
- 34- Kalkhoran S, Alvarado N, Vijayaraghavan M, et al. Patterns of and reasons for electronic cigarette use in primary care patients. *J Gen Intern Med* 2017; 32:1122.
- 35- US Department of Health and Human Services. The Health Consequences of Smoking: A Report of the Surgeon General. Center for Disease Control, Washington 2004. CDC Publication No. 7829. Available at: [www.cdc.gov/tobacco/sgr/sgr\\_2004/index.htm](http://www.cdc.gov/tobacco/sgr/sgr_2004/index.htm) (Accessed on March 07, 2005).
- 36- Primack BA, Sidani J, Agarwal AA, et al. Prevalence of and associations with waterpipe tobacco smoking among U.S. university students. *Ann Behav Med* 2008; 36:81.
- 37- Akl EA, Gaddam S, Gunukula SK, et al. The effects of waterpipe tobacco smoking on health outcomes: a systematic review. *Int J Epidemiol* 2010; 39:834.
- 38- Eichhorn L, Michaelis D, Kemmerer M, et al. Carbon monoxide poisoning from waterpipe smoking: a retrospective cohort study. *Clin Toxicol (Phila)* 2018; 56:264.
- 39- Raad D, Gaddam S, Schunemann HJ, et al. Effects of water-pipe smoking on lung function: a systematic review and meta-analysis. *Chest* 2011; 139:764.
- 40- Wang TW, Kenemer B, Tynan MA, et al. Consumption of Combustible and Smokeless Tobacco - United States, 2000-2015. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2016; 65:1357.
- 41- Mazurek JM, Syamlal G, King BA, et al. Smokeless tobacco use among working adults - United States, 2005 and 2010. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2014; 63:477.
- 42- Pierce JP, Choi WS, Gilpin EA, et al. Validation of susceptibility as a predictor of which adolescents take up smoking in the United States. *Health Psychol* 1996; 15:355.
- 43- Pbert L, Farber H, Horn K, et al. State-of-the-art office-based interventions to eliminate youth tobacco use: the past decade. *Pediatrics* 2015; 135:734.
- 44- Kaufman NJ, Castrucci BC, Mowery PD, et al. Predictors of change on the smoking uptake continuum among adolescents. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2002; 156:581.
- 45- Kandel DB, Griesler PC, Hu MC. Intergenerational Patterns of Smoking and Nicotine Dependence Among US Adolescents. *Am J Public Health* 2015; 105:e63.

- 46- Stone SL, Kristeller JL. Attitudes of adolescents toward smoking cessation. *Am J Prev Med* 1992; 8:221.
- 47- Meier KS. Tobacco truths: the impact of role models on children's attitudes toward smoking. *Health Educ Q* 1991; 18:173.
- 48- Scalici F, Schulz PJ. Influence of perceived parent and peer endorsement on adolescent smoking intentions: parents have more say, but their influence wanes as kids get older. *PLoS One* 2014; 9:e101275.
- 49- Sussman S, Dent CW, Mestel-Rauch J, et al. Adolescent nonsmokers, triers, and regular smokers' estimates of cigarette smoking prevalence: when do overestimations occur and by whom? *J App Soc Psy* 1988; 18.
- 50- Unger JB, Chen X. The role of social networks and media receptivity in predicting age of smoking initiation: a proportional hazards model of risk and protective factors. *Addict Behav* 1999; 24:371.
- 51- DiFranza JR, Richmond JB. Let the children be heard: lessons from studies of the early onset of tobacco addiction. *Pediatrics* 2008; 121:623.
- 52- Cross SJ, Lotfipour S, Leslie FM. Mechanisms and genetic factors underlying co-use of nicotine and alcohol or other drugs of abuse. *Am J Drug Alcohol Abuse* 2017; 43:171.
- 53- Siqueira LM, COMMITTEE ON SUBSTANCE USE AND PREVENTION. Nicotine and Tobacco as Substances of Abuse in Children and Adolescents. *Pediatrics* 2017; 139.
- 54- Doubeni CA, Reed G, Difranza JR. Early course of nicotine dependence in adolescent smokers. *Pediatrics* 2010; 125:1127.
- 55- Dierker L, Hedeker D, Rose J, et al. Early emerging nicotine dependence symptoms in adolescence predict daily smoking in young adulthood. *Drug Alcohol Depend* 2015; 151:267.
- 56- Candy flavorings in tobacco. *New England Journal of Medicine Correspondence*. Available at: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMc1403015> (Accessed on May 09, 2014).
- 57- King BA, Tynan MA, Dube SR, Arrazola R. Flavored-little-cigar and flavored-cigarette use among U.S. middle and high school students. *J Adolesc Health* 2014; 54:40.
- 58- Corey CG, Ambrose BK, Apelberg BJ, King BA. Flavored Tobacco Product Use Among Middle and High School Students--United States, 2014. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2015; 64:1066.
- 59- Ambrose BK, Day HR, Rostron B, et al. Flavored Tobacco Product Use Among US Youth Aged 12-17 Years, 2013-2014. *JAMA* 2015; 314:1871.
- 60- Manning KC, Kelly KJ, Comello ML. Flavoured cigarettes, sensation seeking and adolescents' perceptions of cigarette brands. *Tob Control* 2009; 18:459.
- 61- Choi WS, Pierce JP, Gilpin EA, et al. Which adolescent experimenters progress to established smoking in the United States. *Am J Prev Med* 1997; 13:385.

- 62- Goodman E, Capitman J. Depressive symptoms and cigarette smoking among teens. *Pediatrics* 2000; 106:748.
- 63- Dierker L, Rose J, Selya A, et al. Depression and nicotine dependence from adolescence to young adulthood. *Addict Behav* 2015; 41:124.
- 64- Daly M, Egan M. Childhood cognitive ability and smoking initiation, relapse and cessation throughout adulthood: evidence from two British cohort studies. *Addiction* 2017; 112:651.
- 65- Bryant AL, Schulenberg JE, O'Malley PM, et al. How academic achievement, attitudes, and behaviors relate to the course of substance use during adolescence: A 6-year multiwave national longitudinal study. *J Res Adol* 2003; 13:361.
- 66- Acierno R, Kilpatrick DG, Resnick H, et al. Assault, PTSD, family substance use, and depression as risk factors for cigarette use in youth: findings from the National Survey of Adolescents. *J Trauma Stress* 2000; 13:381.
- 67- Siqueira L, Diab M, Bodian C, Rolnitzky L. Adolescents becoming smokers: the roles of stress and coping methods. *J Adolesc Health* 2000; 27:399.
- 68- Anda RF, Croft JB, Felitti VJ, et al. Adverse childhood experiences and smoking during adolescence and adulthood. *JAMA* 1999; 282:1652.
- 69- Myers MG, Brown SA. Smoking and health in substance-abusing adolescents: a two-year follow-up. *Pediatrics* 1994; 93:561.
- 70- Torabi MR, Bailey WJ, Majd-Jabbari M. Cigarette smoking as a predictor of alcohol and other drug use by children and adolescents: evidence of the "gateway drug effect". *J Sch Health* 1993; 63:302.
- 71- Lai S, Lai H, Page JB, McCoy CB. The association between cigarette smoking and drug abuse in the United States. *J Addict Dis* 2000; 19:11.
- 72- Rubinstein ML, Rait MA, Prochaska JJ. Frequent marijuana use is associated with greater nicotine addiction in adolescent smokers. *Drug Alcohol Depend* 2014; 141:159.
- 73- Myers MG, MacPherson L. Adolescent reasons for quitting smoking: initial psychometric evaluation. *Psychol Addict Behav* 2008; 22:129.
- 74- Riedel BW, Robinson LA, Klesges RC, McLain-Allen B. What motivates adolescent smokers to make a quit attempt? *Drug Alcohol Depend* 2002; 68:167.
- 75- Campaign for tobacco-free kids fact sheet, State excise and sales taxes per pack of cigarettes, 2015. Available at: [http://www.tobaccofreekids.org/facts\\_issues/fact\\_sheets/policies/tax/us\\_state\\_local/](http://www.tobaccofreekids.org/facts_issues/fact_sheets/policies/tax/us_state_local/) (Accessed on January 02, 2016).
- 76- Moyer VA, U.S. Preventive Services Task Force. Primary care interventions to prevent tobacco use in children and adolescents: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. *Ann Intern Med* 2013; 159:552.
- 77- Farber HJ, Nelson KE, Groner JA, et al. Public Policy to Protect Children From Tobacco, Nicotine, and Tobacco Smoke. *Pediatrics* 2015; 136:998.

- 78- Bailey SR, Harrison CT, Jeffery CJ, et al. Withdrawal symptoms over time among adolescents in a smoking cessation intervention: do symptoms vary by level of nicotine dependence? *Addict Behav* 2009; 34:1017.
- 79- DiFranza JR, Rigotti NA, McNeill AD, et al. Initial symptoms of nicotine dependence in adolescents. *Tob Control* 2000; 9:313.
- 80- DiFranza JR, Sweet M, Savageau J, Ursprung WW. An evaluation of a clinical approach to staging tobacco addiction. *J Pediatr* 2011; 159:999.
- 81- Dierker L, Mermelstein R. Early emerging nicotine-dependence symptoms: a signal of propensity for chronic smoking behavior in adolescents. *J Pediatr* 2010; 156:818.
- 82- Dierker L, Mermelstein R. Early emerging nicotine-dependence symptoms: a signal of propensity for chronic smoking behavior in adolescents. *J Pediatr* 2010; 156:818.
- 83- Tobacco and Genetics Consortium. Genome-wide meta-analyses identify multiple loci associated with smoking behavior. *Nat Genet* 2010; 42:441.
- 84- Prokhorov AV, Pallonen UE, Fava JL, et al. Measuring nicotine dependence among high-risk adolescent smokers. *Addict Behav* 1996; 21:117.
- 85- Prokhorov AV, Hudmon KS, de Moor CA, et al. Nicotine dependence, withdrawal symptoms, and adolescents' readiness to quit smoking. *Nicotine Tob Res* 2001; 3:151.
- 86- Branstetter SA, Muscat JE. Time to first cigarette and serum cotinine levels in adolescent smokers: National Health and Nutrition Examination Survey, 2007-2010. *Nicotine Tob Res* 2013; 15:701.
- 87- Parsons AC, Shraim M, Inglis J, et al. Interventions for preventing weight gain after smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2009; :CD006219.
- 88- American Heart Association monograph, "How to avoid weight gain when quitting smoking" <http://www.americanheart.org/presenter.jhtml?identifier=3011> (Accessed on October 19, 2009).
- 89- Blank MD, Ferris KA, Metzger A, et al. Physical Activity and Quit Motivation Moderators of Adolescent Smoking Reduction. *Am J Health Behav* 2017; 41:419.
- 90- Scherphof CS, van den Eijnden RJ, Harakeh Z, et al. Effects of nicotine dependence and depressive symptoms on smoking cessation: a longitudinal study among adolescents. *Nicotine Tob Res* 2013; 15:1222.
- 91- Siqueira LM, Rolnitzky LM, Rickert VI. Smoking cessation in adolescents: the role of nicotine dependence, stress, and coping methods. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2001; 155:489.
- 92- Riedel BW, Robinson LA, Klesges RC, McLain-Allen B. Characteristics of adolescents caught with cigarettes at school: implications for developing smoking cessation programs. *Nicotine Tob Res* 2002; 4:351.
- 93- Paavola M, Vartiainen E, Puska P. Smoking cessation between teenage years and adulthood. *Health Educ Res* 2001; 16:49.

- 94- Kim MJ, Fleming CB, Catalano RF. Individual and social influences on progression to daily smoking during adolescence. *Pediatrics* 2009; 124:895.
- 95- Vitaro F, Wanner B, Brendgen M, et al. Differential contribution of parents and friends to smoking trajectories during adolescence. *Addict Behav* 2004; 29:831.
- 96- Thomas JL, Gerber TA, Brockman TA, et al. Willingness among college students to help a smoker quit. *J Am Coll Health* 2008; 57:273.
- 97- Males M. The influence of parental smoking on youth smoking: is the recent downplaying justified? *J Sch Health* 1995; 65:228.
- 98- Farkas AJ, Distefan JM, Choi WS, et al. Does parental smoking cessation discourage adolescent smoking? *Prev Med* 1999; 28:213.
- 99- Wakefield MA, Chaloupka FJ, Kaufman NJ, et al. Effect of restrictions on smoking at home, at school, and in public places on teenage smoking: cross sectional study. *BMJ* 2000; 321:333.
- 100- Farkas AJ, Gilpin EA, White MM, Pierce JP. Association between household and workplace smoking restrictions and adolescent smoking. *JAMA* 2000; 284:717.
- 101- CHARLES P;THOMAS J. *Substance-Related and Addictive Disorders: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition,DSM-5*, American Psychiatric Association ,officers 2012-2013,p571:572
- 102- CHARLES P;THOMAS J. *Substance-Related and Addictive Disorders: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition,DSM-5*, American Psychiatric Association ,officers 2012-2013,p575:577
- 103- Best D, Moss DA, Winickoff JP, et al. Ambulatory Pediatric Association policy on tobacco. *Ambul Pediatr* 2006; 6:332.
- 104- American Medical Association. Promoting Healthy Lifestyles: Smoking and Tobacco Control [www.ama-assn.org/ama/pub/physician-resources/public-health/promoting-healthy-lifestyles/smoking-tobacco-control.shtml](http://www.ama-assn.org/ama/pub/physician-resources/public-health/promoting-healthy-lifestyles/smoking-tobacco-control.shtml) (Accessed on July 01, 2011).
- 105- World Health Organization report on the global tobacco epidemic 2008 - the MPOWER package. World Health Organization, Geneva <http://www.who.int/tobacco/mpower/2008/en/index.html> (Accessed on July 01, 2011).
- 106- Committee on Environmental HealthHealth, Committee on Substance Abuse, Committee on Adolescence, Committee on Native American Child. From the American Academy of Pediatrics: Policy statement--Tobacco use: a pediatric disease. *Pediatrics* 2009; 124:1474.
- 107- Executive summary of the surgeon general's report: preventing tobacco use among young people. *Oncology (Williston Park)* 1994; 8:16, 19, 46 passim.
- 108- Canadian Task Force on Preventive Health Care, Thombs BD, Jaramillo Garcia A, et al. Recommendations on behavioural interventions for the prevention and treatment of cigarette smoking among school-aged children and youth. *CMAJ* 2017; 189:E310.

- 109- Bright Futures: Guidelines for Health Supervision of Infants, Children, and Adolescents, 4th ed, Hagan JF, Shaw JS, Duncan PM (Eds), American Academy of Pediatrics, Elk Grove Village, IL 2017.
- 110- Klein JD, Camenga DR. Tobacco prevention and cessation in pediatric patients. *Pediatr Rev* 2004; 25:17.
- 111- 2012 US Surgeon General's report: Preventing tobacco use among youth and young adults. US Department of Health and Human Services, Rockville MD, 2012. p. 727. Available at: <http://www.surgeongeneral.gov/library/preventing-youth-tobacco-use/full-report.pdf> (Accessed on April 13, 2012).
- 112- Schauer GL, Agaku IT, King BA, Malarcher AM. Health care provider advice for adolescent tobacco use: results from the 2011 National Youth Tobacco Survey. *Pediatrics* 2014; 134:446.
- 113- Pbert L, Flint AJ, Fletcher KE, et al. Effect of a pediatric practice-based smoking prevention and cessation intervention for adolescents: a randomized, controlled trial. *Pediatrics* 2008; 121:e738.
- 114- Patnode CD, O'Connor E, Whitlock EP, et al. Primary care-relevant interventions for tobacco use prevention and cessation in children and adolescents: a systematic evidence review for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med* 2013; 158:253.
- 115- Pbert L, Fletcher KE, Flint AJ, et al. Smoking prevention and cessation intervention delivery by pediatric providers, as assessed with patient exit interviews. *Pediatrics* 2006; 118:e810.
- 116- Farber HJ, Walley SC, Groner JA, et al. Clinical Practice Policy to Protect Children From Tobacco, Nicotine, and Tobacco Smoke. *Pediatrics* 2015; 136:1008.
- 117- Benuck I, Gidding SS, Binns HJ. Identification of adolescent tobacco users in a pediatric practice. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2001; 155:32.
- 118- Walley SC, Jenssen BP, Section on Tobacco Control. Electronic Nicotine Delivery Systems. *Pediatrics* 2015; 136:1018.
- 119- Kaplan CP, Pérez-Stable EJ, Fuentes-Afflick E, et al. Smoking cessation counseling with young patients: the practices of family physicians and pediatricians. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2004; 158:83.
- 120- Palamar JJ, Zhou S, Sherman S, Weitzman M. Hookah use among U.S. high school seniors. *Pediatrics* 2014; 134:227.
- 121- Winickoff JP, Berkowitz AB, Brooks K, et al. State-of-the-art interventions for office-based parental tobacco control. *Pediatrics* 2005; 115:750.
- 122- Tyc VL, Throckmorton-Belzer L. Smoking rates and the state of smoking interventions for children and adolescents with chronic illness. *Pediatrics* 2006; 118:e471.

- 123- Precht DH, Keiding L, Madsen M. Smoking patterns among adolescents with asthma attending upper secondary schools: a community-based study. *Pediatrics* 2003; 111:e562.
- 124- Hublet A, De Bacquer D, Boyce W, et al. Smoking in young people with asthma. *J Public Health (Oxf)* 2007; 29:343.
- 125- Verma A, Clough D, McKenna D, et al. Smoking and cystic fibrosis. *J R Soc Med* 2001; 94 Suppl 40:29.
- 126- Expert Panel on Integrated Guidelines for Cardiovascular Health and Risk Reduction in Children and Adolescents, National Heart, Lung, and Blood Institute. Expert panel on integrated guidelines for cardiovascular health and risk reduction in children and adolescents: summary report. *Pediatrics* 2011; 128 Suppl 5:S213.
- 127- Sims TH, Committee on Substance Abuse. From the American Academy of Pediatrics: Technical report--Tobacco as a substance of abuse. *Pediatrics* 2009; 124:e1045.
- 128- den Exter Blokland EA, Engels RC, Hale WW 3rd, et al. Lifetime parental smoking history and cessation and early adolescent smoking behavior. *Prev Med* 2004; 38:359.
- 129- Frankowski BL, Weaver SO, Secker-Walker RH. Advising parents to stop smoking: pediatricians' and parents' attitudes. *Pediatrics* 1993; 91:296.
- 130- Mills AL, Messer K, Gilpin EA, Pierce JP. The effect of smoke-free homes on adult smoking behavior: a review. *Nicotine Tob Res* 2009; 11:1131.
- 131- Wills TA, Knight R, Williams RJ, et al. Risk factors for exclusive e-cigarette use and dual e-cigarette use and tobacco use in adolescents. *Pediatrics* 2015; 135:e43.
- 132- Sargent JD, Dalton M. Does parental disapproval of smoking prevent adolescents from becoming established smokers? *Pediatrics* 2001; 108:1256.
- 133- Jackson C, Dickinson D. Enabling parents who smoke to prevent their children from initiating smoking: results from a 3-year intervention evaluation. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2006; 160:56.
- 134- Jackson C, Dickinson D. Can parents who smoke socialise their children against smoking? Results from the Smoke-free Kids intervention trial. *Tob Control* 2003; 12:52.
- 135- Sussman S, Dent CW, Mestel-Rauch J, et al. Adolescent nonsmokers, triers, and regular smokers' estimates of cigarette smoking prevalence: when do overestimations occur and by whom? *J App Soc Psy* 1988; 18.
- 136- Hecht ML, Graham JW, Elek E. The drug resistance strategies intervention: program effects on substance use. *Health Commun* 2006; 20:267.
- 137- King C 3rd, Siegel M. The Master Settlement Agreement with the tobacco industry and cigarette advertising in magazines. *N Engl J Med* 2001; 345:504.

- 138- Alpert HR, Koh HK, Connolly GN. After the master settlement agreement: targeting and exposure of youth to magazine tobacco advertising. *Health Aff (Millwood)* 2008; 27:w503.
- 139- Agaku IT, Odani S, Sturgis S, et al. Tobacco Advertising and Promotional Expenditures in Sports and Sporting Events - United States, 1992-2013. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2016; 65:821.
- 140- Henriksen L, Schleicher NC, Feighery EC, Fortmann SP. A longitudinal study of exposure to retail cigarette advertising and smoking initiation. *Pediatrics* 2010; 126:232.
- 141- Singh T, Marynak K, Arrazola RA, et al. Vital Signs: Exposure to Electronic Cigarette Advertising Among Middle School and High School Students - United States, 2014. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2016; 64:1403.
- 142- Primack BA, Longacre MR, Beach ML, et al. Association of established smoking among adolescents with timing of exposure to smoking depicted in movies. *J Natl Cancer Inst* 2012; 104:549.
- 143- Leonardi-Bee J, Nderi M, Britton J. Smoking in movies and smoking initiation in adolescents: systematic review and meta-analysis. *Addiction* 2016; 111:1750.
- 144- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Smoking in top-grossing movies - -- United States, 1991-2009. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2010; 59:1014.
- 145- McAfee T, Davis KC, Alexander RL Jr, et al. Effect of the first federally funded US antismoking national media campaign. *Lancet* 2013; 382:2003.
- 146- Farrelly MC, Duke JC, Nonnemaker J, et al. Association Between The Real Cost Media Campaign and Smoking Initiation Among Youths - United States, 2014-2016. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2017; 66:47.
- 147- Farrelly MC, Davis KC, Duke J, Messeri P. Sustaining 'truth': changes in youth tobacco attitudes and smoking intentions after 3 years of a national antismoking campaign. *Health Educ Res* 2009; 24:42.
- 148- Bottorff JL, Struik LL, Bissell LJ, et al. A social media approach to inform youth about breast cancer and smoking: an exploratory descriptive study. *Collegian* 2014; 21:159.
- 149- Suls JM, Luger TM, Curry SJ, et al. Efficacy of smoking-cessation interventions for young adults: a meta-analysis. *Am J Prev Med* 2012; 42:655.
- 150- Stead LF, Koilpillai P, Fanshawe TR, Lancaster T. Combined pharmacotherapy and behavioural interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2016; 3:CD008286.
- 151- McAfee T, Babb S, McNabb S, Fiore MC. Helping smokers quit--opportunities created by the Affordable Care Act. *N Engl J Med* 2015; 372:5.
- 152- Behavioral and Pharmacotherapy Interventions for Tobacco Smoking Cessation in Adults, Including Pregnant Women:U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. Available at: <http://annals.org/article.aspx?articleid=2443060> (Accessed on October 28, 2015).

- 153- White AR, Rampes H, Liu JP, et al. Acupuncture and related interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2011; :CD000009.
- 154- Tahiri M, Mottillo S, Joseph L, et al. Alternative smoking cessation aids: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Am J Med* 2012; 125:576.
- 155- Barnes J, Dong CY, McRobbie H, et al. Hypnotherapy for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2010; :CD001008.
- 156- Cahill K, Hartmann-Boyce J, Perera R. Incentives for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2015; :CD004307.
- 157- Etter JF, Schmid F. Effects of Large Financial Incentives for Long-Term Smoking Cessation: A Randomized Trial. *J Am Coll Cardiol* 2016; 68:777.
- 158- Aveyard P, Bauld L. Incentives for promoting smoking cessation: What we still do not know. *Cochrane Database Syst Rev* 2011; :ED000027.
- 159- American Psychiatric Association: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fifth Edition, Text Revision , Washington, DC, American Psychiatric Association .
- 160- Andy McEwen, Robert West, Hayden McRobbie, Motives for smoking and their correlates in clients attending stop smoking treatment services , *Nicotine & Tobacco Research* 7/4/08 .
- 161- JIANG, C; SUN W; WAN Y, et al. Modification of a Smoking Motivation Questionnaire for Chinese Medical Students, *Asian Pacific journal of cancer prevention: APJCP* . March 2014.
- 162- Ame Idris, Tareq Al Saadi, et al. Smoking behavior and patterns among university students during the Syrian crisis, *EMHJ -Vol.24 No.2 – 2018*.
- 163- Mingkui Han, Yunping Zhou, Suyun Li, et al. Dominance analysis on the association between reasons for smoking and results related to successful smoking cessation, *Zhonghua Liu Xing Bing Xue Za Zhi* 2014 Oct;35(10):1083-6