

2018

თამბაქოზე
დამოკიდებულების
მკურნალობის წლის
სახელმძღვანელო
(გაიდლაინი)



ENSP

*European Network
for Smoking and Tobacco Prevention*

2018

თამბაქოზე
დამოკიდებულების
მკურნალობის წლის
სახელმძღვანელო
(გაიდლაინი)





ENSP

*European Network
for Smoking and Tobacco Prevention*

© 2018

European Network for Smoking and Tobacco
Prevention aisbl (ENSP)

Chaussée d'Ixelles 144
B-1050 Brussels, Belgium

Tel.: +32 2 2306515

Fax: +32 2 2307507

E-mail: info@ensp.org

Internet: www.ensp.org

E-learning platform: <http://elearning-ensp.eu/>

ISBN: 978-618-83620-9-3

სამადლოებელი	7
ინტერესთა დეკლარაციები	8
გაიდლაინში მოცემულ რეკომენდაციათა მტკიცებულების დონე	9
წინასიტყვაობა	10

ნაწილი პირველი	13
----------------------	----

თავი 1: თამბაქოს მოხმარებისა და თამბაქოზე დამოკიდებულების შეფასება	13
--	----

1.0 თამბაქოს მოხმარებისა და თამბაქოზე დამოკიდებულების შეფასება.....	13
---	----

1.1 თამბაქოს მოხმარება დაავადება	14
--	----

1.2. დეფინიციები, კლასიფიკაციები, ტერმინები და განმარტებები	15
---	----

1.2.1 თამბაქოზე დამოკიდებულება: შეძენილი სამრეწველო დაავადება	15
---	----

1.2.2 თამბაქოზე დამოკიდებულების ინდუქციის მექანიზმი	15
---	----

1.2.3 ნიკოტინი არ არის თამბაქოზე დამოკიდებულების ერთადერთი სტიმული	16
--	----

1.2.4 ნიკოტინზე დამოკიდებულება ჯანმოს მიხედვით	16
--	----

1.3 მოწვევა ქრონიკული მორეციდივე დაავადება	18
--	----

1.3.1 რეციდივის მაგალითები/ფორმები	18
--	----

1.3.2 თამბაქოზე დამოკიდებულების მკურნალობა შეწყვეტის შემდგომ	19
--	----

1.4. სავალდებულოა მწევრების რუტინული იდენტიფიცირება დღევანდელ	
---	--

სამედიცინო პრაქტიკაში.....	20
----------------------------	----

1.5 თამბაქოს მოხმარებისა და დამოკიდებულების შეფასება/დიაგნოზი.....	20
--	----

1.5.1 თამბაქოზე დამოკიდებულებისა და მოხმარების კლინიკური დიაგნოზი	20
---	----

1.5.2 ადრეული მოწვევის შეწყვეტის მცდელობების ანალიზი	22
--	----

1.5.3 მოწვევის შეწყვეტის მოტივაცია	22
--	----

1.5.4 პაციენტის სამედიცინო ისტორია	23
--	----

1.5.5 ორსულობა/ძუძუთი კვება/კონტრაცეფცია	23
--	----

1.5.6 პაციენტის შფოთვისა და დეპრესიის სიტორია	23
---	----

1.5.6.1 საწყისი სკრინინგი	23
---------------------------------	----

1.5.6.2 დეპრესიისა და შფოთვის კლინიკური შეფასება	24
--	----

1.5.7 თამბაქოზე დამოკიდებულების ლაბორატორიული დიაგნოსტიკა	24
---	----

თავი 2: თამბაქოს მოხმარებისა და თამბაქოზე დამოკიდებულების მკურნალობის	
ზოგადი რეკომენდაციები	27

2.0 ზოგადი რეკომენდაციები თამბაქოს მოხმარებისა და თამბაქოზე	
დამოკიდებულების მკურნალობისათვის.....	28

2.1 თამბაქოს მოხმარება	28
------------------------------	----

2.2 თამბაქოზე დამოკიდებულება დაავადება	28
--	----

2.3 მოწვევის შეწყვეტა.....	29
2.3.1 თერაპიული განათლება	29
2.3.2 ქცევითი მხარდაჭერა	29
2.3.3 მედიკამენტები	29
2.3.4 თამბაქოს მოხმარების შეწყვეტა	30
2.4 თამბაქოზე დამოკიდებულების მკურნალობა მოწვევის შეწყვეტის შემდგომ.....	30
2.5 რეციდივის პრევენცია	30

თავი 3: თამბაქოს მოხმარების შეწყვეტის ხანმოკლე რჩევა 33

3.0 თამბაქოს მოხმარების შეწყვეტის ხანმოკლე რჩევა 34

3.1 ზოგადი რეკომენდაციები	34
3.2 სამედიცინო პერსონალის ინტერვენციის გეგმა, რომლებიც ჩართული არიან მწვევლების დასახმარებლად.....	34
3.3 რეკომენდაციები ზოგადი პრაქტიკის ექიმებისთვის.....	35
3.4 რეკომენდაცია ჰოსპიტალიზებული პაციენტებისათვის	35
3.5 რეკომენდაციები ფეხმძიმე ქალებისათვის.....	36
3.6 რეკომენდაცია გეგმიური ოპერაციის მქონე პაციენტებს.....	36

ნაწილი მეორე 37

თავი 4: თამბაქოზე დამოკიდებულების მკურნალობის სტანდარტული ჩარევები 37

4.0 თამბაქოზე დამოკიდებულების მკურნალობის სტანდარტული ჩარევები..... 38

4.1. თამბაქოს გამოყენებისა და თამბაქოზე დამოკიდებულების თერაპიული ჩარევები.....	39
4.1.1 თამბაქოს მოხმარების შესაწყვეტად სავალდებულო თერაპიული ჩარევა	39
4.1.2 მოწვევის შეწყვეტის სტანდარტული მიდგომა	41
4.1.3 თამბაქოს მოხმარებისა და მასზე დამოკიდებულების მკურნალობის ეფექტურობა	44
4.1.4 მოწვევის შეწყვეტის შემდგომი პერიოდის მხარდაჭერა (ორგანიზება)	45
4.1.5 ჯანდაცვის სისტემის მიდგომა თამბაქოს მოხმარებისა და დამოკიდებულების სამკურნალოდ	46
4.1.6 მოწვევის შეწყვეტის ინტერვენციების ტიპები	47
4.1.6.1 მინიმალური (ხანმოკლე) რჩევა	47
4.1.6.2 თამბაქოს შეწყვეტასთან დაკავშირებული სპეციალური ინდივიდუალური ჩარევები	47
4.2 ქცევითი კონსულტაცია.....	50
4.2.1 ფსიქოლოგიური დახმარება მოწვევის შესაწყვეტად	50
4.2.2 კოგნიტურ ქცევითი თერაპია	52
4.2.3 სამოტივაციო ინტერვიუ	54
4.2.4 მიწოდების ფორმატი	57
4.2.4.1 თამბაქოსათვის თავის დანებების ინდივიდუალური კონსულტაცია	57
4.2.4.2 თამბაქოსათვის თავის დანებების ჯგუფური კონსულტაცია	57
4.2.4.3 სატელეფონო დახმარება და მოწვევის შეწყვეტის ხაზები (ქვითლაინი)	59

4.2.4.4 თვითდახმარების მასალები	60
4.2.4.5 კომპიუტერის/ინტერნეტის გამოყენება	65
4.3 თამბაქოზე დამოკიდებულების ფარმაცოლოგიური მკურნალობა.....	65
4.3.1 მკურნალობა NRT მეთოდით	68
4.3.1.1 განსაზღვრებები	68
4.3.1.2 მოქმედების მექანიზმი	68
4.3.1.3 NRT-ს ეფექტურობის კლინიკური მტკიცებულება	69
4.3.1.4 NRT საფენი (პლასტიკი)	71
4.3.1.5 ორალური ნიკოტინის შემცველები	72
4.3.1.6 მედიკამენტების გამოწერის ინსტრუქციები	73
4.3.1.7 უკუჩვენებები	75
4.3.1.8 გვერდითი ეფექტები, უსაფრთხოების ზომები, გაფრთხილებები, მედიკამენტების ურთიერთქმედება	75
4.3.2 მკურნალობა ბუპროპიონ SR-ით	77
4.3.3 მკურნალობა ვარენიკლინით	82
4.3.3.1 მოქმედების მექანიზმი	82
4.3.3.2 ვარენიკლინის ეფექტურობის კლასიკური მტკიცებულება	83
4.3.3.3 ვარენიკლინი სხვა მედიკამენტურ თერაპიასთან კომბინაციაში	86
4.3.3.4 ვარენიკლინი და კონსულტაციები	87
4.3.3.5 ინდიკატორები	88
4.3.3.6 კლინიკური გამოყენება	88
4.3.3.7 უკუჩვენებები	88
4.3.3.8 ვარენიკლინის თერაპიის უსაფრთხოების ზომები	88
4.3.3.9 ტოლერანტობა და უსაფრთხოება	89
4.3.4 კლონიდინით მკურნალობა	92
4.3.5 მკურნალობა ნორტრიპტილინით	94
4.3.6 ციტიზინი	95
4.4 ინდივიდუალური თერაპიული სქემა	100
4.4.1 ფარმაცოლოგიური თერაპიის კომბინაცია	101
4.4.1.1 კომბინირებული ფარმაკოთერაპიის ძირითადი პრინციპები	101
4.4.1.2 ნიკოტინის ჩანაცვლებითი თერაპიის კომბინაცია (NRT)	101
4.4.2 გახანგრძლივებული მკურნალობის რეკომენდაციები	106
4.5 თამბაქოს მოხმარების შეწყვეტის მხარდასაჭერად ხელმისაწვდომი მტკიცებულება სხვა ინტერვენციაზე.....	108
4.6 რეკომენდაციები მოწვევის შემცირების მიდგომისათვის	113
4.6.1 ნიკოტინის ჩანაცვლებით მოწვევის შემცირება	114
4.6.2 ვარენიკლინით მოწვევის შემცირება	114
4.7 მოწვევის რეციდივის პრევენციის სამკურნალო რეკომენდაციები.....	115
4.8 მკურნალობის რეკომენდაციები განსაკუთრებულ სიტუაციებში და რისკის ქვეშ მოსახლეობის ჯგუფებში.....	118

4.8.1 მკურნალობის რეკომენდაციები ფეხმძიმე ქალებისათვის	118
4.8.2 მკურნალობის რეკომენდაციები ახალგაზრდა ადამიანებისათვის 18 წელს ქვემოთ	119
4.8.3 რეკომენდირებული მკურნალობა მწვეკლებისათვის რესპირატორული, გულ-სისხლძარღვთა, ფსიქიატრიული, კიბოს და სხვა თანმხლები დაავადებებით	124
4.8.4 პოსტ მოწვევის შეწყვეტის შედეგად წონის მომატების მიდგომის რეკომენდაციები	132

თავი 5: კვლევა და მეცნიერული რეკომენდაციები მოწვევის შეწყვეტის შესაფასებლად.... 135

5.0. კვლევა და მეცნიერული რეკომენდაციები მოწვევის შეწყვეტის შესაფასებლად 136

5.1 მოწვევის შეწყვეტაში კლინიკური კვლევის კრიტერიუმი	136
5.2 თამბაქოზე დამოკიდებულების თერაპიების ღირებულებითი ეფექტურობა	137
5.3 რეკომენდაციები მოწვევის შეწყვეტის სახელმძღვანელოს განხორციელების შესახებ	139
5.4 რეკომენდირებული მეცნიერული ლიტერატურის რესურსები მოწვევის შეწყვეტაზე	140

ნაწილი მეორე 141

თავი 6: ჯანმრთელობის პროფესიონალების ტრენინგის რეკომენდაციები თამბაქოს მოხმარების და დამოკიდებულების მკურნალობაში და ხარისხობრივი სტანდარტები თამბაქოს შეწყვეტის სპეციალისტთა და თამბაქოს შეწყვეტის სერვისები 141

6.0. ჯანმრთელობის პროფესიონალების ტრენინგის რეკომენდაციები თამბაქოს მოხმარების და დამოკიდებულების მკურნალობაში და ხარისხობრივი სტანდარტები თამბაქოს შეწყვეტის სპეციალისტთა და თამბაქოს შეწყვეტის სერვისები 142

6.1 მოწვევის შეწყვეტის ექსპერტიზის ტრენინგის კრიტერიუმის რეკომენდაციები	144
6.2 მოწვევის შეწყვეტის კურიკულუმის განვითარების რეკომენდაციები სამედიცინო უნივერსიტეტის დამამთავრებელი სტუდენტებისათვის ევროპაში	146
6.3 მოწვევის შეწყვეტის კურიკულუმის განვითარების რეკომენდაციები სამედიცინო უნივერსიტეტის კურსდამთავრებულთათვის ევროპაში - სასერტიფიკაციო პროგრამა	149
6.4 მოწვევის შეწყვეტის კურიკულუმის განვითარებისათვის რეკომენდაციები პროფესიონალთა სხვა კატეგორიებისათვის, ვინც ჩართულია მოწვევის შეწყვეტის მიწოდებაში ევროპაში: ფსიქოლოგები, ექთნები, ჯანმრთელობის პოლიტიკის შემმუშავებლები	151
6.5 ტრენინგის სტანდარტები ექიმებისათვის მოწვევის შეწყვეტაზე	152
6.6 თამბაქოზე დამოკიდებულების მკურნალობის ხარისხის სტანდარტები	154
6.7 თამბაქოს შეწყვეტის სპეციალიზირებული სერვისის აკრედიტაციის მოთხოვნები	158
6.7.1 თამბაქოს მოხმარების შეწყვეტის სერვისის სამი დონე	158
6.7.2 სპეციალიზირებული თამბაქოს მოხმარების შეწყვეტის ერთეულის აკრედიტაცია	159

სამადლობელი

The 2018 (4th) edition was coordinated and revised by Dr. Sophia Papadakis and Dr Constantine Vardavas

მოწვევისა და თამბაქოს პრევენციის ევროპული ქსელი (ENSP) მადლობას უხდის სარედაქციო საბჭოს წევრებს პირველი და მეორე გამოცემის მომზადებაში შეტანილი წვლილისათვის:

პანაგიოტის ბეჰრაკისი, MD, PhD (McGill), FCCP, ENSP-ს სამეცნიერო კომიტეტის თავმჯდომარე, საბერძნეთში ამერიკის კოლეჯის საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ინსტიტუტის დირექტორი და ათენის აკადემიის ბიოსამედიცინო კვლევების ფონდის მკვლევარი;

ნაზმი ბილირი, პაჯეტეპეს უნივერსიტეტის საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის პროფესორი, მედიცინის ფაკულტეტი, საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის დეპარტამენტი, ანკარა, თურქეთი;

ლუკ კლენსი, BSc, MB, MD, PhD, FRCPI, FRCP (Edin), FCCP, FFOM, ექიმი რესპირატორი და ირლანდიის თამბაქოსაგან თავისუფალი კვლევის ინსტიტუტის (TFRI) გენერალური დირექტორი;

ბერტრანდ დოთენბერგი, პეტიტ სალპეტრის საავადმყოფოს ფილტვის მედიცინის პროფესორი, პარიზი და თამბაქოს პრევენციის საფრანგეთის ოფისის (OFT) თავმჯდომარე, პარიზი, საფრანგეთი;

ანდრეი კონსტანტინეს-ძე დიომინი, M.D., D.Polit. Sci., იმ სეჩენოვის სახელობის მოსკოვის პირველი სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტისა და ნ.ი პიროგოვის სახელობის სამედიცინო ქირურგიის ცენტრის პროფესორი საზოგადოებრივ ჯანმრთელობაში და რუსეთის საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ასოციაციის პრეზიდენტი, მოსკოვი, რუსეთი;

სოფია პაპადაკისი, PhD, MHA, ოტავას უნივერსიტეტის გულის ინსტიტუტის პრევენციისა და რეაბილიტაციის განყოფილების მკვლევარი, ოტავას უნივერსიტეტის მედიცინის ფაკულტეტის მიწვეული პროფესორი და კრეტის უნივერსიტეტის (საბერძნეთი) მედიცინის სკოლის სოციალური და საოჯახო მედიცინის კლინიკის მიწვეული მკვლევარი.

ანტიგონა ტროფორი, MD, PhD., მედიცინისა და ფარმაციის უნივერსიტეტის ასოცირებული პროფესორი პულმონოლოგიაში და პულმონარული დაავადებების კლინიკის ექიმი რესპირატორი, ლაში, რუმინეთი;

კონსტანტინე ვარდავასი, MD, RN, MPH, PhD, FCCP, საბერძნეთში ამერიკის კოლეჯის საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ინსტიტუტის დირექტორის მოადგილე.

ENSP მადლობას უხდის პირველი გამოცემის სარედაქციო საბჭოს მათ მიერ გაწეული წვლილისათვის:

სოფია კატარუსა, UNITAB-ის ხელმძღვანელი, საპიენცას უნივერსიტეტი, რომი, იტალია;

ფლორინ დუმიტრუ მიჰალტანი, მ. ნასტას სახელობის პნევმოლოგიის ეროვნული ინსტიტუტის პროფესორი პნევმოლოგიაში, რუმინეთის პნევმოლოგთა საზოგადოების პრეზიდენტი, ბუქარესტი, რუმინეთი;

მანფრედ ნიუბერგერი, O. Univ.-Prof. M.D., ვენა, ავსტრია; ბიაჯო ტინჯინო, ტაბაკოლოგიის იტალიური საზოგადოების პრეზიდენტი (SITAB), SITAB-ის გაიდლაინის სამუშაო ჯგუფის კოორდინატორი, მოწვევის შეწყვეტის ცენტრის ხელმძღვანელი, ASL მონცა ე ბრიანცა, იტალია;

პაულო დ. ვიტორია, ფსიქოლოგი, PhD, ბეირას უნივერსიტეტის პრევენციული მედიცინის პროფესორი, პორტუგალიის ქვითლაინის საკოორდინაციო ჯგუფის კოორდინატორი, პორტუგალიის ტაბაკოლოგიის საზოგადოების (SPT) მმართველი საბჭოს წევრი, პორტუგალია;

ვინჩენცო ზაგა, ტაბაკოლოგიის მთავარი რედაქტორი, ტაბაკოლოგიის იტალიური საზოგადოება (SIBAT), ბოლონია, იტალია;

ვიტოლდ ზატონსკი, პროფესორი, M.D., PhD., კიბოს პრევენციისა და ეპიდემიოლოგიის განყოფილების დირექტორი, ჯანმოს კოლაბორაციული ცენტრის დირექტორი, ვარშავა, პოლონეთი;

ENSP მადლიერია კორნელ დარუსი, ENSP-ს გენერალური მდივანი, რომლის ინიციატივითა და ხელმძღვანელობით განხორციელდა პროექტი.

ინტერესტთა დეკლარაციები

მეორე გამოცემას კოორდინირება და რედაქტირება გაუწიეს დოქტორმა ბენრაკისმა და დოქტორმა ვარდავასმა.

ინტერესტთა დეკლარაციები

ENSP-ს თამბაქოზე დამოკიდებულების მკურნალობის გაიდლაინის სარედაქციო საბჭოს წევრები აცხადებენ შემდეგს:

პანაგიოტის ბეჰრაკისი, აცხადებს, რომ არ გააჩნია ინტერესთა კონფლიქტი არც ერთ ფარმაცევტულ კომპანიასთან;

ნაზმი ბილირი, აცხადებს, რომ არ გააჩნია ინტერესთა კონფლიქტი არც ერთ ფარმაცევტულ კომპანიასთან;

ლუკ კლენსი, აცხადებს, რომ მისმა ინსტიტუტმა მიიღო კვლევითი გრანტი კომპანია ფაიზერისაგან 2010 წელს. მან 2010, 2011 და 2012 წლებში მიიღო საკონსულტაციო მომსახურების ანაზღაურება ფაიზერისა და პიერ ფაბრესაგან. 2010, 2011 და 2012 წლებში მიიღო სალექციო ანაზღაურება ფაიზერისა და ნოვარტისისაგან;

ბერტრანდ დოთხენბერგი, ბოლო სამი წლის განმავლობაში თანამშრომლობდა მაგრამ არანაირი ანაზღაურება არ მიუღია ფაიზერის,

გლაქსოსმისკლინისაგან;

ანდრეი კონსტანტინეს-ძე დიომინი, აცხადებს რომ არანაირი ურთიერთობა არ გააჩნია ფარმაცევტულ ინსტიტუტთან;

ანტიგონა ტროფორი, აცხადებს, რომ ის 2011-2012 წლებში ღებულობდა რეგულარულ ანაზღაურებას კლინიკური კვლევების საკონსულტაციო მომსახურებისათვის ნოვარტის ფარმას რუმინეთის ოფისიდან და გლაქსოსმისკლინისაგან და 2011-2012 წლებში ღებულობდა სალექციო ანაზღაურებას ევროკომისიისაგან, ასტრაზენეკას, სერვიერ ფარმას, გლაქსოსმისკლინისა და პიერ ფაბრესაგან.

სოფია პაპადაკისი, მისი ინსტიტუტი დაჯილდოვდა ფაიზერის სასწავლო გრანტით, მაგრამ პირადად მას არანაირი ანაზღაურება ფარმაცევტული კომპანიისაგან არ მიუღია.

კონსტანტინე ვარდავასი, მისი ინსტიტუტი დაჯილდოვდა ფაიზერის სასწავლო გრანტით, მაგრამ პირადად მას არანაირი ანაზღაურება ფარმაცევტული კომპანიისაგან არ მიუღია.

ზემოაღნიშნული გაიდლაინები შემუშავდა ფარმაცევტული კომპანიებისაგან დამოუკიდებლად.

გაიდლაინში მოცემულ რეკომენდაციათა მტკიცებულების დონე

ცხრილი 1: ეს გაიდლაინი მტკიცებულებებს ყოფს სამ კატეგორიად: ტიპის მიხედვით განსჯა, რეფერირებული კვლევების ხარისხი და რაოდენობა

მტკიცებულებათა დონე: აღწერა		
მტკიცებულების კატეგორია	მტკიცებულების წყარო	განსაზღვრება
A	კონტოლირებული და რანდომიზებული ცდები (CRT) მოცულობითი მონაცემთა ბაზა	კვლევების დიდი რაოდენობა, რომლებიც მოიცავს მონაწილეთა მნიშვნელოვან რაოდენობას
B	კონტოლირებული და რანდომიზებული ცდა. შეზღუდული მონაცემთა ბაზა	კვლევები მოიცავს შეზღუდული რაოდენობის პაციენტებს, ქვეჯგუფების მეტა ანალიზებს. რანდომიზებული ცდები არის მცირე, სხვადასხვა პოპულაციური ჯგუფებისათვის და შეუსაბამო შედეგებით.
C	არარანდომიზებული ცდები. ობსერვაციული კვლევები. ექსპერტთა კონსენსუსი	მტკიცებულებები არაკონტოლირებული და არარანდომიზებული ცდებიდან ან ობსერვაციული კვლევებიდან.

მტკიცებულების დონე: აღწერა		
კოდი	მტკიცებულების ხარისხი	განსაზღვრება
A	მაღალი	შემდგომმა კვლევებმა ნაკლები სავარაუდოა შეცვალონ კვლევის შედეგებისადმი ნდობა. რამოდენიმე მაღალი ხარისხის კვლევა თანმიმდევრული შედეგებით. განსაკუთრებულ შემთხვევებში: ერთი დიდი, მაღალი ხარისხის მულტი-ცენტრული კვლევა.
B	საშუალო	შემდგომი კვლევა მნიშვნელოვან გავლენას მოახდენს კვლევის შედეგებისადმი ნდობაზე. ერთი მაღალი ხარისხის კვლევა. რამოდენიმე კვლევა სხვადასხვა შეზღუდვებით.
C	დაბალი	შემდგომი კვლევა ძალიან მნიშვნელოვან გავლენას მოახდენს და სავარაუდოდ შეცვლის კვლევის შედეგებს ერთი ან მეტი კვლევა მნიშვნელოვანი შეზღუდვებით.
D	ძალიან დაბალი	ნებისმიერი შედეგი განსაზღვრა გაურკვეველია. ექსპერტის მოსაზრება. არაპირდაპირი კვლევის მონაცემები. ერთი ან მეტი კვლევა ძალიან ბევრი შეზღუდვებით.

წინასიტყვაობა

მოწვევისა და თამბაქოს პრევენციის ევროპული ქსელის (ENSP) მხარს უჭერს თამბაქოსაგან თავისუფალ ევროპას, რომელშიც ევროპელთა მომავალი არ იქნება დამძიმებული თამბაქოსაგან გამოწვეული ავადობებითა და ადრეული სიკვდილობით. ჩვენ გვინდა ბავშვები და ახალგაზრდები იყვნენ ჯანმრთელები და თავისუფლები და შეძლონ გაზრდა დამოკიდებლადამოკიდებულების გარეშე. თამბაქოს მოხმარება არამხოლოდ ძლიერ დამოკიდებულებას იწვევს, არამედ ესაა ფატალური მახე, რომლისგან დასახსნელად გვინდა დავცხმართ მწვეკლებს. ჩვენი მიზანია შევქმნათ პრევენციული ღონისძიებებს შორის ფართე და ერთიანი ქმედებები, ისევე როგორც ხელი შევუწყოთ თამბაქოს კონტროლის ყოვლისმომცველი პოლიტიკის დანერგვას ევროპასა თუ ცალკეული ქვეყნების დონეზე.

ევროპარომეტრის 2017ⁱⁱ წლის კვლევაზე დაყრდნობით, 15 წლიდან ზევით ასაკის მოსახლეობაში თითქმის ყოველი მეოთხე (26%) მწვეკელია და 25-დან 39 წლის ასაკობრივ ჯგუფში კი 33% მწვეკელია. თამბაქო კლავს მისი მომხმარებლების 50%, ესეიგი 700,000 ევროპელს ყოველწლიურად. ზემოაღნიშნული კონტექსტიდან გამომდინარე სულ უფრო მზარდა კონსენსუსი იმის შესახებ, რომ თამბაქოზე დამოკიდებულება არის დაავადება და მას უნდა უმკურნალოს ჯანდაცვის პროფესიონალებმა. ნებისმიერმა ექიმმა და ჯანდაცვის პროფესიონალმა თამბაქო უნდა განიხილოს, როგორც სამედიცინო მდგომარეობა და არა ქვევა, სიამოვნება ან ცხოვრების სტილი თუ სხვა ამდაგვარი, ისე როგორც ეს დამოკიდებულება აღწერილია დაავადებათა კლასიფიკაციის მე-10 გადახედვაში ICD-10.

თამბაქოზე თავის დანებების ღონისძიებებს გააჩნია საშუალოვადიანი ზეგავლენა სიკვდილობის შემცირებაზე და შესაბამისად მხარდაჭერილი უნდა იყოს. როგორც მსოფლიო ბანკის ანგარიშში “შევაჩეროთ ეპიდემია”-შია მოცემული:

მოწვევის შეწყვეტის ინტერვენციებს გააჩნია საშუალოვადიანი ზეგავლენა სიკვდილობის მაჩვენებელზე, შესაბამისად იგი მხარდაჭერილი უნდა იყოს. მსოფლიო ბანკის ანგარიშის მიხედვით “შევაჩეროთ ეპიდემია - თამბაქოს კონტროლის მმართველობა და ეკონომიკა”, თუ დამწყებ მწვეკლეებში მოწვევა შემცირდება 50%-ით 2020 წლისათვის, თამბაქოსაგან გამოწვეული

სიკვდილობა შემცირდება 520 დან 500 მილიონამდე 2050 წლისათვის. მეორეს მხრივ, თუ ამჟამინდელი მწვეკლეების 50% თავს დაანებებს მოწვევას 2020 წლისათვის, თამბაქოსაგან გამოწვეული სიკვდილობა ამ შემთხვევაში 520-დან 340 მილიონამდე შემცირდება 2050 წლისათვის (დიაგრამა 1).

ჯანმოს თამბაქოს კონტროლის ჩარჩო კონვენციის მე-14 მუხლში გაცხადებულია, რომ:

“თითოეულმა მხარემ უნდა განავითაროს და გაავრცელოს თამბაქოს დამოკიდებულების ყოვლისმომცველი სახელმძღვანელო პრინციპები, რომელიც ეფუძნება საუკეთესო მეცნიერულ მტკიცებულებებს და პრაქტიკას, ეროვნული თავისებურებების და პრიორიტეტების გათვალისწინებით და უნდა მიიღოს ეფექტური ზომები, რათა ხელი შეუწყოს თამბაქოს მოწვევის შეწყვეტისა და თამბაქოზე დამოკიდებულების მკურნალობას”.

კონვენციის მე-14 მუხლის შესრულების სახელმძღვანელო პრინციპები მოიცავს:

- i. მოუწოდებს მხარეებს გააძლიეროს ან შექმნას მდგრადი ინფრასტრუქტურა, რომელიც გააწლიერებს მოწვევის შეწყვეტის მოტივაციას, ხელს შეუწყობს დიდი რაოდენობით თამბაქოს მომხმარებელს ვისაც სურვილი აქვს რომ დაანებოს თავი მოწვევას და გამოყოფს შესაბამის მდგრად რესურსებს, რათა ასეთი დახმარება ხელმისაწვდომი იყოს;
- ii. შეარჩიოს მთავარი, ეფექტური ზომები რომელიც საჭიროა თამბაქოს მოხმარების შეწყვეტისათვის და ჩართოს თამბაქოზე დამოკიდებულების მკურნალობისათვის თავიანთ ეროვნულ თამბაქოს კონტროლის პროგრამებსა და ჯანდაცვის სისტემაში;
- iii. მოუწოდებს მხარეებს გაუზიარონ გამოცდილებები და ითანამშრომლონ რათა გააძლიერონ ან ჩამოაყალიბონ თამბაქოს მოწვევის შეწყვეტის ანდ თამბაქოზე დამოკიდებულების მკურნალობა. [...]

ზემოაღნიშნულ გაიდლაინებზე დაყრდნობით, ძალისხმევა მიმართული უნდა იყოს იმისაკენ, რომ შეიქმნას შესაბამისი ინფრასტრუქტურა რათა ხელი შეუწყოს თამბაქოს მოწვევის შეწყვეტასა და თამბაქოზე დამოკიდებულების მკურნალობას. ჩარჩო კონვენციის რეკომენდაციას უწევს მონაწილე ქვეყნებს,

რომ: "მხარეებმა უნდა განახორციელონ ქვემოთ ჩამოთვლილი ღონისძიებები რათა გააძლიერონ ან შექმნან ინფრასტრუქტურა, რომელიც საჭიროა თამბაქოს მოხმარების ეფექტურად შეწყვეტისათვის და თამბაქოზე დამოკიდებულების ადექვატური მკურნალობისათვის, შესაბამისია დგილობრივი მდგომარეობისა და პრიორიტეტების გათვალისწინებით".

ეს ღონისძიებები შესაძლებელია შეჯამდეს შემდეგნაირად:

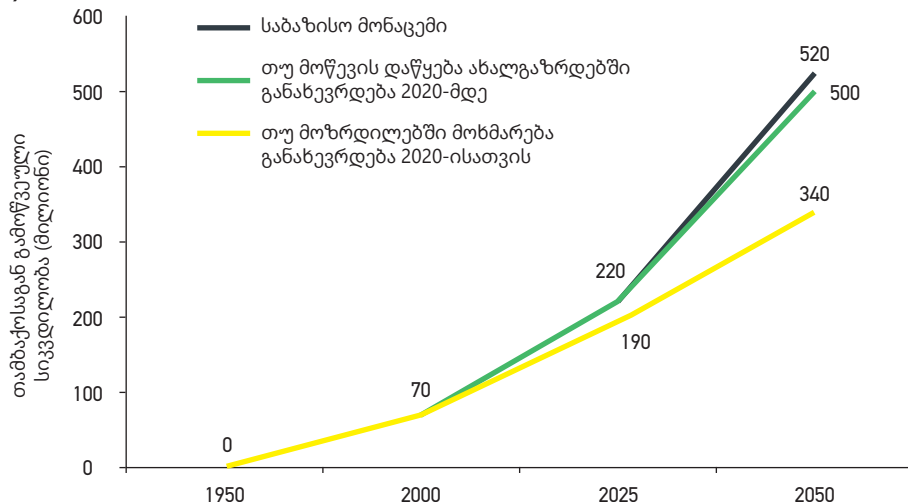
1. ჩატარდეს სიტუაციური ანალიზი ეროვნულ დონეზე
2. შეიქმნას ან გაძლიერდეს კოორდინაცია ეროვნულ დონეზე
3. შეიქმნას და დაინერგოს ყოვლისმომცველი გაიდლაინები
4. მიემართოს ძალისხმევა ჯანდაცვის მუშაკებსა და თამბაქოს შეწყვეტაში ჩართულ პირებში თამბაქოს მოხმარების შეწყვეტისკენ
5. განვითარდეს ტრეინინგის შესაძლებლობები
6. გამოყენებულ იქნეს არსებული სისტემები და

რესურსები, რათა მაქსიმალურად გაიზარდოს და უზრუნველყოფილი იყოს რესურსებზე ხელმისაწვდომობა

7. სამედიცინო მომსახურების მოკრების დროს სავალდებულო იყოს თამბაქოს გამოყენების შესახებ ინფორმაციის შეგროვება
8. ხელი შეეწყოს თანამშრომლობას
9. მოწვევის შეწყვეტის დახმარების სერვისებისათვის მდგრადი დაფინანსების რესურსის შექმნა.

ENSP-ის თამბაქოზე დამოკიდებულების მკურნალობის ამჟამინდელი გაიდლაინის მიზანია უმთავრესი უზრუნველყოს დაეთმოს მე-3 ნაბიჯის განხორციელებას, თუმცა მხედველობაში უნდა მივიღოთ პირველი ნაბიჯით გათვალისწინებული ეროვნულ დონეზე განხორციელებული სიტუაციის ანალიზი და ინტეგრირება მოვახდინოთ მე-5 (ტრეინინგების შესაძლებლობები) და მე-7 (სამედიცინო მომსახურების მოკრების დროს სავალდებულო იყოს თამბაქოს გამოყენების შესახებ ინფორმაციის შეგროვება) ნაბიჯებთან.

დიაგრამა 1: მიუხედავად იმასა, რომ ამჟამინდელი მწვევლები ნაკლებად ანებებენ თავს მოწვევას, თამბაქოსაგან გამოწვეული სიკვდილობა დრამატულად გაიზარდება მომდევნო 50 წლის განმავლობაში. ჯამური სიკვდილობის განათვალის 1950-2000 წლების განმავლობაში სხვადასხვა ინტერვენციულ სტრატეგიებთან მიმართებაში. (წყარო: მსოფლიო ბანკი)



გაიდნაინების გამხორციელებაზე დაყრდნობით: “მხარეებმა უნდა შეიმუშაონ და გაავრცელონ თამბაქოზე დამოკიდებულების მკურნალობის გაიდლაინი, რომელიც დაეყრდნობა სამეცნიერო მონაცემებს და საუკეთესო პრაქტიკას და გაითვალისწინებს ადგილობრივ თავისებურებებსა და პრიორიტეტებს. სახელმძღვანელო უნდა მოიცავდეს ორ ძირითად კომპონენტს: (1) თავის დანებების ეროვნული სტრატეგიას, რომელიც მხარს უჭერს თამბაქოს თავის დანებების და თამბაქოს დამოკიდებულების მკურნალობას, მიმართულია პრინციპულად სტრატეგიების და პროგრამების დაფინანსებასა და განხორციელებაზე; (2) მკურნალობის ეროვნულ სახელმძღვანელოს, რომელიც მიმართულია იმაზე, თუ ვინ განავითარებს, მართავს და უზრუნველყოფს თავის დანებების მხარდაჭერას თამბაქოს მომხმარებლებისათვის”.

თამბაქოზე თავის დანებების ეროვნული სტრატეგია და თამბაქოს დამოკიდებულების მკურნალობის გაიდლაინს უნდა გააჩნდეს შემდეგი ძირითადი მახასიათებლები:

- უნდა იყოს მტკიცებულებებზე დაფუძნებული;
- მათი განვითარება/შედეგა უნდა იყოს დაცული ყველა პოტენციური კონფლიქტა ინტერესებისაგან.
- ისინი უნდა შემუშავდეს ყველა დაინტერესებულ მხარესთან თანამშრომლობით, ჯანმრთელობის დარგში მეცნიერების ჩათვლით, ჯანმრთელობის პროფესიული ორგანიზაციების, ჯანდაცვის მუშაკების, განმანათლებლების, ახალგაზრდა მუშაკების და არასამთავრობო ორგანიზაციების მონაწილეობით, რომელთაც გააჩნიათ შესაბამისი ექსპერტიზა ამ სფეროში;
- ასევე, ისინი უნდა ექვემდებარებოდეს ან იმართებოდეს მთავრობის მიერ, თუმცა სხვა დაინტერესებულ მხარეებთან აქტიური თანამშრომლობით და კონსულტაციებით; თუმცა, თუ სახელმძღვანელოს

შემუშავების პროცესის ინიცირება სხვა ორგანიზაციებისგან მოდის, მათაქტიურად უნდა ითანამშრომლონ მთავრობასთან;

- მათ უნდა მოამზადონ გავრცელებისა და განხორციელების გეგმა, ხაზი გაუსვან სერვისის ყველა პროვაიდერს (ჯანდაცვის სექტორში თუ მის გარეთ), დაუწესონ მაგალითი არ მოიხმარონ თამბაქო, ასევე უნდა გადაიხდოს და განახლდეს მეცნიერული მტკიცებულებების გათვალისწინებით და ჯანმოს თამბაქოს კონტროლის ჩარჩო კონვენციის მუხლი 5.1-ით დადგენილი ვალდებულებების მიხედვით.

ჩვენი ყველა ძალისხმევა და მუშაობა მიმართულია ჯანმოს თამბაქოს კონტროლის ჩარჩო კონვენციის მხარდაჭერისაკენ, რომელსაც ჩვენ განვიხილავთ, როგორც ENSP-ის მიზნების განხორციელების იარაღს. სწორედ, კონვენციის მე-14 მუხლზე დაყრდნობით არის შემუშავებული თამბაქოზე დამოკიდებულების მკურნალობის ეს ევროპული გაიდლაინი და თავისუფლად ხელმისაწვდომია, როგორც ჯანდაცვის პროფესიონალების, ასევე მოსახლეობისათვის. ჩვენ დარწმუნებული ვართ, რომ თამბაქოზე დამოკიდებულების მკურნალობის ეს გაიდლაინი დაეხმარება ჯანდაცვის პროფესიონალებს აღიჭურვონ საჭირო ცოდნით, რათა თავიდან ავიცილოთ ფატალური დამოკიდებულება და მიეწოდოთ მრავალფეროვანი იარაღი რათა დავეხმაროთ მათ მოწვევის შეწყვეტის თავიანთი სტრატეგიების გაუმჯობესებაში.

დასასრულს, წარმოდგენილი გაიდლაინი ხაზგასმით არის პირველ და მეორე გამოცემაზე მომუშავე სარედაქციო საბჭოს ინტენსიური მუშაობის შედეგი, რის გამოც ENSP განსაკუთრებით მაღლიერია.

ფრანკესკო ლოზანო ENSP-ს
პრეზიდენტი კომიტეტის
თავმჯდომარე

პანაგიოტის ბენრაკისი
ENSP-ს სამეცნიერო

- i) European Commission, 2017. Special Eurobarometer 458 Report Attitudes of Europeans towards Tobacco and Electronic Cigarettes. Available at: <https://ec.europa.eu/commfrontoffice/publicopinion/index.cfm/ResultDoc/download/DocumentKy/79003>
- ii) WHO Framework Convention on Tobacco Control: guidelines for implementation, 2011 http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501316_eng.pdf

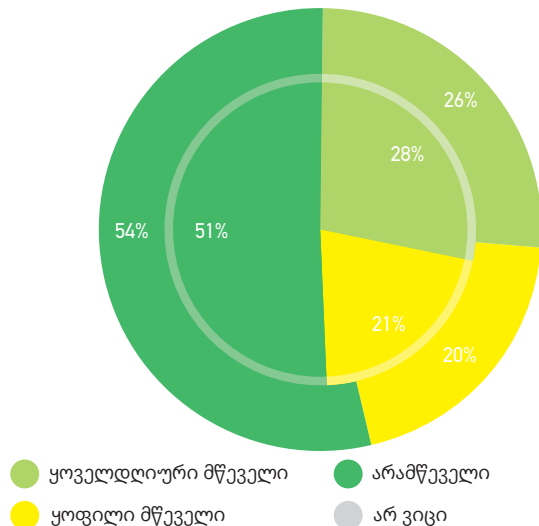
ნაწილი პირველი | თავი 1

თამბაქოს მოხმარებისა და
თამაბქოზე დამოკიდებულების
შეფასება



1.0 თამბაქოს მოხმარებისა და თამბაქოზე დამოკიდებულების შეფასება

QC1. სიგარეტის, სიგარის, სიგარილოს ან ჩილიმის მოწვევასთან დაკავშირებით რომელი ქვემოთჩამოთვლილიდან არის თქვენთვის შესაბამისი. ამ კითხვაში და ამ თავის ქვემოთ ტექსტში სიგარეტის მოწვევა არ მოიცავს ელექტრონულ სიგარეტს.



Inner pie: EB77.1 Feb.-Mar. 2012, Outer pie: EB82.4 Nov.-Dec. 2014

“ევროკავშირში მეოთხედზე მეტი რესპოდენტი ამჟამად ეწევა კოლოფის სიგარეტს, სიგარას, სიგარილოს ან ჩიბუხს (26%), რაც წარმოედგენს ორი პროცენტით ნაკლებს 2012 წელთან შედარებით”
ევრობარომეტრი 2015

1.1 თამბაქოს მოხმარება დაავადება

თამბაქოს მოხმარება წარმოადგენს ნაადრევი სიკვდილობისა და უუნარობის ძირითად გამომწვევ მიზეზს ევროპაში.^{1,2} ყოველწლიურად, 700,000-ზე მეტი ევროპელი იღუპება თამბაქოს მოხმარებასთან დაკავშირებული დაავადებით². ცნობილი ფაქტია, რომ მწვევლების სიცოცხლის ხანგრძლივობა 10 წლით უფრო ნაკლებია, ვიდრე არამწვევლის და მწვევლების ნახევარი

დაკარგავს ჯანმრთელი სიცოცხლის 20 წელს, სანამ დაიღუპებიან თამბაქოს მოხმარებასთან დაკავშირებული დაავადებით.³

თამბაქოზე დამოკიდებულება დაავადებაა, რომელიც იწვევს მოზრდილებში თამბაქოს მოხმარებას. თამბაქოს მოხმარება ასოცირდება ხანგრძლივ, თამბაქოს ნაწარმის (სიგარეტი, სიგარები, ჩიბუხი, ბიდი, ჰუკა, საღეჭი თამბაქო და სხვ.) ყოველდღიურ მოხმარებასთან. მწვევლების უმრავლესობა ვერ ანებებს თამბაქოს მოწვევას თავს საკუთარი სურვილით. სამედიცინო ტერმინოლოგიით მოწვევა განისაზღვრება როგორც: თამბაქოზე დამოკიდებულება, ნიკოტინდამოკიდებულება, თამბაქოზე მიჩვევა ან ნიკოტინზე მიჩვევა.

ექიმებმა და ჯანდაცვის პროფესიონალებმა უნდა გაითვალისწინონ, რომ თამბაქოზე დამოკიდებულება არის სამედიცინო მდგომარეობა და არა ჩვევა, სისუსტე, სიამოვნება ან ცხოვრების სტილის არჩევანი.

თამბაქოზე დამოკიდებულების დაავადების ძირითადი ეტიოლოგიური ფაქტორია ნიკოტინი. ნიკოტინი არის მაღალდამოკიდებულების ნარკოტიკი რომელიც თამბაქოს შემადგენლობაშია და რომელიც განსაზღვრავს დამოკიდებულებას, ვინც მას ხშირად და ქრონიკულად მოიხმარს. მიუხედავად ამისა, ინტენსიურობაზე დამოკიდებულების მიხედვით, მოხმარების ხანგრძლივობასა და გამოყენებული თამბაქოს ნაწარმის სახეობაზე, ყველა მწვევლი არ ექვევა ერთიდაიგივე რისკის ქვეშ, ჯანდაცვის პროფესიონალების პასუხი უნდა იყოს ერთიდაიგივე თამბაქოს მოხმარებაზე: რომ უმკურნალონ მწვევლთა თამბაქოზე დამოკიდებულებას შეფერხების გარეშე.

ვინაიდან თამბაქოზე დამოკიდებულება დაავადებაა, უნდა მოხდეს მისი დიაგნოსტიკა და მკურნალობა იმავე გზით, როგორც სხვა ქრონიკული დაავადებები. ჯანდაცვის პროფესიონალს აქვს ვალდებულება ჩაერიოს და დაეხმაროს თამბაქოს მოწვევის თავის დანებებას. მკურნალობის დაუყოვნებელი დაწყება

თამბაქოზე დამოკიდებულებისას არის კარგი პრაქტიკა ექიმებისათვის და ჯანდაცვის პროფესიონალებისათვის, რადგანაც თამბაქოს მოხმარება ძირითადად გამოწვეულია თამბაქოზე დამოკიდებულებისაგან: მხოლოდ ძალზე გამონაკლის შემთხვევებშია თამბაქოს მწველობა მწველის თავისუფალი ცხოვრების წესის არჩევანი. ცუდ პრაქტიკას წარმოადგენს არ უმკურნალო ან არ მოახდინო თამბაქოზე დამოკიდებული პაციენტების მკურნალობის ორგანიზება. სულ მცირე, კლინიკისტებმა უნდა უზრუნველყოთ ხანმოკლე კონსულტირებით ჩარევა ყველა პაციენტისათვის ვინც მოიხმარს თამბაქოს - ნეიტრალური პრაქტიკა (დიაგრამა 1.1).

ვინაიდან თამბაქოს მოხმარება და დამოკიდებულება თანაბრად აღიქმება, როგორც დაავადება, მას მოჰყვება შეთანხმება, რომ თამბაქოზე დამოკიდებული მწველები საჭიროებენ ჯანდაცვის პროფესიონალების მიერ შეთავაზებულ სამედიცინო დახმარებას, რათა შეწყვიტონ მოწევა, რომელიც უზრუნველყოფილია თამბაქოს დამოკიდებულების მკურნალობით. როგორც სხვა ქრონიკული დაავადებების შემთხვევაშია, სამედიცინო დახმარება შედგება თამბაქოს ქრონიკული მოხმარების დიაგნოზირებისა და მასზე დამოკიდებულებისაგან, რომელსაც მოსდევს მუდმივი მკურნალობა თამბაქოს მოხმარების რემისიისათვის და თამბაქოს ქრონიკული მოხმარების სამკურნალოდ.

დასკვნისათვის, თამბაქოს მოწევით ინდივიდები არამარტო უშვებენ ნიკოტინს მათ სხეულებში და ზრდიან ან ინარჩუნებენ თამბაქოზე დამოკიდებულებას, არამედ ექცევიან მრავალი დაავადების ზემოქმედების ქვეშ,

დიაგრამა 1.1: თამბაქოს მოხმარებლების დახმარება კლინიკურ დაწესებულებაში



რომელთა უმრავლესობაც ფატალურია, გამოწვეული იმ ტოქსინებით, რომლებიც თამბაქოს შემადგენლობაშია. ადრეულ სტადიაზე დამოკიდებულება იკურნება, რაც უფრო ადრე წყვეტს პაციენტი მოწევას უფრო მაღალია პაციენტის ჯანმრთელობისთვის სარგებელი.³

1.2 დეფინიციები, კლასიფიკაციები, ტერმინები და განმარტებები

1.2.1 თამბაქოზე დამოკიდებულება: შეძენილი სამრეწველო დაავადება

თამბაქოზე დამოკიდებულება არის ნიკოტინით გამოწვეული თამბაქოსადმი შეჩვევა. მწველი, რომელიც თამბაქოზე დამოკიდებული ხდება, არ შეუძლია შეწყვიტოს ნივთიერების მოხმარება, მიუხედავად იმისა რომიგი ვნებსმის ჯანმრთელობა. შესუნთქული ნიკოტინი ცნობილია, როგორც ნარკოტიკი, რომელსაც უნარი აქვს გამოიწვიოს ისეთივე მიჩვევა, როგორიც სულ მცირე გააჩნია ჰეროინსა ან კოკაინს.⁴ თამბაქოს მოხმარებლები, რომელთაც დაიწყეს მოწევა როგორც თინეიჯერებმა, ჩვეულებრივად უფრო დამოკიდებულნი ხდებიან, ვიდრე ისინი ვინც გვიან დაიწყო მოწევა.⁵ ნიკოტინი, სუბსტანცია ფსიქო-აქტიური მახასიათებლებით, იწვევს ძლიერ სურვილს სიგარეტისადმი, სიგარეტის, მოსაწევი მუხდმტუკის და მწველებისთვის შეუძლებელი ხდება მოწევისთვის ადვილად თავის დაწება, იწვევს ფიზიკურ და ფსიქოლოგიურ სიმპტომებს როდესაც მწველები შეწყვეტენ მოწევას. ვინაიდან თამბაქოში ნიკოტინის შემცველობა იწვევს ნიკოტინდამოკიდებულებას, ტოქსიკური ეფექტები კი ძირითადად გამოწვეულია თამბაქოს კვამლში შემავალი სხვა ნივთიერებებისაგან.

1.2.2 თამბაქოზე დამოკიდებულების ინდუქციის მექანიზმი

შესუნთქული ნიკოტინი აღწევს ტვინის არტერიული სისხლის მიმოქცევის სისტემაში ფილტვების გავლით შვიდ წამზე ნაკლებ დროში.⁶ ნიკოტინი თავსდება აცეტილკოლინის კონკრეტულ რეცეპტორებში (ძირითადად ალფა4 ბეტა2 ნიკოტინის აცეტილკოლინის

რეცეპტორი) წინა ტვინის ნუკლეუსის აკუმბენის არეში, რომელიც ახდენს ისეთი ნეირომედიატორების გამოთავსუფლების (გამოყოფის) სტიმულირებას, როგორიცაა დოფამინი და ნორადრენალინი, რაც თამბაქოს მოხმარებლის მხრიდან აღიქმება, როგორც სიამოვნება.^{7,8} სიამოვნება, რომელსაც თამბაქოს მოხმარებელი განიცდის ფაქტიურად არის ალკეითის (აბსტინენციის) სინდრომის ადრეული გამოვლინება, რადგან ნიკოტინის დონე იზრდება და ნიკოტინის რეცეპტორების სტიმულაცია მიიღწევა.

ნიკოტინდამოკიდებულების მთავარი მახასიათებელია ძლიერი სურვილი ნიკოტინის ფარმაცოლოგიური ეფექტების მისაღებად და შესაძლო ალკეითის ფენომენი, ასევე გამოწვეული ასოციაციები, როგორც პოზიტიური (ნიკოტინი წარმოქმნის ფსიქოაქტიურ სტიმულაციას), ისევე ნეგატიური (ნიკოტინის არარსებობა გამოიხატება დისკომფორტში).⁷

თითოეული სიგარეტი დაუყოვნებლივ ამცირებს ძლიერ სურვილს, თუმცა იწვევს ნიკოტინის რეცეპტორების მგრძნობელობის დაქვეითებას და ზრდის მათ რიცხვს, ამგვარად იზრდება შემდეგი სიგარეტის მოწვევის ძლიერი სტიმული⁸. მსგავსი სტიმული, რომელიც თამბაქოს მოხმარებითაა გამოწვეული დიდ როლს თამაშობს ქრონიკული მოხმარების ინიცირებაში^{7,9}. თამბაქოზე დამოკიდებულების დაწყების ფაზაში, მწვეკელს უზდება ნიკოტინის დონის გაზრდა, იმ მიზნით, რომ წარმოიშვას იგივე ინტენსიური შეგრძნებები. საწყისი ადაპტაციის პერიოდის შემდგომ მწვეკელს ესაჭიროება მისთვის დამახასიათებელი ნიკოტინის ინდივიდუალური დოზა, იმისათვის რომ შეიგრძნოს ნეიტრალური მდგომარეობა და თავიდან აიცილოს ალკეითის სინდრომი. ცენტრალურ ნერვულ სისტემაში ასეთი მორფოლოგიური ადაპტაციის წარმოშობას თან მოჰყვება ფიზიკური დამოკიდებულების ჩამოყალიბება^{7,9}.

1.2.3 ნიკოტინი არ არის თამბაქოზე დამოკიდებულების ერთადერთი სტიმული

ნიკოტინზე დამოკიდებულებას აქვს ორი კომპონენტი: ფიზიკური დამოკიდებულება და ფსიქოლოგიური დამოკიდებულება¹⁰.

ფიზიკურ დამოკიდებულებასთან ერთად, თამბაქოს ნაწარმის განმეორებითი მოხმარება შეიძლება იქცეს ჩვევად. სოციალური კავშირები და სიტუაციები, რომლებიც ასოცირდება გარკვეულ ყოველდღიურ რუტინასთან, შეიძლება გააძლიეროს თამბაქოს მოხმარება. დროთა განმავლობაში, ეს ჩვევა თანმდევი ხდება ყოველდღიურ ცხოვრებაში. მაგალითად, რეკომენდებულია რომ თამბაქოს მოხმარების მკურნალობა მხარდაჭერილი იყოს ფარმაცოლოგიური მკურნალობით ფიზიკური სიმპტომების აღმოსაფხვრელად, ხოლო ქცევითი თერაპია მიმართულია ინდივიდების თამბაქოს მოხმარებასთან დაკავშირებული ყოველდღიურობისა და სხვა ფაქტორებისაკენ.

1.2.4 ნიკოტინზე დამოკიდებულება ჯანმოს მიხედვით

პიროვნება განიხილება ნიკოტინზე დამოკიდებულად, როდესაც მას აქვს ქრონიკული მოხმარების ისტორია შემდეგი მახასიათებლებით: ფსიქოაქტიური ნივთიერებების ბოროტად გამოყენება, აგრძელებს ნივთიერების მიღებას მიუხედავად მისი უარყოფითი შედეგებისა, მაღალი ტოლერანტობა სუბსტანციის მიმართ და გამომხატული ალკეითის სიმპტომები როდესაც ცდილობს მოხმარების შეწყვეტას⁶.

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის (ჯანმო) მიერ მიღებულ დაავადებების საერთაშორისო კლასიფიკაციაში, თამბაქოზე დამოკიდებულება შედის: თამბაქოს მოხმარებასთან დაკავშირებულ მენტალურ (ფსიქიკურ) და ქცევით აშლილობებში და მინიჭებული აქვს დაავადების კოდი F17 (ცხრილი 1.1)¹¹.

დამოკიდებულების სინდრომები მიუთითებს ფიზიკური, ფსიქოლოგიური, ქცევითი და კოგნიტიური ფენომენის იმ კლასტერზე, რომელშიც პიროვნებისთვის ნივთიერების (ამ შემთხვევაში თამბაქოს) მოხმარება ხდება პრიორიტეტი, ამ დროს პიროვნებისთვის სხვა ქცევები ნაკლებად პრიორიტეტულია, რომელიც წარსულში მისთვის უფრო ღირებული იყო.

ნიკოტინის ალკეითის სინდრომი

სანამ ნიკოტინი ორგანიზმზე ზემოქმედებს,

ცხრილი 1.1: თამბაქოზე დამოკიდებულების კლასიფიკაცია დაავადებების საერთაშორისო კლასიფიკაციაში ICD10CM, ჯანმო (განახლებულია 2015 წლის 1 ოქტომბერს)

ნიკოტინზე დამოკიდებულება F17	
გამორიცხავს (სხვა სპეციფიკურ კოდებს)	
• თამბაქოზე დამოკიდებულების ისტორია (Z87.891) • თამბაქოს მოხმარება NOS (Z72.0) • თამბაქოს მოხმარება (მოწევა) ფეხმძიმობის დროს, ბავშვის დაბადებისა და მშობირობის შემდგომ პერიოდში (O99.33-) • ნიკოტინის ტოქსიკური ეფექტი (T65.2-)	
F17	ნიკოტინზე დამოკიდებულება
F17.2	ნიკოტინზე დამოკიდებულება
F17.20	ნიკოტინზე დამოკიდებულება, დაუდგენელი
F17.200	... გართულების გარეშე
F17.201	... რემისიის დროს
F17.203	... ნიკოტინზე დამოკიდებულება დაუდგენელი, ალკვეთის სინდრომით
F17.208	... ნიკოტინისგან გამოწვეული სხვა აშლილობები
F17.209	... ნიკოტინისგან გამოწვეული დაუდგენელი აშლილობები
F17.21	ნიკოტინზე დამოკიდებულება, სიგარეტები
F17.210	... გართულების გარეშე
F17.211	... რემისიის დროს
F17.213	... ნიკოტინზე დამოკიდებულება
F17.218	... ნიკოტინისგან გამოწვეული სხვა აშლილობებით
F17.219	... ნიკოტინისგან გამოწვეული დაუდგენელი აშლილობებით
F17.22	ნიკოტინზე დამოკიდებულება, საღებავი თამბაქო
F17.220	... გართულების გარეშე
F17.221	... რემისიის დროს
F17.223	... ალკვეთის სინდრომით
F17.228	... ნიკოტინისგან გამოწვეული სხვა აშლილობები
F17.229	... ნიკოტინისგან გამოწვეული დაუდგენელი აშლილობებით

F17.29	ნიკოტინზე დამოკიდებულება, თამბაქოს სხვა პროდუქტები
F17.290	... გართულების გარეშე
F17.291	... რემისიის დროს
F17.293	... ალკვეთის სინდრომით
F17.298	... ნიკოტინისგან გამოწვეული სხვა აშლილობები
F17.299	... ნიკოტინისგან გამოწვეული დაუდგენელი აშლილობებით

ძირითადად შესუნთქვის გზით, იგი იწვევს ნიკოტინზე დამოკიდებულებას, ხოლო როდესაც ნიკოტინი აღარ მიეწოდება ნიკოტინზე დამოკიდებულ ადამიანს, ხდება ნიკოტინის ალკვეთის (გამოდენის) სინდრომი. ნიკოტინის ალკვეთის სინდრომი გამოწვეულია ნიკოტინის მიწოდების უცაბედი შეწყვეტისაგან. ნიკოტინის გამოდენა შეიძლება გამოიხატოს მოწევის შეწყვეტიდან პირველი 4-12 საათის განმავლობაში. სიმპტომები მოიცავს¹²:

- მწვავე/უკონტროლო მოწევის სურვილს (ძლიერი სურვილი)
- აღზნებადობა/აგრესია/სიბრაზე
- შფოთი
- მოუსვენრობა
- დაღლილობა
- გაზრდილი მადა
- კონცენტრირების სირთულე
- დეპრესია
- თავისტკივილები
- ღამით სიფხიზლე
- თავბრუსხვევა

ჩამოთვლილი სიმპტომები განსხვავდება ინდივიდის მიხედვით: ზოგი მწველი უფრო ინტენსიურად განიცდის ალკვეთის სიმპტომებს, ვიდრე სხვა. ყველა ეს გამოხატულება დროებითია, რომლის მაქსიმალური ინტენსივობა აღწევს 24-დან 72 სთ-მდე და მცირდება 3-4 კვირაში¹². დაახლოებით პაციენტების 40%-ის სიმპტომები გრძელდება 3-4 კვირაზე მეტ ხანს¹².

ნიკოტინის აღკვეთის სიმპტომები წარმოადგენს ყველა ცვლილების ჯამს, რომელიც გამოწვეულია ნიკოტინის მოხმარების უცაბედი შეწყვეტისაგან, რომელიც განსაკუთრებით რთულია პირველი ორიდან ექვს კვირამდე, და რომელსაც აუცილებლად ესაჭიროება კვალიფიცირებული სამედიცინო დახმარება და ფსიქოლოგიური მხარდაჭერა. ამგვარად, რეკომენდებული საუკეთესო სტრატეგია ყველა მოწევის შეწყვეტის გაიდლაინის მიხედვით არის ფარმაკოლოგიური მკურნალობისა და ფსიქო-ქცევითი თერაპიის კომბინირება¹³.

მწველობის სტატუსი

რეკომენდებულია, რომ ყველა კლინიცისტი შესაბამისად აფასებს ამჟამინდელ და ყოფილ თამბაქოს მოხმარებას პაციენტებში.

შემდეგი დეფინიციები გამოიყენება მწველობის სტატუსის კლასიფიკაციისათვის:

- **არამწველი** არის ადამიანი, რომელსაც არ მოუწევია 100 ლერ სიგარეტზე მეტი მის სიცოცხლეში (ან 100 გ თამბაქო, სიგარეტის შემთხვევაში ან სხვა თამბაქოს ნაწარმი).
- **ყოველდღიური მწველი** არის პიროვნება, რომელმაც მოწია სულ მცირე ბოლო 3 თვის განმავლობაში ყოველდღიურად.
- **იშვიათი მწველი** არის ადამიანი რომელიც ეწეოდა, თუმცა არა ყოველდღიურად.
- **ყოფილი მწველი** არის ადამიანი, რომელმაც შეწყვიტა მოწევა სულ მცირე 6 თვე მაინც.

მოყვანილია ზოგიერთი სტანდარტული შეკითხვა, რომელიც დაგეხმარებათ შეაფასოთ მწველის სტატუსი:

1. მოგიწევიათ თუ არა ოდესმე სიგარეტი ან თამბაქოს სხვა ნაწარმი (მაგ. მუნდშტუკი, სიგარეტი, სხვ.)?

ამჟამინდელი მწველებისათვის:

2. რამდენ სიგარეტს (ან თამბაქოს სხვა ნაწარმი, სიგარა, ჩიბუხი) ეწევით დღეში?
3. რამდენი წელია ეწევით?
4. რამდენი სიგარეტი მოგიწევიათ სულ? 100 ლერზე მეტი თუ ნაკლები?

5. ეწევით ყოველდღიურად/გარკვეულ დღეებში/კონკრეტულ სიტუაციებში? რომელ სიტუაციებში?

ყოფილი მწველებისათვის:

6. რამდენი წელია/თვე რაც თავი დაანებეთ მოწევას?

1.3 მოწევა ქრონიკული მორეციდივე დაავადებაა

1.3.1 რეციდივის მაგალითები/ფორმები

ნიკოტინზე/თამბაქოზე დამოკიდებულება არის ქრონიკული რეციდივის მდგომარეობა, რომლის შეძენაც ხდება უმრავლეს შემთხვევაში ახალგაზრდობაში⁵. თამბაქოზე დამოკიდებულებას გააჩნია ქრონიკული დაავადების ბევრი მახასიათებელი, მწველების უმრავლესობა აგრძელებს თამბაქოს მოხმარებას წლებისა და ათწლეულების განმავლობაში.

„რეციდივი“ განიხილება, მოწევის ხელახლა რეგულარულად დაწყებამ პირის მიერ, ვინც უკვე დაანება თავი. რეციდივი ტიპიურად მიუთითებს იმ რამოდენიმე დღის ან მეტი დროის განმავლობაში ხანგრძლივი მწველობის პერიოდზე, მას შემდეგ რაც მოხდა მოწევის შეწყვეტა. „წარუმატებლობა“ ან „რეციდივები“ ნიშნავს ყოველდღიურ მოწევას სულ მცირე 3 დღე, სულ მცირე 24 საათის სრულად თავის დანებების შემდეგ.

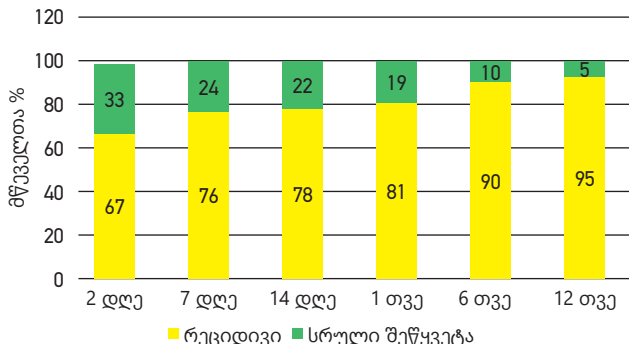
„შესვენება“ ან „თვლემა“ მიუთითებს თამბაქოს მოხმარების შეწყვეტის წინა პერიოდს, რომელიც არ გამოიხატება რეგულარული მოწევის დაბრუნებაში. ეს შეიძლება იყოს შემთხვევა, როდესაც ყოფილი მწველები ან მწველები რომელთაც შეწყვიტეს მოწევა ეწევიან დღეში ერთ სიგარეტზე ნაკლებს კვირაში სამ დღემდე, ან ეწევიან ნებისმიერი რაოდენობის სიგარეტს კვირაში ერთი დღე, რომელიმე დაგეგმილ ვიზიტამდე ერთი კვირით ადრე. „შესვენება“ შეიძლება იყოს იზოლირებული მოვლენა, რომელსაც მოჰყვება განახლებული თავისდანებება, ან იგი თავისდანებების ძლიერი წინაპირობაა.

რეციდივი ყოფილ მწველებში ჩვეულებრივია. რეციდივი უფრო ხშირად ხდება მოწევის თავისდანებების მცდელობის პირველი დღეების განმავლობაში, როდესაც გამოდევნის სიმპტომები ყველაზე მაღალია.

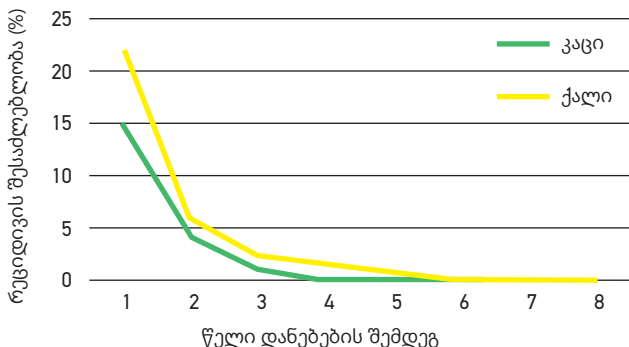
დაახლოებით 75% მოწვევის შეწყვეტის მსურველები, ვინც დახმარების გარეშე ცდილობს თავისდანებებას, განიცდის რეციდივს პირველი კვირის მანძილზე, როდესაც ყველაზე კრიტიკული პერიოდია¹². დიაგრამა 1.2 გამოსახავს რეციდივის არსებობას შეწყვეტის პირველ წელიწადს.

ვინაიდან პაციენტები აღარ ეწევიან ორიდან სამი თვის მანძილზე, მათი რეციდივის რისკი უფრო ნაკლებია - თუმცა სულ არ გამქრალა. თამბაქოს მომხმარებლებს შორისაც კი, ვინც შეძლო და თავი დაანება ცოტა ან დიდი ხნის პერიოდში, რეციდივის რისკი მაინც მაღალია. პაციენტები ვინც სულ მცირე 12 თვე აღარ ეწევიან, აქვთ 35% ცხოვრებაში რეციდივის ალბათობა (იხილეთ დიაგრამა 1.3)¹⁴.

დიაგრამა 1.2: რეციდივის მაგალითი მწვეკვლებში, ვინც დახმარების გარეშე დაანება თავი¹²



დიაგრამა 1.3: რეციდივის ალბათობა წლების მიხედვით¹⁴



1.3.2 თამბაქოზე დამოკიდებულების მკურნალობა შეწყვეტის შემგომ

თამბაქოზე დამოკიდებულება შეიძლება საჭიროებდეს მუდმივ და განმეორებით თერაპიულ ინტერვენციებს, ისევე როგორც გრძელვადიან მეთვალყურეობას განკურნების (თავის დანებების) შემდგომ¹⁵.

მისი ქრონიკული ბუნების ცოდნა ითხოვს მასზე გრძელვადიან დაკვირვებას, და არა უბრალოდ ინტერვენციებს რომლებიც მიეწოდება მწვავე სტადიებზე.

ზოგიერთი ფარმაცოლოგიური მკურნალობა შეიძლება გახდეს საკვალდებულო/აუცილებლო რეციდივის შემდეგ, ზოგჯერ ერთი მედიკამენტის მეორეთი ჩანაცვლება, ისევე როგორც პაციენტების განათლება და მათთვის ფსიქო-ქცევითი მხარდაჭერის შეთავაზება რეციდივის რისკის თავიდან ასაცილებლად. ჯერ არ შექმნილა თამბაქოზე დამოკიდებულების რეციდივის სამკურნალო ეფექტური საშუალება. უბრალოდ ყოფილ მწვეკვლად ყოფნა არ არის გარანტია თამბაქოს დამოკიდებულების დასასრულებლად.

აგრეთვე, ბევრი კლინიცისტს შეუძლია უმკურნალოს პაციენტებს ქრონიკული დაავადებით, როგორიცაა დიაბეტი, არტერიული ჰიპერტენზია, ფილტვის ქრონიკული ობსტრუქციული დაავადება (ფქოდ) და ა.შ, თუმცა ისინი ნაკლებად კომფორტულად არიან როდესაც საქმე ეხება თამბაქოზე დამოკიდებულების მკურნალობას, რადგანაც ისინი იგნორირებას უკეთებენ იმ ფაქტს რომ თამბაქოზე დამოკიდებულება არის ქრონიკული დაავადება. თამბაქოზე დამოკიდებულებისადმი როგორც ქრონიკული დაავადებისადმი მიდგომა აჩქარებს მკურნალობის პროცესს და ზრდის ფარმაკოთერაპიით თავის დანებების წარმატების დონეს და ამცირებს რეციდივს.

ჩვენ ყველა პრაქტიკოსს, ვინც ეხმარება მწვეკვლ პაციენტებს ვაძლევთ რეკომენდაციას, რომ მიუდგნენ თამბაქოზე დამოკიდებულებას და თამბაქოს მოხმარებას, როგორც ქრონიკულ რეციდიულ აშლილობას და განსახლვრონ იგი სამედიცინო ტერმინით, როგორც თამბაქოზე დამოკიდებულება.

1.4 > **სავალდებულოა მწევრების რუტინული იდენტიფიცირება დღევანდელ სამედიცინო პრაქტიკაში**

იმისათვის რათა მივალწოთ მოწვევის თავის დანებების საუკეთესო დონეებს, ნებისმიერი სამედიცინო კონტაქტისას ყველა მწევრში უნდა დადგინდეს არის თუ არა მისი დაავადება დაკავშირებული თამბაქოს მოხმარებასთან. ამ მიზნით საკუთესო შესაძლებლობები შემთხვევითი და ყოველწლიური სამედიცინო ვიზიტები, ვინაიდან მოქალაქეების უმეტესობა დადის საკუთარ ოჯახის ექიმთან ან ზოგადი პრაქტიკის ექიმთან სულ მცირე წელიწადში ერთხელ მაინც. ასევე, რეგულარული/ შემთხვევითი ვიზიტი სტომატოლოგთან ან სხვა ექიმთან, ან ჯანდაცვის პროფესიონალთან სხვადასხვა ჯანმრთელობის ან სხვა მიზეზის გამო. ყველა ექიმმა, სპეციალისტის მიუხედავად უნდა გამოიყენოს ეს სიტუაციები მწევრლობის დასადგენად და ორგანიზება გაუწიოს თავის დანებების თერაპიას.

თამბაქოს მოხმარების კლინიკური შეფასება არის სავალდებულო სამედიცინო აქტი და უნდა მოხდეს მისი ლეგიტიმიზაცია როგორც რუტინული ინტერვენცია. მწევრლობის სტატუსი ან თამბაქოს მოხმარება, როგორც რეკომენდებულია წინამდებარე მოწვევის შეწყვეტის გაიდლაინით, უნდა ჩაიწეროს პაციენტის სამედიცინო ისტორიაში: როგორიცაა ჰოსპიტალური მიღების ან გაწერის საბუთები, რეფერალები, ლაბორატორიის ანგარიშები და ა.შ. აღნიშნული რეკომენდაცია ეფუძნება ცხრა რანდომიზებული კვლევების მეტანალიზის თამბაქოს მოხმარების სკრინინგის ზემოქმედების შესახებ მოწვევის შეწყვეტის დონეებზე¹³. ამასთანავე, 2009 წელს გამოქვეყნებულ კვლევაში, მაკკულოუ და კოლეგებმა აჩვენეს, რომ მოშეწყვეტის თაობაზე კონსულტაციის მისაღებად დარეგისტრირებული პაციენტების რიცხვი უფრო მაღალი იყო მაშინ, როდესაც ექიმები სისტემატურად ეკითხებოდნენ თამბაქოს მოხმარების შესახებ და შეადგინეს შეწყვეტის გეგმა¹⁶.

1.5 > **თამბაქოს მოხმარებისა და დამოკიდებულების შეფასება/დიაგნოზი**

მწევრების შეფასება შედგება თამბაქოს კვამლის ზემოქმედების კლინიკური და ბიოლოგიური შეფასების პროცესისაგან, თამბაქოს დამოკიდებულების შეფასების, ფსიქო-ქცევითი პროფილისა და თამბაქოს მოხმარების ჯანმრთელობაზე გავლენისაგან.

1.5.1 **თამბაქოზე დამოკიდებულებისა და მოხმარების კლინიკური დიაგნოზი**

კლინიკური დიაგნოზი ემყარება:

მწველობის სტატუსი

მწველობის სტატუსი (არამწველი, იშვიათი მწველი, ყოველდღიური მწველი, ყოფილი მწველი).

მოხმარებული თამბაქოს ნაწარმის სახეობა

მოხმარებული თამბაქოს ნაწარმის სახეობა იძლევა მიჩვევის ხარისხზე წარმოდგენას, რადგანაც ნიკოტინზე დამოკიდებულება უფრო რთულია სიგარეტის მოხმარებლებში, მათთან შედარებით, ვინც მოიხმარს სიგარეტს, მუნდშტუკებს, ჩიბუხებს, ჩილიმს, ელექტრონულ სიგარეტებს ან ორალურ თამბაქოს (სალეჭი, ენისქვშ დასადები, ინგალატორი).

თამბაქოს მოხმარება

თამბაქოს მოხმარება შეიძლება განიმარტოს, როგორც:

- დღეში მოწეული სიგარეტის რაოდენობა;
- სიგარეტის კოლოფების რაოდენობა (no. of PY). კოლოფების რაოდენობა/ წლები დაითვლება დღეში მოწეული სიგარეტის კოლოფების რაოდენობის გამრავლებით მწველობის პერიოდზე/წლებზე (ე.ი. თუ ადამიანი ეწეოდა 15 სიგარეტს დღეში 15 წლის განმავლობაში, ეს 15 უდრის $15 \times 15 / 20 = 11.25 \text{ PY}$).

თამბაქოზე დამოკიდებულების შეფასება

თამბაქოზე დამოკიდებულების დიაგნოსტიკა უნდა მოხდეს ჯანმოს დეფინიციის მიხედვით. თამბაქოზე

დამოკიდებულება განისაზღვრება 7-დან სულ მცირე 3 კრიტერიუმის არსებობით, თუ ეს კრიტერიუმები მოქმედებდა ბოლო 12 თვის მანძილზე¹⁷.

- მოწვევის ძლიერი სურვილი
- რაოდენობის კონტროლის სირთულე
- აღკვეთის სიმპტომები, როდესაც ამცირებს ან თავს ანებებს მოწვევას
- მოხმარების გაგრძელება მიუხედავად აშკარა მავნე ზემოქმედებისა
- მოწვევის პრიორიტეტი სხვა აქტივობებთან შედარებით
- მაღალი ტოლერანტობა
- თამბაქოს აღკვეთის ფიზიკური სიმპტომები

ყოველდღიურ რუტინაში, ნიკოტინზე/სიგარეტზე დამოკიდებულება ძირითადად ფასდება ფაგერშტრომის ნიკოტინზე დამოკიდებულების ტესტით, (FTND) (ცხრილი 1.2), რომელიც მოიცავს არამარტო დიახ/არა პასუხს, არამედ საბოლოო ქულას, რომელიც ახდენს თამბაქოს მოხმარების კატეგორიზაციას, როგორც დაბალი, საშუალო ან მაღალი დონის ნიკოტინზე დამოკიდებულად. რაც უფრო მაღალია ქულა, მით მაღალია ინდივიდის ნიკოტინზე დამოკიდებულება. ნიკოტინზე დამოკიდებულების დონე შეიძლება გამოყენებულ იქნას პაციენტებისათვის მკურნალობის გეგმის შესადგენად.

ძირითადი კითხვებია 1 და 4: დღიურად მოწეული სიგარეტების რაოდენობა და პირველი სიგარეტის დრო დილით გაღვიძების შემდეგ. ეს კითხვები შეიძლება დაისვას ექიმის მიერ კონსულტაციის დროს და შედგეს ტესტის მოკლე ვერსია, 0-დან 6 ქულამდე, ქულების იგივე მნიშვნელობით როგორც ფაგერშტრომის ტესტის 10 ქულიან ვერსიაშია¹⁸.

მოწვევის შეწყვეტის სპეციალიზებულ კლინიკებში დამატებითი შეფასების საშუალებების გამოყენება მწვეკვლების თამბაქოზე დამოკიდებულების დონის დასადგენად სავალდებულო არ არის. მსგავსი შეფასება შესაძლებელია ზოგიერთი ინტრუმენტის გამოყენებით, ე.ი. ნიკოტინზე დამოკიდებულების სინდრომის შკალა (NDSS)¹⁹ და ვისკონსინის მოწვევაზე დამოკიდებულების მოტივები (WISDM)²⁰.

ცხრილი: 1.2 ნიკოტინზე დამოკიდებულების ფაგერშტრომის ტესტი (FTND)¹⁸

1. გაღვიძებიდან რამდენად მალე ეწევით პირველ სიგარეტს?

5 წუთზე ნაკლები (3)

6-30 წთ (2)

31-60 წთ (1)

60 წუთზე მეტი (0)

2. რთულია თუ არა თავი შეიკავოთ მოწვევისაგან იქ სადაც მოწვევა აკრძალულია (ეკლესია, კინო, მატარებელი, რესტორანი და ა.შ)?

დიახ (1)

არა (0)

3. რომელ სიგარეტზე იტყვით ყველაზე ძნელად უარს?

დილით პირველი სიგარეტი (1)

სხვა დანარჩენი (0)

4. რამდენ სიგარეტს ეწევით დღეში?

10 ან ნაკლები (0)

11-20 (1)

21-30 (2)

31 ან მეტი (3)

5. დღის რომელ ნაწილში უფრო მეტს ეწევით, გაღვიძებიდან პირველ ნახევარში, თუ მეორე ნახევარში?

დიახ (1)

არა (0)

6. ეწევით თუ არა ავადმყოფობის დროს როდესაც წოლითი რეჟიმში გაქვთ?

დიახ (1)

არა (0)

პაციენტმა შეიძლება შეავსოს კითხვარი უშუალოდ. ქულები მერყეობს 0-დან 10-მდე. ეს იძლევა ნიკოტინზე დამოკიდებულების შეფასების ზუსტ საშუალებას, რომელზე დაფუძნებითაც

ქულა 0-3: ნიკოტინზე დამოკიდებულება დაბალია ან არ არსებობს.

ქულა 4-6: თამბაქოზე დამოკიდებულების საშუალო დონე.

ქულა 7-10: თამბაქოზე მაღალი დამოკიდებულება

1.5.2 ადრეული მოწვევის შეწყვეტის მცდელობების ანალიზი

მოწვევის შეწყვეტის წარსული გამოცდილება წინასწარ აჩვენებს მომავალში შეწყვეტის მცდელობებს და შეიძლება გამოყენებულ იქნეს მომავალში მკურნალობის სახელმძღვანელოდ²¹. რეკომენდებულია კლინიკის ტემა შეფასონ:

- წარსულში თავის დანებების მცდელობის რიცხვი
- ყველაზე ხანგრძლივი აბსტინენციის პერიოდი
- ნებისმიერი წინა შეწყვეტის მკურნალობა და რისგან შედგებოდა მკურნალობა
- აღკვეთის ნებისმიერი სიმპტომების ისტორია
- ნებისმიერი რციდივის რისკ ფაქტორები
- აბსტინენციის დროს აღწერილი პოზიტიური ასპექტები

1.5.3 მოწვევის შეწყვეტის მოტივაცია

რეკომენდებულია შეფასდეს მწვევლის მოწვევის თავის დანებების მოტივაცია. ჯანდაცვის ყველა პროფესიონალი უნდა აფასებდეს პაციენტების მოტივაციას. არსებობს მრავალგვარი მეთოდი თავის დანებების მოტივაციის შესაფასებლად, რომელსაც ჩვენ ავლწერთ.

მოტივაცია შეიძლება შეფასდეს უშუალო კითხვებით, რომელიც მოიცავს შემდეგს:

- გასურთ თავი დაანებოთ მოწვევას? (ახლა)?
- თუ გადაწყვეტთ თავის დანებებას, რამდენად დარწმუნებული ხართ რომ შეძლებთ?
- რა მიზეზებია რაც მოგანდომებთ რომ თავი დაანებოთ მოწვევას?
- რამდენად მნიშვნელოვანია რომ თქვენ თავი დაანებოთ მოწვევას?

პროჩასკას და დიკლემენტეს ცნობილი ქცევის შეცვლის ტრანსთეორიული მოდელის მიხედვით, მოწვევის შეწყვეტის ფსიქოლოგიური პროცესი მიმდინარეობს 5 ეტაპად (დიაგრამა 1.4)²³.

- გააზრების წინა პერიოდი: პაციენტი სრულიად კმაყოფილია მისი როგორც მწვევლის ქცევით და არ გრძნობს რაიმე ცვლილების აუცილებლობას
- გააზრება: პაციენტი გრძნობს ცვლილების საჭიროებას,

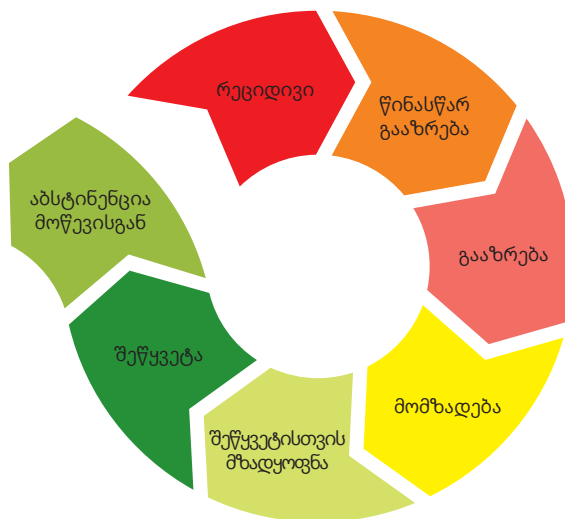
თუმცა არ არის საკმარისად ძლიერი უბიძგოს საკუთარ თავს მოქმედებისაკენ ან სამოქმედო გეგმის შესადგენად.

- მომზადება: პაციენტი იღებს გადაწყვეტილებას სცადოს ცვლილება მოწვევის ქცევის შესაცვლელად და მზადაა ამ ცვლილებისთვის ახლო მომავალში
- მოქმედება: პაციენტი იწყებს მოწვევის თავის დანებებას.
- შენარჩუნება: აბსტინენცია 6 თვე ან უფრო ხანგრძლივად.

ცვლილების ეტაპი ტიპიურად ფასდება შემდეგი კითხვის გამოყენებით: „რას ფიქრობთ ახლა მოწვევის შეწყვეტის თაობაზე?“. პასუხების ვარიანტებია: ა) მსურს დავანებოთ თავი შემდეგ 30 დღეში, ბ) მსურს დავანებოთ თავი 6 თვეში, გ) არ ვგეგმავ თავის დანებებას შემდეგი 6 თვის განმავლობაში.

მნიშვნელოვანია აღინიშნოს, რომ ინდივიდები არ გადიან აუცილებლად ცვლილების ყველა ეტაპს

დიაგრამა 1.4: პროჩასკას მოდელი მოწვევის შეწყვეტის ცვლილებების ეტაპები²³



Source: Di Clemente C.C., et al. J Consult Clin Psychol, 1991; 59: 295-304

თანმიმდევრულად; პირიქით ხშირად მიდიან წინ და უკან ეტაპებს შორის როგორც მოტივაციის ფუნქცია, მზაობა და სხვა ფაქტორები ზეგავლენას ახდენს მასზე.

მოტივაციის მარტივი შკალები, რომელშიც კლინიკის ექიმებიან პაციენტებს შეაფასონ შკალაზე მოცმული მოწვევის შეწყვეტის მოტივაცია 1 დან 10მდე, რომელიც გამოიყენება ასევე დატვირთული კლინიკური პრაქტიკის დროსაც. (დიაგრამა 1.5).

გამოქვეყნებულია დამატებითი ინსტრუმენტები, რათა გაიზომოს მოტივაცია, მოწვევის შეწყვეტის შკალის მოტივაციის ჩათვლით²³.

მიუხედავად პაციენტების მზაობის თავი დაანებონ ან მოტივაცია ჰქონდეთ, მოწვევის შეწყვეტის მკურნალობა უნდა დაიწყოს ექიმის მიერ ყველა პაციენტისათვის ვინც მოიხმარს თამბაქოს. თანმხლები დაავადებების მქონე მწვეკელების შემთხვევაში და პაციენტებს თამბაქოზე დამოკიდებულებით, ჯანმრთელობის პროფესიონალებმა უნდა აცნობონ პაციენტებს თამბაქოს გაგრძელების რისკების შესახებ და ურჩიონ თავის დანებების დაუყოვნებელი აუცილებლობა. როგორც ყველა სამედიცინო გადაწყვეტილების შემთხვევაში, პაციენტი ინარჩუნებს უფლებას უარი თქვას მკურნალობაზე, თუმცა ჯანმრთელობის პროფესიონალი ვალდებულია შესთავაზოს მოწვევის შეწყვეტის მკურნალობა და ამგვარად აქვს იგივე განსჯა როგორც ეს დიაბეტის ან ჰიპერტენზიის მკურნალობის შემთხვევების დროს.

1.5.4 პაციენტის სამედიცინო ისტორია

პაციენტის სამედიცინო ისტორია თერაპიული მკურნალობის შერჩევისათვის რელევანტურია, ისე როგორც ნებისმიერი წამლის/მედიკამენტის ურთიერთქმედების და გვერდითი მოვლენების

აღნიშვნის შესაძლებლობები. გულისხმობს მწვავე დაავადებების, შეტევების დროს, თირკმელების დაავადების, მიმდინარე ან ადიქციის ისტორიით და ა.შ შეიძლება აგრეთვე სიფრთხილის გამოჩენა ფარმაცოლოგიური მკურნალობის დანიშვნისას; ამგვარად, აუცილებელია ისინი აღინიშნოს მწვეკელის სამედიცინო ისტორიაში.

1.5.5 ორსულობა/ძუძუთი კვება/კონტრაცეფცია

ამასთანავე ძალიან მნიშვნელოვანია ფსიქოლოგიური სტატუსის შემოწმება ქალებში (ორსულობის, ძუძუთი კვების და კონტრაცეფციის მეთოდები) რათა მოხდეს მოწვევის შეწყვეტის ეფექტურად ორგანიზება. ორსულობა ასოცირდება ნიკოტინის მეტაბოლიზმის დონეებში მნიშვნელოვან ზრდებთან²⁴.

1.5.6 პაციენტების შფოთვისა და დეპრესიის ისტორია

1.5.6.1 საწყისი სკრინინგი

ზოგადად დეპრესია და შფოთვა ყველაზე ხშირი მდგომარეობაა ძლიერ მწვეკელებს შორის. ძალიან ხშირად ასეთი სინდრომები სიფრთხილისკენ მოუწოდებს და ამაღლებს შეგნებას მოწვევის შეწყვეტის მედიკამენტების გვერდითი მოვლენების შესახებ. პირველადი ჯანდაცვის მიერ რეკომენდებულია ორი მარტივი შეკითხვა, როგორც დეპრესიის სკრინინგის საშუალება²⁵.

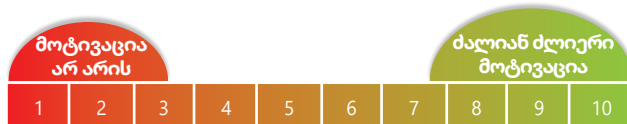
- გიგრძნიათ თავი ბოლო თვეებში დეპრესიულად, მოწყენილად ან სასოწარკვეთილად?
- გქონიათ თუ არა ბოლო თვეში გრძნობა რომ თქვენ აკეთებთ რაღაცას ინტერესისა და სიამოვნების გარეშე?

ორივე კითხვაზე დადებითი პასუხი შეიძლება განიმარტოს როგორც ძლიერი დეპრესიის ნიშანი. სხვა უფრო სწრაფი გზა დეპრესიის გასაზომად არის ერთი კითხვა:

- გიგრძნიათ თუ არა თავი მოწყენილად ბოლო ორი კვირის უმეტესი დღეები?

თუ პასუხი დადებითია, ჩვენ შეგვიძლია დავასკვნათ რომ ესაა მწვავე დეპრესიის ნიშანი პაციენტში.

დიაგრამა 1.5: მოტივაციის შესაფასებელი შკალა



ყველა პაციენტი რომელიც ამ კითხვაზე პასუხობს დადებითად, უნდა შემოწმდეს სუიციდის იდეის თაობაზე მარტივი სკრინინგის ინსტრუმენტით, ან დამტკიცებული შეფასების ინსტრუმენტით.

- გიფიქრიათ თუ არა ოდესმე სიკვდილზე?

1.5.6.2 დეპრესიის და შფოთვის კლინიკური შეფასება

დამტკიცებული კლინიკური ტესტის გამოყენება შესაძლებელია კლინიკურ პრაქტიკაში დეპრესიის და აშლილობის დიაგნოზის დასასმელად და სიმწვავის შესაფასებლად:

- შფოთვისა და დეპრესიის შკალა²⁶,
- ჰამილტონის დეპრესიის ქვეშკალა²⁷,
- პაციენტის ჯანმრთელობის კითხვარი (PHQ)²⁸, და
- ბეკის დეპრესიის შკალა - II²⁹

1.5.7 თამბაქოზე დამოკიდებულების ლაბორატორიული დიაგნოსტიკა

მწვევლობის სტატუსი როგორც ეს კლინიკურ კრიტერიუმით განისაზღვრება ასევე შეიძლება შეფასდეს ბიოქიმიური ლაბორატორიული ტესტით თამბაქოს კვამლის ზემოქმედების ბიომარკერების შესაფასებლად, როგორიცაა კარბონის მონოქსიდის კონცენტრაცია ამონაღებულ ჰაერში და კოტინინის დონე (ნიკოტინის მეტაბოლიტი).

ბიოქიმიური ვალიდაცია/დამტკიცება ზოგადად გამოიყენება კვლევაში, რათა დადასტურდეს მოწვევის აბსტინენციის თვით-რეპორტირებული დონეები/ხარისხი და როგორც ასეთი არაა რეკომენდებული კლინიკური დაწესებულებების სტანდარტულ პრაქტიკაში.

ნახშირჟანგი (CO)

ნახშირჟანგის სუნთქვა არის უმარტივესი ბიომარკერი შესამოწმებლად; გარემოში ნახშირჟანგის არარსებობისას, ესა თამბაქოს მოხმარების აღიარებული გაზომვის საშუალება. ნახშირჟანგის სუნთქვა ადვილად იზომება სპეციალური კომერციულად ხელმისაწვდომი ანალიზატორის საშუალებით, რომელშიც მწვევლი ამოსუნთქებს (დიაგრამა 1.6). ნახშირჟანგი იზომება ppm-ით (მილიონის ნაწილაკებით), გასაზომი

ერთეული, რომელიც შეიძლება გარდაიქმნას კარბოქსიჰემოგლობინის ეკვივალენტურად.

ნახშირჟანგის ნახევარი-სიცოცხლე დაახლოებით 2-6 საათია. ნახშირჟანგის დონე მწვევლის ამოსუნთქულ ჰაერში შეიძლება მიაღწიოს 10-20 ppm-ს (ე.ი. 2-5% კარბოქსიჰემოგლობინი)³⁰. არსებობს კავშირი ყოველდღე მოწეულ სიგარეტებსა და ნახშირჟანგის გაზომვებს შორის; თუმცა მოსალოდნელია მნიშვნელოვანი ინდივიდუალური ვარიაციები. ნახშირჟანგის დონეზე ზემოქმედებას ახდენს აგრეთვე ფიზიკური დატვირთვა³⁰.

24 საათიანი თავშეკავების შემდეგ CO აღწევს ნორმალურ დონეს. ნორმალურად, CO-ს კონცენტრაცია არამწვევლის მიერ ამოსუნთქულ ჰაერში არ აღემატება 4 ppm-ს. მეორადი კვამლის ზემოქმედება გავლენას ახდენს CO-ს დონეზე. რეკომენდებული გამყოფი სიდიდე მწვევლსა და არამწვევლს შორის არის 9 ppm (31). 10 ppm-ის ან მეტის ჩვენება ნიშნავს მწვევლობას. თუმცა, კვლევები აჩვენებს რომ 2 და 5 ppm მაჩვენებლები დიდი სიზუსტით გვაჩვენებს, მოწია თუ არა ბოლო 24 საათის განმავლობაში ვინმემ^{22,33}.

CO კონცენტრაცია ძილით (ძილის შემდეგ რამოდენიმე საათი მოწვევის გარეშე) ჩვეულებრივად არის დაბალი,

დიაგრამა 1.6. ნახშირჟანგის ამოსუნთქვის შესამოწმებელი ხელსაწყო (CO)



ვიდრე შუადღისით ჩატარებული გაზომვით. ამ მიზეზით, რეკომენდებულია CO-ს გაზომვა შუადღეზე, როდესაც გამოჩნდება თამბაქოს ზემოქმედების უფრო ნამდვილი ბიომარკერი³⁰.

CO კონცენტრაცია მწველებს შორის ფილტვის ქრონიკული ობსტრუქციული დაავადებით (COPD) აღმოჩნდა, რომ არის მაღალი ვიდრე ზოგადად მოსახლეობაში³⁴. ამ შემთხვევაში CO-ს მაღალი კოეფიციენტი აიხსნება ან ნახშირჟანგის წარმოშობით COPD-ის ანთებითი პროცესების დროს ან უბრალოდ ინტენსიური მწველობით.

მხუთავი აირის/ნახშირჟანგის მონიტორინგის

კლინიკური მოწყობილობა

ნახშირჟანგის გაზომვა გამოიყენება, როგორც ინსტრუმენტი პაციენტის მოტივაციისათვის მოწვევის თავის დასანებებლად³⁵. ნახშირჟანგის სწრაფი კონვერსია ნორმალურ სიდიდემდე მწველს აძლევს სტიმულს შეწყვიტოს მოწვა და ყოველ ვიზიტზე აჩვენებს ნახშირჟანგის უფრო და უფრო დაბალ მაჩვენებელს, რაც ხელს უწყობს საბოლოოდ თავის დანებებას. არსებობს არასაკმარისი მტკიცებულება ნახშირჟანგის მონიტორინგის გამოყენების მხარდასაჭერად სტანდარტულ მკურნალოასთან შედარებით³⁵. თუმცა, მხუთავი აირის მნიშვნელობის გამო, რეკომენდებულია, რომ მოწვევის თავის დანებების სპეციალიზებულ კლინიკებში აღჭურვილი იყვნენ ამონასუნთქ აირში მხუთავი აირის გამზომი ხელსაწყოთი. მათი გამოყენება სხვა დაწესებულებებში, როგორიცაა საზოგადოებრივი ჯანდაცვა, აგრეთვე მიღებული პრაქტიკაა.

კოტინინი

კოტინინი არის ნიკოტინის ძირითადი მეტაბოლიტი და თამბაქოს კვამლის ზემოქმედების ბიომარკერი. სხეულში კოტინინის კონცენტრაციის მონიტორინგით შეიძლება შეფასდეს ინდივიდიზე თამბაქოს კვამლის ზემოქმედება. კოტინინი იზომება სისხლში, ჰაერში, ნერწყვში და შარდში.

ნიკოტინის მოქმედების დრო 2 საათია. თუმცა, ნიკოტინის კონცენტრაცია შეიძლება განსხვავდებოდეს

დღის განმავლობაში, როცა მოწეული იქნა ბოლო სიგარეტი³⁰. კოტინინის აქტიურობის დროა 15-20 საათი და შეიძლება გაიზომოს 24-48 საათის მოწვევის აბსტინენცია³⁰. მწველებში, პლაზმა კოტინინი დაახლოებით 200 ნგ/მლ-ია, თუმცა შეიძლება მიაღწიოს 1000 ნგ/მლ-მდე მოწვევის ინტენსივობის მიხედვით³¹. არსებობს მნიშვნელოვანი სხვაობები მწველ ინდივიდებს შორის კოტინინის დონეების მიხედვით და სიგარეტების დღიური წილის მიხედვით³⁰. ნიკოტინის მეტაბოლიზმის დონეები განისაზღვრება გენეტიკურად და ზეგავლენას ახდენს კოტინინის დონეზე³⁶.

რეკომენდებულია 15 ნგ/მლ-ზე მეტი ნერწყვისთვის და 50 ნგ/მლ შარდისათვის^{30, 31, 37}.

მაშინროდესაც პაციენტიტარებს ნიკოტინის ჩანაცვლებით თერაპიას, კოტინინის გაზომვა რეკომენდებული არ არის. ასეთ შემთხვევებში მხუთავი აირის მონიტორინგი მტკიცებულებისათვის მიღებული მეთოდია³¹.

კოტინინის დონეების გამოყენება არ აღმოჩნდა უფრო სენსიტიური, ვიდრე კლინიკური სიმპტომების მონიტორინგის გამოყენება მოწვევის თავის დანებების მედიკამენტების თერაპიული დოზის ადაპტაციისთვის³⁸. მოცემული დროისთვის რეკომენდებული არაა კოტინინის შეფასება კლინიკური პრაქტიკის ინსტრუმენტის სახელმძღვანელოდ.

გამოყენებული ლიტერატურა

1. WHO. WHO global report: Mortality attributable to tobacco. . 2012; ISBN: 978 92 4 156443 4.
2. European Commission, 2017. Special Eurobarometer 458 Report Attitudes of Europeans towards Tobacco and Electronic Cigarettes. Available at :<https://ec.europa.eu/commfrontoffice/publicopinion/index.cfm/ResultDoc/download/DocumentKy/79003>
3. Doll R, Peto R, Boreham J, Sutherland I. Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. BMJ 2004;328:1519.
4. Stahl S.M. Stahl's Essential Psychopharmacology Neuroscientific Basis and Practical Applications, 3rd ed. 2008. Cambridge University Press, New York, USA. ISBN: 9780521673761.
5. Chassin L et al. The natural history of cigarette smoking: predicting young-adult smoking outcomes from adolescent smoking patterns. Health Psychology, 1990, 9:701-716.
6. Maisto SA, Galizio M, Connors GJ, eds. Drug use and abuse, 4th ed. Belmont, CA, Wadsworth/Thompson Learning, 2004.

7. Picciotto M. Molecular biology and knockouts of nicotinic receptors. National Cancer Institute, NIH Office on Smoking and Health & CDC. Addicted to nicotine. A national research forum. Bethesda, Maryland, USA. 27–28 July, 1998.
8. Kellar KJ. Neuropharmacology and biology of neuronal nicotinic receptors. National Cancer Institute, NIH Office on Smoking and Health & CDC. Addicted to nicotine. A national research forum. Bethesda, Maryland, USA. 27–28 July, 1998.
9. Benowitz NL. Cardiovascular toxicity of nicotine: pharmacokinetic and pharmacodynamic considerations. In: Benowitz NL, ed. Nicotine safety and toxicity. New York, NY, Oxford University Press, 1998, 19–28.
10. Jarvis MJ. ABC of smoking cessation: why people smoke. British Medical Journal, 2004, 328:277–279.
11. International Classification of Diseases (ICD-10). <http://www.icd10data.com/>
12. Hughes JR, Gulliver SB, Fenwick JW, et al. Smoking cessation among self-quitters. Health Psychol 1992;11:331-4.
13. Fiore MC, Jaen CR, Baker TB, et al: Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update, Clinical Practice Guideline. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services. Public Health Service. May 2008.
14. West R, Shiffman S. Smoking cessation fast facts: Indispensable guides to clinical practice. Oxford: Health Press Limited, 2004.
15. Kawakami N, Takatsuka N, Inaba S, Shimizu H. Development of a screening questionnaire for tobacco/ nicotine dependence according to ICD10, DSMIII-R, and DSMIV. Addictive Behaviors. 1999;24:155–166.
16. McCullough A., Fisher, Goldstein AO, Kramer K, Ripley-Moffitt C. Smoking as a vital sign: prompts to ask and assess increase cessation counselling. J Am Board Fam Med 2009;22(6):625–632.
17. World Health Organization. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva, World Health Organization, 1992.
18. Fagerstrom KO, Schneider N. Measuring nicotine dependence: a review of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. J Behav Med 1989;12:159–182.
19. Shiffman S., Waters A., Hickcox A., The nicotine dependence syndrome scale: a multidimensional measure of nicotine dependence, Nicotine Tob.Res. 2004;6(2);327–48.
20. Piper M.E., Piasecki T.M., Federman E.B., Bolt D.M., Smith S.S., Fiore M.C., Baker T.B. A Multiple Motives Approach to Tobacco Dependence: The Wisconsin Inventory of Smoking Dependence Motives (WISDM-68). Journal of Consulting and Clinical Psychology 2004;72(2):139–154.
21. Walker MS et al. Smoking relapse during the first year after treatment for early-stage non-small-cell lung cancer. Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention, 2006; 15:2370–2377.
22. Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross JC. In search of how people change: applications to addictive behaviors. The American Psychologist, 1992;47:1102–1114.
23. Kotz D, Brown J, West R. Predictive validity of the motivation to stop scale (MTSS): A single-item measure of motivation to stop smoking. Drug Alcohol Depend. 2013;128(2):15-19.
24. Dempsey D, Jacob P III, Benowitz NL. Accelerated metabolism of nicotine and cotinine in pregnant smokers. Pharmacology and Experimental Therapeutics, 2002;301:594–598.
25. Spitzer RL, Williams JB, Kroenke K, et al. Utility of a new procedure for diagnosing mental disorders in primary care. The PRIME-MD 1000 study. JAMA 1994;272:1749–1756.
26. Hospital Anxiety and Depression Scale. <http://www.gi-assessment.co.uk/products/hospital-anxiety-and-depression-scale-0>
27. Moroni L, Bettinardi O, Vidotto G, et al. Scheda ansia e depressione forma ridotta: norme per l'utilizzo in ambito riabilitativo. Anxiety and Depression Short Scale: norms for its use in rehabilitation. J. Monaldi Arch Chest Dis 2006;66:255–263.
28. The Patient Health Questionnaire. <http://www.patient.co.uk/doctor/patient-health-questionnaire-phq-9>
29. The Beck Depression Inventory – II. [http://www.pearsonclinical.co.uk/Psychology/AdultMentalHealth/AdultMentalHealth/BeckDepressionInventory-II\(BDI-II\)/BeckDepressionInventory-II\(BDI-II\).aspx](http://www.pearsonclinical.co.uk/Psychology/AdultMentalHealth/AdultMentalHealth/BeckDepressionInventory-II(BDI-II)/BeckDepressionInventory-II(BDI-II).aspx)
30. Benowitz NL. Biochemical verification of tobacco use and cessation. Nicotine Tob Res. 2002;4:149–159.
31. West R., Hajek P., Stead L., Stapleton J. Outcome criteria in smoking cessation trials: proposal for a common standard. Addiction. 2005;100(3):299–303.
32. Javors MA, Hatch JP, Lamb R. Cut-off levels for breath carbon monoxide as a marker for cigarette smoking. Addiction 2005;100:159–167.
33. Marrone GF, Shakleya DM, Scheidweiler KB, Singleton EG, Huestis MA, Heishman SJ. Relative performance of common biochemical indicators in detecting cigarette smoking. Addiction. 2011;106(7):1325–34.
34. Montuschi P1, Kharitonov SA, Barnes PJ. Exhaled carbon monoxide and nitric oxide in COPD. Chest. 2001;120(2):496–501.
35. Bize R1, Burnand B, Mueller Y, Rège-Walther M, Camain JY, Cornuz J. Biomedical risk assessment as an aid for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev. 2012 Dec 12;12:CD004705. doi: 10.1002/14651858.CD004705.pub4.
36. Ho M.K., Tyndale R.F. Overview of the pharmacogenomics of cigarette smoking The Pharmacogenomics Journal 2007;7:81–98.
37. Jarvis, M. J., Primatesta, P., Erens, B., Feyerabend, C. & Bryant, A. Measuring nicotine intake in population surveys: comparability of saliva cotinine and plasma cotinine estimates. Nicotine and Tobacco Research, 2003;5:349–355.
38. Berlin I, Jacob N, Coudert M, Perriot J, Schultz L, Rodon N. Adjustment of nicotine replacement therapies according to saliva cotinine concentration: the ADONIS* trial - a randomized study in smokers with medical comorbidities. Addiction. 2011;106(4):833–43.

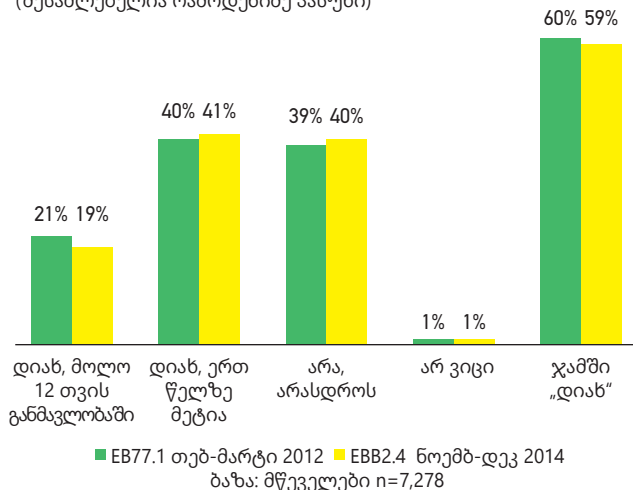
ნაწილი პირველი | თავი 2

თამბაქოს მოხმარებისა და თამბაქოზე
დამოკიდებულების მკურნალობის
ზოგადი რეკომენდაციები



2.0 თამბაქოს მოხმარებისა და თამბაქოზე დამოკიდებულების მკურნალობის ზოგადი რეკომენდაციები

QC17. გიცდიათ ოდესმე შეგეწყვიტათ მოწევა?
(შესაძლებელია რამოდენიმე პასუხი)



“ევროკავშირში ბოლო 12 თვის მანძილზე ხუთიდან ერთმა მწეველმა (19%) ცადა თავი დაენებებინა მოწევისათვის, მაშინ როცა წარსულში 41%-ს ჰქონდა ასეთი მცდელობა. ჯამში, ევროკავშირში 59% მწეველს ჰქონდა მცდელობა შეეწყვიტა მოწევა.”
ევრობარომეტრი 2015

წინამდებარე პარაგრაფი მოკლედ წარმოადგენს თამბაქოს გამოყენების და თამბაქოზე დამოკიდებულების მკურნალობისათვის ზოგად რეკომენდაციებს.

2.1 თამბაქოს მოხმარება

თამბაქოს მოხმარება ძირითადად გამოწვეულია თამბაქოზე დამოკიდებულებით, ქრონიკული აშლილობა, რომელიც უშუალოდ ახალგაზრდობისას ხდება, თუმცა ჯანდაცვის ყველა პროფესიონალმა უნდა გაითვალისწინოს რომ თამბაქოს ყველა სახის მოხმარება (მოსაწევი თუ საღებავი) ჯანმრთელობისათვის მავნებელია,

თუნდაც არ არსებობდეს თმბაქოზე დამოკიდებულება. ძალიან მცირე რაოდენობით მოზრდილი ეწევა მხოლოდ ქცევის გამო, თამბაქოზე დამოკიდებულების გარეშე^{1,2}. ჯანდაცვის პროფესიონალებმა უნდა აცნობონ ასეთ პაციენტებს არსებული ჯანმრთელობის რისკების შესახებ და რჩევა მისცენ არ გამოიყენონ თამბაქო, ასევე მხარი დაუჭირონ თავის დანებებას ხელმისაწვდომი მტკიცებულებებზე-დაფუძნებული მკურნალობის გზით. ჯანდაცვის პროფესიონალები უნდა იყვნენ პროაქტიულები ახალგაზრდებში თამბაქოს გამოყენების პრევენციის კუთხით და მხარი დაუჭირონ მოწევის შეწყვეტას მწველ ახალგაზრდებს შორის. ახალგაზრდები, ვინც ეწევიან მაგრამ დამოკიდებულნი არ არიან, უნდა გახდნენ ინტერვენციის სამიზნე, რადგანაც მოზარდობისას დაწყებული თამბაქოს მოხმარება იწვევს მასზე დამოკიდებულებას.

2.2 თამბაქოზე დამოკიდებულება დაავადებაა

დაახლოებით ყველა ახალგაზრდა/მოზარდ მწველში მოწევა გამოწვეულია დაავადებით, რომელიც მოზარდობისას შეიძინა. ესაა თმბაქოზე დამოკიდებულება, ქრონიკული დაავადება, რომელიც სრულად არ იკურნება. თუმცა, თამბაქოს მოხმარება შეიძლება განიკურნოს მოკლე პერიოდისთვის, უმნიშვნელო ჯანმრთელობის სარგებელის შედეგებით³. თამბაქოზე დამოკიდებული მწველები უკიდებენ სიგარეტს ტიპიურად ბოლო სიგარეტიდან 20-60 წუთის შემდეგ, როგორც კი ტვინში ნიკოტინის დონე მცირდება⁴. თამბქოს მოხმარება არა გამოწვეული თვის ტვინის ქერქიდან, არამედ უფრო ტვინის არაგრძნობიერი ნაწილიდან, რომელიც არ კონტროლდება სურვილით (accumbens nucleus). როგორც ყველა ქრონიკული დაავადების დროს

დიაგნოზის და შეფასების შემდეგ ჯანდაცვის პროფესიონალებმა უნდა ჩამოაყალიბონ სამოქმედო გეგმა მოწვევის შეწყვეტის დასახმარებლად. პაციენტმა შეიძლება უარი თქვას მკურნალობაზე, თუმცა ჯანმრთელობის პროფესიონალებმა უნდა იმოქმედონ პაციენტის გასაკურნად, იმ დაავადებისაგან, რომელიც კლავს თითქმის მსგავსი პაციენტების ნახევარს, რომელიც იტანჯება ასეთი დაავადებით⁵. თუ ჯანმრთელობის პროფესიონალები კურნავენ ჰიპერტენზიას, დიაბეტს ან სხვა ქრონიკულ დაავადებებს, ასევე უნდა უმკურნალონ მათ თამბაქოზე დამოკიდებულებას დიაგნოზის შემდეგ. მოწვევის შეწყვეტის მკურნალობა შესწავლილ იქნა სიღრმისეულად და ამდენად არსებობს ინსტრუმენტები მწვევლების და სხვა თამბაქოს მომხმარებლების სამკურნალოდ და დასახმარებლად.

2.3 მოწვევის შეწყვეტა

წარმატებული მოწვევის შეწყვეტისათვის ძირითადი კომპონენტია თერაპიული განთლების, ქცევითი მხრდაჭერისა და ფარმაკოთერაპიის კომბინაციები^{2,6}. თამბაქოს მომხმარებლის მომზადება, თავის დანებების მოტივაცია, ნიკოტინზე დამოკიდებულება, ასაკი და სხვა მრავალი პიროვნული ფაქტორები ზეგავლენას მოახდენს წარმატებით თავის დანებებაზე².

2.3.1 თერაპიული განათლება

- თამბაქოზე დამოკიდებულების დაავადების ახსნა
- სიგარეტის მოწვევის მიზეზების ახსნა
- მოწვევისგან გამოწვეული ჯანმრთელობის ზიანის ახსნა
- მოწვევის შეწყვეტის სარგებელის ახსნა
- თამბაქოს თავის დანებების მკურნალობის ახსნა
- ქრონიკული თამბაქოზე დამოკიდებულების მართვის ახსნა რეციდივის თავიდან ასაცილებლად
- ადგილობრივად მწვევლებისთვის ხელმისაწვდომი ინსტრუმენტების წარდგენა

2.3.2 ქცევითი მხარდაჭერა

- მოწვევის ქცევითი მიზეზების განსაზღვრა, ასევე

გრძელვადიანი და მოკლევადიანი უშუალო მოწვევის სტიმულირების ფაქტორების განსაზღვრა.

- თავის დანებების მოტივაციის გაზრდა და შიშის დაძლევა/შემცირება
- ემოციებთან გამკლავება

2.3.3 მედიკამენტები

- ნიკოტინ ჩანაცვლებითი თერაპია (NRT) ხელმისაწვდომია ტრანსდერმალური ფორმით (პლასტირები), ორალური ფორმით (საღეჭი ტაბლეტი, ენისქვეშ დასადები ტაბლეტი, ინგალატორი), და ზოგიერთ ქვეყანაში ცხვირის შესასხურებელი/სპრეი. წარსულთან შედარებით დოზირება უფრო ადაპტირებულია, ფიქსირებული დოზირება იშვიათად გამოიყენება და პლასტირებისა და ორალური NRT შემადგენლობით ხშირად გამოიყენება ნიკოტინის დოზის გასაზრდელად, რათა მიუახლოვდეს ნიკოტინის იმ დონეს რომელსაც იღებს მწვევლი სიგარეტიდან.
- ვარენიკლინი არის ალფა4 ბეტა2 ნიკოტინ რეცეპტორის ნაწილობრივი მონაწილე, რომელიც გამოიყენება მოწვევის თავის დანებების მონოთერაპიაში, პლაცებოს საწინააღმდეგო ეფექტურობით, რომელიც აღმოჩნდა უფრო დიდი ვიდრე სხვა პირველი ხაზის მონოთერაპია. ვარენიკლინი და კომბინირებული მაღალი დოზის ნიკოტინ ჩანაცვლებითი თერაპია, ორივე თანაბრად ეფექტურია⁶.
- ბუპროპიონი არის მედიკამენტი, რომელიც გამოიყენება ადრეულ სტადიაზე დეპრესიის სამკურნალოდ და რომელიც ეფექტური აღმოჩნდა მოწვევის შეწყვეტის სამკურნალოდ^{2,6}. ეს მედიკამენტი შეიძლება გამოიყენებულ იქნას NRT-სთან კომბინაციაში.
- ნორტრიპტილინი (ტრიციკლური ანტიდეპრესანტი) და ციტიზინი (ნიკოტინის რეცეპტორის ნაწილობრივი აგონისტი) წარმოადგენს მეორე რიგის მოწვევის შეწყვეტის თერაპიას, რომლებიც ხელმისაწვდომია ზოგიერთ ქვეყანაში და ეფექტურია^{2,6}. აღნიშნული მედიკამენტები შედარებით იაფია.

2.3.4 თამბაქოს მოხმარების შეწყვეტა

მკურნალობის ძირითადი და თავდაპირველი მიზანია მოწევასზე თავის დანებება.

- მოწველი რომელიც თავს ანებებს მოწევას და არ მოუწევია სიგარეტი საკუთარი სურვილით
- უნდა მოხდეს მოწვეის შიმშილის მონიტორინგი როდესაც ეს შესაძლებელია, მხუთავი აირის ამონასუნთქთან ერთად.
- ნახშირჟანგის/მხუთავი აირის მაქსიმუმი რეკომენდებული დონე ამოსუნთქვაში მოწვეის შიმშილის დასამტკიცებლად უდრის 7 ppm-ს.

კლინიკური პრაქტიკისათვის, ჩვენ ვურჩევთ რომ მოწვეის შიმშილი უნდა დადასტურდეს თამბაქოს შიმშილის 6 კვირის შემდეგ შეწყვეტის თარიღიდან, რომელსაც ახლავს 2 კვირიანი "შესვენების პერიოდი". ამასთანავე, მოწვეის შიმშილი ყალიბდება მაშინ, როდესაც სუბიექტი აცხადებს შეწყვეტის თაობაზე ან გამოყენებულ თამბაქოში მხუთავი აირი არის 7 ppm-ზე ქვემოთ. "შესვენების პერიოდი" არის დრო, მოწვეის შეწყვეტის თარიღიდან ან ინტერვენციის პერიოდი, როდესაც მოწვეა არ ითვლება წარუმატებლად. რეკომენდებულია მოწვეის შიმშილის რუტინული 6 თვიანი შეფასება მოწვეის თავის დანებებისა და ადრეული რეციდივის შეფასებისათვის.

2.4 > თამბაქოზე დამოკიდებულების მკურნალობა მოწვეის შეწყვეტის შემდგომ

თამბაქოზე დამოკიდებულება ქრონიკული აშლილობაა რეციდივის მაღალი რისკით, რომელიც თავის დანებების შემდეგ ვითარდება⁷. ახალი ყოფილი მწვეკელების ნახევარს, მომდევნო წელიწადს რეციდივი უყალიბდებათ. რეციდივის დონე უფრო მაღალია თავის დანებებიდან პირველივე კვირის განმავლობაში. ამდენად კლინიკურ პრაქტიკაში რეკომენდებულია გრძელვადიანი მეთვალყურეობა სულ მცირე 6 თვის განმავლობაში და სასურველია 12 თვის განმავლობაში, რათა დადასტურდეს მოწვეის შიმშილი და დაიფაროს რეციდივის ყველაზე

მაღალი რისკის მქონე პერიოდი. შიმშილის რამოდენიმე წლის შემდეგაც კი რეციდივის რისკი მაღალი რჩება⁸. საჭიროა მომავალი კვლევები მაღალი რისკის მქონე რეციდივის დასადგენად.

მოწვეის ძლიერი სურვილი რეციდივის ძირითადი ფაქტორია. უკონტროლო სურვილის მკურნალობა უნდა მოხდეს გაუმჯობესებული კონსულტაციებით (მხარდაჭერა) და/ან ფარმაცოთერაპიის ოპტიმიზაციით. მოწვეის ძლიერი სურვილი და აღკვეთის სიმპტომები უნდა შეფასდეს ყოველი კონტაქტისას. მოწვეის ძლიერი სურვილი/აღკვეთის სიმპტომები უნდა განიკურნოს გაუმჯობესებული კონსულტაციით (მხარდაჭერა) და ფარმაცოთერაპიის ოპტიმიზაციით. მის სამკურნალოდ უნდა მოხდეს ზუსტი NRT კომბინირება სტანდარტულ მკურნალობასთან, თუმცა აუცილებელია შეფასების ახალი კვლევები და ლტოლვის ეფექტური მკურნალობა. მიუხედავად ამისა, მტკიცებულებები აჩვენებს, რომ რეციდივის პრევენციის ინტერვენცია ძალიან ხარჯთ-ეფექტურია⁹.

2.5 > რეციდივის პრევენცია

მოწვეის შეწყვეტის შემდეგ, რეციდივი განისაზღვრება, როგორც ≥ 7 სიგარეტის მოწვეა მომდევნო 7დღის ან 2 მომდევნო კვირის განმავლობაში. ნაკლების მოწვეა განისაზღვრება, როგორც წარუმატებლობა. (უფრო ზუსტი კლინიკური პრაქტიკის განსაზღვრებისათვის იხილეთ პარაგრაფი 1.3.1).

თავის დანებების თარიღის შემდეგ, მკურნალობა გამიზნული უნდა იყოს მოწვეის ძლიერი სურვილის და რეციდივის რისკის დასაძლევად. აუცილებელია ჩატარდეს კვლევები, რომელიც დაამტკიცებს ინსტრუმენტებსა და მკურნალობას ამ მიზნით. მოწვეის ძლიერი სურვილის არსებობა აუცილებელი ფაქტორია რეციდივის რისკის წინასწარ განსაზღვრისათვის.

თუკი წარუმატებლობას ექნება ადგილი, რეციდივის მკურნალობა და პრევენცია შეიძლება შემდეგი ინტერვენციებით:

- კოგნიტიური ქცევითი თერაპიის (CBT) სესიების

დროულად გაზრდა, ფორმატი და რიცხვი ინარჩუნებს მკურნალობის ეფექტურობას.

- ნიკოტინის პლასტირების გამოყენება 14 კვირაზე მეტ ხანს, ამას დამატებული მოკლე NRT ფორმულები, აუცილებლობის შემთხვევაში.
- ვარნიკლინის გამოყენების გახანგრძლივება 12-დან 24 კვირამდე;
- ბუპროპიონის გამოყენების გახანგრძლივება;
- მედიკამენტები კომბინირება.

თამბაქოზე ქრონიკული დამოკიდებულების მკურნალობა შეწყვეტის შემდეგ ყოფილ მწეველებში ფართოდ შეფასდა და იგი რჩება გამოწვევად¹⁰. არ არსებობს დამტკიცებული ინსტრუმენტი ყოფილი მწეველების განსაზღვრისთვის, რომელთაც გააჩნიათ რეციდივის მაღალი რისკი, ასევე არ არსებობს დამტკიცებული მკურნალობის ფორმა, გარდა შეწყვეტის მკურნალობის გაგრძელებისა და კოგნიტიური ქცევითი თერაპიისა (CBT) რეციდივის პრევენციისათვის მაღალი რისკის რეციდივის სიტუაციებში¹⁰. საჭიროა ახალი კვლევები არამწეველებში თამბაქოს მიჩვევის სამკურნალო ახალი სტრატეგიების შესაფასებლად და ასევე რეციდივის პრევენციის კუთხით.

გამოყენებული ლიტერატურა

1. National Institute on Drug Abuse. Research Report Series: Is Nicotine Addictive?. Bethesda (MD): National Institutes of Health, National Institute on Drug Abuse, 2012.
2. Fiore MC, Jaen CR, Baker TB et al. Treating Tobacco use and dependence. Clinical practice guideline 2008 update Rockville, MD, US Department of Health and Human Services 2008.
3. Chassin L et al. The natural history of cigarette smoking: predicting young-adult smoking outcomes from adolescent smoking patterns. Health Psychology, 1990;9:701–716.
4. Kellar KJ. Neuropharmacology and biology of neuronal nicotinic receptors. National Cancer Institute, NIH Office on Smoking and Health & CDC. Addicted to nicotine. A national research forum. Bethesda, Maryland, USA. 27–28 July, 1998.
5. WHO. WHO global report: Mortality attributable to tobacco. 2012; ISBN: 978 92 4 156443 4.
6. Cahill K, Stevens S, Perera R, Lancaster T. Pharmacological interventions for smoking cessation: an overview and network meta-analysis. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013,

Issue 5. Art. No.: CD009329. DOI: 10.1002/14651858.CD009329.pub2.

7. Hughes JR, Gulliver SB, Fenwick JW, et al. Smoking cessation among self-quitters. Health Psychol. 1992;11:331–4.
8. West R, Shiffman S. Smoking cessation fast facts: Indispensable guides to clinical practice. Oxford: Health Press Limited, 2004.
9. Cost effectiveness of interventions to reduce relapse to smoking following smoking cessation. Addiction 2011;106:1819–1826.
10. Hajek P, Stead LF, West R, Jarvis M, Har tmann-Boyce J, Lancaster T. Relapse prevention interventions for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 8. Art. No.: CD003999. DOI: 10.1002/14651858.CD 003999.pub4.

ნაწილი პირველი | თავი 3

თამბაქოს მოხმარების
შეწყვეტის ხანმოკლე რჩევა

*"მწევლის ჩართვა ხდება ერთი მარტივი
კითხვით: ამჟამად ეწევით თამბაქოს?"*



3.0 თამბაქოს მოხმარების შეწყვეტის ხანმოკლე რჩევა

ჯანმრთელობის ყველა პროფესიონალი ვალდებულია უზრუნველყოს ყველა პაციენტი ხანმოკლე რჩევით მოწვევის შეწყვეტის თაობაზე. მწველ პაციენტთან თამბაქოს მოხმარების პრობლემაზე საუბრის იგნორირება არის ცუდი პრაქტიკა და აძლიერებს პაციენტის თამბაქოზე დამოკიდებულებას.

3.1 ზოგადი რეკომენდაციები

მკვეთრი მაგრამ ხანმოკლე რჩევები თამბაქოს შეწყვეტის შესახებ, რომელიც ნებისმიერი სამედიცინო მომსახურების პროვაიდერმა უნდა უზრუნველყოს, მნიშვნელოვნად ზრდის პაციენტის მოტივაციას თავი დაანებოს მოწვეას და ზემოქმედებს მოწვევის შიშშილის (აბსტინენციის) ხარისხზე^{1,2}. ამ მიზნით პაციენტსა და ექიმს შორის კავშირის ხანგრძლივობის ანალიზმა აჩვენა, რომ მინიმუმალური კონსულტაცია (3-5 წუთი) რომელსაც კლინიკისტები თავაზობენ ზრდის მოწვევის აბსტინენციას გრძელვადიან პერსპექტივაში^{1,2}. არსებობს მტკიცებულება, რომ ყველა მწველისთვის მოწვევის თავის დაწებების შეთავაზება, მიუხედავად მათი მზაობისა, უფრო ეფექტურია ვიდრე შესთავაზო რჩევა სამედიცინო ნიადაგზე, რათა გაიზარდოს თავის დაწებების მცდელობა².

მინიმალურ კონსულტაციას (ასევე, ცნობილი როგორც მოკლე რჩევა) შეიძლება ჰქონდეს მნიშვნელოვანი გავლენა საზოგადოებრივი ჯანმრთელობაზე, მწველების დიდი რაოდენობის კუთხით, ვინც ყოველწლიურად გადის ექიმებთან კონსულტაციას. ყველა ჯანმრთელობის პროფესიონალი, როგორიცაა, ზოგადი პრაქტიკოსები, ოჯახის ექიმები, პროფესიული ექიმები, სპეციალიზებული ექიმები, ქირურგები, ექთნები, მეანი ქალები, კბილის ექიმები, ყველა მათგანმა უნდა შესთავაზოს მინიმალური კონსულტაცია თამბაქოს მოხმარებლებს. კბილის ექიმებს და ტექნიკებს შეუძლიათ ეფექტურად შეაფასონ და კონსულტაცია გაუწიონ მწველებს თავის დაწებების

კუთხით³.

რეკომენდაციები:

- ყველა ექიმმა რეკომენდაცია უნდა გაუწიოს თამბაქოს მოხმარებლებს, თავი დაანებონ მოწვეას. მეცნიერული მტკიცებულება აჩვენებს, რომ ექიმის რჩევა მნიშვნელოვნად ზრდის მოწვევის თავის დაწებების მცდელობებს და თავშეკავების დონეს (მტკიცებულების ხარისხი A)^{1,2}.
- ექიმის ან სხვა ჯანმრთელობის პროფესიონალის მოკლე რჩევის ეფექტურობა/შედეგი (3-5 წუთი) განაპირობებს გრძელვადიანი მოწვევისგან თავშეკავების კოეფიციენტის გაზრდას (მტკიცებულების ხარისხი A).
- ყველა თამბაქოს მოხმარებლისთვის მოწვევის თავის დაწებების მხარდაჭერის შეთავაზებარეკომენდებული პრაქტიკაა (მტკიცებულების ხარისხი B)².

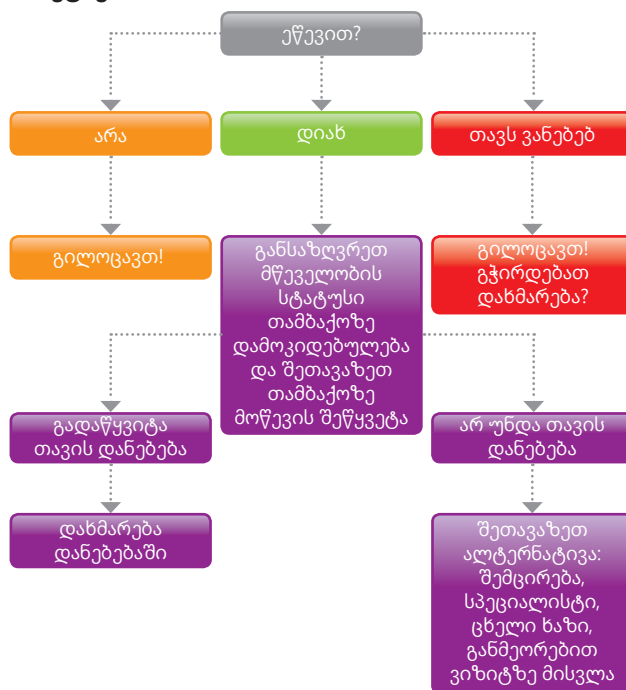
3.2 სამედიცინო პერსონალის ინტერვენციის გეგმა, რომლებიც ჩართული არიან მწველების დასახმარებლად.

- ყველა პაციენტის მწველობის სტატუსის შეფასება, ყოველ სამედიცინო ვიზიტზე.
- ყველა მწველისთვის დახმარების გაწევა, ვისაც სურს რომ თავი დაანებოს მოწვეას.
- სპეციალური კონსულტაციის გაწევა მათთვის, ვისაც სურს მოწვევის თავის დაწება.
- როდესაც და სადაც ეს შესაძლებელია, გააგზავნონ მწველები სპეციალიზებულ მოწვევის შეწყვეტის სერვისის მისაღებად.
- თამბაქოს დამოკიდებულ მწველებს, ვისაც სურს თავი დაანებონ ნიკოტინის შემცველების ან გამოწერილი მედიკამენტების მოხმარებას და შესთავაზონ მათ სპეციფიური ინფორმაცია თერაპიისა და კონსულტაციის შესახებ.

3.3 რეკომენდაციები ზოგადი პრაქტიკის ექიმებისთვის

- ყველა ზოგადი პრაქტიკოსი ან ოჯახის ექიმი რუტინულად უნდა აძლევდეს რჩევებს მოწვევის თავის დანებების შესახებ, გაუწიონ დახმარება თავის დანებების პროცესში, და რეკომენდაცია მისცენ ხელმისაწვდომი დამხმარე მედიკამენტების შესახებ. რეკომენდებულია, რომ პაციენტი ქცევა მის სამედიცინო ისტორიაში უნდა აღინიშნოს, და თუ საჭიროა, მითითებულ იქნეს პაციენტის ტერაპიის და კონსულტაციის შესახებ. (მტკიცებულების ხარისხი A).
- ყველა ოჯახის ექიმმა და ექთანმა უნდა გაიაროს სპეციალური ტრენინგი მინიმალური მოწვევის თავის დანებების კონსულტაციის შესახებ და მომზადებული იქნას პაციენტის დასახმარებლად მოწვევის თავის დანებების მცდელობისთვის, ასევე რეკომენდაცია გაუწიოს შესაბამის მუკრნალობას (მტკიცებულების ხარისხი A).
- მწვევლები, ვინც ვერ ანებებს თავს პირველადი ქმედების შედეგად (საკუთარი ნებისყოფა, მოკლე რჩევა, ფარმაცოთერაპია), უნდა მიიღოს სპეციალიზებული მკურნალობა მეორე ეტაპზე. ეს სტრატეგია არ არის ერთხმად გამოყენებული ახლანდელ პრაქტიკაში, მაგრამ მოწვევის შეწყვეტის კონსულტაციის პროგრამა უნდა ინიცირებულ იქნეს, როგორც პირველადი ჯანდაცვის ნაწილი და გაგრძელდეს მეორე რიგის ინტერვენციები სპეციალიზებულ ცენტრებში (მტკიცებულების ხარისხი C).
- ხანმოკლე რჩევა მწვევლს აძლევს თავის დანებების წინა მოტივაციას, როდესაც ასეთი არ გააჩნია და ამავე დროს მან აჩვენა მოწვევის თავის დანებების რიცხვის ზრდაც^{1,2}. ბევრ მწვევლს არ შეუძლია მოწვევის შეწყვეტა სამედიცინო დახმარების გარეშე; მძიმე ფორმის მწვევლების უმეტესი ნაწილი, ვინც მოწვევასთან დაკავშირებული დაავადებების განვითარების მაღალი რისკის ქვეშ იმყოფება, ყველაზე ძალიან ესაჭიროება კვალიფიციური თერაპია. (იხილეთ დიაგრამა 3.1.)

დიაგრამა 3.1: მინიმალური კონსულტაცია ზოგად პრაქტიკაში.



3.4 რეკომენდაცია ჰოსპიტალიზებული პაციენტებისათვის

მწვევლებთან ჩარევმა, სანამ ისინი საავადმყოფოში იმყოფებიან, აჩვენა რომ ეფექტური გზაა თამბაქოს თავის დანებების დასახმარებლად, განსაკუთრებით იმ პაციენტებში, რომელთაც ქრონიკული დაავადებები დაავადება, თუმცა ეს ეხება სხვა ჯგუფის პაციენტებსაც⁴.

- რეკომენდებულია რომ ყველა კატეგორიის სამედიცინო პერსონალი საავადმყოფოში, უნდა აფასებდეს მწვევლობის სტატუსს და უზრუნველყოს მოწვევის თავის დანებების შესახებ მოკლე რჩევას ყველა ჰოსპიტალიზებული პაციენტისთვის ვინც ეწევა (მტკიცებულების ხარისხი A).
- პაციენტები უნდა იყვნენ ინფორმირებულნი

საავადმყოფოს თამბაქოსგან თავისუფალი სტატუსის შესახებ (მტკიცებულების ხარისხი C).

- ჰოსპიტალიზებული პაციენტებისთვის ვინც ამჟამად ეწევა, მიზანშეწონილია, რომ მხარდაჭერა განხორციელდეს მოწვევის ძლიერი სურვილის და აღკვეთის სინდრომის მართვით, სანამ პაციენტი საავადმყოფოშია, ისევე როგორც, თავის დანებებისას დახმარება კვალიფიციური სამედიცინო კადრების მიერ (მტკიცებულების ხარისხი A).
- მაღალი ინტენსივობით ჩარევა, რაც უზრუნველყოფს სულ მცირე 1 თვით მხარდაჭერ კონტაქტს, რაც ყველაზე ეფექტურია აბსტინენციის კოეფიციენტის გაზრდისათვის (მტკიცებულების ხარისხი A).

3.5 რეკომენდაციები ფეხმძიმე ქალებისათვის

- რეკომენდებულია, რომ სამედიცინო პერსონალის ყველა კატეგორიამ, რომელთაც შეხება აქვთ ორსულებთან (გინეკოლოგები, მეანე, ექთნები და ზოგადი პრაქტიკოსი) უნდა შეაფასოს მწველობის სტატუსი და უზრუნველყოს მოკლე სამედიცინო რჩევით მოწვევის თავის დანებების შესახებ ყველა ორსულისათვის, ვინც ეწევა (მტკიცებულების ხარისხი A).
- დედისათვის უმნიშვნელოვანესია - თავი დაანებოს მოწვევას რაც შეიძლება ადრე ორსულობის განმავლობაში და შეინარჩუნოს ეს მდგომარეობა განსაკუთრებით პირველი ტრიმესტრის შემდეგ, იმ ფაქტის გამო, რომ მოწვევის ყველაზე ძლიერი გვერდითი მოვლენები ხდება ორსულობის მეორე და მესამე ვადებზე (მტკიცებულების ხარისხი C)⁵.

3.6 რეკომენდაცია გეგმიური ოპერაციის მქონე პაციენტებს

თამბაქოს მოხმარება აორმაგებს ისეთ გართულებებს, როგორიცაა ჭრილობების შეხორცება^{6,7}, ძვლების

ნაწიბრების მკურნალობა, ინფექციები და სხვა გვერდითი ეფექტები⁸. აგრეთვე ნაჩვენებია, რომ მოწვევის შეწყვეტა მწვავე ოპერაციის შემდეგ და აბსტინენციის შენარჩუნება 6 კვირის განმავლობაში, ამცირებს გართულებების რისკს ნახევრამდე⁶.

- რეკომენდებულია, რომ ყველა პაციენტმა თავი დაანებოს მოწვევას ქირურგიულ ოპერაციამდე 6-დან 8 კვირით ადრე, რათა შეამციროს გართულებების რისკი (მტკიცებულების დონე A).
- აუცილებელია, რომ ეცნობოს ყველა პაციენტს მოწვევის შეწყვეტის საჭიროებაზე სანამ მკურნალობის პროცესი დასრულდება (მცირე ქირურგიული ოპერაციის დროს 3 კვირა, ხოლო 3 თვე ორთოპედიული ქირურგიის დროს), რათა მოხდეს სხვა რისკების დაძლევა (მტკიცებულების დონე A)^{6,8}.

გამოყენებული ლიტერატურა

1. Stead L, Buitrago D, Preciado N, Sanchez G, Hartmann-Boyce J, Lancaster T, Physician advice for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 4. Art. No.: CD000165. DOI: 10.1002/14651858.CD000165.pub4.
2. Aveyard P, Begh R, Parsons A, West R. Brief opportunistic smoking cessation interventions: a systematic review and meta-analysis to compare advice to quit and offer of assistance. Addiction. 2012;107(6):1066-73.
3. Carr AB, Ebbert J. Interventions for tobacco cessation in the dental setting. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012, Issue 6. Art. No.: CD005084. DOI: 10.1002/14651858.CD005084.pub3.
4. Rigotti NA, Clair C, Munafò MR, Stead LF. Interventions for smoking cessation in hospitalised patients. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012, Issue 5. Art. No.: CD001837. DOI: 10.1002/14651858.CD001837.pub3.
5. Office on Smoking and Health. USDHHS. Women and Smoking. A report of the Surgeon General. Center for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic disease Prevention and Health Promotion. Atlanta. 2001.
6. Villebro N, Møller AM. Interventions for preoperative smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2014, Issue 3. Art. No.: CD002294. DOI: 10.1002/14651858.CD002294.pub4.
7. Silverstein P. Smoking and wound healing. American Journal of Medicine 1992;93(1A):22S-24S.
8. Näsell H, Adami J, Samnegård E, Tønnesen H, Ponzer S. Effect of smoking cessation intervention on results of acute fracture surgery: a randomized controlled trial. J Bone Joint Surg Am. 2010;92(6):1335-42.

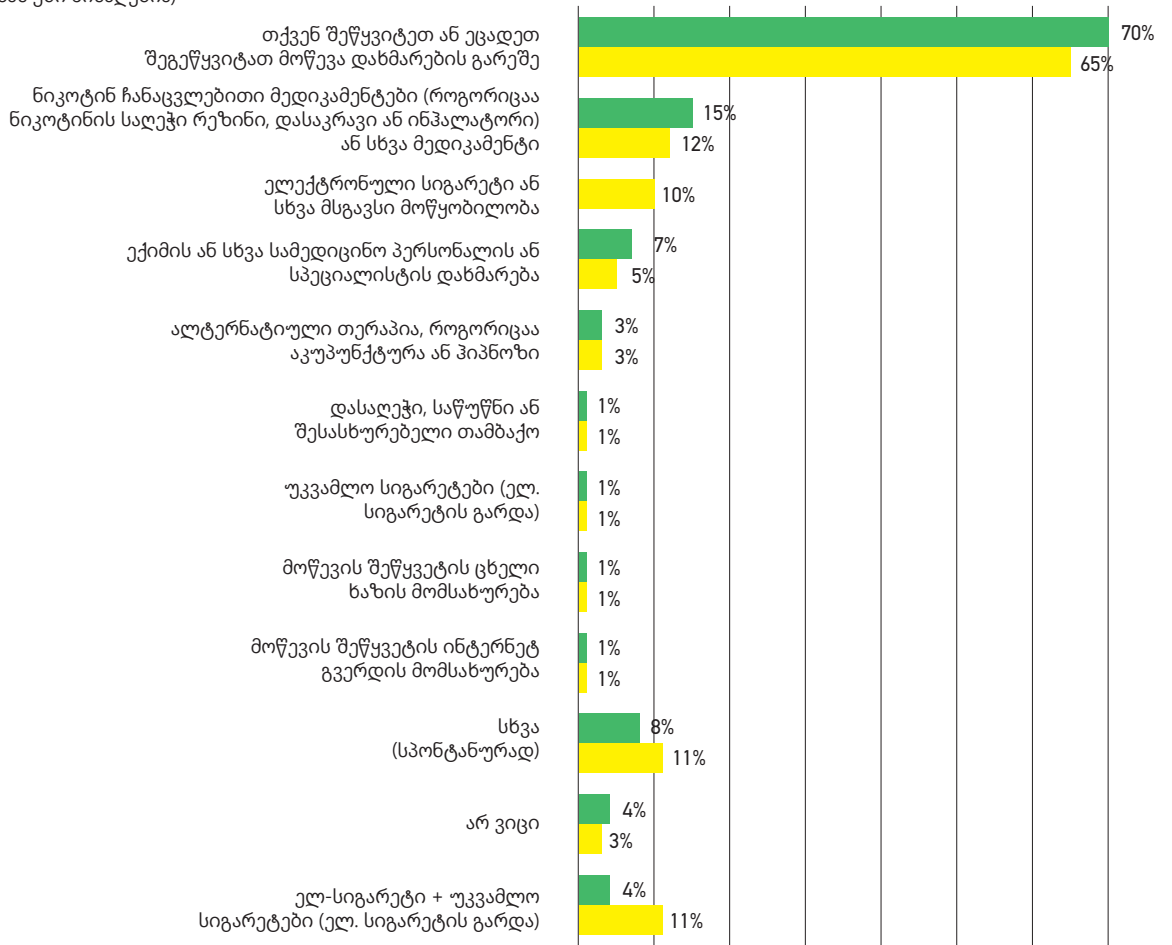
ნაწილი მეორე | თავი 4

თამბაქოზე დამოკიდებულების
მკურნალობის სტანდარტული
ჩარევები



4.0 თამბაქოზე დამოკიდებულების მკურნალობის სტანდარტული ჩარევები

QC18. ქვემოთჩამოთვლილიდან რომელი მეთოდი გამოიყენება მოწვევის შეწყვეტის მცდელობისა ან შეწყვეტისათვის? (რამოდენიმე პასუხი მისაღებია)



■ EB77.1 Feb-Mar 2012 ■ EBB2.4 Nov-Dec 2014

“2015 წლის ევრობარომეტრზე დაყრდნობით, მწველთა და ყოფილ მწველთა 65% აცხადებს რომ შეწყვიტა ან ეცადა შეეწყვიტა მოწვევა დახმარების გარეშე. 12%-მა გამოიყენა ნიკოტინის ჩანაცვლების საშუალებები, როგორცაა დასაკრავები, 10%-მა გამოიყენა ელ-სიგარეტი და მხოლოდ 5%-მა დახმარება მიიღო ექიმისაგან ან ჯანდაცვის სხვა პროფესიონალისაგან”.

4.1 თამბაქოს გამოყენებისა და თამბაქოზე დამოკიდებულების თერაპიული ჩარევები

4.1.1 თამბაქოს მოხმარების შესაწყვეტად სავალდებულო თერაპიული ჩარევა

თამბაქოს კონტროლის ჩარჩო კონვენციის მე-14 მუხლში¹ აღნიშნულია, რომ ყოველ ქვეყანაში უნდა არსებობდეს მოწვევის შეწყვეტაზე გამიზნული დახმარება და ამ მიდგომის განხორციელებას ეხლა მრავალი ქვეყანა განიხილავს². მოწვევის შეწყვეტაზე გამიზნული დახმარება უნდა წარმოადგენდეს ყველა ევროპული ქვეყნის თამბაქოს კონტროლის სტრატეგიის მთავარ ნაწილს. ვესტი და კოლეგები³ საგაზეთო სტატიაში გამოქვეყნებულ კონსტრუქციულ დებატებში მოწვევის შესაწყვეტად გამიზნულ დახმარებაზე არსებულ ოთხ ცთომილებას დაუპირისპირდნენ.

“მწველთა უმეტესობა მოწვევას თავს დახმარების გარეშე ანებებს, ამრიგად დახმარების აღმოჩენა შესაძლოა საჭიროებას არ წარმოადგენდეს”.

აღნიშნული არ შეესაბამება სინამდვილეს, რამდენადაც თუ მწველთა უმეტესობა მოწვევას თავს დახმარების გარეშე ანებებს, ეს იმას არ ნიშნავს, რომ ეს თავის დანებების ყველაზე ეფექტური მეთოდია. ეს მხოლოდ ასახავს ფაქტს, რომ იმ მწველთა რიცხოვნობა რაოდენობა, რომლებიც მოწვევისათვის თავის დანებებას დახმარების გარეშე აპირებენ უფრო მეტია, ვიდრე იმათი, ვინც დახმარებას მიმართავს, მაგრამ დასაბუთებულია, რომ დახმარების გარეშე მოწვევისათვის თავის დანებება ოთხჯერ ნაკლებად ეფექტური აღმოჩნდა.

“მოწვევისათვის თავის დასანებებლად დახმარების აღმოჩენა მწველეებს აფიქრებინებს, რომ ისინი დამოკიდებულები არიან თამბაქოზე და ნაკლები ეცდება თავის დანებებას”.

აღნიშნული მცდარია, რამდენადაც არსებობს მტკიცებულება, რომ ის მწველები, რომლებსაც მიაჩნდათ, რომ დამოკიდებულები იყვნენ თამბაქოზე, მეტად ცდილობდნენ თავის დანებებას ვიდრე სხვა მწველები².

“მოწვევისათვის თავის დასანებებლად არსებული დახმარების კვლევის შედეგები არ შეესაბამება რეალურ ცხოვრებას”.

აღნიშნული მცდარია, რამდენადაც ინგლისში მოწვევისათვის თავის დასანებებლად გამიზნული მომსახურებების კვლევით დადგინდა, რომ დაახლოებით ყოველ შვიდ მწველში ერთი (14.6%) მკურნალობის მიღებიდან ერთი წლის მიერ ნახშირბადის მონოქსიდის მოწვევის შეწყვეტა. პროპორცია კლინიკური ცდების შედეგად გამოტანილი დასკვნების მსგავსია⁴ და ის საგრძნობლად აღემატება იმათ რიცხვს, რომელთაც თამბაქოს თავი დახმარების გარეშე დაანებეს.

“თამბაქოსათვის თავის დანებების სხვა ჩარევები უფრო ეფექტურია, მაგალითად მას მედიის კამპანიები”

აღნიშნული არ წარმოადგენს სინამდვილეს, რადგანაც ჩარევების ეკონომიკური ეფექტურობა შეფასებული იქნა შემთხვევითი საკონტროლო ცდების მეშვეობით, სადაც მოყვანილი იყო მონაცემები რეალური სამყაროდან და ის აღმოჩნდა საუკეთესო², მაშინ როცა ბევრი სხვა თამბაქოს კონტროლის ჩარევების მონაცემების ეფექტურობა უფრო მეტად დამოკიდებულია გარემოებით მონაცემებსა და ჩარევებზე. აგრეთვე, არ უნდა მოხდეს კლინიკურ ჩარევებსა და თამბაქოსათვის თავის დასანებებელ სხვა ჩარევებს შორის მცდარი დიქტომიის ჩამოყალიბება იქამდე, სანამ სხვადასხვა ჩარევები ემსახურება სხვადასხვა ფუნქციებს და ისინი ერთმანეთთან სინერგიაში არიან. ჩარევების სათანადო შეზავება დამოკიდებული იქნება ყოველ ქვეყანაში/რეგიონში არსებულ განსაკუთრებულ გარემოებებზე ნებისმიერ მოცემულ დროს⁵.

ამ გვარად, რამდენადაც თამბაქოზე თავის დანებების სარგებელი ჯანმრთელობაზე კარგად არის დასაბუთებული და ხალხისათვის დახმარება მოწვევისათვის თავის დასანებებლად ეკონომიკურად ეფექტურია ჯანდაცვის სექტორში არსებულ სხვა ზომებთან შედარებით⁶, სავალდებულოა, რომ სამედიცინო ვიზიტის მეშვეობით განსახილველი ნებისმიერი მწველისათვის შეთავაზებული იქნას სამედიცინო დახმარების მიღების შესაძლებლობა თამბაქოზე თავის დასანებებლად.

ევროპის მასშტაბით მოწვევისათვის თავის დანებებაზე

გამიზნული მომსახურებები ძალიან განსხვავდება. დღესდღეობით, მაშინ როცა გაერთიანებულ სამეფოს მეტი ყურადღება აქვს გადატანილი მოწვევის შემწყვეტა დახმარებაზე სხვა ქვეყნებთან შედარებით, ბევრ ევროპულ ქვეყანაში მწვევლთა უმრავლესობას, რომლებიც მიმართავენ მოწვევისათვის თავის დანებების ცენტრს, არ უსარგებლია მოკლე რჩევით ან რაიმე სხვა სახის ხარისხიანი ჩარევით რაც მათ მოწვევისათვის თავის დანებებაში დაეხმარებოდა. მწვევლთა მცირე რაოდენობა აცნობიერებს მოწვევის გაგრძელებით გამოწვეულ საფრთხეს ან მოწვევის შესაწყვეტად მიღებულ მინიმალურ ვერბალურ რეკომენდაციებს, ფარმაცოთერაპიას ან კონსულტაციას.

ქვეყნებმა რეალური მიზნები უნდა დაისახონ როგორც თამბაქოსათვის თავის დასაწებელი სერვისებით მოსარგებლე ხალხის რაოდენობის, აგრეთვე მოწვევის წარმატებით შემწყვეტა პროპორციის კუთხით. ეს მიზნობრივი ჯგუფები უნდა შედგეს ადგილობრივი მოსახლეობის დემოგრაფიის გათვალისწინებით. მომსახურებები მიზნად უნდა ისახავდეს სულ მცირე ადგილობრივი მოსახლეობის სულ მცირე 5%-ს, რომლებიც ეწევიან ან იყენებენ თამბაქოს სხვა რაიმე ფორმით ყოველწლიურად დააგრეთვე მიზნად ისახავენ სულ მცირე 35% წარმატების მაჩვენებელს ოთხ კვირაში, რომელიც დასტურდება ნახშირბადის მონოქსიდის მონიტორინგის შედეგად. ეს მაჩვენებელი უნდა ასახავდეს მკურნალობის ყველა დამწყებს, სადაც წარმატება განსაზღვრულია მოწვევისათვის თავის დანებებიდან მესამე ან მეოთხე კვირაში არ მოწვევით.

წარმატება უნდა დაფიქსირდეს CO მონიტორით ოთხი კვირის შემთხვევაში 7 ppm ზე ნაკლები მონაცემით. ეს არ ნიშნავს, რომ მკურნალობა ოთხ კვირაში უნდა შეწყდეს⁷.

ჯანდაცვის ყველა წარმომადგენელი დანიტერესებულია

თამბაქოზე თავის დანებების არსებულმა სახელმძღვანელომ აჩვენა, რომ რეკომენდებულია ყველა ექიმისა და ჯანდაცვის სფეროს წარმომადგენლისათვის, რეგულარულად განსაზღვრონ მწვევლები და ჩაიწერონ პაციენტის მწვევლობის სტატუსი თავის სამედიცინო

ჩანაწერებში როგორც თითოეული ვიზიტის რუტინული პროცედურა⁸.

ლიტერატურის მიმოხილვით საბუთდება, რომ შედეგები იმ პაციენტებში, რომლებიც თავის დანებებას საკუთარი ძალებით აპირებენ ძალიან მოკრძალებულია. მიუხედავად იმისა, რომ მწვევლთა უმეტესობას (80% დან 90% მდე) აქვს მოწვევის შეწყვეტის სურვილი^{9,10}, მხოლოდ 30%-მა განაცხადა რომ სერიოზულად სცადეს მოწვევის შეწყვეტა ბოლო 12 თვის განმავლობაში და ეს მცდელობები ეფექტური აღმოჩნდა მხოლოდ შემთხვევათა 5%-ში¹¹. უფრო მეტიც, მწვევლები ხშირად არ მიმართავენ მტკიცებულებებზე დაფუძნებულ მკურნალობას და დაახლოებით 90%-დან 95%-მდე დახმარების გარეშე თამბაქოსათვის თავის დანებების მცდელობა მარცხით მთავრდება¹². საბოლოოდ, ადგილი აქვს მედიკამენტების და კონსულტაციის უგულვებელყოფას, რაც ამცირებს თამბაქოსათვის წარმატებით თავის დანებებას⁵. პაციენტები იღებენ მედიკამენტების რეკომენდებული დოზების მხოლოდ დაახლოებით 50%-ს და ხშირ შემთხვევაში ასრულებენ გათვალისწინებული საკონსულტაციო სესანების ნახევარზე ნაკლებს¹³.

პაციენტებში თამბაქოს მოხმარებასთან ბრძოლა ჯანდაცვის ყველა სპეციალისტის პრიორიტეტს უნდა წარმოადგენდეს. ჯანდაცვის წარმომადგენლები მზად უნდა იყვნენ თამბაქოზე დამოკიდებულების სამკურნალოდ, ისევე როგორც ისინი უმკურნალებდნენ ნებისმიერ სხვა სახის ქრონიკულ დაავადებას.

რეკომენდაციები

- ყველა ექიმმა და ჯანდაცვის სხვა წარმომადგენელმა რეკომენდაცია უნდა გაუწიოს მოწვევის შეწყვეტას თითოეულ მწვევლ პაციენტში. დასაბუთებულია, რომ სამედიცინო რჩევა მოწვევის შეწყვეტას მნიშვნელოვნად უწყობს ხელი (A მტკიცებულების დონე).
- რეგულარული სამედიცინო ვიზიტებისას, უბნის ექიმები ვალდებული არიან ურჩიონ მწვევლებს თამბაქოსათვის თავის დანებება, დაუნიშნონ მათ ნიკოტინზე დამოკიდებულების მკურნალობა ან გადაამისამართონ ისინი თამბაქოსათვის თავის

დანებების სპეციალურ ცენტრში სულ მცირე წელიწადში ერთხელ. ეს სამედიცინო მცდელობები აღნიშნული უნდა იყოს პაციენტის სამედიცინო ჩანაწერებში (A მტკიცებულების დონე).

- ნებისმიერ დროს, ჰოსპიტალიზირებული მწველები უნდა იღებდნენ იგივე ჩარევებს მათი ექიმისაგან რაც რეკომენდებულია უბნის ექიმებისათვისაც. კერძოდ, მოკლევადიანი რჩევა, მოწვევის შესაწყვეტად/თამბაქოსათვის თავის დანებების კონსულტაცია, ფარმაცოთერაპიის დანიშვნა ნიკოტინზე დამოკიდებულების შემთხვევაში ან გადამისამართება თამბაქოსათვის თავის დანებების სპეციალურ ცენტრში (A მტკიცებულების დონე).

4.1.2 მოწვევის შეწყვეტის სტანდარტული მიდგომა

5 A მოდელი

კლინიკურ გარემოში თამბაქოს მოხმარების სამკურნალოდ რეკომენდებულია ხუთი სტრატეგია¹⁴:

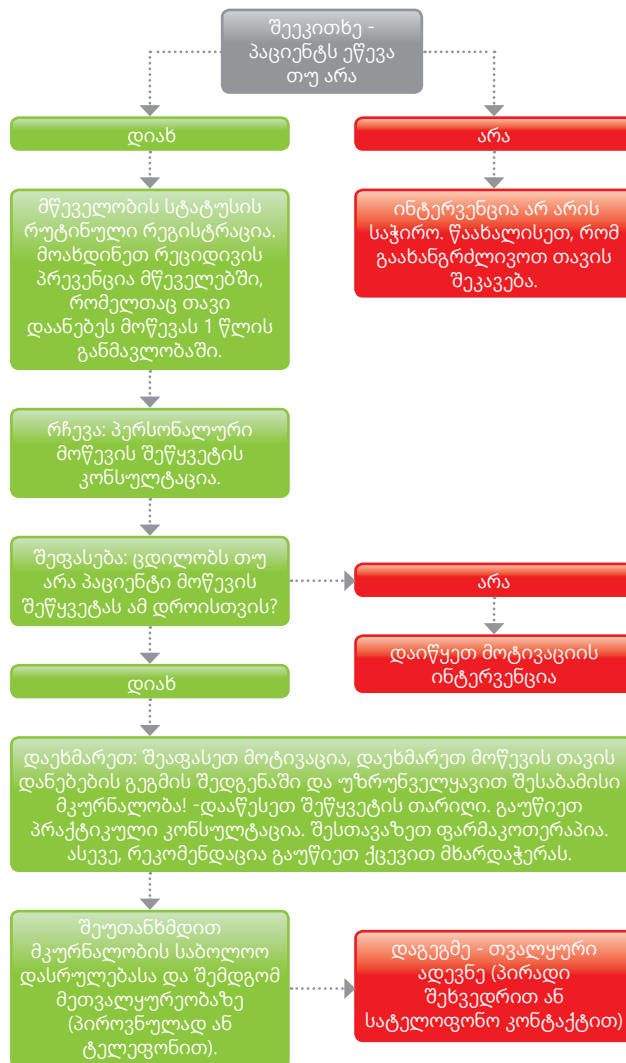
- **(Ask)** ყველა პაციენტის გამოკითხვა მოწვევის სტატუსის შესახებ
- **(Advise)** პაციენტებისათვის რჩევის მიცემა მოწვევის შესაწყვეტად
- **(Assess)** თავის დანებებისათვის მზადყოფნის შეფასება
- **(Assist)** დახმარება სწრაფი მცდელობისათვის, მათ შორის ქვევითი კონსულტაციების გამოყენება და პირველი ხაზის მოწვევის შესაწყვეტი მედიკამენტების დანიშვნა
- **(Arrange)** შემდეგი ეტაპების დაგეგმვა

5A მოდელი წარმოადგენს მტკიცებულებაზე დაფუძნებულ მიდგომას თამბაქოსათვის თავის დანებების მაჩვენებლის გასაზრდელად. 5A მეთოდოლოგია გამოყენებულია მოწვევის შეწყვეტის სხვადასხვა პროგრამებში. დისგრამა 4.1 განიხილავს 5A ალგორითმს.

ექიმებმა უნდა გამოიკითხონ მოწვევის სტატუსი თითოეული ვიზიტისას და მოახდინონ მოწვევის სტატუსის დოკუმენტირება პაციენტის სამედიცინო ისტორიაში.

ექიმმა უნდა ურჩიოს ყველა მწველ პაციენტს მოწვევის

დიაგრამა 4.1: 5A თამბაქოს მკურნალობის მიწოდების ალგორითმი კლინიკებში



შეწყვეტა, შეაფასოს პაციენტის მზადყოფნა მოწვევის შეწყვეტისათვის და დაეხმაროს პაციენტს ამ პროცესში თუ ის გაწვრთნილია ამ საკითხში ან გადამისამართოს ის თამბაქოსათვის თავის დანებების სპეციალურ ცენტრში¹⁵.

ჯანდაცვის სპეციალისტები ყურადღებას უნდა აქცევდნენ ყველა მწველს, არიან ისინი მოტივირებული თუ არა. ყველა პაციენტმა უნდა მიიღოს სამედიცინო დახმარება მოწვევის შესაწყვეტად. დღევანდელ პრაქტიკაში შედარებით გავრცელებულია ოთხი შემთხვევა როგორც ეს ნაჩვენებია 4.2 დიაგრამაზე, მოწვევის სტატუსის და მოტივაციის ეტაპის გათვალისწინებით.

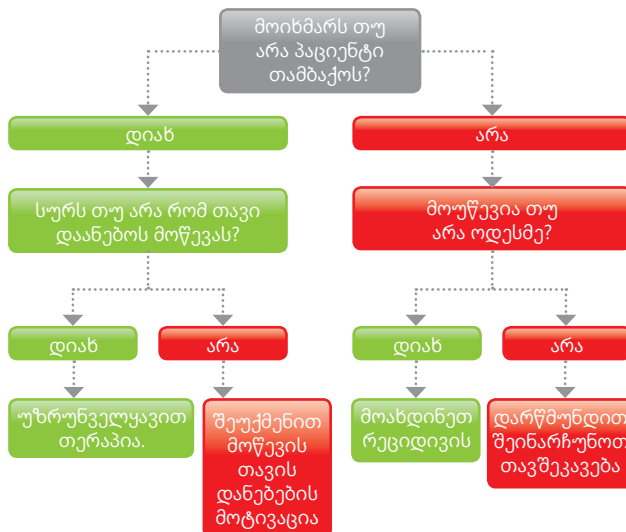
თითოეული ამ შემთხვევისათვის მოცემულია მიდგომა:

1. იმ მწველთათვის, რომელთაც შეფასებისას მოწვევის შეწყვეტა სურთ, მათთვის რეკომენდებულია ფარმაცოთერაპიისა და დაუყოვნებელი კოგნიტიურ ქცევითი კონსულტაციის უზრუნველყოფა.
2. მწველთათვის, რომელთაც შეფასების პროცესში არ სურთ მოწვევის შეწყვეტა, რეკომენდებულია სამოტივაციო ინტერვიუს სტრატეგიის გამოყენება იმისათვის რომ: რაც შეიძლება ახლო მომავალში მოხდეს წახალისება მოწვევის შესაწყვეტად. 14 შემთხვევითი ცდის მეტა ანალიზმა აჩვენა, რომ ხანმოკლე რჩევასთან ან ჩვეულებრივ მოვლასთან შედარებით, სამოტივაციო ინტერვიუს

ჩატარებამ გაზარდა ექვსი თვით თავის დანებების მაჩვენებელი დაახლოებით 30%-ით. თავის დანებების მაჩვენებელი ორ კვლევაში სადაც გამოყენებული იყო კონსულტანტები, რომელთაც პრაქტიკულად 2 საათიანი წვრთნა გაიარეს, იყო დაახლოებით 8% სამოტივაციო ინტერვიუებით, მოკლე რჩევის ან მოვლის 2%-ის საწინააღმდეგოდ¹⁶. შეწყვეტის მაჩვენებელი იყო უფრო მაღალი იმ შემთხვევაში, თუ მწველებმა მიიღეს ორი ან მეტი კონსულტაცია მხოლოდ ერთ კონსულტაციასთან შედარებით და თუ სესიები 20 წუთზე მეტი გრძელდებოდა.

სპეციალურად ამ კატეგორიის პაციენტებისათვის შექმნილი ინტერვენციები წარმატებული აღმოჩნდა მოწვევის შეწყვეტის მოტივაციის ასამაღლებლად. 2008 წლის ა.შ.შ. საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მომსახურების სახელმძღვანელოში გამოყენებული იქნა სამოტივაციო ინტერვიუს კომპონენტები სწრაფი ჩარევის ჩამოსაყალიბებლად რომელიც უფრო ადვილად გამოყენებადი¹⁴.

დიაგრამა 4.2: მოწვევის შეწყვეტა დღევანდელ პრაქტიკაში – ყველაზე მნიშვნელოვანი შემთხვევები



არამოტივირებული მწველების დახმარება მოწვევის შესაწყვეტად

თამბაქოზე დამოკიდებულების სამკურნალოდ თერაპიული მეთოდის შერჩევის პროცესში მოწვევის შესაწყვეტი მოტივაცია გადამწყვეტი მნიშვნელობისაა. ზოგიერთი სპეციალისტი მიიჩნევს, რომ თერაპია სასურველია მხოლოდ მოტივირებული პაციენტის შემთხვევაში, ბევრი სპეციალისტი ამ დროისათვის მხარს უჭერს მოწვევის შეწყვეტას რაიმე სახის პრეამბულის ან ე.წ. "კატასტროფული ბილიკის" გარეშე. მსგავსი თეორიები წარმოდგენილი იქნა ლარაბის, ისევე როგორც ვესტის და სოჰალის მიერ, რომელთაც აღმოაჩინეს უფრო მაღალი წარმატების მაჩვენებელი დაუგეგმავ მცდელობებში დაგეგმილ მცდელობებთან შედარებით^{17,18}. აღნიშნული ავტორები აცხადებენ, რომ განსაკუთრებით რესპირატორული დაავადებების მქონე პაციენტებში, ეს მხოლოდ დაძაბულობის აკუმულაციას წარმოადგენს და ასე რომ, საწინააღმდეგო შემთხვევას, თუნდაც მცირეს, შეუძლია ცვლილების გამოწვევა მოწვევის შეწყვეტის მცდელობასთან დაკავშირებული გადაწყვეტილების

კუთხით^{17, 18}.

ჯანდაცვის წარმომადგენლის პერსპექტივიდან, ის გაცილებით უფრო ეფექტურია, რომ ყველა თამბაქოზე დამოკიდებულ მწეველს ჩაუტარდეს მკურნალობა მოტივაციის განურჩევლად, ვიდრე მხოლოდ მწეველთა იმ მცირე ნაწილის მკურნალობა, რომელთაც მოტივაცია აქვთ. რამდენადაც არ არსებობს არავითარი უარყოფითი მხარე თავიდან არამოტივირებული მწეველის მიერ მოწვეის შეწყვეტის წარმატებასთან დაკავშირებით თუ ექიმი დაეხმარება მწეველს შეწყვეტაში.

5R სტრატეგია

5R საკონსულტაციო სტრატეგია ფოკუსირებულია მოწვეის შეწყვეტის პიროვნულ, რელევანტურ მიზეზებზე, მოწვეის გაგრძელებასთან დაკავშირებულ რისკებზე, შეწყვეტის სარგებელზე და თამბაქოზე წარმატებით თავის დანებების ბარიერებზე ვიზიტებისას განმეორებითი კონსულტაციების მეშვეობით.

5R სტრატეგია, იმ მწეველის შემთხვევაში, რომელსაც არ სურს თამბაქოსათვის დაუყოვნებლივ თავის დანებება მოიცავს შემდეგს¹⁴:

- **რელევანტურობა (Relevance):** პაციენტთან საუბრისას ექიმი უნდა შეეცადოს უპასუხოს კითხვას: რატომ არის თამბაქოსათვის თავის დანებება მნიშვნელოვანი შენი პირადი მიზნებისათვის?
- **რისკები (Risks):** ექიმმა უნდა სცადოს მწევლის პერსონალიზირებული ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული მოსალოდნელი რისკების განსაზღვრა და როგორც მწვავე (COPD გამწვავება) აგრეთვე გრძელვადიანი (უნაყოფობა, სიმსივნე) რისკები.
- **სარგებელი (Rewards):** ექიმმა უნდა უჩვენოს პაციენტს მოწვეის შეწყვეტის პირადი სარგებელი.
- **ბარიერები (Roadblocks):** ექიმმა უნდა თხოვოს პაციენტს იმ ბარიერების ან დაბრკოლებების განსაზღვრა რომელთაც შეუძლიათ მოწვეის წარმატებით შეწყვეტის შეფერხება.
- **განმეორება (Repetition):** თამბაქოსათვის თავის დანებებასთან დაკავშირებული ჩარევები განმეორებითი ხასიათის უნდა იყოს, ხდებოდეს მათინ, როდესაც ექიმი აღმოაჩენს რომ პაციენტს არ

აქვს სურვილი/მზად არ არის მოწვეის შესაწყვეტად.

ჩარევები, რომლებიც მიმართულია მოწვეის შეწყვეტის მოტივაციის ამაღლებასთან და მოცემულია სამოტივაციო ინტერვიუების მეთოდებში¹⁹:

- თანაგრძნობის (ემპათიის) გამოხატვა ღია კითხვების მეშვეობით სადაც ხდება მოწვეასთან დაკავშირებული დამოკიდებულების კვლევა („რამდენად მნიშვნელოვანია მოწვეის შეწყვეტა შენთვის პიროვნულად?“)
- ანალიზური მოსმენის ტექნიკის გამოყენება („ანუ ფიქრობ რომ მოწვეა შენი წონის შენარჩუნებაში გეხმარება?“)
- მხარის დაჭერა პაციენტების უფლებებისათვის რომ უარი თქვან ცვლილებაზე („მესმის რომ ეხლა მოწვეის შესაწყვეტად მზად არ ხარ. როდესაც სურვილი გექნება სცადო, მე აქ ვიქნები რომ დაგეხმარო.“)
- შეუსაბამობების შექმნა პაციენტის ამჟამინდელ ქცევასა და მათ პირად ღირებულებებს შორის („ამბობ რომ შენი ოჯახი შენთვის ბევრს ნიშნავს. როგორ ფიქრობ რა გავლენას ახდენს ის ფაქტი რომ ეწევი შენს ცოლსა და შვილებთან?“)
- მონდომება ცვლილების მოსახდენად („ჩვენ ვაპირებთ თავიდან აგაცილოთ გულის შეტევა როგორც ეს მამაშენის შემთხვევაში მოხდა“)
- თანამგრძნობი დამოკიდებულება („მოწვეის შეწყვეტასთან დაკავშირებული სიმპტომები განერვიულებს?“)
- ნებართვის თხოვნა ინფორმაციის მისაწოდებლად („თანხმა ხარ რამოდენიმე ქვევითი სტრატეგიის შესწავლაზე ჩემთან ერთად რომლებიც დაგეხმარება დაუპირისპირდე სიტუაციებს რომლებიც მოწვეას განდომებს?“)
- მარტივი გადაწყვეტილებების უზრუნველყოფა რომლებიც წარმოადგენენ მცირე ნაბიჯებს მოწვეის შეწყვეტის გზაზე: ტელეფონის ნომერი (შეწყვეტის უფასო ხარი, ბროშურები სადაც მოცემულია ქვევის შეცვლასთან დაკავშირებული რჩევები და ა.შ.)

დამატებითი ინფორმაციის მისაღებად იხილეთ 4.2.3

სექცია სამოტივაციო ინტერვიუების შესახებ.

მოწვევის შემცირება

თუ მოწვევის შეწყვეტასთან დაკავშირებული სტანდარტული მიდგომა არ გაამართლებს, რეკომენდებულია მწვევლების მოტივირება რომ „მაქსიმალურად“ შეამცირონ მოწვევა თავად მართ, ან ნიკოტინის ჩამანაცვლებელი თერაპიის დახმარებით²⁰. დამატებითი ინფორმაციისათვის იხილეთ 4.7 სექცია მოწვევის შეწყვეტის შემცირების მიდგომების შესახებ.

თამბაქოს მოხმარებლები რომელთაც მოწვევა ახლახანს შეწყვიტეს

რამდენადაც ისინი, ვინც მოწვევას თავი არც თუ ისე დიდხნის წინ დაანება განმეორების რისკის ქვეშ დგანან, განსაკუთრებით მკურნალობის დასრულებიდან პირველი სამი ან ექვსი თვის განმავლობაში, რეკომენდებულია, რომ მათ ექიმი სისტემატიურად გამოკითხავს ყოველ ვიზიტზე, ეწვეიან თუ არა ისინი დროგამოშვებით ან თუ აწუხებთ მოწვევის ძლიერი სურვილი. მათი მხრიდან მოწვევის მოსალოდნელი რისკი მქსიმალურია შეწყვეტიდან პირველი ორი კვირის განმავლობაში, და მცირდება შემდეგი კვირების განმავლობაში. ეს რისკები შეფასებული უნდა იქნას ადრეულ ეტაპზე. ამ მხრივ ძალიან მნიშვნელოვანია შემდეგი შეკითხვების დასმა:

- "კვლავ გაწუხებს მოწვევის სურვილი?";
- "რამდენად რთულია შენთვის თამბაქოს მოხმარებაზე უარის თქმა?"

იმ პაციენტების დახმარება, რომლებიც ხელახალი მოწვევის დიდი რისკის ქვეშ არიან უფრო ინტენსიურად უნდა მოხდეს და საჭიროების შემთხვევაში მათ უნდა მიეცეთ საწყისი მკურნალობის კურსის განმეორებითი ჩატარების რეკომენდაცია.

უნდა მოხდეს მათი გამხმნევა ვინც თამბაქოს თავი წარმატებით დაანება, ნებისმიერი მცირე გამარჯვების მილოცვა და თამბაქოს ხელახალი მოხმარების რისკების მონიტორინგი.

ყველა პაციენტმა, რომელთაც ახლახანს დაანებეს თავი მოწვევას, უნდა ისარგებლოს ხარისხიანი დახმარებით

შემდეგ პერიოდში რათა შეინარჩუნონ არამწვევლის სტატუსი. ამგვარად, ექიმი მოახდენს მინიმალურ ჩარევებს როგორცაა მაგ. კოგნიტიურ ქცევითი კონსულტაცია რათა მოხდეს შეწყვეტის შენარჩუნება და თავიდან იქნას აცილებული ხელახალი მოწვევა⁹. იმ შემთხვევაში, თუ პაციენტები უჩივიან თავის დანებების სიმპტომებს ან მოწვევის სურვილის გაძლიერებას, უნდა მოხდეს მათთვის უფრო ინტენსიური კონსულტაციების გაწევა სპეციალიზირებულ ცენტრში. იმ პაციენტებისათვის კი რომელთაც თავი დაანებეს მოწვევას მაგრამ არ უჩივიან მოწვევის სურვილის გაძლიერებას ან რაიმე სახის სიმპტომებს, თავის დანებების შემდგომი პერიოდი შესაძლოა ადექვატურად განხორციელდეს პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებაში.

მათთვის ვისაც არასოდეს მოუხმარიათ თამბაქო

ექიმი ხელახლა გადაამოწმებს თითოეულ ვიზიტზე არამწვევლის სტატუსს და გაცემს ხანმოკლე რჩევებს სტატუსის შესანარჩუნებლად. ეს მცირედი ჩარევები მარტივია და შესაძლოა მოხდეს ნებისმიერი ექიმის მიერ აქვს თუ არა მას სპეციალიზაცია თამბაქოსათვის თავის დანებების საკითხში.

რეკომენდაციები

- მას შემდეგ რაც განისაზღვრება პაციენტის სურვილი მოწვევის შესაწყვეტად და ის მიიღებს რჩევას შეწყვეტის თაობაზე, რეკომენდებულია პაციენტის მოტივაციის შეფასება მოწვევისათვის თავის დასაწებლად (C მტკიცებულების დონე).
- ექიმებმა უნდა გამოიყენონ სამოტივაციო ტექნიკა რათა გაამხმნეონ ის მწვევლები, ვისაც არ სურს თამბაქოსათვის თავის დანებება (B მტკიცებულების დონე)

4.1.3 თამბაქოს მოხმარებისა და მასზე

დამოკიდებულების მკურნალობის ეფექტურობა კომბინირებული კონსულტაციები და მედიკამენტებით მკურნალობა

კვლევით დადასტურებულია კონსულტაციებისა და ფარმაცოლოგიური ჩარევების კომბინირების

ეფექტურობა, რაც ზრდის თამბაქოსათვის თავის დანებების მაჩვენებელს იმ პაციენტებში ვისაც აქვთ შეწყვეტის სურვილი^{14,23}. კონსულტაცია და მედიკამენტები ეფექტურია თუ ისინი გამოიყენება ცალკე მაგრამ კონსულტაციის და მედიკამენტების კომბინაცია უფრო ეფექტურია და ზრდის შეწყვეტის მაჩვენებელს^{14,21,22}. კლინიკისტი, ვინც გასცემს მედიკამენტს აუცილებელი არ არის იყოს ის ვინც კონსულტაციას უზრუნველყოფს. შესაძლოა ექიმის, სტომატოლოგის, ექიმის თანაშემწის ან პრაქტიკოსი ექთნის მიერ მოხდეს მედიკამენტის გამოწერა, ხოლო კონსულტაცია კი უზრუნველყოს თამბაქოს სხვა მკურნალმა სპეციალისტმა (ექიმი, ექთანი, ფსიქოლოგი, შეწყვეტის ხაზის თანამშრომელი და ა.შ). 2016 წელს კოხრენის ბიბლიოთეკის მიერ ჩატარდა 53 ცდის (25,000 მონაწილე) მიმოხილვა, რომლის საფუძველზე შედარებული იქნა მოწვევის შეწყვეტის კონსულტაციებისა და ფარმაცოთერაპიის კომბინირების თერაპიული ეფექტურობა. მაღალი ხარისხის მტკიცებულებებმა აჩვენა, რომ ფარმაცოთერაპიისა და ქვევითი კონსულტაციების კომბინირებამ მნიშვნელოვანი შედეგი აჩვენა ხანმოკლე კონსულტაციებსა და ჩვეულებრივ თერაპიასთან შედარებით (RR 1.83, 95% CI 1.68 to 1.98)²². აქვე არსებობს მჭიდრო კავშირი უფრო ინტენსიურ კონსულტაციებსა (კონსულტაციის ხანგრძლივობასა და რაოდენობასთან მიმართებაში) და მოწვევიდან გამოწვეული აბსტინენციის შემცირებასთან, თუმცა შეწყვეტის კონსულტაციების ოპტიმალური ოდენობა არ განსაზღვრულა²².

რეკომენდაციები

- კონსულტაციისა და მედიკამენტების კომბინაცია უფრო ეფექტურია თამბაქოსათვის თავის დასაწებლად ვიდრე რომელიმე მათგანი ცალკე აღებული. ამგვარად, საჭიროებისამებრ, უნდა მოხდეს როგორც კონსულტაციის ასევე მედიკამენტების უზრუნველყოფა იმ პაციენტათვის რომელთაც მოწვევისათვის თავის დანებება სურთ (A მტკიცებულების დონე).
- არსებობს მჭიდრო კავშირი მედიკამენტებთან კომბინირებული კონსულტაციების რაოდენობასა და თამბაქოსათვის წარმატებით თავის დანებებას შორის. ამიტომ, კლინიკისტებმა უნდა უზრუნველყონ

საკონსულტაციო სესიები მედიკამენტებზე დამატებით იმ პაციენტებისათვის ვისაც მოწვევის შეწყვეტა სურთ (A მტკიცებულების დონე).

4.1.4 მოწვევის შეწყვეტის შემდგომი პერიოდის მხარდაჭერა (ორგანიზება)

პაციენტის გრძელვადიანი შემდგომი პერიოდი, მოწვევის შეწყვეტის პროცესის და ფარმაცოთერაპიის შესაძლო გვერდითი მოვლენების მონიტორინგი ძალიან მნიშვნელოვანია. მოწვევის სტატუსი უნდა შემოწმდეს თითოეული ვიზიტისას და შეფასებული იქნას ობიექტურად ამონასუნთქ ჰაერში ნახშირბადის მონოქსიდის კონცენტრაციის შემცველობით. კოტინინის შემცველობის დადგენა შარდში, სისხლში, ნერწყვში ან თმაში აგრეთვე მიუთითებს ორგანიზმის ურთიერთობაზე თამბაქოსთან, მაგრამ ეს გამოყენებული უნდა იქნას იმ შემთხვევაში, თუ მწვევლები იმყოფებიან ნიკოტინის ჩამანაცვლებელი თერაპიის ქვეშ, რადგან ფარმაცევტულ ნიკოტინს ემატება თამბაქოს მოხმარებისაგან მიღებული ნიკოტინი თუ პაციენტი კვლავ განაგრძობს მოწვევას^{19,23}.

მკურნალობაზე დამოკიდებულება

კომბინირებულ მკურნალობაზე დამოკიდებულება (როგორც მედიკამენტური აგრეთვე კონსულტაციების) არის აგრეთვე მნიშვნელოვანი ფაქტორი რომელიც გათვალისწინებული უნდა იქნას მოწვევის წარმატებით შესაწყვეტად. აღინიშნა, რომ ფარმაცოლოგიური და არაფარმაცოლოგიური მიდგომები ავსებენ ერთმანეთს და ეს დადასტურებულია მეტა ანალიზით, რომელიც აჩვენებს, რომ ქვევით თერაპიას შეუძლია გააუმჯობესოს ხალხის უნარი გაუმკლავდნენ ისეთ შემთხვევებს, როდესაც ისინი ჩვეულებრივ ეწეოდნენ ხოლმე, მაშინ როცა ფარმაცოლოგია აიოლებს აღკვეთის (თავის დანებების) ფიზიოლოგიურ სიმპტომებს¹⁴. აგრეთვე ფარმაცოთერაპია ეხმარება პაციენტებს შეწყვეტის მწვავე ფაზის გადალახვაში როცა თავის დანებების სიმპტომები ძალიან ინტენსიურია, ხოლო ქვევითი თერაპია უზრუნველყოფს ქვევით მექანიზმებს შეწყვეტის გრძელვადიანობისათვის. ასე რომ ამ ორი აღნიშნული მკურნალობის კომბინირებამ შესაძლოა გააუმჯობესოს

თითოეულ მეთოდთან შესაბამისობა¹⁴.

ბევრ მწვევლს არ სურს კონსულტაციის მიღება, განსაკუთრებით თუ ეს უკანასკნელი გულისხმობს გრძელ სეანსებს ან მრავალჯერად ვიზიტებს. ამგვარად, პაციენტებს უნდა ქონდეთ შეწყვეტის სხვადასხვა საშუალებების არჩევანი სადაც გათვალისწინებული იქნება ხანმოკლე და ხელმისაწვდომი კონსულტაცია. მოწვევის შესაწყვეტ მედიაკამენტებთან შეუსაბამობა ჩვეულებრივი მოვლენაა და დაკავშირებულია იმ წარმოდგენასთან რომ ისინი არის სახიფათო, არაეფექტური და არ უნდა იქნას გამოყენებული თუ პიროვნებას ქონდა ხელახალი მოწვევის შემთხვევა. რადგან მედიაკამენტების მიღების წესის დაუცველობა დაკავშირებულია შეწყვეტის მარცხთან, კლინიციისტმა უნდა განიხილოს პაციენტთან ნებისმიერი ამ მედიაკამენტთან დაკავშირებული ჩივილი და მოახდინოს მისი მოტივირება არსებული რეჟიმის დასაცავად.

კვლევამ აჩვენა, რომ მკურნალობის ადვილად ხელმისაწვდომობა და მკურნალობის ბარიერების შემცირება ზრდის მკურნალობის მიმღებლობას. მაგ. თუ მკურნალობა დაყვანდება და ხდება ცალკეულ ადგილას, მხოლოდ მწვევლთა 10% ან ნაკლები იწყებს მკურნალობას, მაშინ როცა პაციენტების მესამედი იწყებს მკურნალობას როცა ის იოლად ხელმისაწვდომია²⁴. მკურნალობის მიღების მაჩვენებელი შესაძლოა აგრეთვე გაიზარდოს დახმარების დროდადრო შეთავაზებით, რადგანაც მწვევლთა ინტერესი მოწვევის შეწყვეტასთან დაკავშირებით შესაძლოა შეიცვალოს დროის მანძილზე²⁵. სხვაგვარად რომ ითქვას, არ არსებობს მოწვევის შეწყვეტის რაიმე საყოველთაო რეცეპტი. ნებისმიერი მეთოდი, რომელიც იწვევს თამბაქოსათვის თავის დანებებას მისასაღმებელია. ამ კუთხით, ძალიან მნიშვნელოვანია, თუ როგორ ამყარებს ექიმი კომუნიკაციას მწვევლთან რომელსაც შეწყვეტას სურს. ექიმმა უნდა გაითვალისწინოს, რომ უმეტეს შემთხვევაში მწვევლები, რომლებიც მიდიან მოწვევის შესაწყვეტ ცენტრში არ ცნობენ საკუთარ თავს ავადმყოფად, ვერ აცნობიერებენ რომ აქვთ დამოკიდებულება და საჭიროებენ მედიაკამენტებს სამკურნალოდ, არამედ უფრო ამბობენ რომ ეს არის სისუსტე, ნებისყოფის ნაკლებობა, მავნე ჩვევა და ა.შ.

რეკომენდებულია ცალკეული ადგილის გამოყოფა დისკუსიისათვის რათა მოხდეს მწვევლის მოტივირება სასაუბროდ მისი დადანაშაულების გარეშე და მოხდეს კოლაბორაციის და ორმხრივი ნდობის ჩამოყალიბება მაშინ როცა შეწყვეტასთან დაკავშირებული ყველა მეთოდი იქნება პაციენტის განკარგულებაში²⁷.

რეკომენდაციები

- რამდენადაც ინდივიდუალური სეანსების ხანგრძლივობასა და მოწვევის შეწყვეტის თერაპიის წარმატებულობას შორის მჭიდრო ურთიერთკავშირია, უფრო ეფექტურია ინტენსიური ჩარევები ნაკლებად ინტენსიურთან შედარებით და მათი გამოყენება უნდა მოხდეს შესაძლებლობისამებრ (A მტკიცებულების დონე).
- კლინიციისტებმა უნდა გაამხნევონ ყველა პაციენტი თამბაქოზე დამოკიდებულების სამკურნალოდ ეფექტური მედიაკამენტების გამოსაყენებლად (A მტკიცებულების დონე).
- კლინიციისტებმა უნდა უზრუნველყონ შეწყვეტის ყველა მსურველი მწვევლის მკურნალობა სულ მცირე ოთხი ინდივიდუალური ფორმატის კონსულტაციით. დადასტურებულია რომ ეს ეფექტურად ზრდის თავის დანებების მაჩვენებელს (A მტკიცებულების დონე).
- კონსულტაციისა და ფარმაცოთერაპიის კომბინაცია ნიკოტინზე დამოკიდებულების სამკურნალოდ უფრო ეფექტურია მოწვევის შესაწყვეტად ვიდრე ნებისმიერი ესმეთოდიცალკეაღებული. ამიტომ რეკომენდებულია ორივე მეთოდის შერწყმა შესაძლებლობისამებრ (A მტკიცებულების დონე).
- როდესაც ვერ ხერხდება ფარმაცოლოგიური მკურნალობის გამოყენება, რეკომენდებულია არაფარმაცოლოგიური მეთოდის გამოყენება რათა ყველა მწვევლმა მიიღოს თერაპიული დახმარება იმ შემთხვევაში, თუ თამბაქოზე დამოკიდებულების მკურნალობა ეფექტური აღმოჩნდა (A მტკიცებულების დონე).

4.1.5 ჯანდაცვის სისტემების

მიდგომა თამბაქოს მოხმარებისა და დამოკიდებულების სამკურნალოდ

თამბაქოზე თავის დასანებებლად თანმიმდევრული,

ეფექტური ჩარევების უზრუნველყოფა საჭიროებს ჯანდაცვის სისტემების მხარდაჭერას. მეტად სავარაუდოა რომ მწველები ეცდებიან თავის დანებებას თუ მკურნალობა დაფარულია ჯანმრთელობის დაზღვევით²⁶. მოწვევის შეწყვეტასთან დაკავშირებული ჯანმრთელობისა და ღირებულების სარგებლიანობის გამო, მეტი სადაზღვევო კომპანია გეგმავს მოწვევის შეწყვეტის მკურნალობის დაფარვას. მაგ. 2010 წელს ამერიკულმა კომპანია მედიქამ განავრცო თავისი საკონსულტაციო დაფარვა ყველა მწველზე, 4 მილიონ ადამიანზე და არა მხოლოდ მათზე, ვისაც აღენიშნება მოწვევასთან დაკავშირებული დაავადება.

ელექტრონული ჯანმრთელობის ჩანაწერების გამოყენებამ ექიმთა და კლინიკის თანამშრომელთა საქამიანობაში, რომლითაც სისტემატიურად განსაზღვრება მწველობის სტატუსი, აჩვენა მოწვევის შესაწყვეტი მკურნალობების რიცხვის ზრდა²⁷. კლინიკოსთა ტრენირება და უკუკავშირების შესრულება, მკურნალობის ჩასატარებლად მონდომებული თანამშრომლები და ქვით ლაინის ეროვნული სატელეფონო დახმარების პროგრამები, აგრეთვე ზრდიან თამბაქოზე თავის დანებების მაჩვენებელს.

ჯანდაცვის სისტემები მსოფლიო მასშტაბით ითვალისწინებენ მინიმალურ პირობებს მწველთა დასახმარებლად მათი არსებული ადგილობრივი შესაძლებლობებისა და რესურსებიდან გამომდინარე. მწველობის იდენტიფიცირება, მათთვის რეკომენდაციის მიცემა მოწვევის შეწყვეტის შესახებ, თერაპიაზე ხელსაწვდომობის მხარდაჭერა. მეცნიერულად დადასტურებულია თამბაქოსათვის თავის წარმატებით დანებება უფასო მკურნალობის შემთხვევაში²⁸.

4.1.6 მოწვევის შეწყვეტის ინტერვენციების ტიპები

დღევანდელ პრაქტიკაში არსებობს ორი ძირითადი ტიპის ჩარევა: მინიმალური ჩარევა და სპეციალიზირებული მკურნალობა მოწვევის შესაწყვეტად.

4.1.6.1 მინიმალური (ხანმოკლე რჩევა)

ამ ტიპის ჩარევა გრძელდება მაქსიმუმ 3 დან 5 წუთამდე

ისევე როგორც პირველი დონის ინტერვენცია და რეკომენდებულია პირველადი ჯანდაცვის ცენტრებში და ოჯახის ექიმების, სტომატოლოგების, ყველა კატეგორიის სპეციალისტის მიერ.

ხანმოკლე რჩევა წარმოადგენს „მოწვევის შესაწყვეტად ვერბალური მითითებების შეჯამებას, რომელიც გადმოცემულია სამედიცინო ტერმინებით და დამატებული აქვს ინფორმაცია მოწვევის საზიანო ეფექტების შესახებ“. ცალკე გამოყენებისას, მას ძალიან მცირე გავლენის მოხდენა შეუძლია, 40 მწველიდან მხოლოდ 1 ანებებს თავს მოწვევას²⁹. ყველა პაციენტისათვის რუტინული ადმინისტრირებისას, როგორც ძირითადი, სისტემატიური ჩარევა, რასაც თან მოყვება სპეციალიზირებულ ცენტრში გადამისამართება, ის ხდება ძალიან ძლიერი თერაპიული საშუალება.

ხანმოკლე რჩევა რეკომენდებულია მწველთა ყველა კატეგორიისათვის, ყოფილი მწველებისათვის, აგრეთვე მათთვის, ვისაც არასოდეს მოუწევია. ხანმოკლე კონსულტაცია (3 წუთი) უფრო ეფექტურია, ვიდრე პაციენტისათვის უბრალოდ რჩევის მიცემა მოწვევის შესაწყვეტად და აორმაგებს შეწყვეტის მაჩვენებელს ჩარევის არარსებობასთან შედარებით⁷.

ჯანდაცვის სისტემამ უნდა უზრუნველყოს მკურნალობა, როგორც მცირე შესაძლო ჩარევების დაცვითი მექანიზმი იმ მწველებისათვის, რომლებიც მეტად ინტენსიურ მხარდაჭერას საჭიროებენ. ეს დახმარება შესაძლოა აღმოჩენილი იქნას ინდივიდუალურად ან ჯგუფებში და უნდა მოიცავდეს დაძლევის უნარს, ტრენინგს და სოციალურ დახმარებას.

4.1.6.2 თამბაქოს შეწყვეტასთან დაკავშირებული სპეციალური ინდივიდუალური ჩარევები

როგორც მეორე დონის ჩარევა, თამბაქოს მომხმარებლებმა უნდა მიიღონ სპეციალიზირებული ინდივიდუალური მკურნალობა თამბაქოს მოხმარების შესაწყვეტად მათი ტრენირებული ექიმის, ექთნის ან ფსიქოლოგისაგან. ალტერნატიულად, შესაძლოა მოხდეს პაციენტების გადამისამართება სპეციალიზირებულ მოწვევის შესაწყვეტ მომსახურების ცენტრში ასეთის არსებობის შემთხვევაში.

მკურნალობა შედგება მედიკამენტისაგან, რომელიც დადასტურებულია, რომ არის ეფექტური ნიკოტინზე დამოკიდებულების სამკურნალოდ და ინდივიდუალური კოგნიტურ ქცევითი საკონსულტაციო სესიებისგან. სპეციალისტები იყენებენ ტერმინს „კონსულტაცია“ რათა განმარტონ სპეციალური კოგნიტურ ქცევითი დახმარება პაციენტებისათვის, რომლებიც მოწვევის შეწყვეტას ცდილობენ. საკონსულტაციო სესიებს დაკისრებული აქვთ ფუნქცია რომ უზრუნველყონ მწვევლები ინფორმაციით მოწვევისათვის თავის დანებების შესახებ და იმ გადაწყვეტილებების შესახებ რომლებიც საჭიროა დანებების პროცესში წარმოშობილი ბარიერების გადასალახად.

სპეციალიზირებული ჩარევა ჩვეულებრივ ხდება გუნდის მიერ (ექიმი, ექთანი და შესაძლოა ფსიქოლოგიც) რომელიც ტრენირებულია თამბაქოს შეწყვეტის საკითხში და ის მოიცავს უკვე ინფორმირებული პაციენტის დახმარებას, რომელმაც მიიღო მოწვევის შეწყვეტის შესახებ მინიმალური რჩევა და ითხოვს ხარისხიან დახმარებას. ექიმს ამ პროცესში მთავარი როლი მიუძღვის რამდენადაც მას აქვს პასუხისმგებლობა რომ რეკომენდაცია გაუწიოს და გასცეს რჩევა ფარმაცოთერაპიის შესახებ. ექთანი ეხმარება დოკუმენტაციის შევსებაში, მონაცემთა ბაზის სისრულეში მოყვანაში, ლაბორატორიულ ცდებში და ა.შ. და მას შეუძლია მინიმალური რჩევის მიცემა. ფსიქოლოგი ეხმარება ჩარევას ფსიქოლოგიური დახმარების და კოგნიტიურ ქცევითი ტექნიკის ჩართვით. საუკეთესო შემთხვევაში, მოწვევის შეწყვეტის ინდივიდუალური სტრატეგიები მოიცავენ რჩევას (რეკომენდაციას შეწყვეტის შესახებ) და ფარმაცოლოგიურ მკურნალობას (ვარენკლინი, ბუპროპრიონი, NRT და ა.შ.) ისევე როგორც კოგნიტიურ ქცევით თერაპიას. ჩვეულებრივი ფორმატის ჩარევა მოიცავს რამდენიმე (სულ მცირე ოთხი) სესიას 20-დან 45 წუთამდე ხანგრძლივობით 9-დან 10-მდე მკურნალობის კვირის მანძილზე.

პირველი კონსულტაციისას, პაციენტს მოკლედ ეცნობება ხელმისაწვდომი მკურნალობის შესახებ, აგრეთვე მოხდება მისი გაფრთხილება აღკვეთის სიმპტომების შესახებ და ის დათანხმდება ყველაზე ხელსაყრელ გადაწყვეტილებებს. პირველი კონტაქტი უნდა იყოს

შესაძლებლობა წარმატების შანსების და მოწვევის ხელახალი დაწყების რისკების შესაფასებლად.

9-12 კვირიანი მკურნალობის განმავლობაში, მიუხედავად მითითებული თერაპიისა, რეკომენდებულია ყველა პაციენტის შემდგომი მიყოლა (სულ მცირე ორი ვიზიტი) რათა მოხდეს გადამოწმება, რომ პაციენტი მიყვება სწორ მკურნალობას სტანდარტული დოზებით ფარმაცოთერაპიის შემთხვევაში. უნდა მოხდეს თამბაქოსათვის თავის დანებებით გამოწვეული სიმპტომების ფსიქო ქცევითი სირთულეების დაძლევა და არ უნდა არსებობდეს მედიკამენტის უკუჩვენებითი ეფექტი. შემდგომი ვიზიტები ეხმარება ექიმს იყოს ინფორმირებული მოწვევის სტატუსის შესახებ, მოახდინოს თამბაქოს მოხმარების ბიოჩვენებების მონიტორინგი და თავიდან აიცილოს მოწვევის ხელახალი დაწყება. სამი ვიზიტი წარმოადგენს სწრაფ დახმარებას რადგან ექიმს შეეძლება დროული ჩარევა იმ შემთხვევაში, თუ მწვევლის მოტივაცია დაეცემა. ყველაზე მნიშვნელოვანია პირველი ვიზიტი და რეკომენდებულია მისი დანიშვნა დაუყოვნებლივ მოწვევის შეწყვეტის სავარაუდო დღის შემდეგ.

სპეციალისტების უმეტესობა რეკომენდაციას აძლევს მოწვევის შეწყვეტის დღის დანიშვნას მკურნალობის მეორე კვირაში. თუმცა როგორც ექიმის ექსპერტიზის, ასევე მწვევლის პროფილის გათვალისწინებით, შესაძლოა სპეციალისტმა დანიშნოს შეწყვეტის სხვა დღე, მაგ. შესამდამან მეექვსე კვირის ჩათვლით პერიოდში სიტუაციიდან გამომდინარე.

მკურნალობის საბოლოო კონსულტაცია ტარდება მკურნალობის დასრულების შემდეგ, ჩვეულებრივ საწყისი კონსულტაციიდან ორიდან სამი თვის განმავლობაში და მიზნად ისახავს მკურნალობის შედეგად თამბაქოსათვის თავის დანებების შეფასებას. ამ შემთხვევაში, მოწვევის სტატუსი კვლავ უნდა იქნას შეფასებული კლინიკურად და ბიოლოგიურად. შეფასებული უნდა იქნას მოწვევის სურვილიც და თუ როგორი გამოწვევების წინაშე დგას პიროვნება მოწვევასთან დაკავშირებით, ისევე როგორც ფარმაცოთერაპიის თავის დანებების სიმპტომები და გვერდითი მოვლენები. ამავე დროს, პაციენტმა, რომელმაც მოწვევას თავი დაანება, უნდა მიიღოს კონსულტაცია

მიღწეულის შენარჩუნების მიზნით და რომ აღარ მოხდეს თამბაქოს ხელახალი მოხმარება. უნდა მოხდეს ხელახალი შეფასება იმ პაციენტებისა, რომელთაც ვერ მოახერხეს თამბაქოს მოხმარების შეწყვეტა და დაწყებული იქნას შეწყვეტის ახალი მცდელობა.

თამბაქოს მოხმარების შეწყვეტის სპეციალიზირებული ჩარევა ინდივიდუალური ფორმატით წარმოადგენს ყველაზე რეკომენდებულ მიდგომას თამბაქოზე დამოკიდებულების სამკურნალოდ. ყოველკვირეული ვიზიტების ინტენსიური პროგრამის, სასუნთქი გზების სპეციალისტთან პერსონალური კონსულტაციების და ფარმაკოთერაპიის გამოყენებით, შესაძლოა გაიზარდოს შეწყვეტის მსურველი მოტივირებული მწვეკლების წარმატების მაჩვენებელი და ეს შესაძლოა უფრო იოლად იქნას უზრუნველყოფილი თამბაქოს მოხმარების შეწყვეტის ცენტრებში. თუმცა, რამდენადაც თამბაქოს მოხმარება მოიცავს ნიკოტინზე დამოკიდებულებას, ყველაზე მაღალი წლიური შეწყვეტის მაჩვენებელი არის 25 დან 40%-მდე⁷.

კვლევა აჩვენა, რომ შედეგებზე დაფუძნებული მოწვევის შეწყვეტის მომსახურებები წარმოადგენს ღირებულ და ეფექტურ საშუალებას მწვეკლთათვის შეწყვეტის დასახმარებლად. NHS მოწვევის შეწყვეტის კლინიკური მონაცემებიდან და საკონტროლო ცდებიდან გამომდინარე, ნათელი გახდა რომ თუ მწვეკლები მიიღებენ დახმარებას სპეციალისტებისაგან ჯგუფებში მკურნალობით და NRT ან ვარენკლინის კომბინაციის მიღების ხელსაწვდომობაზე, მეტად მოსალოდნელია რომ ისინი შეწყვეტენ მოხმარებას იმ მწვეკლებთან შედარებით, რომლებიც დახმარებას პირველადი ჯანდაცვის ცენტრებში იღებენ ან იღებენ მხოლოდ NRT-ს³⁰.

გამოყენებული ლიტერატურა

1. World Health Organization (WHO), Framework Convention on Tobacco Control. Geneva: WHO; 2003.
2. West R., McNeill A., Britton J., Bauld L., Raw M., Hajek P., Arnott D., Jarvis M., Stapleton J., Should smokers be offered assistance with stopping? *Addiction* 2011;105:1867-1869.
3. Ferguson J., Bauld L., Chesterman J., Judge K. The English smoking treatment services: one-year outcomes, *Addiction* 2005;100:59-69.
4. Bala M., Strzeszynski L., Cahill K. Mass media interventions for smoking

- cessation in adults, *Cochrane Database Systematic Review* 2013; Issue 6. Art. No. CD004704. doi:10.1002/14651858.CD004704.pub3.
5. Norway's National Strategy for Tobacco Control 2006-2010, The Norwegian Ministry of Health and Care Services.
6. Smoking cessation services in primary care, pharmacies, local authorities and workplaces, particularly for manual working groups, pregnant women and hard to reach communities, NICE public health guidance 10, Aug. 2008, www.nice.org.uk.
7. Gratziau C., Tønnesen P. Smoking cessation and prevention, *Eur Respir Mon*, 2006;38:242-257.
8. Gratziau C., Review of current smoking cessation guidelines, *Eur. Respir. Mon.*, 2008; 42: 35-43.
9. Stead L, Buitrago D, Preciado N, Sanchez G, Hartmann-Boyce J, Lancaster T, Physician advice for smoking cessation. *Cochrane Database Systematic Review* 2013, Issue 4. Art. No.: CD000165. DOI: 10.1002/14651858.CD000165.pub4.
10. CDC: Cigarette smoking among adults—United States, 1995. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 1997;46:1217-20.
11. Andreas S., Hering T., Muhlig S., Nowak D., Raupach T., Worth H. Smoking Cessation in Chronic Obstructive Disease an Effective Medical Intervention, *Deutsches Ärzteblatt International Dtsch Arztebl Int.* 2009;106(16):276-82.
12. Hughes JR, Gulliver SB, Fenwick JW, et al. Smoking cessation among self-quitters. *Health Psychol.* 1992; 11:331-34.
13. Shiffman S, Sweeney CT, Ferguson SG, Sembower MA, Gitchell JG, Relationship between adherence to daily nicotine patch use and treatment efficacy: secondary analysis of a 10-week randomized, double-blind, placebo-controlled clinical trial simulating over-the-counter use in adult smokers. *Clin Ther.* 2008;30:1852-8.
14. Fiore MC, Jaen CR, Baker TB, et al. Treating tobacco use and dependence: 2008 update. Rockville, MD: Department of Health and Human Services, U.S. Public Health Service, 2008.
15. Cahill K, Lancaster T, Green N. Stage-based interventions for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010, Issue 11. Art. No.: CD004492. DOI: 10.1002/14651858.CD004492.pub4.
16. Lindson-Hawley N, Thompson TP, Begh R. Motivational interviewing for smoking cessation, *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2015, Issue 3. Art. No. CD006936. DOI: 10.1002/14651858.CD006936.pub3.
17. Larabie LC. To what extent do smokers plan quit attempts? *Tob Control* 2005;14: 425-428.
18. West R, Sohal T., 'Catastrophic' pathways to smoking cessation: findings from national survey. *BMJ* 2006;332:458-460.
19. Fagerstrom K.O., Assessment of the patient, in *Smoking Cessation European Respiratory Monograph*, 2008;42:44-50. ISSN 1025448x.
20. Wennike P, Danielsson T, Landfeldt B, Westin A, Tønnesen P. Smoking reduction promotes smoking cessation: results from a double blind, randomized, placebo-controlled trial of nicotine gum with 2-year follow-up, *Addiction* 2003;98:1395-402.
21. Hurt R.D., Ebbert J.O., Hays J.T., McFadden D.D., Treating Tobacco dependence in a Medical Setting, *CA Cancer J Clin.* 2009;59:314-326.

22. Stead LF, Koilpillai P, Fanshawe TR, Lancaster T. Combined pharmacotherapy and behavioural interventions for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2016, Issue 3. Art. No.: CD008286. DOI: 10.1002/14651858.CD008286.pub3.
23. Etter JF, Duc TV, Perneger TV, Saliva cotinine levels in smokers and non-smokers, Am J Epidemiology 2000; 151: 251–258.
24. Fiore MC, McCarthy DE, Jackson TC, et al. Integrating smoking cessation treatment into primary care: an effectiveness study, Prev. Med. 2004;38:412–20.
25. Peters EN, Hughes JR. The day-to-day process of stopping or reducing smoking: a prospective study of self-changers. Nicotine Tob. Res. 2009;11:1083–92. [Erratum, Nicotine Tobacco Res 2010;12:77.]
26. Fagerstrom K.O., How to communicate with the smoking patient, Eur.Respir.Mon 2008, 42, 57–60.
27. Lindholm C, Adsit R, Bain P, et al. A demonstration project for using the electronic health record to identify and treat tobacco users, WMJ 010;109:335–40.
28. Kaper J, Wagena EJ, Willemsen MC, et al. Reimbursement for smoking cessation treatment may double the abstinence rate: results of a randomized trial, Addiction 2005;100:1012–20.
29. Trofor A., Mihaltan F., Mihaicuta S., Pop M., Todea D et.al., Romanian Society of Pulmonologists Smoking Cessation and Smoker's Assistance Guidelines (GREFA), 2-nd ed. – Tehnopress Iași, 2010, www.srp.ro.
30. Stop Smoking Wales Annual Report 2010–2011, Stop Smoking Wales Editorial Group, 15/08/2011, www.stop.smoking@wales.nhs.uk

4.2 ქცევითი კონსულტაცია

აქ მიმოვიხილავთ მტკიცებულებას მოწვევის შეწყვეტის ქცევით კონსულტაციასთან დაკავშირებით. საყოველთაო მტკიცებულების გარდა, მიმოვიხილავთ ორ ეფექტურ საკონსულტაციო ტექნიკას პაციენტებთან თამბაქოს მოხმარების სამკურნალოდ: კოგნიტური ქცევითი კონსულტაცია და სამოტივაციო ინტერვიუები.

4.2.1 ფსიქოლოგიური დახმარება მოწვევის შესაწყვეტად

ფარმაცოლოგიური მკურნალობისა და კონსულტაციის გარდა, პაციენტს, რომელსაც სურს მოწვევის შეწყვეტა, შეუძლია საჭიროებისამებრ ისარგებლოს ფსიქოლოგიური დახმარებით. თითოეული მწვევლი უნდა იღებდეს რჩევას, რომ მან თავად უნდა გაიღოს ძალისხმევა შესაწყვეტად. თუ ეს მცდელობა მარცხით დასრულდება, ან თუ მწვევლი გადაწყვეტს, რომ ის

თავად ვერ გაუმკლავდება მოწვევის შეწყვეტას, შემდეგ ჩაერთვება ფსიქოთერაპიული ტექნიკა თამბაქოს მოხმარების შეწყვეტის პროცესში დასახმარებლად.

მკურნალობის რეკომენდებული ელემენტები მომდინარეობენ ქცევითი თერაპიისაგან. არსებობს არასაკმარისი მტკიცებულებები ფსიქო დინამიურად ორიენტირებული მკურნალობის მხარდასაჭერად, შესაბამისი კონტროლირებული ცდების ნაკლებობის გამო. შეწყვეტის პროგრამები ეფუძნება იმ იდეას, რომ ფსიქოლოგიური დამოკიდებულება თავს იჩენს კლასიკური პირობითობის შედეგად, რომ კოგნიტური პროცესები ფლობენ პირად ღირებულებებს და თამბაქოს ფუნქციონალური მოხმარება მთავარ როლს თამაშობს მოწვევის ქცევის შენარჩუნებაში. ასეთი პროგრამები აერთიანებენ ფსიქოლოგიურ განათლებას და სამოტივაციო ტექნიკას ქცევით თერაპიულ ელემენტებთან. ეს ჩარევები შესაძლოა უზრუნველყოფილი იქნას ჯგუფური თერაპიის ან ინდივიდუალურ თერაპიულ გარემოში. ერთ გავრცელებულ ნიმუშში, თამბაქოს მოხმარების შემწყვეტი ჯგუფის 6 დან 12 მდე პაციენტი მკურნალობს ერთად 6 დან 10 მდე სეანსის განმავლობაში, სადაც თითოეული ორ 90-დან 120 წუთამდე თერაპიას მოიცავს¹.

ფსიქოლოგიური დახმარება ხორციელდება სისტემატიზირებული და სტანდარტიზირებული მიდგომით. ის იწყება პაციენტის ფსიქოლოგიური მახასიათებლების შეფასებით და ეხმარება პაციენტებს მოახდინონ უარყოფითი მხარეების და აგრეთვე იმ გავლენის შედარებითი შეფასება, რასაც მათი თამბაქოზე დამოკიდებულება მოახდენს მათივე ცხოვრებისეულ პერსპექტივებზე (ცხრილი 4.1, ცხრილი 4.2).

შემდეგ ეტაპზე ხდება წერილობითი ანალიზის განხილვა სპეციალისტებთან როგორც დადებითი ისევე უარყოფითი მხარეების კუთხით, რათა მოხდეს პოზიტიური შედეგების გამოვლენა. ყურადღება უნდა გამახვილდეს პოზიტიურ მიღწევებზე და რეკომენდებულია პაციენტის თვითდაჯერებულობის მტკიცედ მხარდაჭერა.

შემდეგ იქმნება პერსონალიზირებული მოწვევის შეწყვეტის გეგმა ექიმისა და პაციენტის ურთიერთთანამშრომლობით. პირველი ნაბიჯი მოიცავს შეწყვეტის თარიღზე შეთანხმებას. შემდეგი დღიდან უკვე

ცხრილი 4.1: პაციენტი აანალიზებს საკუთარ თავს

თამბაქოზე დამოკიდებულება, რომლითაც მე ვიტანჯები, იწვევს:

მოკლე და გრძელვადიან სარგებელს	მოკლე და გრძელვადიან ზიანს
--------------------------------	----------------------------

ცხრილი 4.2: პაციენტი პროგნოზირებს თამბაქოზე დამოკიდებულების სტატუსის გავლენას იმ ამოცანებზე, რომელთა მიღწევაც სურს.

5 წლის შემდეგ მე ვიქნები წლის

ვინ მინდა ვიყო და რა მინდა ვაკეთო?	რა მოხდება თუ მოწვას არ დავანებებ?
------------------------------------	------------------------------------

პაციენტს აღარ უნდა ჰქონდეს თამბაქო ჯიბეში, ჩანთაში, სამგზავრო ჩანთაში, შინ და ა.შ. ეს აუცილებელია რადგან ვიცით, რომ მეცნიერულად დადასტურებულია, თამბაქოს მოხმარების ძლიერი სურვილი გრძელდება შვიდი წუთის განმავლობაში და შემდეგ მართალია შესაძლოა კვლავ აღინიშნებოდეს მოწვევის სურვილი, მაგრამ მასზე უარის თქმა იმდენად აუტანელი აღარ იქნება. რადგან პაციენტებს თამბაქო ხელთ არ ექნებათ, იმ დრომდე სანამ მის შოვნას მოახერხებენ, აღნიშნული შვიდი წუთი უკვე გასული იქნება და მათ შეეძლება ამ გამომწვევ მდგომარეობას შედარებით ძლიერი პოზიციიდან დაუპირისპირდნენ¹. თუ პაციენტი ჯერ კიდევ მოიხმარს თამბაქოს, მაგრამ დაწყებული აქვს ფარმაკოლოგიური მკურნალობა, რეკომენდებულია შემდეგი ქმედებები:

- ვაცნობოთ მის მეგობრებს, ოჯახს და ა.შ. მისი ინიციატივის შესახებ თამბაქოს მოხმარების შეწყვეტასთან დაკავშირებით;
- ჩამოვწეროთ ქაღალდის ფურცელზე მიზეზები, თუ რატომ სურს მას მოწვევის შეწყვეტა და განვათავსოთ ის იოლად დასანახ ადგილას მაგ. მაცივრის კარზე, სააბაზანოში, კომპიუტერის ეკრანზე და ა.შ.
- განისაზღვროს თუ რით მოახდენს ის მოწვევის შეწყვეტის ჩანაცვლებას. ეს შესაძლოა იყოს ჭიქა წყალი, ჩაი, ყავა, და ა.შ. და მიიღოს ის ყლუპებით. სხვა

რჩევებიც შესაძლოა გამოსადეგი აღმოჩნდეს მოწვევის გადასაღებად: სტრესის საწინააღმდეგო ბურთულების გამოყენება, სალუჩი რეზინი ან ტკბილეული/სტაფილო და სხვ.

- განისაზღვროს მხარდამჭერი პირი. პირი, რომელსაც ის დაუკავშირდება მანამდე, სანამ ხელახლა მოწევას განაახლებს;
- წინასწარ უნდა მოვიფიქროთ რეაქცია იმ შემთხვევაში, როდესაც ჩნდება თამბაქოს მოხმარების სურვილი: წყლის დალევა, სასიეროდ წასვლა და ა.შ.
- შეცვალოს საკუთარი ყოველდღიური ცხოვრება, ის ჩვეული ადგილები სადაც ის ეწეოდა ხოლმე^{1,2,3}. იხილეთ ცხრილი 4.3.

ცხრილი 4.3: ინტრა-მკურნალობის დამხმარე ინტერვენციების ზოგადი ელემენტები

მკურნალობის კომპონენტი	მაგალითები
პაციენტის წახალისება თავის დანებების მცდელობისას	- აღნიშნეთ, რომ თამბაქოს დამოკიდებულების მკურნალობა ხელმისაწვდომია და მწველების ნახევარმა შეწყვიტა მოწევა. - ჩაუნერგეთ რწმენა რომ პაციენტს აქვს უნარი შეწყვიტოს მოწევა
მზრუნველობითი კომუნიკაცია	- შეეკითხეთ როგორ გრძნობს თავს თავის დანებების დროს. - პირდაპირ გამოხატეთ მზრუნველობა და სურვილი რომ დაეხმაროთ იმდენჯერ რამდენჯერაც ეს აუცილებელი იქნება. - კითხეთ პაციენტს მის შიშებზე და გაორებული შეგრძნებაზე შეწყვეტის შესახებ.
წახალისეთ პაციენტი ისაუბროს თავის დანებების პროცესზე	შეეკითხეთ: მიზეზებზე, რატომ ანებებს მოწევას თავს, წუხილზე და დამოკიდებულებაზე დანებების შესახებ, ასევე მიღწეულ წარმატებაზე და სირთულეებზე სანამ თავს დაანებებდა.

რეკომენდაცია

- მოწვევის შეწყვეტის ფსიქოლოგიური დახმარება ინტეგრირებული უნდა იქნას ნიკოტინზე დამოკიდებული პაციენტის სამედიცინო მკურნალობასთან (A მტკიცებულების დონე).

გამოყენებული ლიტერატურა

1. Batra A. Treatment of Tobacco dependence, Deutsches Ärzteblatt International | Dtsch Arztebl Int. 2011;108(33):555–64.
2. Sullivan et al., State of the Art Reviews: Smoking Cessation: A Review of Treatment Considerations, American Journal of Lifestyle Medicine, 2007;1:201-213.
3. Aubin H.J., Dupont P., Lagrue G. – How to quit smoking- recommendations, treatment methods, Tei Publishing House, București 2003.

4.2.2 კოგნიტურ ქცევითი თერაპია (CBT)

CBT-ს პრინციპები

CBT პრინციპებია: ექიმსა და პაციენტს შორის ურთიერთთანამშრომლობითი ურთიერთობის ჩამოყალიბება, კონფლიქტების თავიდან აცილება, აქტიური მოსმენა რომელიც გულისხმობს პაციენტის მიერ თქმულის სხვა სიტყვებით გამოვლენას, წარმატების შეფასება, მოწვევის შეწყვეტის სარგებლიანობის შესახებ პოზიტიური შეფასების უნარის გამომუშავება.

აღნიშნული მკურნალობა მიზნად ისახავს პიროვნების არადაპატირებადი ქცევების შეცვლას და მათ მიმართვას ადაპტირებადი ქცევებისაკენ. მოწვევის შესაწყვეტ ცენტრებში CBT-ს გამოყენება ეხმარება მწვეკლებს დააკვირდნენ საკუთარ მოწვევის ქცევას და შეაფასონ საკუთარი თავი იმის გათვალისწინებით, რომ მოწვევა შეძენილი ჩვევაა, რომელიც ნარჩუნდება იმ დამოკიდებულებით, რომელზეც გავლენას ახდენს გარემო (1). აღნიშნული ტექნიკა განვითარდა ალგზნებადობის და დეპრესიის სამკურნალო კურსისაგან (ე.წ. კოგნიტიურ ქცევითი თერაპია) და ის მიზნად ისახავს მოწვევისა და საკუთარი თავის აღქმის შესახებ არსებული ჩვეული გზების შეცვლას და უზრუნველყოფს მოტივირებას და რჩევას მოწვევის სურვილის შესამცირებლად და დასაძლევად².

კონსულტაცია აგრეთვე უზრუნველყოფს შესაძლებლობას გააფრთხილოს პაციენტი შეწყვეტასთან დაკავშირებული დაბრკოლებების შესახებ და ამხნევებს მას, რომ დაგეგმოს სტრატეგიები მოწვევის სურვილის ასაცილებლად და მის დასაძლევად. კლინიკისტმა უნდა შეაფასოს მოწვევის შეწყვეტასთან დაკავშირებული დიდი გამოწვევების ფაქტორები და კონსულტაცია გაუწიოს პაციენტს მათ შესახებ, როგორებიცაა მაგ. მწვეკლთან ერთად ცხოვრება, ალკოჰოლის გადაჭარბებული მიღება და წონის მომატების შიში. კონსულტაცია უნდა იყოს ემპათიური და მხარდამჭერი, არა დაპირისპირებადი¹. კონსულტაციის გამოყენება არ ხდება ფართო მასშტაბით და მთავარი მიზანია მისი უფრო ხშირი გამოყენება კლინიკურ პრაქტიკაში ინდივიდუალურ დონეზე ან შეწყვეტის სატელეფონო ხაზებზე გადამისამართებით³. CBT-ს მეშვეობით მწვეკელი ეუფლება პრაქტიკულ ტექნიკას რომ დაძლიოს მოწვევასთან დაკავშირებული მდგომარეობები და ისარგებლებს ფსიქოლოგიურ ქცევითი მხარდაჭერით რაც გაამხნევებს მას საბოლოოდ დაანებოს თავი თამბაქოს მოხმარებას. მონაცემები გვიჩვენებს, რომ ერთი და იგივე სტანდარტის მქონე კონსულტაცია ნაკლებად ერგება ყველა პაციენტს. ზოგი კოგნიტურ ქცევითი თერაპიული ნიმუში ასოცირდება გარკვეულ თერაპიულ სტრატეგიასთან. ამ სფეროში არსებული კვლევების უმრავლესობა არ აღნიშნავს რომელიმე საკონტროლო ჯგუფთან შესაბამისობას. კოგნიტურ ქცევითი თერაპია ზრდის შეწყვეტის მაჩვენებელს მოწვევის შეწყვეტის მოტივაციის შეფასებით, საკომუნიკაციო ჩვევების გამომუშავებით და ექიმისა და პაციენტის დიალოგით, რომელიც ემყარება პაციენციკემას და გაგებას და ნიკოტინზე დამოკიდებულების შეფასებას (მოწვევის სურვილის ანალიზი, თამბაქოზე დამოკიდებულების კონცეფციის ახსნა). მწვეკლთა უმრავლესობას არ გააჩნია ზუსტი ინფორმაცია თუ რა ხდება მათ ტვინში მოწვევის პროცესში ან რატომ არის რთული თამბაქოსათვის თავის დანებება, მაშინაც კი თუ მათი მოტივაცია მაღალია. სპეციალისტთან გასაუბრება ტვინზე ნიკოტინის ეფექტებისა და იმის შესახებ თუ როგორ კლინდება ნიკოტინზე დამოკიდებულება, საოცრად ზრდის პაციენტის ინიციატივას მოწვევის

შესაწყვეტად^{4,5,6}. ჩარევა აგრეთვე გულისხმობს შეწყვეტის პროცესთან დაკავშირებული პრობლემებისა და შიშის სიღრმისეულ ანალიზს და ქმნის შესაძლებლობას რომ პაციენტთან მოხდეს ადექვატურ თერაპიულ სტრატეგიაზე შეთანხმება.

CBT-ს ეფექტურობა

სხვადასხვა სახის კონსულტაციების და ქცევითი თერაპიების ეფექტურობისა და მოწვევის შეწყვეტის სავარაუდო მაჩვენებლის შესახებ ჩატარებულმა 64 კვლევის მეტა ანალიზმა შეწყვეტის მაჩვენებლის სტატისტიკურად მნიშვნელოვნად განსხვავებული ზრდა აჩვენა კონსულტაციის შემდეგ კატეგორიებში კავშირის არქონასთან შედარებით: 1. პრაქტიკული კონსულტაციის უზრუნველყოფა, როგორიცაა პრობლემების გადაჭრა/ ტრენინგი უნარებში/ სტრესის დაძლევა; 2. კლინიკისგან მოწვევის პირდაპირი კავშირისას მხარდაჭერის უზრუნველყოფა (შიდა მკურნალობის

სოციალური დახმარება); 3. ჩარევა მოწვევის გარემოში სოციალური დახმარების გასაზრდელად (სოციალური დახმარების დამატებითი მკურნალობა) და 4. მოწვევის აკრესული პროცედურების გამოყენება (სწრაფი მოწვევა)⁷.
იხ. ცხრილი 4.4

როგორ ვმართოთ მოწვევის ქცევითი დამოკიდებულება

მოწვევის შეწყვეტის წარმატებული ჩარევები უნდა გულისხმობდეს ისეთ მყარ ფაქტორებთან ურთიერთობას როგორებიცაა პირადი, ოჯახური, სოციალურ ეკონომიკური, ფარმაცოლოგიური და ქცევითი, რომლებიც ახდენენ მოხმარების შენარჩუნებას და შესაძლოა წარმოადგენდნენ დიდ ბარიერს შეწყვეტისათვის. იმ შემთხვევაში, თუ ასეთი ვითარების კომპლექსურობა არ იქნება გათვალისწინებული, პაციენტი იბრძოლებს თამბაქოს გრძელვადიანი შეწყვეტისათვის და ეს პროცესი გაგრძელდება წლები ან ათწლეულები. ამგვარად გარდა ფიზიკური და ფიზიოლოგიური დამოკიდებულებისა,

ცხრილი 4.4: პრაქტიკული კონსულტაციის ზოგადი ელემენტები (პრობლემების გადაჭრის/უნარების ტრენინგი)

მკურნალობის კომპონენტი	მაგალითები
გამოიცანით სახიფათო სიტუაციები-განსაზღვრეთ მოვლენები, შინაგანი მდგომარეობა ან მოქმედებები, რაც ზრდის რეციდივის ან მოწვევის რისკებს	ეფექტები და სტრესი. სხვა მოწვევების გარემოცვაში ყოფნა. ალკოჰოლის მოხმარება. მოწვევის სურვილის განცდა. მოწვევის მაგალითი ან სიგარეტზე ხელმისაწვდომობა.
მართვის, გამკლავების უნარების განვითარება - პრობლემის გადაწყვეტის და გამკლავების უნარების პრაქტიკა და განსაზღვრა. მსგავსი უნარები გამოიყენება სახიფათო სიტუაციების დასაძლევად.	ცდუნების გამოცნობა და პროგნოზირება და როგორ უნდა მართო სიტუაცია? გონებრივი სტრატეგიების ცოდნა რომელიც შეამცირებს ნეგატიურ განწყობას. ცხოვრების სტილის დაძლევა, რომელიც შეამცირებს სტრესს, გააუმჯობესებს ცხოვრების ხარისხს და შეამცირებს მოწვევის სურვილს. გონებრივი და ქცევითი ქმედებების ცოდნა მოწვევის სურვილის დასაძლევად. (ყურადღების გადატანა და რუტინის შეცვლა).
ძირითადი ინფორმაციით უზრუნველყოფა- ინფორმაციის უზრუნველყოფა მოწვევის და მასზე წარმატებით თავის დანებების შესახებ.	ფაქტი იმისა, რომ ნებისმიერი სახით თამბაქოს მოხმარება (ერთი შესუნთქვაც კი) ზრდის სრული რეციდივის სინამდვილეს. ალკოჰოლის სინდრომის სიმპტომები ძირითადად პიკს აღწევს შეწყვეტიდან 1-2 კვირის შემდეგ. თუმცა შეიძლება შენარჩუნდეს თვეობით. ეს სიმპტომები მოიცავს ნეგატიურ განწყობას, მოწვევის ძლიერ სურვილს, კონცენტრირების სირთულეებს. მოწვევის შეჩვევის ბუნება/ხასიათი.

ქცევითი დამოკიდებულებაც უნდა იქნას მხედველობაში მიღებული, რადგანაც ზოგიერთი მწვევლისათვის აღნიშნული ასპექტი შესაძლოა სერიოზული დაბრკოლება აღმოჩნდეს.

აღიარებულია, რომ თამბაქოს მოხმარება პირდაპირ კავშირშია ნიკოტინზე დამოკიდებულებასთან და რომ მწვევლებს გააჩნიათ ინდივიდუალური პრიორიტეტები ნიკოტინის დოზასთან დაკავშირებით, რამდენადაც ისინი თავად არეულირებენ შესუნთქვას და გამონაბოლქვს ნიკოტინის მათთვის სასურველი დოზის მისაღებად.

რეკომენდაციები

- CBT უნდა შედიოდეს ნებისმიერი სამედიცინო ჩარევის გეგმაში თამბაქოს მოხმარების შეწყვეტის მიზნით როგორც ეფექტური მეთოდი, რომელიც ზრდის შეწყვეტის წარმატების მაჩვენებელს (B მტკიცებულების დონე).
- ორი სახის საკონსულტაციო და ქცევითი თერაპია იწვევს თავის დანებების მაღალ მაჩვენებელს: 1. მწვევლთათვის პრაქტიკული კონსულტაციების უზრუნველყოფა (პრობლემის გადაჭრის უნარები, უნარების ტრენინგი) და 2. მხარდაჭერის და გამხსნევების, როგორც მკურნალობის შემადგენელი ნაწილის უზრუნველყოფა (B მტკიცებულების დონე).
- აღნიშნული საკონსულტაციო ელემენტები უნდა იქნას ჩართული მოწვევის შეწყვეტის ინტერვენციებში (B მტკიცებულების დონე).

გამოყენებული ლიტერატურა

1. Zhu SH, Melcer T, Sun J, Rosbrook B, Pierce JP. Smoking cessation with and without assistance: a population- based analysis. Am J Prev Med 2000;18:305-311.
2. West R., New Approaches to Smoking Cessation, http://www.ttmed.com/respiratory/print.cfm? ID_Dis=8&ID_ Cou=23&ID_Art=1598 16/09/2006
3. Fiore M.C., Baker T.B., Treating Smokers in the Health Care Setting, N Engl J Med. 2011;365:1222-31.
4. Martinet Y., Bohadana A., Wirth N., Spinoso A., Le traitement de la dependance au tabac, Guide Pratique 2009.
5. Raw M, McNeill A, West R. Smoking cessation guidelines for health professionals: a guide to effective smoking cessation interventions for the health care system, Thorax 1998;53:Suppl 5:S1-S19.

6. NICE advice on the best way to quit smoking February 2008 National Institute for Clinical and Health Excellence, www.nice.org.uk.
7. Lancaster T, Stead LF. Individual behavioral counselling for smoking cessation. Cochrane Database Systematic Review 2005, Issue 2. Art. No: CD001292. DOI: 10.1002/14651858.CD001292.pub2.

4.2.3 სამოტივაციო ინტერვიუ (MI)

მოტივაცია გადამწყვეტი მნიშვნელობისაა თითოეული მწვევლისათვის, რომელიც მოწვევის შეწყვეტას გეგმავს. ამგვარად, პაციენტის მოტივების გასაძლიერებელი მეთოდები კვლევის მნიშვნელოვანი ამოცანებია.

რას წარმოადგენს სამოტივაციო ინტერვიუ?

სამოტივაციო ინტერვიუ წარმოადგენს 1980-იანებში ამერიკელი ფსიქოლოგის უილიამ მილერის მიერ შემუშავებულ მეთოდს, რომელიც მკურნალობდა დამოკიდებული პაციენტების პრობლემებს. მილერმა აჩვენა, რომ თანაგრძნობით მოსმენას შეეძლო შემცირებინა მომხმარებლის მიერ ალკოჰოლის მიღება. კვლევებმა აჩვენა, რომ ბრძოლა და უარყოფა ის ფენომენია, რომელიც წარმოიშვება მომხმარებელსა და კონსულტანტს შორის.

პირველი წიგნი სამოტივაციო ინტერვიუს შესახებ, რომელიც მილერმა ბრიტანელ ფსიქოლოგთან, სტეფან როლნიკთან თანამშრომლობით დაწერა 1991 წელს გამოიცა¹. როლნიკმა შემდგომში განავითარა სამოტივაციო ინტერვიუების შემცირებული ვერსიები რომელთა გამოყენებაც შესაძლებელი იქნებოდა ჯანდაცვაში. აღნიშნული მეთოდი მიზნად ისახავს დაინტერესებული მომხმარებლისათვის ინფორმაციის მიწოდებას ჯანმრთელობის რისკების შესახებ რომლებიც ორმაგდება სპეციფიკური დამოკიდებულების საფუძველზე და ინტერესის გაღვივებას ცვლილების მოსახდენად. სამოტივაციო ინტერვიუებს ამჟამად ბევრ ქვეყანაში იყენებენ ისეთი დამოკიდებულებების სამკურნალოდ როგორებიცაა ალკოჰოლი, თამბაქო, ისევე როგორც იმათთვის ვინც გაუმჯობესებულ კვებას და ვარჯიშს საჭიროებს. სამოტივაციო ინტერვიუ ფართოდ გამოიყენება აზარტული თამაშების პრობლემებისათვის და კრიმინალურ სისტემაში.

სამოტივაციო ინტერვიუ აღწერს თუ რისი გაკეთება შეგიძლიათ თქვენ, როგორც მრჩეველს იმ შესაძლებლობის დონის ასამაღლებლად რომ პაციენტი შეძლებს ქვევის შეცვლას. ის აუმაღლებს მრჩეველის აღქმას თუ როგორ ვამყარებთ კომუნიკაციას და უკეთესი კავშირი გვაქვს პაციენტთან. სამოტივაციო ინტერვიუს მიზანია, თავიდან იქნას აცილებული აგრესიული ან დამაპირისპირებელი მიდგომა და ცდილობს მიმართოს ხალხი მათი ქვევის შეცვლისაკენ და აუმაღლოს მათ თვითრწმენა¹.

- კონსულტანტი მოქმედებს როგორც თანამშრომელი და საკუთარ თავს თანაბრად აღიქვამს
- კონსულტანტი ცდილობს გაიგოს და ამასთანავე დააფიქრებს მომხმარებელს საკუთარი ფიქრების და იდეების შესახებ მოწვევის ფაქტთან დაავშირებით და თუ როგორ უნდა შეცვალოს იგი
- კონსულტანტი პატივს სცემს მომხმარებლის ავტონომიას და მის უფლებასა და უნარს რომ მიიღოს გადაწყვეტილებები

სამოტივაციო ინტერვიუს განმსაზღვრელი პრინციპები¹

- აჩვენეთ რომ თანაუგრძნობთ. კონსულტანტი ნათლად გამოხატავს დაინტერესებას, რომ სურს გაუგოს პაციენტს. აღნიშნული ხორციელდება ასახვის და შეჯამებების მეშვეობით.
- გამოკვეთეთ შეუსაბამობები. კონსულტანტი ეხმარება პაციენტს აღიქვას არსებულ სიტუაციებს შორის არსებული უფსკრული და თუ როგორი სურათი შეიძლება მივიღოთ თუ გავითვალისწინებთ პაციენტის მიზნებს და ღირებულებებს. ფართო შეუსაბამობების გრძნობა ქვევის შეცვლის მამოძრავებელი ძალაა იმ შემთხვევაში თუ პაციენტს შესწევს ცვლილების მოხდენის უნარი. არ ეკამათოთ. ე.წ. დაპირისპირება მოსალოდნელია როგორც ცვლილების შესახებ არსებული ბრახის ან ეჭვის ბუნებრივი ნიშანი.
- თუ კონსულტანტი დაუპირისპირდება ამას ან იწყებს კამათს, პაციენტის დაპირისპირება იზრდება. კონსულტანტი ცდილობს თავიდან აიცილოს ასეთი მდგომარეობა.
- თვითრწმენის მხარდაჭერა. კონსულტანტი მხარს

უჭერს პაციენტის თვითრწმენას ცვლილების მოსახდენად მისი უნარის ჩვენებით. კონსულტანტი აჩვენებს, რომ ის აფასებს პაციენტის ძალისხმევას.

სამოტივაციო ინტერვიუს რამდენიმე მნიშვნელოვანი თვისება

- ნებართვის თხოვნა. თამბაქოს შესახებ საუბარი პაციენტების მხრიდან თითქმის არასოდეს აღიქმება შეურაცხყოფელად, მაგრამ ყოველთვის ჭკვიანურია ნებართვის აღება სანამ ამ თემაზე საუბარს დავიწყებთ.
- ამბივალენტურობა. ამბივალენტურობა ცვლილების ბუნებრივი ფაზაა. ყოველთვის არსებობენ ცვლილების დადებითი და უარყოფითი მხარეები, რომელთა ეფექტებმაც შესაძლოა შორეულ მომავალშიც იჩინონ თავი. კონსულტანტმა უნდა სცადოს და დაეხმაროს პაციენტს გამოხატოს მისი მიზნები ცვლილების მოსახდენად.
- ღია კითხვები. დახურული კითხვები კითხვას სვამენ "კი" და "არა" პასუხების მისაღებად. ღია კითხვები კი კითხვას სვამენ უფრო გრძელი პასუხების მისაღებად.
- საუბრის შეცვლა. კონსულტანტისათვის მნიშვნელოვანია აღიქვას „საუბრის შეცვლა“, პაციენტის მიერ გამოხატული სიტყვები და ფიქრები, რომლებმაც შესაძლოა გამოიწვიონ ცვლილება.
- პოზიტიური საუბრის და ქვევის დამტკიცება. პაციენტს მეტი მზადყოფნა ექნება ცვლილებისათვის თუ განისაზღვრება და დამტკიცდება პოზიტიური ნიშნები ან ფიქრები.
- მოსმენილის და ნაწახის ასახვა. ასახვა გულისხმობს პაციენტის მიერ თქმულის ან მისი ფიქრის განსაზღვრას. ასახვა არ ადასტურებს პაციენტთან თანხმობას. ის ამცნობს პაციენტს რომ კონსულტანტი ისმენს და ეხმარება პაციენტს მოისმინოს მის მიერ ნათქვამი.
- თქმულის შეჯამება. შეჯამება ასახვის სპეციალურ ფორმას წარმოადგენს. შეჯამება შეახსენებს პაციენტს დისკუსიის ძირითადი პუნქტების, გეგმის და მოქმედების შესახებ, აგრეთვე მის საკუთარ მიზეზებს გარკვეული ქმედებისათვის. შეჯამებები გამოსადეგია ორი მიზნით: თუ პაციენტი შეანელებს ან შეწყვეტს

საუბარს, შეჯამება დაეხმარება მას დაწყებული ის გაგრძელებაში. შეჯამებამ აგრეთვე შესაძლოა შეახსენოს პაციენტს მის მიერ ნათქვამი ან მიუთითოს კავშირი მის წინადადებებს შორის.

სამოტივაციო ინტერვიუ კლინიკურ პრაქტიკაში

სამოტივაციო ინტერვიუ ბევრი მხრივ უპირისპირდება მედიცინაში არსებულ კონსულტაციის ტრადიციებს. სამოტივაციო ინტერვიუ ამცირებს „თეთრ მოსასხამში გამოწყობილი ექსპერტის“ ავტორიტეტს რომელიც ზემოდან დაყურებს პაციენტს და ეუბნება მას თუ რა უნდა გააკეთოს. სამოტივაციო ინტერვიუ იწვევს პაციენტს საცეკვოდ, სადაც პაციენტი და კონსულტანტი არიან ერთად და მიყვებიან ერთმანეთს ნაბიჯ ნაბიჯ საცეკვო მოედანზე. როლები შეიცვალა. ზოგიერთ ჯანდაცვის წარმომადგენელს აქვს ბუნებრივი ნიჭი, რომ ესაუბროს პაციენტებს ისე რომ არ განიკითხონ ისინი და გაგებით მოეკიდონ მათ და ამგვარად შეუძლიათ სამოტივაციო ინტერვიუს იოლად ათვისება. თუმცა უფრო ხშირად ჯანდაცვის წარმომადგენლები უბრუნდებიან ძველ ჩვევებს და იწყებენ პაციენტისათვის განკარგულებების გაცემას. ამგვარად, სამოტივაციო ინტერვიუს დასახელოვნებლად, შეწყვეტის შემდგომი მეთვალყურეობისა და რჩევების მისაცემად საჭიროა მრავალი ვარჯიში.

სამოტივაციო ინტერვიუ რომ უფრო ხელმისაწვდომი და გამოყენებადი გახდეს, ჩამოყალიბდა შედარებით მარტივი ვერსია რომელსაც სწრაფი ჩართულობა ეწოდება.

სწრაფი ჩართულობა (RE). სწრაფი ჩართულობა წარმომადგენს სამოტივაციო ინტერვიუს შემოკლებულ და გამარტივებულ ვერსიას სულ დაკავებული ექიმის კაბინეტში გამოსაყენებლად². სწრაფი ჩართულობა იყენებს კითხვების მარტივ სიას. ვიზუალური ანალოგის შკალა-VAS შესაძლოა გამოყენებული იქნას მოტივაციის დონის წარმოსადგენად, მაგრამ არ არის აუცილებელი რადგან მსგავსი შეფასებები ზეპირადაც შესაძლოა გაკეთდეს.

ცვლილების მნიშვნელობა. კითხვა 1: რამდენად მნიშვნელოვანია თქვენთვის მოწვევის შეწყვეტა 0 დან 10 მდე ქულით (0 საერთოდ არ არის მნიშვნელოვანი და

10 ძალიან მნიშვნელოვანია?) პასუხი გავლენას ახდენს შემდგომ დისკუსიაზე. კონსულტანტმა შესაძლოა შემდეგ ეტაპზე მოახდინოს პაციენტის პროვოცირება და თქვას „მე უფრო დაბალ ქულას ვიფიქრებდი“. ეს ხშირ შემთხვევებში სრულდება დისკუსიით, რომელშიც პაციენტი ლიდერობს და სურს დაუმტკიცოს კონსულტანტს რომ შემოთავაზება მცდარია.

თავდაჯერებულობა. თავდაჯერებულობა შესაძლოა დამოკიდებული იყოს ადრინდელი მცდელობების წარმატებაზე ან მარცხზე, სხვების მიღწევებზე, ცოდნასა და მხარდაჭერაზე, პაციენტი კვლავ ახდენს შეფასებას შკალაზე 0-დან 10-მდე თუ როგორია მისი შანსი მოწვევის შესაწყვეტად. თუ პაციენტი შეფასებს თავის შანსებს 0-ს ზემოთ, კონსულტანტმა უნდა კითხოს რატომ არ ირჩევს პაციენტი უფრო დაბალ ქულას სადაც მიზანია, რომ პაციენტი წახალისდეს და დაიწყოს საკუთარ თავში უნარის ძიება რომ მოახდინოს შიდა რესურსების მობილიზება. რაც უკეთესია აღნიშნული მობილიზაცია, მით მაღალია თავდაჯერებულობა. „საუბრის შეცვლის“ მრავალჯერადი გამოყენება შეიძლება შეიცვალოს ფრაზით თუ დაისმება კითხვა: „რა არის საჭირო შენი შანსების კიდევ უფრო გასაზრდელად?“ ქვევის ცვლილების სურვილი და უნარი ორი სხვადასხვა, მაგრამ ურთიერთდაკავშირებული მოტივაციის ასპექტებია, რომელთა შორის განსხვავებაც არც თუ ისე იოლია. ზოგიერთ პაციენტს ურჩევნია განსაზღვროს ის თუ რა არ სურთ მათ ვიდრე აღიარონ თავდაჯერებულობის დაბალი დონე. ზოგიერთისათვის შესაძლოა საპირისპირო იყოს (მინდა მაგრამ არ გამოვა!). მნიშვნელოვანია რომ კონსულტანტმა შეძლოს გაგება, თუ რას გულისხმობს სინამდვილეში პაციენტი.

ეფექტურობის მტკიცებულება

2015 წელს კოპრეინის მიმოხილვამ განსაზღვრა 25 კვლევა, რომლებიც დაიბეჭდა 1997 და 2014 წლებს შორის და მოიცავდა 16000-ზე მეტ მწვეკელს, სადაც გამოკვლეული იქნა სამოტივაციო ინტერვიუ ხანმოკლე რჩევასა და ჩვეულებრივ მკურნალობასთან შედარებით.³ გამოკვლეული ცდები მოიცავდნენ ერთიდან ექვსამდე სეანსს სადაც თითოეული სეანსი გრძელდებოდა 10-დან 60 წუთამდე. მეტა ანალიზმა დაადგინა, რომ

სამოტივაციო ინტერვიუ ხანმოკლე რჩევასა და ჩვეულებრივ მკურნალობასთან შედარებით შეწყვეტის მნიშვნელოვანი ზრდით ხასიათდებოდა (RR 1.26; 95% CI 1.16 to 1.36). ქვეჯგუფის ანალიზმა აჩვენა, რომ სამოტივაციო ინტერვიუ იყო ეფექტური იმ შემთხვევაში, თუ ტარდებოდა პირველადი ჯანდაცვის ექიმების (RR 3.49; 95% CI 1.53 to 7.94) და კონსულტანტების მიერ (RR 1.25; 95% CI 1.15 to 1.63), და როდესაც ისინი სრულდებოდა გრძელი სეანსებით (20 წუთზე მეტი) (RR 1.69; 95% CI 1.34დან 2.12 მდე). მრავალრიცხოვანი სეანსებით მკურნალობა შესაძლოა იყოს უფრო ეფექტური ვიდრე ცალკეული სეანსები, მაგრამ ორივე მათგანს პოზიტიური შედეგები აქვს. ამდროისათვის არ არის ცნობილი მოწვევის შემდგომ ეტაპებზე განსახორციელებელი უკუკავშირის ზარების ოპტიმალური რაოდენობა. სამოტივაციო ინტერვიუს კვლევა მოკრძალებული ხარისხისაა და საჭიროა სიფრთხილე კვლევის პეტეროგენურობის გამო. არსებობს სწრაფი ჩართულობის მეთოდის მეცნიერული მტკიცებულება, მაგრამ კლინიკისტები აღნიშნავენ, რომ ეს მეთოდი გამოსადეგია გადატვირთულ პრაქტიკაშიც კი და რომ ის ქცევის შესახებ დისკუსიებს უფრო განმტვირთველ ხასიათს აძლევს.

რეკომენდაციები

- სამოტივაციო ინტერვიუ ან მისი ვერსიები, რომლებიც ფართოდ გამოიყენება როგორც საკონსულტაციო ტექნიკა, შესაძლოა ეფექტური იყოს თამბაქოსათვის თავის დასაწებლად მოტივირებული პაციენტების დასახმარებლად (B მტკიცებულების დონე)

გამოყენებული ლიტერატურა

1. Miller, W.R., and Rollnick, S. Motivational Interviewing: Preparing People for Change, 2nd ed. New York: Guilford Press. 2002.
2. Spanou C, Simpson SA, Hood K, Edwards A, Cohen D, Rollnick S, Carter B, McCambridge J, Moore L, Randell E, Pickles T, Smith C, Lane C, Wood F, Thornton H, Butler CC. Preventing disease through opportunistic, rapid engagement by primary care teams using behaviour change counselling (PRE-EMPT): protocol for a general practice-based cluster randomised trial. BMC Fam Pract. 2010;11:69.
3. Nicola Lindson-Hawley, Tom P Thompson, Rachna Begh.

Motivational interviewing for smoking cessation, Cochrane Database of Systematic Reviews 2015, Issue 3. Art. No.: CD006936. DOI: 10.1002/14651858.CD006936.pub3.

4.2.4 მიწოდების ფორმატი

თამბაქოსათვის თავის დასაწებლად საჭირო მეთოდების მოსაძიებლად მოისინჯა რიგი ფორმატები, მათ შორის: ინდივიდუალური კონსულტაცია, პროაქტიური სატელეფონო კონსულტაცია, ჯგუფური კონსულტაცია, ინტერნეტის გამოყენება და თვითდახმარება.

4.2.4.1 თამბაქოსათვის თავის დანებების ინდივიდუალური კონსულტაცია

30 ცდისაგან შემდგარმა მეტა ანალიზმა აჩვენა, რომ ასეთი ინდივიდუალური თამბაქოს საწინააღმდეგო კონსულტაცია უფრო ეფექტურია, ვიდრე ჩვეულებრივი კონსულტაცია (13.9% v. 10.8%, RR = 1.39, CI 1.24–1.57)¹. 35 შემთხვევითი ცდის საფუძველზე გაკეთებული მეტა ანალიზის მიხედვით, ექსთენიანი თავშეკავების სიხშირე მნიშვნელოვნად გაიზარდა საერთო საკონსულტაციო კონტაქტის მიხედვით: დაახლოებით 14%-ით 1-დან 3 წუთამდე კონსულტაციით, 19%-ით 4-დან 30 წუთამდე კონსულტაციით და 27%-ით 31-დან 90 წუთამდე კონსულტაციით, კონსულტაციის არარსებობის შემთხვევაში მიღებული 11%-ის საპირისპიროდ. (ზოგიერთი კვლევა ეყრდნობოდა ფარმაკოთერაპიასაც, ასე რომ მედიკამენტაც შეიტანა წვლილი ამ წარმატებულ მაჩვენებლებში). წარმატებული კონსულტაცია ზრდის თავის დანებების მოტივაციას პიროვნების მიერ თამბაქოს გამოყენების ხარჯებისა და რისკების პერსონალიზირებით (პაციენტის ჯანმრთელობასთან, ეკონომიკურ სტატუსთან და ოჯახის მდგომარეობასთან კავშირში). არსებობს მუდმივი კავშირი ინტენსიურ კონსულტაციასა (კონსულტაციების ხანგრძლივობის და სესიების გათვალისწინებით) და თამბაქოსათვის თავის დანებებას შორის.

4.2.4.2 თამბაქოსათვის თავის დანებების ჯგუფური კონსულტაცია

ჯგუფური ქცევის თერაპია მოიცავს დაგეგმილ

შეხვედრებს, სადაც მწველთა ჯგუფები იღებენ ინფორმაციას, რჩევას, მათ ამხნევენ და აწვდიან ქცევითი ჩარევის რაიმე ფორმას (მაგ. კოგნიტიური ქცევითი თერაპია)². ამ სახის თერაპია ტარდება ყოველკვირულად სულ მცირე თავის დანებების მცდელობის პირველი ოთხი კვირის განმავლობაში (თავის დანებებიდან ოთხი კვირის განმავლობაში). როგორც წესი ჯგუფური კონსულტაცია შეთავსებულია ფარმაკოთერაპიასთან.

არსებობს ჯგუფური კონსულტაციის ჩატარების ორი საშუალება. ერთი არის სასწავლო, სადაც ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის წარმომადგენლები გვევლინებიან მასწავლებლების როლში და იძლევიან ინფორმაციას, თუ როგორ მივაღწიოთ თამბაქოსათვის თავის დანებებას და შენარჩუნებას. მეორე ცდილობს ჯგუფის წევრებს შორის ორმხრივი მხარდაჭერის დამყარებას თავის დანებების მისაღწევად.

კოხრეინის კოლაბორაციის (ბიბლიოთეკა) მიერ ჩატარებულმა კვლევამ აჩვენა 16 მცდელობა, სადაც ჯგუფური პროგრამა შედარებული იყო თვითდახმარების პროგრამასთან³. ჯგუფური პროგრამის გამოყენებით მოხდა ზრდა თამბაქოსათვის თავის დანებების კუთხით (OR 1.98; 95% CI 1.60-2.46). არარსებობს რაიმე მტკიცებულება, რომ ჯგუფური თერაპია უფრო ეფექტური იყო, ვიდრე მსგავსი ინტენსივობის მქონე ინდივიდუალური კონსულტაცია. ნაპოვნი იქნა მცირე მტკიცებულება იმისა, რომ მკურნალობის სხვა ფორმებისათვის ჯგუფური თერაპიის დამატება, როგორიცაა მაგ. ჯანდაცვის წარმომადგენელთა რჩევები ან ნიკოტინის ჩანაცვლება დამატებით სასარგებლო აღმოჩნდა.

მონაცემებმა, რომლებიც მიღებული იქნა თამბაქოსათვის თავის დანებების სამ სხვადასხვა მომსახურების სფეროში არსებულ თანამშრომლებთან და მწველებთან ჩატარებული ინტერვიუების საფუძველზე (სპეციალური გუნდები, თემზე დაფუძნებული ჯანდაცვის მუშაკები და ორივეს კომბინაცია) აჩვენა, რომ მომსახურების სტრუქტურა, დახმარების მეთოდი, ჩართული ჯანდაცვის წარმომადგენლები და ფარმაკოთერაპია განაპირობებს თამბაქოსათვის წარმატებით თავის დანებებას⁴. ჯგუფური დახმარების შედეგად მიღებული იქნა თავის დანებების ყველაზე მაღალი მაჩვენებელი (64.3%

დახურული ჯგუფებისათვის და 42.6% სპეციალისტების მიერ აღმოჩენილი ინდივიდუალური დახმარებისათვის). მომსახურებები უნდა იქნას მორგებული ინდივიდუალურ საჭიროებებზე და სხვადასხვა სერვისებზე, მათ შორის ჯგუფურ კონსულტაციაზე ხელსაწვდომობაზე.

თამბაქოსათვის თავის დანებების მრავალი პროგრამა მოიცავს ინტერაქტიულ საგანმანათლებლო მეთოდებზე დაფუძნებულ ჯგუფურ სტრატეგიას და მკურნალობისა და ფსიქოლოგიური დახმარების მეტ ხელსაწვდომობას. კარგად ნაცადი ჯგუფური ფორმატი მოიცავს დაახლოებით ხუთ ერთსაათიან სესიას ერთი თვის განმავლობაში შემდგომი ვიზიტების გათვალისწინებით. ინტენსიური დახმარება უნდა მოიცავდეს ფარმაკოთერაპიის (საჭიროებისამებრ) გამოყენების შეთავაზებას ან წახალისებას, ასევე მისი გამოყენების წესების შესახებ ნათელ რჩევასა და ინსტრუქციებს⁵. ჯგუფური კონსულტაცია უნდა ჩატარდეს სპეციალურად გაწვრთნილი კონსულტანტების მიერ, რომლებსაც აქვთ უნარი მწველებთან შევიდნენ კონტაქტში, რომლებიც გამოხატავენ თავის შიშებსა და ბარიერებს თამბაქოსათვის თავის დანებების პროცესში და ამავე დროს მიიღებენ გაკვეთილს საერთო გამოცდილებიდან. ეს აგრეთვე შესაძლებელია ჩატარდეს როგორც ყოველკვირული სესია და დამხმარე პერსონალის მხარდაჭერით (ექთნები, გაწვრთნილი ფასილიტატორები, ფსიქოლოგები და ა.შ.). ყოველშემთხვევაში, ჯგუფური მიდგომა შესაძლოა განხილული იქნას როგორც ალტერნატივა იმ პაციენტებისათვის, რომლებიც უკეთ ამყარებენ კომუნიკაციას ჯგუფებში მაგრამ შესაძლებლობისამებრ ის აგრეთვე შესაძლოა ინტეგრირებული იქნას ინდივიდუალურ მკურნალობასთან თერაპიული ჩარევის კონსოლიდაციის მიზნით.

სასარგებლოა ინდივიდუალური (პირისპირი) და ჯგუფური ჩარევების შეთავაზება, რომლებიც უკეთ მოერგებიან და დააკმაყოფილებენ იმ პაციენტებს, რომლებსაც მასშტაბური ფსიქიატრიული აშლილობების დიაგნოზირებისათვის უნდა ჩაუტარდეთ სკრინინგი. გამორიცხვის კრიტერიუმში ჯგუფური მკურნალობისათვის შესაძლოა იყოს პირადი აშლილობები ან გამომხატული ფსიქო პათოლოგიური

თვისებები (მაგ. ნარცისისტული ან პისტრიონული აშლილობები, ალგზნებადობა, სოციალური ფობია, მტკიცე მანიპულატორული დამოკიდებულებები, შიზოფრენული ქცევა ან მრავალგვარი პრობლემური შემთხვევები, როგორც მაგალითად მრავალგვარი დამოკიდებულებების შემთხვევაში). ფართოდ გავრცელებული ჯგუფური მოდელები როგორც წესი შედგება 5 – 10 სეანსისაგან ორიდან სამ თვემდე მკურნალობის პერიოდში.

რეკომენდაციები:

- ჯგუფური კონსულტაცია ეფექტურია მოწვეისათვის თავის დანებებისას. ჯგუფური ჩარევისას სოციალური დახმარების ჩართვა და ჯგუფში არსებული კოგნიტიურ ქცევითი კომპონენტები არ ახდენენ გავლენას მის ეფექტურობაზე (A მტკიცებულების დონე)
- ჯგუფური კონსულტაცია ეფექტურობის თვალსაზრისით ინდივიდუალური კონსულტაციის მსგავსია და შესაძლოა გათვალისწინებული იქნას თუ რას ანიჭებს ყურადღებას პაციენტი, რათა გადაწყდეს გამოყენებული იქნება ჯგუფური თუ ინდივიდუალური მკურნალობა (B მტკიცებულების დონე).

გამოყენებული ლიტერატურა

1. Lancaster T, Stead LF. Individual behavioral counseling for smoking cessation. Cochrane Database Systematic Review 2005, Issue 2. Art. No: CD001292. DOI: 10.1002/14651858.CD001292.pub2.
2. www.nice.org.uk/page.aspx?o=404427
3. Stead LF, Lancaster T. Group behavior therapy programmes for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2005, Issue 2. Art. No.: CD001007. DOI: 10.1002/14651858.CD001007.pub2.
4. Mardle T., Merrett S.Wright J., Percival F.Lockhart I., Real world evaluation of three models of NHS smoking cessation service in England BMC Research Notes 2012;5:9.
5. Stop Smoking Wales Annual Report 2010-2011, Stop Smoking Wales Editorial Group, 15/08/2011. www.stop.smoking@wales.nhs.uk

4.2.4.3 სატელეფონო დამხმარება და მოწვეის შეწყვეტის ხაზები (ქვითლანი)

ბევრ ქვეყანაში არსებობს უფასო სატელეფონო დახმარება

სახელწოდებით “შეწყვეტის ხაზი” ან “დახმარების ხაზი”. პაციენტებს, რომლებიც უკავშირდებიან ამ სატელეფონო ნომერს, შეუძლიათ მიიღონ ინფორმაცია ადგილობრივი მოწვეის შეწყვეტის ცენტრების ხელსაწყოდობის შესახებ და შეუძლიათ აგრეთვე მიიღონ რჩევა, თუ როგორ დაანებონ თავი მოწვეას მინიმალური ან სრული კონსულტაციის მეშვეობით¹. ტელეფონის გამოყენებით კოგნიტიურ ქცევითი თერაპიის უზრუნველყოფა მსგავსია ტრადიციული ინდივიდუალური კონტაქტისა, მაგრამ არის უფრო მოქნილი.

შეწყვეტის ხაზების ერთერთი მნიშვნელოვანი დადებითი მხარე არის მათი ხელსაწყოდობა. სატელეფონო ზარი გამორიცხავს ბევრ ტრადიციულ შეწყვეტის კლასების ბარიერებს, როგორებიცაა მაგ. ჯგუფების შექმნისათვის ლოდინი ან ტრანსპორტის ორგანიზება. შეხვედრები შესაძლოა დაინიშნოს ხელსაყრელ დროს, მაგალითად შუადღის შესვენებისას, სადამოებით და შაბათობით. მონაწილეებს შეუძლიათ არჩევანის გაკეთება სურთ რომ მათ სახლში დაუკავშირდნენ თუ მობილურ ტელეფონზე და მათ სთავაზობენ სატელეფონო დახმარებას, რათა განახორციელონ შეწყვეტის სხვადასხვა სტრატეგიები და მოახდინონ პოზიტიური ცვლილებები მათ ყოველდღიურ ცხოვრებაში. სატელეფონო ზარები როგორც წესი არის 20-25 წუთი ხანგრძლივობის, მაგრამ ეს მოქნილი სისტემაა და შესაძლოა მისი ადაპტირება ინდივიდუალური საჭიროებების მიხედვით². შეწყვეტის ხაზები განსაკუთრებით ხელსაყრელია შეზღუდული შესაძლებლობების მქონეთათვის და მათთვის ვინც ცხოვრობს სასოფლო ან შორეულ ადგილებში. მათი კვაზი ანონიმური ბუნების გამო, სატელეფონო მომსახურებით შესაძლოა აგრეთვე დაინტერესდნენ ისინი, რომლებიც თავს არიდებენ ჯგუფური კონსულტაციის ფარგლებში დახმარების მიღებას.

შეწყვეტის ხაზები აგრეთვე მოიცავენ აქტიურ ზარებს ანუ სატელეფონო კონსულტაციას სადაც სულ მცირე ზოგიერთი კავშირი ინიცირებულია შეწყვეტის ხაზის კონსულტანტის მიერ თამბაქოსათვის თავის დანებების მისაღწევად, რაც თავის მხრივ მოიცავს შემდგომი საპასუხო ზარებით კონსულტაციას.

არსებობს კონტროლირებადი შემთხვევითი საცდელი

მტკიცებულებების რიგი, რომლებიც იკვლევან შეწყვეტის ზარების მომსახურების ეფექტურობას^{3,4}. კონრეინის თანამშრომლობის მიერ გამოცემულმა 70 ცდისაგან შემდგარმა მეტა ანალიზმა აჩვენა, რომ შეწყვეტის ზარის მომსახურებისაგან მრავალრიცხოვანი აქტიური ზარის მიღების შემდეგ გაიზარდა თამბაქოსათვის თავის დანებების მაჩვენებელი (RR 1.37, 95% CI 1.26, 1.50)⁴. სულ მცირე ორი ზარი დაკავშირებული აღმოჩნდა შეწყვეტის მაჩვენებლის გაზრდასთან. უცნობია მოხდება თუ არა მაჩვენებლის კიდევ უფრო გაზრდა იმ შემთხვევაში თუ განხორციელდება აღნიშნულ ორ ზარზე მეტი. რეაქტიული შეწყვეტის ზარები, რომლებიც მხოლოდ პასუხობენ ზარის განმარტებების დაუყოვნებელ მოთხოვნებს, აგრეთვე ეფექტური აღმოჩნდა თავის დანებებასთან მიმართებაში თვითდახმარებასთან შედარებით (RR 1.27, 95% CI 1.20, 1.36). საერთო მტკიცებულება აჩვენებს, რომ შეწყვეტის ზარებს აქვთ პოტენციალი არამხოლოდ უზრუნველყონ ეფექტური დახმარება მათთვის ვისაც ეს ჭირდება, არამედ ზოგადად გაზარდონ თავის დანებების შემთხვევები თამბაქოს მოხმარებლებს შორის. ეს კარგი საშუალებაა იმისათვის, რომ თამბაქოს მოხმარებლებმა იცოდნენ, სადაც არ უნდა იყვნენ მათ ხელი მიუწვდებოდა დახმარებაზე⁴.

რეკომენდაციები:

- დადასტურებულია, რომ აქტიური სატელეფონო კონსულტაცია თამბაქოსათვის თავის დანებების ეფექტური ინტერვენციაა (A მტკიცებულების დონე)
- სულ მცირე ორი სესია მნიშვნელოვანია თავის დანებების მაჩვენებლის გაზრდისათვის. უცნობია ზარების რაოდენობის ორზე მეტით გაზრდის შემთხვევაში რა სარგებლობა იქნება (B მტკიცებულების დონე).

გამოყენებული ლიტერატურა

1. NHS guided self help talking therapies, www.nice.org.uk/PH010
2. Centers for Disease Control and Prevention. Telephone Quit lines: A Resource for Development, Implementation, and Evaluation. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on

Smoking and Health, Final Edition, September 2004.

3. Tzelepis F, Paul CL, Walsh RA, McElduff P, Knight J. Proactive telephone counseling for smoking cessation: meta-analyses by recruitment channel and methodological quality. *J Natl Cancer Inst.* 2011;103(12):922-41.
4. Stead LF, Hartmann-Boyce J, Perera R, Lancaster T. Telephone counselling for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 8. Art. No.: CD002850. DOI: 10.1002/14651858.CD002850.pub3.

4.2.4.4 თვითდახმარების მასალები

აღნიშნული კატეგორია მოიცავს: ბროშურებს, ლიფლეტებს, სახელმძღვანელოებს, მედია საშუალებებს, აქტიურ სატელეფონო დახმარების ხაზებს, კომპიუტერსა და ინტერნეტზე დამყარებულ პროგრამებს, ისევე როგორც სხვადასხვა სათემო პროგრამებს. თვითდახმარების გამოყენება განსაზღვრულია როგორც “ნებისმიერი სახელმძღვანელო ან პროგრამა რომელიც გამოიყენება პიროვნების მიერ რათა მოხდეს თავის დანებების ხელშეწყობა, რაც არ განხორციელდა ჯანდაცვის წარმომადგენლების, კონსულტანტების ან ჯგუფური დახმარების მიერ”.

თვითდახმარების მასალის კითხვარისა და

შეკითხვების მაგალითი

რატომ ვიყენებთ თამბაქოს?

- რა იწვევს მოწევის გაგრძელებას თამბაქოსათვის თავის დანებების მრავალრიცხოვანი მცდელობის მიუხედავად, რათა მოხდეს თამბაქოს მიერ გამოწვეული ავადმყოფობისა და სიკვდილიანობის შეწყვეტა?
- შეგვიძლია თუ არა წარმოვიდგინოთ, რომ მწვევლებს არ ანაღვლებთ საკუთარი ჯანმრთელობა თუ ისინი უბრალოდ ფიქრობენ რომ “ეს საზიანო ეფექტი მე არ შემემთხვევა”?
- ნუთუ ისინი ვერ ახდენენ საგანმანათლებლო მასალებში მოცემული საზიანო ეფექტების რეალიზებას? თუ არის რაღაც სხვა რაც შეუძლებელს ხდის მათთვის თავის დანებებას ზიანის გაცნობიერების მიუხედავად?
- შესაძლოა თუ არა ეს იყოს ფსიქო ქცევითი და

ფიზიკური ცვლილება, რომელიც გამოწვეულია თამბაქოში არსებული ქიმიური ნივთიერებით? ცხადია, რომ საქმე ამაშია^{3,4}.

თამბაქოზე დამოკიდებულება

- ნიკოტინზე დამოკიდებულების ინტენსივობა ძალიან მაღალია, ის უფრო მაღალია ჰეროინსა და კოკაინზე ან უტოლდება მათ. გაცილებით მეტია მიჩვევა ვიდრე ალკოჰოლის, კანაბისის ან ლიზერგიული მჟავის დეტილამიდის LSD და მსგავსი ნარკოტიკების შემთხვევაში.
- თამბაქოს ქრონიკული გამოყენება ანუ მწვევლობა აღიარებულია როგორც დაავადება ყველა ფსიქიატრიული სამედიცინო ორგანოს მიერ, მათ შორის იწვევს ფიზიკურ და ფსიქოლოგიურ ქრონიკულ დაავადებებს, ასევე თამბაქოზე დამოკიდებულებას ან ნიკოტინზე დამოკიდებულებას.
- სიგარეტების უმეტესობა არის არა თავისუფალი არჩევანით განპირობებული ქცევა, არამედ ნიკოტინზე დამოკიდებულებით, რომელიც წარმოადგენს მიჩვევის მაღალი მაჩვენებლის მქონე ნარკოტიკს და გვხვდება თამბაქოს ყველა პროდუქტში⁵.
- თამბაქოს ქრონიკული გამოყენება დამტკიცებულია, რომ იწვევს მრავალ დაავადებას და სიკვდილიანობას, რაც უკავშირდება თამბაქოში არსებულ მრავალრიცხოვან ტოქსინებსა და კარცინოგენულ მინარევებს.
- თამბაქოს მწარმოებლები მიმართავენ ბევრ სტრატეგიას, რათა გაზარდონ ნიკოტინზე დამოკიდებულება თამბაქოს პროდუქტებში: დანამატების, არომატიზატორების, ფილტრის თავისებურებებით და ა.შ.
- თამბაქოს ინდუსტრია მუდმივად ახდენს ინვესტიციებს ახალ ბაზარზე რათა მიზანში ამოიღოს პოტენციურ მომხმარებელთა უმწეო კატეგორიები, მაგ. ბავშვები და ახალგაზრდები რომელიც ყველაზე მეტად ზარალდება.
- თამბაქოს ინდუსტრიაზე საპასუხო საუკეთესო მეთოდია თითოეული ადამიანისათვის მეცნიერულ მონაპოვარზე დაყრდნობით ინფორმაციის მიწოდება

და უნარის გამომუშავება ამ გამოწვევაზე საპასუხოდ.

თამბაქოს გამოყენების ინდივიდუალური შედეგები⁶

- ორიდან ერთი მწვეელი ილუპება ნაადრევად თამბაქოსთან დაკავშირებული დაავადების შედეგად.
- თამბაქოს გამოყენება არის ერთადერთი უდიდესი მიზეზი სიკვდილისა, რომლის პრევენციაც შესაძლებელია.
- ამ სიკვდილიანობის ნახევარზე მეტი ხდება 35-დან 69-მდე ასაკის ხალხში.
- ყოველდღიურად მსოფლიოს მასშტაბით თამბაქოთი გამოწვეული სიკვდილიანობის რიცხვი, უტოლდება ორმოცდაათი თვითმფრინავის აფეთქებით გამოწვეულ ზარალს.
- თამბაქოს გამოყენება იწვევს: 87% ფილტვის კიბოთი გარდაცვალებას, 82% ქრონიკულ პულმონარულ დაავადების შემთხვევას, 21% გულის კორონარულ დაავადებას და 18% ინსულტს.
- თამბაქოს გამოყენება იწვევს გართულებებს ფეხმძიმობისას.
- თამბაქოს გამოყენება იწვევს არასასიამოვნო სუნს სუნთქვისას, თმაზე და ტანსაცმელზე, აგრეთვე ალაქაქებს კბილებს, ფრჩხილებს და კანს და აფუჭებს ტანსაცმელს.
- თამბაქოს გამოყენება ამცირებს ათლეტურ შესაძლებლობებს.
- თამბაქო არის ხანძრისა და შემთხვევითი სიკვდილიანობის მთავარი მიზეზი.
- თამბაქოს გამოყენების შედეგად ხდება სხვა ნარკოტიკული ნივთიერებების მოხმარებაც და თამბაქოზე დამოკიდებული პიროვნება მეტადაა მიდრეკილი, რომ მოსინჯოს სხვა ნარკოტიკული საშუალებებიც.

თამბაქოს მომხმარებელთა გავლენა ოჯახის წევრებზე, მეგობრებსა და თანამშრომლებზე⁶

- თქვენ აიძულებთ თქვენს ოჯახს, მეგობრებსა და თანამშრომლებს რომ გახდნენ თამბაქოს მეორადი კვამლის მომხმარებლები.
- თამბაქოს მეორადი კვამლის ჩასუნთქვა ზრდის

ფილტვების კიბოს 30%-ით. ეს კი თავის მხრივ იწვევს 3000 ფილტვის კიბოთი დამატებით გარდაცვალების შემთხვევას ყოველ წელს.

- ჩვილებს და ბავშვებს, რომლებსაც უზღუდავ იყვნენ მეორადი მომხმარებლები აქვთ ასთმის, ისევე როგორც სხვა სასუნთქი დაავადებების, ავთვისებიანი სიმსივნის და ჯანმრთელობის სხვა პრობლემების მეტი რისკი. ეს დაავადებები იწვევენ ჰოსპიტალიზირების გაზრდილ მაჩვენებელს და სკოლის გაცდენას.
- თამბაქოს კვამლის გარემოში ყოფნა ზრდის ნაადრევი მშობიარობის შემთხვევებს და აგრეთვე ჩვილის უეცარი გარდაცვალების სინდრომს.
- არამწვეკვლ ახალგაზრდებს, რომლებიც ისუნთქავენ გამონაბოლქვს, აქვთ სასუნთქი დაავადებების და სიმპტომების მეტი შანსი, რომლებიც განაპირობებენ სამსახურიდან და სხვა საქმიანობებიდან მოცდენას.
- მწვეკვლთა მეუღლეებს აქვთ გულის დაავადებების და ფილტვების კიბოს მეტი შანსი.

თამბაქოს მოხმარების შეწყვეტის სარგებლიანობა

1. მოკლევადიანი სარგებლიანობა

- 20 წუთის შემდეგ სისხლის წნევა და პულსი ხდება ნორმალური.
- 8 საათის შემდეგ ნახშირის მონოქსიდი და ჟანგბადის დონე სისხლში ხდება ნორმალური.
- 24 საათის შემდეგ ხდება სხეულიდან ნახშირის მონოქსიდის გამოდევნა. ფილტვები იწყებენ ლორწოს და მწვეკვლობის ნარჩენების გაწმენდას. მცირდება გულის შეტევის რისკი.
- 48 საათის შემდეგ სხეულში აღარ არის ნიკოტინი. ნერვის დაბოლოებები იწყებენ რეგენერაციას. სურნელი და გემოს შეგრძნება უმჯობესდება.

2. გრძელვადიანი სარგებლიანობა:

- გაუმჯობესებული სუნთქვა
- მეტი ფიზიკური ენერგია
- კანის უკეთესი ტონალობა
- თამბაქოსთან დაკავშირებული ისეთი დაავადებების რისკების შემცირება, როგორებიცაა
 - ფილტვის კიბო

- ემფიზემა
- ფილტვების ქრონიკული ობსტრუქციული დაავადება
- გულის შეტევით უეცარი სიკვდილი
- გულის კორონარული დაავადება
- ათეროსკლეროზი, არტერიების შევიწროება
- ინსულტი
- ქრონიკული ბრონქიტი

სამზადისი თავის დასანებებლად

რაც მეტად მოემზადებით თავის დასანებებლად, მეტია წარმატების შანსი⁶. ზოგიერთი შეთავაზება მოიცავს:

- გადაწყვიტე პოზიტიურად, რომ გინდა თავი დაანებო
- ჩამოწერე მიზეზები, მათ შორის პიროვნული, სამედიცინო ეფექტები, ჯანმრთელობის გაუმჯობესება, ფინანსური სარგებელი და სხვების წინაშე ვალდებულია
- გაუმეორე თითოეული ეს მიზეზი საკუთარ თავს რამდენჯერმე ყოველ დღით
- დაიწყე რაიმე ელემენტარული ვარჯიში. დაისვენე და მიიღე მეტი სითხე.
- დანიშნე დრო თავის დასანებებლად მომდევნო ორი კვირის განმავლობაში.
- განსაზღვრე თავის დანებების ბარიერები. რატომ იქნება ეს რთული? რა სიტუაციები განდომებთ თამბაქოს? რისი გაკეთება შეგიძლია ამის შესაცვლელად?
- ჩამოწერე იმ ხალხის სახელები რომლებიც მხარს უჭერენ შენს გადაწყვეტილებას თავის დანებების შესახებ, როგორებიც არიან ოჯახის წევრები, მეგობრები და თანამშრომლები. განიხილე შენი გეგმები მათთან.
- თუ რომელიმე მათგანი მწვეკელია, სთხოვე რომ თავი შეიკავონ შენი თანდასწრებით მოწვევისაგან ან უკეთესი, სთხოვე შემოგიერთდეს თავის დანებებაში.
- გაასუფთავე ის ადგილები სადაც ჩვეულებრივ ეწევი ხოლმე ყველაფრისაგან რაც გაგონებს სიგარეტს, მაგ:
 - სანთებლები
 - საფერფლეები
 - ასანთებები

- დაასუფთავე სახლი და მანქანა. შეეცადე გამოდევნო თამბაქოს სუნი რაც შეიძლება მეტად.
- ჩამოწერე საქმიანობები, საყვარელი აქტივობები და ინტერესები, რისი გაკეთებაც შეგიძლია რომ ყურადღება მოწვევისაგან სხვა რამეზე გადაიტანო.
- მოემზადე თავის დანებების სიმპტომებისათვის და იმისათვის, თუ როგორ უნდა გადაჭრა ისინი.
- იყავი მზად თავის დანებების გართულებისათვის. გაიგე მეტი უკან დახვეის სინდრომიზე.
- ნიკოტინის აღკვეთის მდგომარეობა შედგება სიმპტომებისაგან, რომლებსაც იწვევს ნიკოტინის მარაგის უეცარი შეწყვეტა. ნიკოტინის აღკვეთა შესაძლოა გამოიხატოს თავის დანებებიდან 4-12 საათში ისეთი სიმპტომებით როგორებიცაა:
 - მოწვევის მწვავე, უკონტროლო მოთხოვნილება (სწრაფვა);
 - გაღიზიანება;
 - მოუსვენრობა, სიბრაზე, აღზნებადობის შეგრძნებები;
 - დაღლილობა;
 - მადის მომატება, განსაკუთრებით ტკბილეულის მოთხოვნილება, წონაში მომატება;
 - კონცენტრირების გართულება, ცუდი მენსიერება;
 - დეპრესია;
 - თავის ტკივილები;
 - უძილობა;
 - თავბრუსხვევა.

თერაპიები რომლებიც თავის დანებებაში გვეხმარება

- თამბაქოზე დამოკიდებულების სამკურნალოდ გამოყენებული ორი კომპონენტი, რომლებიც დამტკიცდა რომ ეფექტურია, არის კონსულტაცია და ფარმაცოთერაპია.
- ფარმაცოლოგიური თერაპია არის არსებითი მნიშვნელობის და მოიცავს მრავალრიცხოვან მედიკამენტებს, როგორებიცაა ნიკოტინის ჩამანაცვლებლები, რომლებიც გვხვდება სხვადასხვა ფორმით (საღეჭი რეზინი, ცხვირის სპრეი, ინჰალატორი, ტაბლეტები) და ანტი დეპრესანტები, ნიკოტინის რეცეპტორის ანტაგონისტები და ა.შ.

- უნდა მიმართოთ თქვენს თერაპევტს ან ფარმაცოლოგს, რომ გამოგიწეროთ ან გირჩიოთ მედიკამენტი თავის დასაწებებლად.
- ჯანდაცვის წარმომადგენელთა დახმარებით შესაძლოა გამოყენებული იქნას სხვადასხვა ფარმაცოლოგიური თერაპიების კომბინაცია, გაიზარდოს თერაპიის ხანგრძლივობა, და მოხდეს დოზების ინდივიდუალური დანიშვნა გვერდითი მოვლენების თავიდან ასაცილებლად.
- შესაძლოა სასარგებლო აღმოჩნდეს საინფორმაციო ფურცლები, ბროშურები, სხვადასხვა საგანმანათლებლო თუ თვითდახმარების ან მედია მასალები, მათ შორის ინტერნეტ საშუალებები და სატელეფონო ხაზები.
- CBT არის თერაპიული ტექნიკა, რომელიც ისწრაფვის შეცვალოს აზროვნების ჩვეულებები და შეგრძნებები მოწვევის და საკუთარი თავის შესახებ და ამხნევებს და იძლევა რჩევას მოწვევის სურვილის მინიმუმამდე დაყვანისა და მისი მართვის გზების შესახებ.
- ოპტიმალურად, ინდივიდუალური მოწვევისათვის თავის დანებების სტრატეგიები მოიცავენ რჩევას (რეკომენდაციას თავის დანებების შესახებ) და ფარმაცოლოგიურ მკურნალობას (ვარენიკლინი, ბუპროპიონი, NRT და ა.შ.) ისევე როგორც კოგნიტიურ ქცევით თერაპიას (CBT).

პაციენტის საგანმანათლებლო მასალების ეფექტურობა

კვლევები ადასტურებენ თამბაქოსათვის თავის დანებების პროგრამებში გამოყენებული საგანმანათლებლო მასალების ეფექტურობას.

სულ ცდა ჩაუტარდა 2000-მდე მოზრდილს, სადაც გამოყენებული იყო სტანდარტული 13 გვერდიანი მოწვევის თვითშეწყვეტის სახელმძღვანელო (საკონტროლო ჯგუფი), პარალელურად გამოყენებული იყო 28 გვერდიანი Free & Clear (F&C) მოწვევის თვით შეწყვეტის სახელმძღვანელო, F&C სახელმძღვანელო და სოციალური დახმარების ინსტრუქციები მწველის ოჯახისა და მეგობრებისათვის და F&C სახელმძღვანელო და სოციალური დახმარების ინსტრუქციები და ოთხი სატელეფონო ხარი

ცხრილი 4.5: მოწვევის თავიდან ასაცილებელი პრაქტიკული რჩევები⁷

ქცევითი სტრატეგიების მაგალითები/მოწვევის თავის არიდების რჩევები
- ისწავლეთ პირველ სიგარეტზე უარის თქმა;
- გადაადგეთ „მოწვევის ინსტრუმენტი“: სანთებელა, საფერფლე, სიგარეტის კოლოფი;
- შეცვალეთ თქვენი დღიური რუტინა;
- მოერიდეთ ყავის, კოლას ან ჩაის მოხმარებას;
- როდესაც გრძნობთ მოწვევის ძლიერ სურვილს, დალიეთ დიდი ფინჯანი წყალი ან ხილის გამოწურული წვენი;
- მიირთვით დღეში 3-5-ჯერ;
- საუზმე: ნატურალური წვენები, რძის პროდუქტები, შესაძლოა ხორცი, კვერცხი; ფრთხილად იყავით დილის ყავის სმის დროს სიგარეტთან;
- სამხარი და ვახშამი: უკეთესია ნედლი ბოსტნეული ან ხილი, მწვანე ბოსტნეული, ხილი;
- ძილის წინ - ფინჯანი ყავა ან ჩაი;
- უნდა მოერიდოთ : კვებას შორის ჭამას, ტკბილეულს, ცომეულს, შოკოლადებს;
- დალიეთ 2 ლიტრზე მეტი წყალი დღეში;
- ფიზიკური ვარჯიში, სუფთა ჰაერზე სეირნობა, რელაქსაციის ტექნიკის ცოდნა;
- დაიწყეთ ახალი სპორტი;
- მოერიდეთ მწვევლების გარემოცვას, სადაც გექნებათ მოწვევის ცდუნება;
- დაზოგეთ ფული, რასაც ხარჯავდით სიგარეტში - სამაგიეროდ იყიდეთ რაიმე საჩუქარი!

სპეციალისტებთან⁷. F&C სატელეფონო კონსულტაციის პროგრამა და თვითდახმარების მასალები აღმოჩნდა ეფექტური სტრატეგია მოწვევის ინდივიდუალურად შემწყვეტათვის. თვითდახმარების სახელმძღვანელოს და ოჯახის წევრებისა და მეგობრებისათვის სოციალური მხარდაჭერის ინსტრუქციების გამოყენებამ არ მოახდინა მნიშვნელოვანი გაუმჯობესება პიროვნების სურვილში,

რომ თავი დაენებებინა მოწვევისათვის, F&C ოთხი ზარის პროგრამის⁸ გამოყენებასთან შედარებით.

მეტა ანალიზის მიხედვით, რომელიც მიმართული იყო იმ თვითდახმარების ბროშურების გავლენის შესაფასებლად რომლებიც გამოიყენებოდა როგორც ინდივიდუალური ჩარევისათვის ასევე კონსულტაციასთან შეთავსებით, თვითდახმარებამ მნიშვნელოვნად არ გაზარდა მოწვევისათვის თავის დანებების მაჩვენებელი, ისეთ სხვა მინიმალურ ჩარევებთან შედარებით როგორებიცაა ჯანდაცვის წარმომადგენლის რჩევა ან ნიკოტინის ჩანაცვლების თერაპია². მასალები რომლებიც მორგებულია ინდივიდუალურად, უკეთესია ზოგად მასალებზე².

რეკომენდაციები:

- მოწვევისათვის თავის დანებების მსურველთათვის საჭიროა ინფორმაციაზე ხელსაწვდომობა.
- არ არის დადასტურებული, რომ თვითდახმარების მასალებით შესაძლებელია დამატებითი სარგებლობის მიღება სხვა მინიმალურ ინტერვენციებთან შედარებით (B მტკიცებულების დონე).
- მასალები, რომლებიც მორგებულია ინდივიდუალურ მწვევლზე, უფრო ეფექტურია ვიდრე ზოგადი მასალები, თუმცა გავლენა მოწვევისათვის თავის დანებების მაჩვენებელზე მცირეა (B მტკიცებულების დონე).

გამოყენებული ლიტერატურა

1. NHS guided self help talking therapies, www.nice.org.uk/PH010
2. Hartmann-Boyce J, Lancaster T, Stead LF. Print-based self-help interventions for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2014, Issue 6. Art. No.: CD001118. DOI: 10.1002/14651858.CD001118.pub3
3. Benowitz NL. Neurobiology of nicotine addiction: implications for smoking cessation treatment. Am J Med. 2008;121:S3-S10.
4. Benowitz NL. Pharmacology of nicotine: addiction, smoking-induced disease and therapeutics, Ann. Rev Pharmacol Toxicol. 2009;49:57-71.
5. Doll R, Peto R, Boreham J, Sutherland I. Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. BMJ 2004;328:1519.

6. ACCP kit (5=1 from M1 chapt BD)
7. Orleans C.T., Schoenbach V., Wagner E. et. al., Self-Help Quit Smoking Interventions: Effects of Self-Help Materials, Social Support Instructions, and Telephone Counseling, J. Consult Clin Psychol. 1991;59(3):439-

4.2.4.5 კომპიუტერის/ინტერნეტის გამოყენება

კომპიუტერის და ინტერნეტის გამოყენებით არსებულ ზარეკებს აქვთ პოტენციალი, რომ გამოყენებული იქნას მწველი მოსახლეობის უმრავლესობის მიერ, აგრეთვე შესაძლოა უფრო ეფექტური იყოს ახალგაზრდებთან სამუშაოდ და ნაკლებად ხარჯიანია. ასეთი ზარეკები შესაძლოა გამოყენებული იქნას როგორც ინდივიდუალური მკურნალობა, სადაც მოხდება პაციენტისაგან ინფორმაციის შეგროვება და შემდეგ ალგორითმების გამოყენება საპასუხო ქმედებების ან რეკომენდაციების ჩამოსაყალიბებლად. ახლანდელი აპლიკაციები მოიცავენ მონაცემთა მრავალჯერად იტერაციებს, მოწვევისათვის თავის დანებების გეგმის შემუშავებას და მონიტორინგს და აქტიურ ელექტრონულ მიმოწერას მომხმარებლებთან.

პოზიტიური შედეგები მოიტანა მოსახლეობის კვლევამ, სადაც გამოყენებული იყო ცვლილების ეტაპების და ინტერნეტ პროგრამის მიერ შემოთავაზებული ინტერნეტ გამოკითხვის გათვალისწინებით მიღებული კომპიუტერული ანგარიშები. მოზარდებში ჩატარებულმა კვლევამ აჩვენა პოზიტიური შედეგები იმ კომპლექსურ ზარეკაზე ხელსაწვდომობით, რომელიც მოიცავდა ინტერაქტიულ კომპიუტერულ ზარეკას, რჩევას სპეციალისტისაგან, მოკლე სამოტივაციო ინტერვიუს და სატელეფონო სესიებს (საკონტროლო პირობა იყო ინფორმაცია მეტი ხილის და ბოსტნეულის მიღების შესახებ)¹.

კვლევამ აჩვენა, რომ ინტერნეტზე დაფუძნებულ მოწვევისათვის თავის დასანებებელ პროგრამებს შეუძლიათ დადებითი გავლენის მოხდენა თავის დანებების მაჩვენებელზე, თუმცა, არ იქნა დადასტურებული მუდმივი ეფექტი და მტკიცებულებები იყო რისკის ქვეშ. ინტერნეტ პროგრამები, რომლებიც უზრუნველყოფენ ინდივიდუალურად მორგებულ ინფორმაციას და

მზარდაჭერას, შესაძლოა იყოს ურო ეფექტური ვიდრე ფიქსირებული ინტერნეტ გვერდი და შესაბამისად, ის პროგრამები რომლებიც იყო ინტერაქტიული აღმოჩნდა მეტად ეფექტური. ინტერნეტი შესაძლოა იყოს მეტად შედეგიანი თუ იქნება გამოყენებული სხვა ზარეკებთან პარალელურად, როგორიცაა მაგ. NRT ან სხვა ფარმაცოთერაპია. ინტერნეტით უზრუნველყოფილი ინოვაციური მოწვევისათვის თავის დანებების ინტერვენციები შესაძლოა იყოს უფრო მიმზიდველი მწველი ახალგაზრდებისა და ქალებისათვის და ნაკლებად მიმზიდველი იმ მწველებისათვის, რომლებიც უჩივიან დეპრესიას³. დამატებითი კვლევა საჭირო, რათა უკეთ იქნას გაგებული ინტერნეტ საინტერვენციო პროგრამების ღირებულება.

რეკომენდაციები:

- საჭიროა კვლევის ჩატარება ინტერნეტზე დაფუძნებული მოწვევისათვის თავის დასანებებელი ინტერვენციების შესახებ რეკომენდაციის მიცემამდე.

გამოყენებული ლიტერატურა

1. NHS guided self help talking therapies, www.nice.org.uk/PH010
2. Civiljak M, Stead LF, Hartmann-Boyce J, Sheikh A, Car J. Internet-based interventions for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 7. Art. No.: CD007078. DOI: 10.1002/14651858.CD007078.pub4
3. Gainsbury S.M., Blaszczynski A. A systematic review of Internet-based therapy for the treatment of addictions, Clinical Psychology Review, 2011;31(3):490-498.

4.3 > თამბაქოზე დამოკიდებულების ფარმაცოლოგიური მკურნალობა

რამდენადაც მოწვევა ქრონიკულ დაავადებას წარმოადგენს, ის გულისხმობს მრავალი კომპონენტისაგან შემდგარ თერაპიულ ზარეკას, საიდანაც გადამწვეტად გვევლინება ფარმაცოლოგიური თერაპია. სხვადასხვა ევროპულ ქვეყნებში მედიკამენტების დასამტკიცებლად ჩართულია ევროპისა და ეროვნული მარეგულირებელი ორგანოები. მითითებულია თამბაქოსათვის თავის დასანებებელი

მედიკამენტების ორი კატეგორია: პირველადი მედიკამენტები და მეორადი მედიკამენტები

პირველადი მედიკამენტები ეფექტური აღმოჩნდა თამბაქოზე დამოკიდებულების სამკურნალოდ, მათ გააჩნიათ უფრო მაღალი უსაფრთხოების დონე და დამტკიცებულია ევროპული სამედიცინო სააგენტოს მიერ. პირველადი მედიკამენტი უნდა იყოს პირველი არჩევანი ნებისმიერი სპეციალისტისათვის ნიკოტინზე დამოკიდებულების სამკურნალოდ. დამტკიცებულია სამი კატეგორიის მედიკამენტები თამბაქოსათვის თავის დასაწებებად, რომლებიც წარმოადგენენ პირველად თერაპიას და მათ შორისაა: ნიკოტინის ჩანაცვლების თერაპია, ვარენიკლინი და ბუპროპიონი (იხილეთ ცხრილი 4.6).

თამბაქოსათვის თავის დაწებების მეორადი მედიკამენტები მოიცავენ ნაწილობრივ ნიკოტინის რეცეპტორების ანტაგონისტურ სიტიზინს (რომელიც ამ აღნიშვნით გამოიყენება სამხრეთ ევროპულ ქვეყნებში). სამ ციკლოვანი ანტი დეპრესანტული ნორტრიპტილინი და ანტი ჰიპერტენზიული ქლონიდინი რეგისტრირებულია ბევრ ქვეყანაში, მაგრამ არა მოწვევისათვის თავის დასაწებებად. ნორტრიპტილინი დამტკიცებულია, როგორც ანტი დეპრესანტი, მაგრამ არა როგორც მოწვევისათვის თავის დასაწებებელი წამალი. თამბაქოსათვის თავის დასაწებებად რეკომენდებული მეორადი მედიკამენტები წარმოდგენილია ნაცადი ეფექტურობის მქონე მედიკამენტებით, მაგრამ უფრო მცირე მასშტაბით, ვიდრე პირველადი მედიკამენტები, რაც გამოწვეულია იმით, რომ ისინი არ წარმოადგენენ EMEA ს მიერ დამტკიცებულ მედიკამენტს თამბაქოსათვის თავის დაწებების სამკურნალოდ ან მათ მეტი გვერდითი მოვლენები შეიძლება ახასიათებდეთ, ვიდრე პირველად მედიკამენტებს. ზოგადად ისინი რეკომენდებულია როდესაც ვერ ხერხდება გარკვეული მიზეზების გამო პირველადი მედიკამენტების გამოყენება (ეფექტურობის ნაკლებობა, კონტრა მითითებები და ა.შ.).

უკანასკნელი რამდენიმე წლის განმავლობაში მიღწეული იქნა მნიშვნელოვანი პროგრესი თამბაქოსათვის თავის დასაწებებად გამოყენებული მედიკამენტების ეფექტურობის კუთხით. მონო თერაპიის გარდა, შესაძლოა

გამოყენებული იქნას სხვადასხვა ფარმაცოლოგიური თერაპიების კომბინაცია თავის დაწებების შანსის გასაზრდელად. აღნიშნული მკურნალობის ეფექტურობას ზრდის ისეთი დამატებითი სტრატეგიები როგორებიცაა თერაპიის ხანგრძლივობის გაგრძელება, დოზების ინდივიდუალური დანიშვნა გვერდითი მოვლენების თავიდან ასაცილებლად და ზოგადი მედიკამენტები.

პირველი რიგის მედიკამენტების ეფექტურობა

2008 წელს 83 შემთხვევითი ცდისაგან შემდგარმა მეტა ანალიზმა, რომელიც იკვლევდა სხვადასხვა მედიკამენტების ეფექტურობას მკურნალობის შემდეგ ექვსი თვის განმავლობაში თავის დაწებების მაჩვენებელთან მიმართებაში, აჩვენა, რომ თამბაქოსათვის თავის დასაწებებელი მედიკამენტების უმრავლესობამ (ნიკოტინის საფენი, სალექი რეზინი, ტაბლეტი, ნაზალური სპრეი, ინჰალატორი და ბუპროპიონი) დაახლოებით გააორმაგა თავის დაწებების მიღწევის შანსები (იხ. ცხრილი 4.7).¹ მოწვევისაგან თავის შეკავების მაჩვენებელმა ექვსი თვის მანძილზე იმ პაციენტებს შორის, რომლებსაც დანიშნული ქონდათ პლაცებო მკურნალობა, შეადგინა 14% ფარმაცოთერაპიების უმრავლესობას შორის არსებულ 19% და 26% თან შედარებით. რამდენადაც ზოგიერთი კვლევა მოიცავდა კონსულტაციას კვლევის სხვა ინტერვენციების პარალელურად, ეს ეფექტურობის მაჩვენებლები ასახავენ აგრეთვე კონსულტაციის მეშვეობით მიღებულ სარგებელს.

ვარენიკლინი და ნიკოტინის ჩამანაცვლებელი თერაპიის კომბინაციის გამოყენება (ნიკოტინის საფენის დამატებული NRT ს მოკლევადიანი ფორმა როგორიცაა ნიკოტინის სალექი რეზინი ან ტაბლეტი გამოყენებული 14 კვირაზე მეტი დროით) ასოცირდებოდა მოწვევისაგან თავის შეკავების ყველაზე მაღალ მაჩვენებელთან 33% ით და 37%-ით.¹ ეს მაჩვენებლები მნიშვნელოვნად აღემატებოდა მონო თერაპიის (ნიკოტინის საფენი) მაჩვენებელს. ამ ორი მედიკამენტის სარგებლიანობა აგრეთვე გამოიხატა ცდებში, სადაც ისინი შეადარეს ინდივიდუალურ აგენტებს, როგორებიცაა ნიკოტინის საფენი ან ბუპროპიონი.^{2,3}

Cochrane Collaboration ის მიერ მეორე არც თუ ისე დიდი

ცხრილი 4.6: თამბაქოსათვის თავის დანებების პირველადი მედიკამენტები (ადაპტირებული Fiore M.C. დან)¹

თამბაქოზე დამოკიდებულების ფარმაკოლოგიური მკურნალობა		
სამკურნალო საშაუალება	დოზა	ინსტრუქცია
ბუპროპიონი	1-3 დღეს: 150მგ ყოველ დილით; მე-4 დღეს და შემდგომ: 150მგ 2-ჯერ დღეში (სულ მცირე 8 საათში ერთი) მკურნალობის დასრულებამდე	მიღება დაიწყეთ მოწევის შეწყვეტამდე 1-2 კვირით ადრე; გამოიყენეთ 2-6 თვის განმავლობაში
ნიკოტინის საღებავი	2მგ - პაციენტი ეწევა ≤ 24 ლერს/დღეში; 4მგ - პაციენტი ეწევა ≥ 25 ლერს/დღეში; რეკომენდირებული დოზა: 8-12 საღებავი რეზინი/დღეში	გამოიყენეთ 3-6 თვის განმავლობაში
ნიკოტინის ინჰალატორი	6-16 კატრიჯი/დღეში, ერთ კატრიჯს შეუძლია 4მგ ნიკოტინის მიწოდება 80 შესახურებით	გამოიყენეთ 6 თვემდე ვადით
ნიკოტინის აბები (ლოზენგე)	1,2 და 4მგ; ერთი აბი 1-2 საათში; 2მგ თუ პაციენტი ეწევა პირველ ღერს გაღვიძებიდან 30 წუთში ან უფრო მერე; 4მგ თუ გაღვიძებიდან 30 წუთამდე პერიოდში ეწევი პირველ ღერს	გამოიყენეთ 3-6 თვის განმავლობაში
ნიკოტინის ნახალური სპრეი	0.5მგ/ნესტოში; 1-2 დოზა/საათში; ლიმიტი: 8-40 დოზა/დღეში	გამოიყენეთ 3-6 თვის განმავლობაში
ნიკოტინის საფენი	7, 14, 21 მგ/24 საათში (ან 10/15/25მგ/16) თუ პაციენტი 10 ღერს ეწევა დღეში, 21მგ/დღეში 4 კვირის განმავლობაში, შემდეგ 14მგ/დღეში ორი კვირით, შემდეგ 7მგ/დღეში ორი კვირით; თუ პაციენტი ეწევა 10 ღერზე ნაკლებს დღეში, დაიწყეთ 14მგ/დღეში 6 კვირის განმავლობაში, შემდეგ 7მგ/დღეში ორი კვირით	გამოიყენეთ ახალი საფენი ყოველ დილით 8-12 კვირის განმავლობაში მტკიცებულება ადასტურებს გაზრდილ ეფექტურობას როცა გამოიყენება 3-6 თვის განმავლობაში
ვარენიკლინი	1-3 დღე: 0.5მგ ყოველ დილით; 4-7 დღე: 0.5მგ ორჯერ დღეში; 8-დასრულებამდე: 1მგ ორჯერ დღეში	მიღება დაიწყეთ მოწევის შეწყვეტამდე ერთი კვირით ადრე; გამოიყენეთ 3-6 თვის განმავლობაში
კომბინირებული თერაპია - FDA-ს მიერ მოწევის შეწყვეტის კომბინირებულ მკურნალობის მეთოდად აღიარებულია ბუპროპიონ SR და ნიკოტინის საფენის კომბინაცია		
ნიკოტინის საფენი + ბუპროპიონი	მიყევით შესაბამისი წამლის ზემოაღნიშნულ ინსტრუქციებს	მიყევით შესაბამისი წამლის ზემოაღნიშნულ ინსტრუქციებს
ნიკოტინის საფენი + ინჰალატორი ნიკოტინის საფენი + ლოზენგე ნიკოტინის საფენი + საღებავი რეზინი	მიყევით შესაბამისი წამლის ზემოაღნიშნულ ინსტრუქციებს	მიყევით შესაბამისი წამლის ზემოაღნიშნულ ინსტრუქციებს

ცხრილი 4.7: მოწვევისათვის თავის დასაწებელი პირველი რიგის მედიკამენტების მონოთერაპიისა და კომბინაციური თერაპიის ეფექტურობა

ფარმაცოთერაპია	მოწვევისაგან თავის შეკავების OR (95% CI) მაჩვენებელი	მოწვევისაგან თავის შეკავების მაჩვენებელი
პლაცებო	1.0	13.8
მონო თერაპია		
ნიკოტინის საფენი	1.9 (1.7 - 2.2)	23.4 (21.3 - 25.8)
მაღალი დოზის შემცველი საფენი	2.3 (1.7 - 3.0)	26.5 (21.3 - 32.5)
ნიკოტინის ინჰალატორი	2.1 (1.5 - 2.9)	24.8 (19.1 - 31.6)
ნიკოტინის სალუჭი რეზინი	1.5 (1.2 - 1.7)	19.0 (16.5 - 21.9)
ბუპროპიონი	2.0 (1.8 - 2.2)	24.2 (22.2 - 26.4)
ვარენიკლინი	3.1 (2.5 - 3.8)	33.2 (28.9 - 37.8)
კომბინირებული თერაპია		
საფენი+ინჰალატორი	2.2 (1.3 – 2.6)	25.8 (17.3 – 36.5)
საფენი+სალუჭი	2.6 (2.5 – 5.2)	26.5 (28.6 – 45.3)
საფენი+ბუპროპიონი	2.5 (1.9 – 3.4)	28.9 (23.5 – 25.1)
საფენი (ხანგრძლივად; 14 კვირაზე მეტი)+სალუჭი ან სპრეი	3.6 (2.5 – 5.2)	36.5 (28.6 – 45.3)

რესურსი: თამბაქოს მოხმარებისა და დამოკიდებულების მკურნალობა, აშშ კლინიკური პრაქტიკის გაიდლაინი, 2008 წლის რედაქცია.

ხნის წინ ჩატარებულმა მეტა ანლიზმა, რომელიც იკვლევდა მტკიცებულებებს მოწვევისაგან თავის შეკავების ფარმაცოლოგიების მხარდასაჭერად, იგივე შედეგები აჩვენა.4შესაძლოა მოკლედ ითქვას, რომ NRT (ორალური+ საფენი) და ვარენიკლინის კომბინაციას აქვს

მსგავსი დადებითი ეფექტი და ორივე წინ უსწრებს მონო თერაპიას NRT ან ბუპროპიონით.

თამბაქოსათვის თავის დაწებების მედიკამენტები ეფექტური აღმოჩნდა რეალურ ჯანდაცვის გარემოში და იმ მწვეულებში, რომლებიც სხვადასხვა თანაარსებული პირობებით ხასიათდებიან (სუბსტანციის ბოროტად გამოყენება და დეპრესია)^{1,5}

4.3.1. მკურნალობა NRT მეთოდით

4.3.1.1 განსაზღვრებები

- ნიკოტინ ჩანაცვლებითი თერაპია წარმოადგენს პირველი რიგის მკურნალობას თამბაქოსათვის თავის დასაწებლად იმ მწვეულთა შორის, რომელთაც არ გააჩნიათ მოტივაცია მოწვეის შესაწყვეტად.
- ის აგრეთვე წარმოადგენს პროდუქტს, რომელიც შესაძლოა გამოყენებული იქნას რაღაც დროის მანძილზე მოწვეის გახშირების შესამცირებლად როდესაც მოწვეის შეწყვეტა შეუძლებელია ან როდესაც მწვეელი არ თანხმდება.

4.3.1.2 მოქმედების მექანიზმი

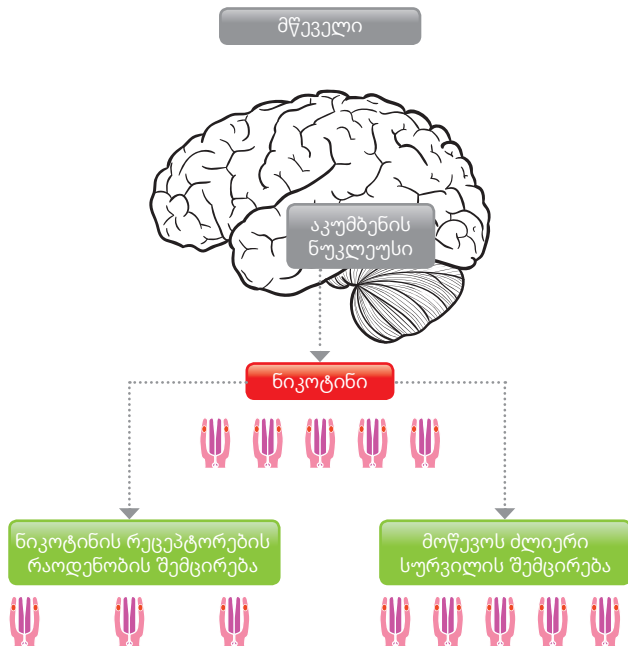
თამბაქოს კვამლისაგან ან ლეჭვისაგან წარმოქმნილი ნიკოტინი იგივეა რაც NRT-ს შედეგად მიღებული ნიკოტინი, მაგრამ ტვინისათვის მიწოდების კინეტიკა რადიკალურად განსხვავდება და ძლიერად ცვლის ეფექტს. ნიკოტინის ჩანაცვლების თერაპიას ახასიათებს ორი მიზანი:

- ასტიმულირებს ნიკოტინის რეცეპტორებს, რათა ჩაიხშოს სურვილი და სხვა თავის დაწებების დროს წარმოშობილი სიმპტომები. ეფექტი არ დააყვანებს
- შეამციროს ნიკოტინის რეცეპტორების რაოდენობა: ეს კლებადობა გრძელდება კვირების განმავლობაში და ამცირებს თამბაქოზე დამოკიდებულებას

იხილეთ დიაგრამა 4.3.

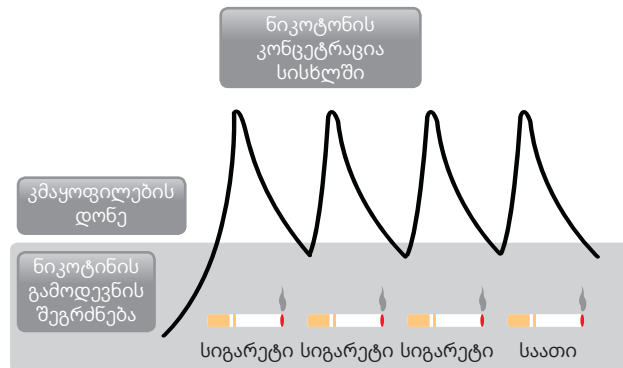
სიგარეტის მოწვეისას ნიკოტინი აღწევს მწვეულის ტვინს 7 წამში და კვებავს ნიკოტინის რეცეპტორებს (“სროლის ეფექტი”), (დიაგრამა 4.4).

დიაგრამა 4.3: ნიკოტინის ჩანაცვლების თერაპიის ორი ამოცანა: შეამციროს თამბაქოსათვის თავის დანებებისას წარმოშობილი სინდრომი (მწვავე) და შეამციროს დამოკიდებულება ნიკოტინის რეცეპტორების რაოდენობის შემცირებით (ქრონიკული)



ტვინის ჩართულ ნაწილში არსებული უჯრედები რეაგირებენ რეცეპტორების მგრძნობელობის დაკარგვით და მათი რაოდენობის გამრავლებით, ახდენენ რა ამგვარად შემდეგი სიგარეტის სურვილის გაჩენას. მწველებს გააჩნიათ გაცილებით მეტი ნიკოტინის რეცეპტორი ვიდრე არამწველებს რაც ხსნის მწველებში ნიკოტინის მაღალ ამტანობას, ისევე როგორც მათ ძლიერ დამოკიდებულებას ნიკოტინზე. ეს რეცეპტორები იმდენად ბევრია, რომ მათი დაფიქსირება შესაძლებელია პოზიტრონულ ემისიური ტომოგრაფიით: ნიკოტინზე დამოკიდებულების ცენტრი, რომელიც ააშკარავებს ბირთვულ ACCUMBENS და წინა ტაგმენტალურ მხარეს, სადაც ნიკოტინის რეცეპტორები

დიაგრამა 4.4: ნიკოტინის დონის ევოლუცია არტერიულ სისტემაში ნიკოტინის განმეორებითი მოხმარებისას



უმთავრესად ტვინში არიან განთავსებული. ნიკოტინ ჩანაცვლებითი თერაპია ტვინს ნიკოტინის გაცილებით უფრო ნელა აწვდის, ვიდრე სიგარეტები და წარმოშობს პიკს. NRT ახდენს ნიკოტინის რეცეპტორების სტიმულირებას, ნიკოტინის მოთხოვნის გაზრდით ან შემცირებით და ამგვარად წარმოშობს გაცილებით ნაკლებ რეცეპტორს, რომლებიც NRT-ს სამი თვის შემდეგ უბრუნდებიან ნორმალურ რაოდენობას. თუმცა, ეს სტრუქტურები ინარჩუნებენ მოწვევის მახსოვრობას და შესაძლოა ძალიან სწრაფად გამრავლდნენ უჯრედის მემბრანაზე თუ მოხდება თამბაქოს მოწვევა. თამბაქოზე დამოკიდებულება ამგვარად ქრონიკული დაავადებაა.

4.3.1.3 NRT-ს ეფექტურობის კლინიკური მტკიცებულება

როგორც ყველა ქრონიკული დაავადების მკურნალობისას, თამბაქოზე დამოკიდებულების მკურნალობა ბევრი შემთხვევითი ცდის საგანი გახდა ბოლო 40 წლის განმავლობაში.

ორმა მთავარმა მეტა ანალიზმა შეაჯამა მოწვევისათვის თავის დანებების პროცესში NRT-ს ეფექტურობის ხელმისაწვდომი მაგალითები. პირველი მეტა ანალიზი ჩატარებული იქნა შ.შ. მთავარი ქირურგის მიერ და

კოორდინირებული იყო მაიკლ ფიორეს მიერ.¹ მეორე მეტა ანალიზი ჩატარდა Cochrane Collaboration-ის მიერ და ახლახანს მოხდა მისი განახლება.

Cochrane Collaboration-მა განსაზღვრა ნიკოტინის შემცველი პროდუქტის 150 ცდა, 117 ცდა რომელიც მოიცავდა 50,000-ზე მეტ მონაწილეს და შეადარა ნიკოტინის ჩანაცვლების თერაპიის სხვადასხვა სახეობა პლაცებოს ან საკონტროლო ჯგუფს, რომლებსაც არ უტარდებოდათ ნიკოტინის ჩანაცვლების თერაპია.⁶ თავშეკავების შედარებითი რისკი ყველა სახის შემცველთაგან კონტროლის საპირისპიროდ შეადგენს 1.60 (95% თავდაჯერებულობის ინტერვალი : 1.53 to 1.68).⁶ შედარებითი რისკი თითოეული სახეობისათვის შეადგენდა:⁶

- 1.49 (95% CI 1.40 to 1.60, 55 ცდა) ნიკოტინის სალექი რეზინისათვის;
- 1.64 (95% CI 1.52 to 1.78, 43 ცდა) ნიკოტინის საფენისათვის;
- 1.95 (95% CI 1.61 to 2.36, 6 ცდა) ორალური ტაბლეტებისათვის;
- 1.90 (95% CI 1.36 to 2.67, 4 ცდა) ნიკოტინის ინჰალატორისათვის;
- 2.02 (95% CI 1.49 to 2.73, 4 ცდა) ნიკოტინის ნაზალური სპრეისათვის
- 2.48 (95% CI 1.24 to 4.94, 1 ცდა) ორალური სპრეისათვის

საფენებსა და ორალურ ფორმებს შორის არსებული სხვაობა შესაძლოა დოზებთან იყოს დაკავშირებული, რადგან უფრო მიღებულია ორალური ფორმების დოზის კვლევა რომლებიც მოცემულია კლინიკური ცდების ფიქსირებული დოზების სახით.

დამტკიცებულია, რომ ნიკოტინის საფენის შეთავსება NRT სწრაფ ფორმასთან უფრო ეფექტურია, ვიდრე მხოლოდ NRT(RR 1.34, 95% CI 1.18 to 1.51, 9 ცდები).⁶

ძლიერ დამოკიდებულ მწველთა შემთხვევაში, მნიშვნელოვნად უფრო სასარგებლო აღმოჩნდა 4 მგ სალექი რეზინი 2 მგ სალექი რეზინთან შედარებით, მაგრამ საფენების დოზებით გაზრდით მიღებული სარგებლიანობა დაბალია ამჟამინდელ კვლევებში.

Cochrane Collaboration ავტორებმა დაასკვნეს, რომ NRT

ყველა კომერციულად ხელმისაწვდომი ფორმა (სალექი რეზინი, ტრანსდერმალური საფენი, ნაზალური სპრეი, ინჰალატორი, ტაბლეტები) შესაძლოა დაეხმაროს მწველს თავის დანებების პროცესში და გაზარდოს მათი შანსები წარმატებისათვის. NRT გაზარდა მოწვევისაგან თავშეკავების მაჩვენებლები 50% 70% ით სახეობისა და დოზის მიუხედავად.⁶

ნიკოტინის ჩანაცვლების თერაპიის ეფექტურობა არ არის სრულიადდამოუკიდებელიმწველისათვისაღმოჩენილი დამატებითი დახმარების ინტენსივობისაგან. რაც მეტია დახმარება, მეტია სარგებელი, მაგრამ ნებისმიერი დახმარების არ არსებობის შემთხვევაშიც კი ნიკოტინის შემცველები ეფექტურია.

NRT-ის ფარმაკოთერაპიასთან შეთავსება

The Cochrane Collaboration აჩვენა, რომ ნიკოტინის საფენების შეთავსება ორალურ ფორმებთან უფრო ეფექტურია, ვიდრე მხოლოდ ერთი სახის ნიკოტინის შემცველის გამოყენება.

- NRT შესაძლოა გამოყენებული იქნას ორალურ და ტრანსდერმალურ ფორმებთან შეთავსებით;
- NRT შესაძლოა გამოყენებული იქნას ბუპროპრიონთან ან ნორტრიპტილინთან შეთავსებით;
- კლინიკის ახლანდელი პრაქტიკული სახელმძღვანელოები არ გვიჩვენებს NRT გამოყენებას ვარენიკლინთან შეთავსებით მოწვევისათვის თავის დასაწებლად. ამის მიზეზი უპირველეს ყოვლისა არის ის, რომ სავარაუდოდ თამბაქოს ნიკოტინის მსგავსი NRT დაბლოკილი იქნა ვარენიკლინის მიერ.
- იმ პაციენტებში, რომლებიც განაგრძობენ მოწევას ვარენიკლინის მონოთერაპიიდან 2 დან 6 კვირამდე დროის მანძილზე, არ არსებობს არანაირი კონტრ მიითეთება, რომ ეს სიგარეტები ჩანაცვლებული უნდა იქნას NRT-ით. ამჟამინდელი კლინიკური ცდების შედეგების მიხედვით, შესაძლოა სასარგებლო აღმოჩნდეს NRT შეთავსება ვარენიკლინთან, თუმცა შედეგები არეულია.⁴ საჭიროა დამატებითი კვლევა ამ მიდგომის ეფექტურობის როგორც სტანდარტული პრაქტიკის მხარდასაჭერად. შესაბამისად

ვარენიკლინის დამატება NRT მონო თერაპიასთან იგივე გზით მოხდება.

4.3.1.4 NRT საფენი (პლასტიკი)

საფენი შემოღებული იქნა, რათა მოხდარიყო სალუჭი რეზინის გამოყენებასთან დაკავშირებული სიძნელების თავიდან აცილება. მისი სარგებლიანობა აგრეთვე იმაშია, რომ უზრუნველყოფს უფრო სტაბილურ ნიკოტინის კონცენტრაციებს, რაც უფრო სასარგებლოა მოწევისათვის თავის დანებების პროცესში, მაგრამ ნაკლებად მარგებელია ვიდრე ორალური ფორმები რათა დაკმაყოფილებული იქნას ნიკოტინის დაუყოვნებელი მოთხოვნილება.

საფენში არსებული ნიკოტინი საბოლოოდ იმართება კანით და კანქვეშა ქსოვილით და მიემართება კანიდან სისხლისა და ტვინისაკენ. ნიკოტინის საფენის მოცილებისასაც კი ის განაგრძობს კანიდან ტვინისაკენ გავრცელებას.

საფენი ადვილად შეთავსებადობით გამოირჩევა იოლი გამოყენების გამო. კანის ადგილობრივი რეაქციის თავიდან ასაცილებლად, მომხმარებელმა უნდა შეცვალოს საფენის ადგილი ყოველდღიურად, მკლავების, მხრების და მკერდის მონაცვლეობით.

არსებობს საფენები, რომელთა ტარებაც შესაძლებელია 24 საათის განმავლობაში დღიური მაქსიმალური დოზის

21 მგ ნიკოტინის უზრუნველსაყოფად და სისტემები, რომელთა ტარებაც შეიძლება 16 საათი და ამგვარად წარმოიქმნება ნიკოტინის მაქსიმალური დოზა 25 მგ. ამგვარად, 21მგ 24 საათში სისტემები უზრუნველყოფენ დაახლოებით 0.9 მგ ნიკოტინის საათში, როდესაც 25მგ 16 საათში უზრუნველყოფენ 1.4მგ საათში (ცხრილი 4.8).

საფენის სახეობა

საფენები ყველა იგივე პრინციპს ეფუძნება, მაგრამ მათ გააჩნიათ მცირე კინეტიკური განსხვავებები (დიაგრამა 4.5).⁷ ამგვარად, საფენის თითოეულ ფორმას აქვს დადებითი და უარყოფითი მხარეები. შესაძლებელია მკურნალობის მორგება თითოეული პაციენტისათვის.

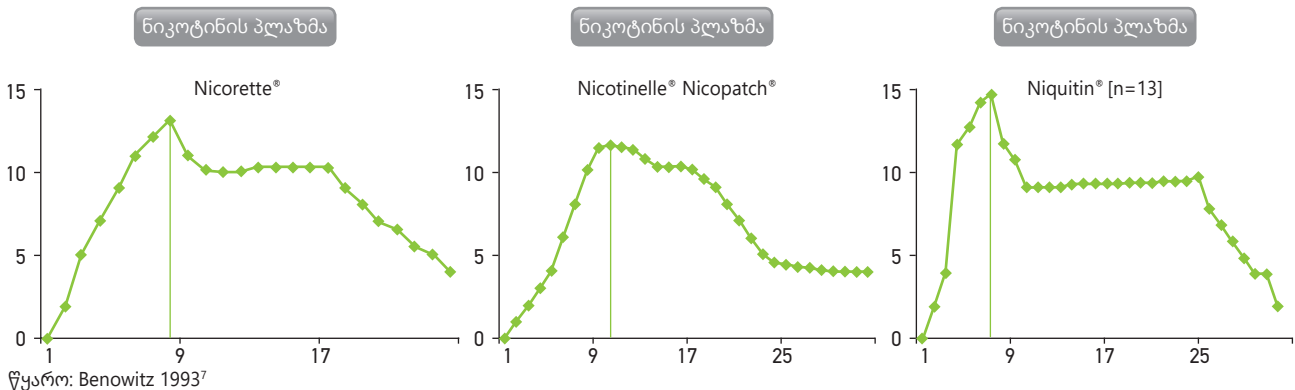
საფენების გამოყენება

საფენი გამოყენებული უნდა იქნას დილით შხაპის მიღებამდე ან მას შემდეგ, არ უნდა იქნას გამოყენებული

ცხრილი 4.8: ნიკოტინის საფენების ექვივალენტურობა 16 და 24 საათში

	0.3 მგ/სთ	0.6 მგ/სთ	0.9 მგ/სთ	1,6 მგ/სთ
16 საათში	5 მგ	10 მგ	15 მგ	25 მგ
24 საათში	7 მგ	14 მგ	21 მგ	

დიაგრამა 4.5: ნიკოტინის კინეტიკა 24 საათზე მეტი დროით გამოყენებული საფენის მიხედვით



ზედაპირულად აქტიური აგენტები, რომლებიც ამცირებენ ნიკოტინის შეწოვას. მომხმარებელი უნდა მოერიდოს საფენების დამაგრებას მაღალი წნევის მქონე ადგილებზე. თუ საფენი დღის განმავლობაში მოცილებდა ადგილიდან, შესაძლებელია იგივე საფენის გამოყენება წებოვანი პლასტიკის მეშვეობით.

საფენების ზოგადი ამტანობა

ნიკოტინის შემცველი ყველა პროდუქტის მსგავსად, საფენების ამტანობა გაცილებით უკეთესია ძლიერად დამოკიდებულ მწვეკლეებს შორის, რომელთაც როგორც წესი არ გააჩნიათ გვერდითი მოვლენები მრავალრიცხოვანი საფენების შემთხვევაშიც კი, მაშინ როდესაც არამწვეკლეში ერთმა საფენმა შესაძლოა თითქმის მუდმივად წარმოშვას გვერდითი მოვლენები. ეს გვერდითი მოვლენები დამოკიდებულია ნიკოტინის დოზაზე და მტკიცედაა დაკავშირებული თავის დანებების სინდრომთან.

საფენისათვის დამახასიათებელი ერთი გვერდითი მოვლენა არის კანის ალერგია. ხშირია საფენზე კანის წითლად რეაქცია რაც ხშირად გაღიზიანებას გამოხატავს. მაგრამ უფრო დიდი ალერგიული რეაქცია შესაძლებელია ზოგიერთ პაციენტში, რომლებსაც ალერგია აქვთ წებოვან საფენებზე. ექიმებმა უნდა გამოიკვლიონ მისაკრავი საფენების ნებისმიერი დამახასიათებელი ალერგია. თუ სიმპტომები მოკრძალებულია, შესაძლებელია საფენის მწარმოებლის შეცვლა, რადგანაც სხვადასხვა საფენებზე სხვადასხვა სახის წებოა გამოყენებული.

თუ კანის რეაქცია ხდება საფენის დადების შემდეგ, მოიშორეთ საფენი და აღარ გამოიყენოთ, ზოგიერთი ძალიან სპეციფიკური შემთხვევის გარდა.

4.3.1.5 ორალური ნიკოტინის შემცველები

ორალური ნიკოტინის შემცველი თერაპიის ბევრი ფორმა არსებობს ბაზარზე.

არსებობს ოთხი ორალური ფორმა:

- სალუქი რეზინი
- ენისქვეშა ტაბლეტები
- აბები (ლოზენგე)
- ინჰალატორები, რომლებიც სიგარეტის ჩასადებს გავს

ყველა ამ ნიკოტინის შემცველი პროდუქტების შეწოვა ხდება პირის ღრუს ლორწოთი.

ნიკოტინის შეწოვა პირის ღრუს ლორწოთი ხდება მხოლოდ იმ შემთხვევაში, თუ პირის ღრუს pH ნეიტრალურია. ასე რომ, მომხმარებელი უნდა ერიდოს ჭამა მამის განსაკუთრებით სოდის მიღებას (ის მჟავაა) ნიკოტინის შემცველი თერაპიის ორალური ფორმის მიღებამდე.

კუჭის მიერ ათვისებული ნერწყვის რაოდენობა მინიმუმამდე უნდა იქნას დაყვანილი, რადგანაც მან შესაძლოა გამოიწვიოს გაღიზიანება და ხველა. ნერწყვის მატება და მისი გადაყლაპვა განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია მწვეკლეების მიერ სალუქი რეზინის გამოყენებისას, თუ მათ არ გამოუყენებიათ სალუქი რეზინი ადრე და ზედმეტად სწრაფად ღეჭავენ.

ორალური ნიკოტინის ბიოხელმისაწვდომობა

ნიკოტინი შეიწოვება პირის ღრუს მიერ ღეჭვის დაწყებისას, ღეჭვის პროცესში და რამდენიმე წუთის შემდეგ ან 15 დან 30 წუთამდე.

ნიკოტინის არტერიულ სისხლში კონცენტრაციის ზრდა არის შედარებით ნაკლებად მკვეთრი ვიდრე ეს მიიღწევა სიგარეტის მოწევითა და ცხვირის სპერით შესხურებით. ამით აიხსნება ის თუ რატომ მიიჩნევა ნიკოტინის მიწოდების ეს ფორმები უპირატესად იმისათვის, რომ შენარჩუნებული იყოს ნიკოტინის კონცენტრაციის გარკვეული დოზა. სალუქი რეზინის გამოყენებიდან რამდენიმე წუთში მიიღწევა ნიკოტინის პიკური კონცენტრაცია, რაც საკმარისია რეცეპტორების დასაკმაყოფილებლად, რომელსაც შეუძლია გამოიწვიოს ამ რეცეპტორების დესენსიტილიზაცია და ახალი რეცეპტორების აღზენება. ამით აიხსნება ის, რომ პაციენტების გარკვეული რაოდენობისათვის რთულია მიატოვოს სალუქი რეზინი 6 თვის ან უფრო მეტი პერიოდის განმავლობაში. არასწორია მსჯელობა იმის შესახებ რომ სალუქი რეზინი იწვევს დამოკიდებულებას.

სალუქ რეზინში შემცველი ნიკოტინის ოდენობა სრულად არ შეიწოვება პირის ღრუს საშუალებით და არ გადადის სისხლში. მაგ. 2 მილიგრამიანი რეზინიდან სისხლში გადადის 1.5მგ-ზე ნაკლები ნიკოტინი. ეს დამოკიდებულია

როგორ იქნა დაღუპილი ნიკოტინის შემცველი სალუკი რეზინი. კინეტიკური ვარიაცია არის უფრო მაღალი საფენის დროს ვიდრე სალუკის შემთხვევაში. მაგრამ ნაკლებად მნიშვნელოვანი ვიდრე სიგარეტის შემთხვევაში. იქამდე დღის ერთი მომენტიდან სხვა მომენტის შემთხვევაში შეიძლება მწველი მიიყვანოს ნიკოტინის 1-დან 5 დოზამდე ერთდამავე სიგარეტის შემთხვევაში. ასეთი კინეტიკური ცვლილებები არაა მნიშვნელოვანი პრაქტიკაში, რადგან ორალური ფორმების დოზები განსაზღვრულია პაციენტის მიერ აღკვეთი სინდრომის შეწყვეტისათვის საჭირო ოდენობით. ნებისმიერ შემთხვევაში პაციენტისათვის ნათელია, რომ ნიკოტინის სალუკი რეზინი არ უნდა იყოს უბრალოდ როგორც ჩვეულებრივი სალუკი რეზინი ისე გამოყენებული, არამედ იგი უნდა დაიღუპოს ნელ-ნელა და ნერწყვის გადაყლაპვა არ მოხდეს.

სალუკი რეზინი

სალუკი რეზინი არსებობს 2 მგ-დან 4 მგ-მდე დოზით. 2 მგ-იანი სალუკი რეზინი ხელმისაწვდომია დაბალი და საშუალო დამოკიდებულების მწვევლებში, 4 მგ-იანი მაღალი დამოკიდებულების მწვევლებში (7 ან მეტი ნიშნულით). სალუკ რეზინს აქვს ან ბუნებრივი გემო ან არომატიზირებულია პიტნის, მიხაკის, ფორთოხლის ან სხვა ხილის გემოთი.

სალუკი რეზინი მოითხოვს კარგ ტექნიკას იმისათვის, რომ იყოს ეფექტური და აცილოს გამომწვევი გვერდითი ეფექტები: ტკივილი პირის ღრუში, ყბებში, მუცლის ტკივილი ან სლოკინი. პერორალურად მიღებული სალუკი რეზინი იღვება ერთჯერ ან ორჯერ, შემდეგ ლოყების საპირისპიროდ რჩება 3 წუთით, და იღვება წუთში ერთხელ ოცი წუთის მანძილზე. დასრულების შემდეგ, სალუკი რეზინი უნდა განადგურდეს, რომ ბავშვებისათვის მიუწვდომელი იყოს, რადგან სიგარეტის მსგავსად, ის ნიკოტინის შემცველი პროდუქტია.

ენისქვეშა აბები

ეს 2 მგ-ანი აბები მცირე-გარსისგარეშე ტაბლეტებია, რომლებიც უნდა განათავსდეს ენის ქვეშ. მათ შეიძლება გამოიწვიონ წვის შეგრძნება, მაგრამ არ აქვთ გემო. რადგან

საჭირო არ არის აბების დაღუპვა ან წოვა, გადაჭარბებული ნერწყვდენა თავიდან აცილებულია (რასაც შეუძლია გამოიწვიოს სლოკინი). ისინი პირის ღრუში 15-30 წუთში დნება.

აბები (ლოზენგე)

აბები ხელმისაწვდომია 1-დან 4 მგ-მდე დოზირებით და მათი პერორალური შთანთქმა უკეთესია, ვიდრე სალუკი რეზინის. აბების მიღება ადვილია, რადგან ისინი შემოგარსულია. მათ წოვენ ნელა, დაღუპვის გარეშე.

ინჰალატორები

ინჰალატორი შედგება თეთრი სიგარეტის მუნდშტუკის მსგავსი პლასტიკური მილისგან, რომელიც შეიცავს ნიკოტინის კარტრიჯებს. შესუნთქვისას, როგორც ამას მწველი აკეთებს სიგარეტის დროს, ნიკოტინის მცირე რაოდენობა პროცირდება პირის ღრუს ლორწოვან გარსზე, სადაც ის შთანთქმდება. კარტრიჯი შეიცავს ნიკოტინის 10 მგ-ს. ზოგიერთი მძიმე მწველი მოიხმარს კარტრიჯს ერთი საათის განმავლობაში; სხვებს შეუძლიათ შეინარჩუნონ იგივე ინჰალატორი მთელი დღის განმავლობაში და არ დაასრულონ კარტრიჯი საღამომდე. ჩანაცვლების ეს ფორმა ინარჩუნებს/საშუალებას იძლევა როგორც სიგარეტის მოწვის ქესტიკულაციას, ასევე ნიკოტინის მიღებას.

ცხვირის სპრეი

ზოგიერთ ქვეყანაში ხელმისაწვდომი რეცეპტით იყიდება ცხვირის სპრეი. ამ ცხვირის სპრეებს აქვთ ის უპირატესობა, რომ ეფექტურია გამოყვანის სიმპტომების ჩახშობაში. მათ აქვთ ორი ძირითადი ნაკლოვანება: პირველი, ისინი იწვევენ ცხვირის გაღიზიანებას (ზოგჯერ ძირითადს), მეორე ის, რომ ისინი მკვეთრად მართავენ ნიკოტინის ტვინში, თითქმის ისევე სწრაფად, როგორც სიგარეტი, რაც ხსნის მუდმივ დამოკიდებულებას ამ პროდუქტისადმი მოწვის შეწყვეტის ფარგლებს გარეთ.

4.3.1.6 გამოწერის ინსტრუქციები

აირჩიეთ ნიკოტინ ჩანაცვლებითი თერაპიის

თავდაპირველი დოზა

მოწვის თავის დანებების დროს, საკვანძო საკითხია

მოხდეს ნიკოტინის ჩანაცვლება იმ დონემდე, რა მდოგმარეობაც მიიღებოდა სიგარეტის მოწევით (80-90%). ამ რაოდენობის განსაზღვრა აპრიორი რთულია, რადგან ზოგიერთი მწველი სიგარეტით 10-ჯერ უფრო ნიკოტინ-დამოკიდებულია, ვიდრე სხვები.

ნიკოტინის ჩანაცვლების პროდუქტის პირველადი დოზირება მარტივად შეიძლება განისაზღვროს დღეში მონაწივის რაოდენობით, და დრო პირველი სიგარეტისთვის (ცხრილი 4.9)⁸. ნაკლებად დამოკიდებულ მწველებს შეიძლება არ დასჭირდეთ მედიკამენტური მკურნალობა, მეტად დამოკიდებულებს შეიძლება დასჭირდეთ ორი დასაკრავი პლასტირი, ასოცირებული პერორალურ ფორმასთან.

უძლიერესი დასაკრავი პლასტირით წარმოდგენილი ნიკოტინის რაოდენობა ბევრი მწველისათვის სიგარეტის კოლოფის მიერ წარმოდგენილი ნიკოტინის რაოდენობის მსგავსია, მაგრამ ზოგიერთი იშვიათი მწველისათვის, ის შეიძლება მეტი ნიკოტინის შემცველი იყოს, მაშინ როცა სხვებისთვის, შეიძლება არასაკმარისი კი აღმოჩნდეს.

როცა ნიკოტინის მაღალი დოზირებაა საჭირო, ყველაზე ხშირად რეკომენდირებული მეთოდია პლასტირების და ორალური ფორმების კომბინაცია, ან ერთზე მეტი

პლასტირის გამოყენება. შესაძლებელია პლასტირის დაკავშირება პერორალურ ფორმებთან სურვილის შემსუბუქების გართულებულ ადმინისტრირებაში, რომელიც შეიძლება არსებობდეს, როგორც ეს გაკეთებულია სიმსივნეანი პაციენტების მწვავე ტკივილის შესამსუბუქებლად, ვინც იღებს მორფინს ხანგრძლივი ვადით და საშუალებას აძლევს პაციენტებს შეარჩიოს ჯვარედინი-დოზირება მუდმივი ტკივილის შესამსუბუქებლად. ვიდრე პაციენტს აქვს სურვილი (ლტოლვა), არ არსებობს საფრთხე პლასტირებისა და პერორალური პორმების შერწყმის. ნიკოტინის შერეული ჩანაცვლება ნაკლებად სახიფათოა, ვიდრე სიგარეტის და სიგარის შერევა.

რა თქმა უნდა, ნიკოტინის კონცენტრაციას, საშარდე კოტინინდ ან CO დონის ანულირებას შეუძლია ზოგჯერ ხელი შეუწყოს დოზირების ზუსტ რეგულირებას, მაგრამ ეს ცხრილი წარმოადგენს დოზირებას, რომელიც ხშირად ძალიან ახლოა საბოლოო დოზებთან.

დოზირების რეგულირება 24-72 საათის შემდეგ

პერორალური ჩანაცვლების ცვალებადი დოზირების ხელმისაწვდომობა ნიკოტინის დოზირების

ცხრილი 4.9: ნიკოტინის ჩანაცვლების თერაპიის საწყისი დოზები (რესურსი: INPES, საფრანგეთი)⁸

დილით პირველი სიგარეტის დრო	სიგარეტის რაოდენობა დღეში			
	<10 სიგ/დ	10-19 სიგ/დ	20-30 სიგ/დ	> 30 სიგ/დ
< 5 წთ		პლასტირის მაღალი დოზა (0.9 მგ/სთ) +/- ორალური NRT	პლასტირის მაღალი დოზა (0.9 მგ/სთ) +/- ორალური NRT	2 მაღალი დოზის პლასტირი (1.8 მგ/სთ) +/- ორალური NRT
< 30 წთ		პლასტირის მაღალი დოზა (0.9 მგ/სთ)	პლასტირის მაღალი დოზა (0.9 მგ/სთ) +/- ორალური NRT	პლასტირის მაღალი დოზა (0.9 მგ/სთ) +/- ორალური NRT
< 60 წთ სისრულის შემდეგ	არა მედიკამენტი ან ორალური NRT	ორალური NRT	პლასტირის მაღალი დოზა (0.9 მგ/სთ)	პლასტირის მაღალი დოზა (0.9 მგ/სთ) +/- ორალური NRT
> 60 წთ სიარულის შემდეგ	არა მედიკამენტი ან ორალური NRT	არა მედიკამენტი ან ორალური NRT	ორალური NRT	
არაყოველდღიური	არა მედიკამენტი ან ორალური NRT	არა მედიკამენტი ან ორალური NRT		

დაუყოვნებლივი ადაპტირების საშუალებას იძლევა, მაგრამ მწველები ჩვეულებრივ ორჭოფობენ და ეშინიათ ნიკოტინის მედიკამენტების, მიუხედავად იმისა, რომ წლების მანძილზე იღებდნენ ნიკოტინის მაღალ დოზებს მოწეული თამბაქოს ფორმით. თუმცა, მწველები ხშირად რამდენიმე ათწლეულის მანძილზე განიცდიან მოწეული სიგარეტის რაოდენობის მოდულაციით ნიკოტინის კონცენტრაციის ტიტრირებას და მოხმარების ინტენსივობას ნიკოტინის კონცენტრაციების მიღებისას მათი ნიკოტინის რეცეპტორების დასაკმაყოფილებლად. ექიმები მომზადებული არიან იყვნენ გადაჭარბებული დოზირების ნიშნების (იშვიათი) და თავის დანებების მომდევნო პირველი 24-72 საათზე დოზირების ქვეშ (ხშირი) ნიშნების გამოსავლენად.

ზედოზირების ნიშნები

არ არსებობს ნიკოტინის ზედოზირება, როცა აღკვეთი სინდრომს აქვს ადგილი. პაციენტი, რომელსაც აღარ სურს მოწევა, ზედოზირების შემთხვევაში აქვთ იმის შეგრძნება, რომ ბევრი მოწიეს, რომელსაც ასევე შეიძლება ახლდეს სიშშრალე, ტაქიკარდია. ასეთი სიმპტომები მკურნალობის დასრულებისთანავე ან დოზის შემცირების დან რამდენიმე საათში წყდება.

დაბალი დოზირების ნიშნები

ნიკოტინის დაბალი დოზირების ქვეშ მყოფი მწველები ავლენენ:

- ლტოლვას;
- გადაჭარბებულ ნერვიულობას გარშემოყოფთა მიმართ;
- საკვების სურვილს, რაც უბიძგებს მათ გამუდმებით წახემსებისკენ;
- გართულებული ძილი;
- ხშირად რამდენიმე სიგარეტის მოწევის გაგრძელებას.

ხშირად სასარგებლოა მწველებმა იხელმძღვანელონ რეგულარული დოზირების რეგულაციებით:

- ინფორმაციის მიწოდებით, ასე მათ შეეძლება თიიღონ დოზები თვითონ უმეტეს შემთხვევაში, ან
- თხონით, რომ დარეკონ ექიმებთან თავის დანებების

შემდგომი 24-72 საათის მანძილზე;

- ურჩიონ მათ დარეკონ თავის დანებების ხაზზე ან მიმართონ თამბაქოს მოხმარების შეწყვეტის სხვა მხარდაჭერის საშუალებებს, ვისაც შეეძლება დოზირების რეგულაციაში დახმარება და მათთვის რჩევის მიცემა.

თუ პაციენტი იღებს 8-10 პერორალურ ფორმაზე მეტს ან მეტ სიგარეტს დღეში პლასტირით, უკეთესია მეორე პლასტირის გამოყენება ნიკოტინის მდგრადი მიწოდების უზრუნველსაყოფად.

4.3.1.7 უკუჩვენებები

არარსებობს უკუჩვენებები ნიკოტინის ჩანაცვლებისათვის, ალერგიის გარდა (იშვიათად დასაკრავი პლასტირის გამოყენებლებისთვის, გამონაკლისი პერორალური ფორმით გამოყენებლებისთვის). ზოგიერთ ქვეყანაში ფეხმძიმობა განიხილება უკუჩვენებად. რა თქმა უნდა, ნიკოტინის ჩანაცვლების თერაპია არ არის დანიშნული არამწველებისათვის. მხედველობაში უნდა იყოს მიღებული უსაფრთხოების ზომები 18 ან 15 წლის ბავშვების, მიმდინარე მძაფრი კარდიოლოგიური მოვლენების და ფეხმძიმობის შემთხვევაში. ეს უსაფრთხოების ზომები უნდა შეფასდეს კონკრეტულად მოწევის მაღალი რისკისათვის ამ პირობებში (თამბაქოს მოხმარებლების 50 % კვდება თამბაქოსთან-დაკავშირებული დაავადებებით).

4.3.1.8 გვერდითი ეფექტები, უსაფრთხოების ზომები, გაფრთხილებები, მედიკამენტების ურეთიერთქმედება

ნიკოტინის მედიკამენტების რისკები იგივეა, როგორც თამბაქოში ნიკოტინის რისკები. არ არსებობს დამატებითი რისკი თამბაქოს მიერ ნიკოტინის მიწოდების ნაწილობრივი ან სრული ჩანაცვლებით, თუ შევადარებთ ჩანაცვლებლების მიერ მიწოდებას. ნიკოტინის მედიკამენტის მიღება შლის ასეულობით ტოქსინს, რომელსაც მოიცავს თამბაქოს მოწევა და ადგენს საყოველთაო ჯანმრთელობის სარგებელს თამბაქოს გამოყენებასთან შედარებით. თამბაქოს მოხმარების

შეწყვეტით გამოწვეული ანთების შემცირება იწვევს ცვლილებებს ზოგიერთი მედიკამენტის კინეტიკაში და რეკომენდებულია გადაფასდეს მკურნალობა თეოფილინით, ვარფირინით და ა.შ.

ნიკოტინის შემცველებზე დამოკიდებულების რისკი

არსებობს ძალიან მცირე რისკი ნიკოტინის ჩამნაცვლებელ თერაპიაზე დამოკიდებულად გახდომის. პერორალური ნიკოტინის ჩამნაცვლებელი თერაპიის ფორმებით შესაძლებელია ტვინში ნიკოტინის დონის მცირე გადამეტება, რასაც შეუძლია გამოიწვიოს დამოკიდებულების შენარჩუნება ზოგიერთ მწველში მოწვეის შეწყვეტის შემდეგ. დამოკიდებულების რისკი უმაღლესია თამბაქოთი, უფრო დაბალია პერორალური თამბაქოთი, დაბალია ელექტრონული სიგარეტით, და კიდევ უფრო დაბალია პერორალური ნიკოტინის ჩანაცვლების თერაპიით და ვირტუალურად არ არსებობს ნიკოტინის პლასტირებით (დიაგრამა 4.7).

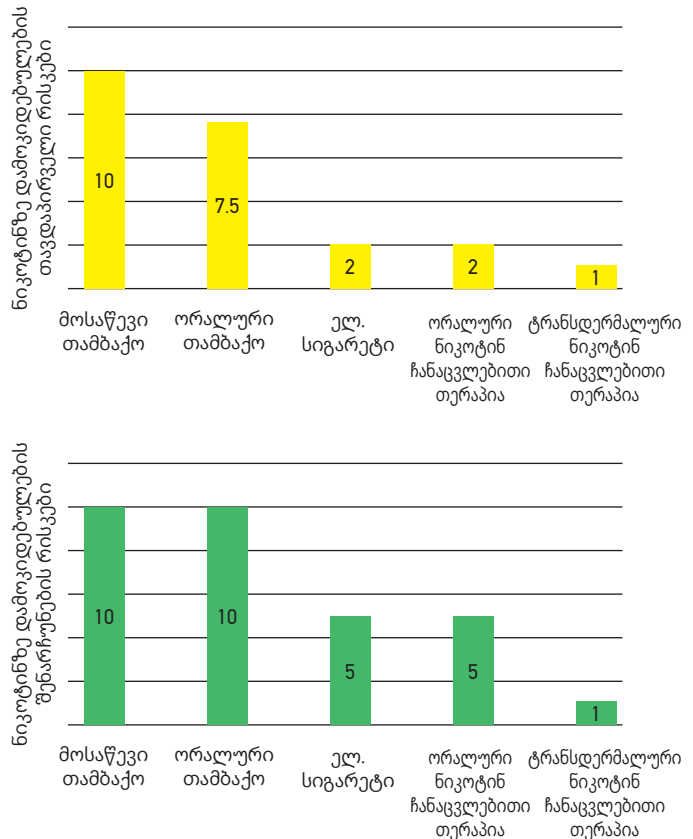
სუბიექტებში, ვინც ქრონიკულად იყენებს სალექ რეზინს, არ არსებობს ძირითადი სამედიცინო პრობლემა, რომ პაციენტი რჩება ამ მკურნალობის ქვეშ თვეების ან თუნდაც წლების მანძილზე. დროთა განმავლობაში, სალექი რეზინის მომხმარებლები ხშირად ვეღარ იღებენ სალექი რეზინს და პაციენტები ამბობენ რომ „საკმარისია“. სალექი რეზინის მოხმარების დროის შემოწმებით, წარმოიშვება სასარგებლო ინფორმაცია, თუ სალექი რეზინი მიიღება სისტემატიური გზით ემოციის მართვის სანაცვლოდ. ზოგიერთ შემთხვევაში, თუ დასაკრავი პლასტირები ჩანაცვლდება პერორალური ჩამნაცვლებლებით, მათ შეუძლიათ სისხლში ნიკოტინის პიკი აღმოფხვრან და ხელს შეუწყობენ ნიკოტინის სრულ გამოდევნას.

ნიკოტინის ჩანაცვლების თერაპიის რისკები

ნიკოტინის ჩანაცვლების თერაპიას შეიძლება ჰქონდეს გვერდითი ეფექტები, როგორიცაა ალერგიული ან არალერგიული რეაქციები.

ეს ფენომენი ჩვეულებრივ კეთილთვისებიანია. გვერდითი ეფექტების დაფიქსირებისას, ზოგჯერ რთულია იცოდე, ეს დაკავშირებულია მოწვეის სტატუსის ცვლილებასთან

დიაგრამა: 4.7: ნიკოტინის პროდუქტის თავდაპირველი დამოკიდებულების და დამოკიდებულების შენარჩუნების რისკის შეფასება



(მაგ. გამოდევნის სიმპტომები), ცხოვრების სტილის ცვლილებასთან თუ მედიკამენტთან.

ალერგიის შემთხვევაში, ყოველთვის შესაძლებელია იყო ალერგიული ნიკოტინის ჩანაცვლებასთან თვითონ, მაგრამ ეს რისკი საკმაოდ გამორიცხულია და უფრო თეორიულია, ვიდრე პრაქტიკული, თუმცა ალერგიები არსებობს პლასტირებთან, განსაკუთრებით წებოვანი პლასტირების გამოყენებისას. ასეთ ჩივილებთან

შესაბამისი რეაგირება დამოკიდებულია რეაქციის სიმაღურსა და გავრცელებაზე.

სხვა გვერდითი ეფექტები (იხ. ცხრილი 4.10) ზოგადად ზომიერია და არ შეედრება მოწვევის შედეგებს. ამის გამო ასეთი მედიკამენტები ძირითადად ხელმისაწვდომია რეცეპტის გარეშე.

ყოველთვის უსაფრთხოა ნიკოტინის ჩანაცვლების თერაპიის მიღება, ვიდრე თამბაქოსი.

მკურნალობის გვერდითი ეფექტები, თამბაქოს შეწყვეტასთან დაკავშირებულ სიმპტომებთან შედარებით პაციენტები ხშირად ხსნიან მკურნალობის გვერდით ეფექტებს, რომლებიც დაკავშირებულია მოწვევის შეწყვეტასთან. ყველაზე ხშირად მკურნალობასთან დაკავშირებული გამოდევნის ეფექტები არის დეპრესიული სინდრომები და ძილის დარღვევები.

- ბევრ ინდივიდს, ვინც თავი დაანება მოწვევას, აღენიშნა დეპრესია, რაც შეიძლება იცვლებოდეს ზომიერიდან მძაფრ ფორმამდე. პაციენტები ხშირად ხსნიან მკურნალობის გვერდით ეფექტებს, რომლებიც

ცხრილი 4.10: ნიკოტინის გვერდითი ეფექტები

გავრცელებული გვერდითი ეფექტები (100-დან ერთზე მეტ ადამიანში):
თავისტკივილი
თავბრუსხვევა
სლოკინი
ყელის ტკივილი
პირის ღრუს გაღიძიანება ან სიმშრალე
ღებინების შეგრძნება, ღებინება, კუჭის მოქმედების დარღვევები
არაგავრცელებული (1000 -დან ერთ პერსონაზე მეტი)
გულისცემა
იშვიათი გვერდითი ეფექტები (10000-დან ერთზე მეტ პერსონაში)
კარდიალური არითმიის გამოვლენა

დაკავშირებულია მოწვევის შეწყვეტასთან. ყველაზე ხშირად მკურნალობასთან დაკავშირებული გამოდევნის ეფექტები არის დეპრესიული სინდრომები და ძილის დარღვევები.

- ძილის დარღვევები და ძილის ხარისხის ცვლილებები მხედველობაში მიიღება მწვეკვლების უმრავლესობის მიერ, ვინც თავი დაანება მოწვევას, მიუხედავად მოწვევის თავის დანებების მედიკამენტების მიღებისა. ამ ცვლილებებს აქვთ სიმაღურის ცვალებადი ხარისხი. ისინი საჭიროებენ ძილის დარღვევის სიმაღურის შეფასების მინიმუმს. კომმარების გამოვლენა უნდა იყოს საგანგაშო ნიშანი შესაძლო დეპრესიისა. სხვა დარღვევები შეიძლება გამოვლინდეს ხანგრძლივი პერიოდის შემდეგ (და ისინი ხშირად ქრებიან სპონტანურად). ინდივიდებს, ვინც იკეთებს პლასტიკს და განიცდიან კომმარებს, უნდა მიეცეს რჩევა, რომ მოიხსნან ეს პლასტიკები ღამის განმავლობაში.

რეკომენდაციები

- ნიკოტინის ჩანაცვლების თერაპიარეკომენდირებულია როგორც ეფექტური ფარმაკოთერაპია მოწვევის შეწყვეტისათვის (A მტკიცებულების დონე);
- პერორალური ნიკოტინის ჩანაცვლების თერაპია და ნიკოტინის ჩანაცვლების თერაპია პლასტიკის კომბინაციით, რომელიც ტიტრირებულია დაახლოებით დღიურ ნიკოტინის მიღებაზე ინდივიდებში მოწვევის დროს, აამაღლებს თავის დანებების წარმატებას (A მტკიცებულების დონე).

ნჩთ-ს (ნიკოტინის ჩანაცვლების თერაპია NRT) გაფართოებული გამოყენება 14 კვირის შემდეგ უჩვენებს თავის დანებებაში წარმატების გაზრდას (A მტკიცებულების დონე).

4.3.2 მკურნალობა ბუპროპიონ SR-ით

ბუპროპიონ SR, იყო პირველი არანიკოტინური თერაპია, რომელმაც დაამტკიცა ეფექტურობა ნიკოტინის დამოკიდებულების მკურნალობაში. ბუპროპიონ SR, მსოფლიოს მასშტაბით ცნობილია 1997 წლიდან და ევროპაში 2000 წლიდან. ის ხელმისაწვდომია

მხოლოდ ექიმის რეცეპტით. მედიკამენტი ხანგრძლივი დროით გამოიყენებოდა აშშ-ში შიზოფრენიის და სხვა დაავადებების მქონე პაციენტებში. რადგან ბევრმა პაციენტმა, ვინც იღებდა ამ მედიკამენტს, თავი დაანება მოწვეას უპირობოდ. ლინდა ფერიმ, ასეთი პაციენტების მკურნალმა ექიმმა, დაიწყო ამ მედიკამენტის ეფექტურობის გამოცდა მოწვევის შეწყვეტის პროცესში. შესწავლილ და მონიშნულ იქნა ხანგრძლივი გამოთავისუფლების ფორმულები. რადგან ბუპროპიონი გამოიყენებოდა როგორც ანტიდეპრესანტი აშშ-ში 1989 წლიდან⁹, მისი გვერდითი ფარმაცოლოგიური პროფილი ძალიან კარგადაა დოკუმენტირებული მონაცემებით პროდუქტის უსაფრთხოებაზე¹⁰. ისევე, როგორც სხვა ანტიდეპრესანტებთან, გავრცელებული გვერდითი ეფექტებია მშრალი პირის ღრუ, უძილობა და თავის ტკივილი. ამ მედიკამენტის პოტენციური გამოყენებები ინფორმირებულები უნდა იყვნენ მისი გვერდითი ეფექტების შესახებ.

მოქმედების მექანიზმი

ბუპროპიონი ბლოკავს დოპამინის და ნორადრენალინის ნეირონულ გამოთავისუფლებას და შესაძლებელია, ანტიქოლინერგული ნიკოტინის რეცეპტორების ფუნქციის შეზღუდვის ქმედებას, რაც დამტკიცებულია ინ ვიტრო¹¹. ის იმიტირებს სიგარეტით მიწოდებული ნიკოტინის ზემოქმედებას ნორადრენალინის და დოპამინის კვლავ მოცვის შეზღუდვით, და ასევე ივარაუდება, რომ ამ მექანიზმით ამცირებს ნიკოტინის გამოდევნას. როგორც სჩანს, ბუპროპიონის ეფექტურობა ნიკოტინის დამოკიდებულებაზე შესაბამისად გამოყოფილია მისი ანტი-დეპრესანტული მოქმედებისგან, რადგან მისი დადებითი მოწვევის შეწყვეტის მოქმედება ასევე დამტკიცებული იყო არადეპრესიულ პაციენტებზე¹².

ბუპროპიონი მოქმედებს ზოგიერთი ნიკოტინის თავშეკავების სიმპტომის ჩანაცვლებით, მაგ. განსაკუთრებით დეპრესიის, გლობალურად გამოდევნის სინდრომის სიმწვაკის შემცირებით, რაც ხდის მას რეკომენდირებულს, როგორც ეფექტურ დახმარებას მოწვევის შეწყვეტის პროცესში. ბუპროპიონი ეხმარება პაციენტებს მოწვევის მადის დაწევაში. ბუპროპიონის

მიღება მწვევლების მიერ ნიკოტინის მწვავე დამოკიდებულებით, მნიშვნელოვნად ამცირებს დეპრესიის სიმპტომებს, რომელიც ასოცირებულია გამოდევნასთან. ბუპროპიონი აორმაგებს თავშეკავების თანაფარდობას პლაცებოსთან შედარებით და აქვს მსგავსი ეფექტები ორივე სქესზე¹².

ამჟამად გამოქვეყნებული ბუპროპიონის რეაგირების გენეტიკური ანალიზი ვარაუდობს, რომ ამ მედიკამენტის გამოყენებით მოწვევის შეწყვეტაში წარმატება განსაზღვრულია CYP2B6 ცვლილების ნაწილში, თავდაპირველი ფერმენტის კოდირების გენი, რომელიც პასუხისმგებელია ბუპროპიონის მეტაბოლიზმისათვის, ვიდრე გენეტიკური ცვლილებით ნიკოტინის ქოლინერგული რეცეპტორების გზაზე¹³.

კლინიკური მტკიცებულება ბუპროპიონის ეფექტურობისათვის

44 რანდომიზირებული კვლევის მეტა-ანალიზი ამტკიცებს ბუპროპიონის ეფექტურობას ნიკოტინის დამოკიდებულების მკურნალობისას და ასკვნის, რომ ბუპროპიონი მნიშვნელოვნად ზრდის ხანგრძლივადიანი წარმატებული თავშეკავების თანაფარდობას პლაცებოსთან შედარებით (OR 1.62; 95% CI 1.49–1.76).¹²

რანდომიზირებულ, ორმაგად ბრმა, პლაცებო-კონტროლირებად კვლევაში, ბუპროპიონით ნამკურნალები პაციენტების 27% აღმოჩნდა თავშეკავებული ექვსი თვის შემდეგ, 16%-თან შედარებით, ვინც მიიღო პლაცებო.¹⁴

ხანგრძლივადიანი თავშეკავების თანაფარდობა ასევე ორმაგი იყო ბუპროპიონით ნამკურნალებ პაციენტებში, როცა ის თანმხლები იყო ქვევითი თერაპიით, პლაცებოსთან შედარებით.¹⁵ არსებობს მონაცემები ბუპროპიონის ეფექტურობის შესახებ მოწვევის შეწყვეტაში მწველთა ქვეჯგუფებში დოპამინის რეცეპტორის D2 გენის DRD2 Taq1 A2/A2 გენოტიპით: მკურნალობის დასასრულს, თავშეკავების თანაფარდობა იყო სამჯერ უფრო მაღალი იმათში, ვინც იღებდა ბუპროპიონს, პლაცებოსთან შედარებით.¹⁶

ბუპროპიონ SR-მ ასევე გამოავლინა სურვილის კლება და მოწვევის შეწყვეტის შემდგომი წონის მატების შემცირება

თამბაქოს ნაკლებად გამოყენებულთან, ვინც ცდილობს თავის დანებებას.¹⁷

ინდიკატორები

ბუპროპიონი არის პირველი ხაზის მედიკამენტური თერაპია, რომელმაც დაამტკიცა ეფექტურობა თამბაქოს გამოყენების და დამოკიდებულების მკურნალობაში. სამედიცინო რეცეპტებზე დაყრდნობით, ბუპროპიონი რეკომენდირებულია ყველა პაციენტისათვის, ვინც მოტივირებულია შეწყვიტოს მოწევა, ვისაც არ აქვს უკუჩვენებები. ამავდროულად, ეს არის ეფექტური ალტერნატივა იმ პაციენტებისათვის, ვინც ვერ შეეგუა ან წარუმატებლად სცადა ნიკოტინის ჩანაცვლების თერაპიები, ან პაციენტებისათვის, ვინც მიანიჭა არანიკოტინურ თერაპიების უპირატესობა.

ბუპროპიონი რეკომენდირებულია როგორც ეფექტური მოწევის შეწყვეტის მედიკამენტი, შემდეგი სიტუაციების ჩათვლით:

- დანებების შემდგომი წონის მომატების თავიდან აცილება: ბუპროპიონი შეიძლება გამოყენებულ იქნას მწევლეებში, ვინც ფრთხილობს წონის მომატებაზე მოწევის შეწყვეტის შემდეგ. ამგვარად, ჰეისმა და სხვ. წარმოადგინა წინა კვლევაში წონის უკეთესი კონტროლი, დაკავშირებული მაღალი თავშეკავების თანაფარდობასთან პლაცებოსთან შედარებით ბუპროპიონით მკურნალობის კურსის დამთავრების შემდეგ.¹⁸
- მოწევის რეციდივის პრევენცია (პაციენტებში, ვინც გაიარა შვიდკვირიანი ბუპროპიონის კურსი და შეწყვიტა მოწევა, ბუპროპიონის თერაპიის გაგრძელებამ 52 კვირამდე გადადო მოწევის რელაპსი).
- მოწევის რეციდივის პრევენცია ალკოჰოლზე დამოკიდებულ პაციენტებში გამოჯანმრთელების განმავლობაში. პაციენტებში ქრონიკული ობსტრუქციული ფილტვის დაავადებებით. მიუხედავად იმისა, რომ გარსია რიომ და სხვ. შეიმუშავეს ჰიპოთეზა, რომ ბუპროპიონს შეუძლია დაახიანოს ჰიპოქსიაზე ვენტილატორის რეაგირება და ჰიპერკაპნია პოტენციურად მავნე ზემოქმედებით COPD შეფასებაზე, არც ერთ კვლევას, რომელიც

აფასებდა ქრონიკული ფილტვის დაავადებების მქონე პაციენტებზე ბუპროპიონის ეფექტურობას, არ შექმლო ეჩვენებინა ასეთი გვერდითი ეფექტები¹⁹

კლინიკური გამოყენება

ბუპროპიონი ხელმისაწვდომია 150 მგ 28 აბიან ყუთებში. პირველ სამ დღეში, პაციენტებმა უნდა მიიღონ პერორალურად 150 მგ ბუპროპიონის დოზა ყოველ დღით, შემდეგ 150 მგ დღეში ორჯერ (მინ. 8 საათიანი ინტერვალით) მთელი კურსის განმავლობაში, მთლიანი ხანგრძლივობით 7-დან 9 ან 12 კვირამდე. გაგრძელებული ხანგრძლივობა თავდაპირველი მკურნალობის შედეგად იწვევს უფრო ხანგრძლივ თამბაქოსგან თავშეკავებას. ხანგრძლივი თერაპიისათვის გათვალისწინებული უნდა იქნას 150 მგ ბუპროპიონ SR ექვს თვემდე დანებების შემდეგ პერიოდზე.²⁰

პაციენტებმა უნდა დაიწყონ ბუპროპიონ SR-ით მკურნალობა 1-2 კვირით ადრე, ვიდრე შეწყვეტენ მოწევას. მათ უნდა დასახონ თავის დანებების თარიღი მკურნალობის მეორე კვირას და შეუძლიათ დაიწყონ ბუპროპიონის გამოყენება, მიუხედავად იმისა, თუ ისინი კვლავ ეწევიან. გათვალისწინებულია, რომ მკურნალობის ერთიდან ორი კვირის შემდეგ, ბუპროპიონის შრატის დონე ინარჩუნებს მუდმივ მდგომარეობას და შესაძლებელია იყოს მოწევის შეწყვეტის მცდელობა. დადასტურებულია, რომ მოწევის გაგრძელება მნიშვნელოვნად არ ზემოქმედებს ბუპროპიონის მედიკამენტურ თერაპიაზე. ზოგიერთი ავტორის მიხედვით, თუ პაციენტი ვერ მიიღწევს წარმატებას მოწევის შეჩერებაში თავდაპირველად დასახულ თარიღზე, რეკომენდირებული უნდა იყოს შეჩერების გადადება მკურნალობის მესამე ან მეოთხე კვირაზე, თავშეკავების მიღწევამდე.²⁰

ინსტრუქციების გამოწერა

მოწევის შეწყვეტა თავის დანებების თარიღამდე: აღიარებულია, რომ ზოგიერთ პაციენტს შეიძლება დაეკარგოს მოწევის სურვილი თავის დანებების განსაზღვრულ თარიღამდე, ან შეუძლიათ სპონტანურად შეამცირონ თამბაქოს გამოყენების რაოდენობა. დოზირების შესახებ ინფორმაცია: თუ არსებობს ინსომნია,

სალამოს დოზის მიღებამ უფრო ადრე შუადღისას, შეიძლება გამოიწვიოს შემსუბუქება.

ალკოჰოლი: არ არის რეკომენდირებული ალკოჰოლთან კომბინაციაში გამოყენება, ან თუნდაც მინიმალური რაოდენობით. თუ ხასიათის ცვლილება თვითნებურად გამოვლინდა, მიმართეთ ექიმს.

უკუჩვენებები

უკუჩვენებები არსებობს შემდეგ შემთხვევებში:

- ასაკი 18 წლამდე
- ფეხმძიმობა, ძუძუთი კვება: არ არის ნაჩვენები ბუპროპიონით მკურნალობის ეფექტურობა თამბაქოს დამოკიდებულებისათვის ფეხმძიმე მწვეკლებში;
- ბუპროპიონი არ შეფასებულა ძუძუთი- მკვებაჲ პაციენტებში;
- ჰიპერმგრძნობელობა ბუპროპიონზე ან მისი არააქტიური შემადგენლობა;
- ადრინდელი ან ახლანდელი კონვულსიური დარღვევები, თავის ქალის და თვინის სიმსივნე, კრუნჩხვების სამედიცინო ისტორია;
- ჭამის დარღვევები;
- ბიპოლარული დარღვევები;
- ქრონიკული ალკოჰოლის მოხმარების გამოყვანა, მწვავე ღვიძლის უკმარისობა, ღვიძლის ციროზი;
- MAO ინჰიბიტორების გამოყენება ბოლო ორ კვირაზე, ბენზოდიაცეპინის გამოყენების ისტორია.

გვერდითი ეფექტები, სიფრთხილის ზომები, გაფრთხილებები, მედიკამენტის ჩარევები ძირითადი გვერდითი მოვლენები

კლინიკური კვლევების მიმოხილვამ უჩვენა ორმაგი გვერდითი ეფექტები იმ პაციენტებში, ვინც იღებდა ბუპროპიონს პლაცებოსთან შედარებით¹. გვერდითი ეფექტები, გამოვლენილი უფრო ხშირად იმ პაციენტებში, ვინც იღებს ბუპროპიონს, არის:

- უძილობა
- თავისტკივილი
- პირის სიმშრალე

პირის სიმშრალისა და თავისტკივილის შეწინააღმდეგების

მიზნით, რეკომენდირებულია მუდმივად მიღებულ იქნას დღეში ორიდან სამ ლიტრამდე სითხე. უძილობის თავიდან აცილების მიზნით, ჩვენ რეკომენდაციას ვუწვევთ რაც შეიძლება ადრე დილით ბუპროპიონის პირველი ტაბლეტების მიღებას, შესაბამისად, მეორე აბი მიღებული იქნება ადრე შუადღით, უმჯობესია ოთხი საათით ადრე მაინც ძილის წინ. ინსომნია ასევე შეიძლება შემცირებული იყოს ბუპროპიონის დოზის რეგულირებით 150 მგ/დღეში. ფრანგულ გამოცდილებაზე უფრო გაფართოებულ კვლევაში მოწვევის შეწყვეტის მკურნალობასთან დაკავშირებით ბუპროპიონის გამოყენებით 2001-2004 წწ., ავტორებმა აღნიშნეს 1682 გვერდითი რეაქცია აღმოჩენილი 698,000 პაციენტში, ვინც მკურნალობდა ბუპროპიონით პირველ სამ წელიწადს, რაც პროდუქტი გასაყიდად გამოვიდა საფრანგეთში.²¹

ამ 1682 გვერდითი მოვლენაში, 28 % წარმოდგენილი იყო, როგორც მწვავე გვერდითი რეაქცია, შემდეგი სპექტრით:

- 31.2% კანის რეაქციები (ალერგია, კვინკეს შეშუპება, შრატის დაავადების სახეობა)
- 22.5% ნევროლოგიური რეაქციები (განსაკუთრებით ცერებრალურ-ვასკულარული)
- 17,2% ნევროფსიქოლოგიური რეაქციები (განსაკუთრებით ფიქრი თვითმკვლელობაზე, დეპრესია)

ამ შემთხვევების დაკვირვებითი ანალიზით, დამტკიცებულ იქნა, რომ ნევროლოგიურ/ფსიქოლოგიური რეაქციების 66%-ში და თითქმის 50% ნევროლოგიურ რეაქციებში, იდენტიფიცირებული იქნა წინაპირობითი რისკ ფაქტორები.²¹

სხვა გვერდითი მოვლენები

თავბრუსხვევა, სისხლის მაღალი წნევა, ყელის ტკივილი, შფოთვა-დეპრესიის სინდრომი, ინტელექტუალური განვითარების კლება, ვიზუალური დარღვევები, და იშვიათი, ზოგჯერ ალერგიული კანის რეაქციები, აგრეთვე აღწერილ იქნა, როგორც გვერდითი მოვლენები.

ყველაზე საგანგაშო გვერდითი ეფექტი არის შეტევა, ის ვლინდება ძალიან იშვიათად (1:1000) და ჩვეულებრივ წახალისებულია ადრე არსებული რისკ ფაქტორების

მიერ, როგორცაა ტვინის ცირკულაციის დარღვევები, თავისქალა-ცელებრალური ტრამვა, ეპილეფსია, ჭამის დარღვევები, პარალელური მკურნალობა, რაც ამცირებს შეტევას და ა.შ.

კვინკეს შეშუპების იშვიათი შემთხვევები²² ჰიპერნატრემია, ანტიდიურეტიული ჰორმონია არასასურველი სეკრეციის სინდრომის ჩათვლით (SIADH, წარმოდგენილია და არ არის ანტიფსიქოლოგიური მედიკამენტის თერაპიის იშვიათი გართულება).²³

სიფრთხილის ზომები გამოყენებისას

უფროსი ასაკის სუბიექტებში, რეკომენდირებულია დარეგულირდეს (შემცირდეს) ბუპროპიონის დოზა ნახევრამდე, მაგ. 150 მგ ბუპროპიონი /დღეში, ისევე, როგორც შემთხვევებში, რომელიც დაკავშირებულია მწვავე თირკმლის ან ღვიძლის უკმარისობასთან. მძლოლები და პაციენტები, ვინც საჭიროებს სიფრთხილეს მექანიზმების მართვის დროს, ეძლევათ რჩევა შეამოწმონ ბუპროპიონის ეფექტი, ამ აქტივობების ჩატარებამდე, რადგან შეიძლება განიცადონ თავბრუსხვევა, ყურადღების გაფანტვა.

რადგან პაციენტებში აღწერილი იყო მაღალი სისხლის წნევა ბუპროპიონით მკურნალობისას, სავალდებულოა სიფრთხილით სისხლის წნევის მონიტორინგი, განსაკუთრებით, როცა გამოყენებულია თერაპიული კომბინაციები, მსგავსად ბუპროპიონისა დანიკოტინის პლასტირის კომბინაცია.

ყველა პაციენტი, ვინც იყენებს ბუპროპიონს, ისევე როგორც სხვა მედიკამენტს მოწვევის შეწყვეტისათვის, უნდა გამოიკვლიონ სიმპტომებზე შემდეგ კატეგორიებში: ქცევითი დარღვევები, ანტაგონიზმი, ალგუნებადობა, უგუნებობა, თვითმკვლელობაზე ფიქრი/მცდელობები და შეცდომაში შემყვანი ქცევითი იდეა. როცა მსგავსი გამოვლინებები წარმოიქმნება, პაციენტებმა დაუყოვნებლივ უნდა შეწყვიტონ ბუპროპიონის გამოყენება და დაუკავშირდნენ თავიანთ ექიმს²⁴. EMEA და FDA რეკომენდაციას იძლევა, რომ პაციენტებმა უნდა უთხრან თავიანთ ჯანმრთელობის დაცვის პროვაიდერებს ამ მედიკამენტის მიღების დაწყებამდე ნებისმიერი ფსიქიატრიული დაავადებების თაობაზე და შესაბამისად,

ამ მედიკამენტის გამოწერისას ექიმებმა უნდა გასწიონ ხასიათში და ქცევაში ცვლილებების მონიტორინგი. შემდგომი ინფორმაციისათვის, გაიარეთ კონსულტაცია FDA ვებგვერდებზე, შავი ყუთის გაფრთხილებების სექციაში^{25,26}

ბუპროპიონის გამოწერამდე, ექიმმა უნდა შეამოწმოს შემდეგი ასპექტები, რაც იწვევს ზოგიერთი სიფრთხილის ზომის გამოყენებას:

- ნივთიერებები, რომელთაც შეუძლიათ დაწიონ კრუნჩხვების ზღვარი, ანტიფსიქოტიკური მედიკამენტები, ანტი-დეპრესანტები, ტრამადოლუმი, მეტილქსანტინესი, სისტემური სტეროიდები, ანტისტამინები, ჰინოლონების მსგავსი ანტიბიოტიკები, ფსიქო -სტიმულატორები ან ანორექსული ნივთიერებები;
- ალკოჰოლიზმის ისტორია;
- შაქრიანი დიაბეტის ანტისედეგენტები ან თავის ქალის და ტვინის შეშუპება

ასევე, რეკომენდირებულია გაზრდილი ყურადღება მედიკამენტების ერთდროული გამოყენების შემთხვევაში, რაც შეიძლება გამოყენებულ იქნას ბუპროპიონთან: სიფრთხილე, როცა ერთდროულად გამოიყენება მედიკამენტები, რაც ასტიმულირებს ან აფერხებს 2D6 ან P 450 ფერმენტის სტრუქტურებს. ამავედროულად, რეკომენდირებულია სისხლის წნევის გაზომვა, ისევე როგორც თეოფილინის, ტაკრინის, კლოზაპინის, იმიპრამინის, ფლუოქსამინის და პენტაზოცინის სისხლის კონცენტრაციის გაზომვა, რადგან ისინი შეიძლება აიწიოს, როცა გამოიყენება ბუპროპიონთან ერთად. ბუპროპიონის ერთობლივი ადმინისტრირება ასევე განსაზღვრულია ზოგიერთი ანტი-დეპრესანტის სისხლის ტიტრის ასაწევად (იმიპრამინი, თიორიდაზინი), მეტოპროლოლი, ანტი-არითმიული მედიკამენტი მსგავსად პროპაფენონისა. სიფრთხილის ზომები ასევე რეკომენდირებულია ბუპროპიონთან შემდეგი მედიკამენტების გამოყენების დროს: ციკლოფოსფამიდი, კარბამაზეპინი, ვოლპრატი და ამანტადინი¹.

ბუპროპიონის თერაპიის შეწყვეტის ინდიკატორები

- კრუნჩხვების გამოვლენა;

- შტარის დაავადების სიმპტომები: სახსრების ან კუნთების ტკივილი, ციება;
- ანაფილაქსიური რეაქციები ან ჰიპერსენსიტიურობა: გამონაყარი, კანის გამონაყარი, გულმკერდის შეკუმშვები; უჰაერობა; შეშუპება

ბუპროპიონით მკურნალობის ღირებულებითი ეფექტი

სისტემატიურ მიმოხილვაში, სადაც შედარებულია მოწვევის შეწყვეტისათვის პირველი ხაზის არანიკოტინური თერაპიის ღირებულებითი ეფექტი (ვარენიკლინი და ბუპროპიონი SR) გამოყენებულ მოდელში განსხვავებების და მათი ღირებულებითი - ეფექტურობის დასკვნების განსასაზღვრად, ვარენიკლინი დომინირებდა ბუპროპიონს უმეტეს ღირებულებით მოდელში²⁷. მიუხედავად ამისა, მოდელის შესაბამისობა კლინიკური პრაქტიკისათვის და ცვლადები, რომლებიც ცვლიან დასკვნებს ღირებულებით-ეფექტურობაზე, გათვალისწინებულ უნდა იქნას შედეგების ინტერპრეტაციისას²⁷.

რეკომენდაციები

- ბუპროპიონ SR რეკომენდირებულია, როგორც ეფექტური მოწვევის შეწყვეტის მედიკამენტური თერაპია (A მტკიცებულების დონე).

4.3.3. მკურნალობა ვარენიკლინით

ვარენიკლინი, როგორც მოწვევის შეწყვეტის უახლესი ფარმაცოლოგიური თერაპია, დამტკიცებულ იქნა გამოყენებისათვის ევროპასა და მსოფლიოში 2006 წლიდან. ვარენიკლინი ხელმისაწვდომია სამედიცინო დანიშნულებით.

4.3.3.1 მოქმედების მექანიზმი

მექანიზმი, რისი საშუალებითაც ვარენიკლინი ეხმარება მწვეკლებს მიაღწიონ თავის შეკავებას, გაგებულ უნდა იქნას იმ როლის კონტექსტში, რასაც ნიკოტინი თამაშობს თამბაქოს დამოკიდებულების ხელშეწყობაში. ნიკოტინი მოქმედებს ნეირონული ნიკოტინური აცეტილქოლინის რეცეპტორებზე (nAChR), ტვინის კენტრალური ზედაპირის მიდამოებში, რაც იწვევს დოფამინის გამოთავისუფლებას

მიმდებარე ბირთვში, რაც აძლიერებს ნიკოტინის-ძიების ქცევას. ამ რეცეპტორების გაძლიერება კენტრალურ მიმდებარე არეალში წარმოიშვება მაშინ, როცა სისხლში არის ნიკოტინის საკმარისი დონე.

მომძლავრებული ნეირონული ნიკოტინური nAChR ქვესახეობები ცენტრალურ ნერვულ სისტემაში წარმოადგენენ ალფა4ბეტა2 (α4β2) და ალფა7 სახეობებს. მათგან, წინარე არის ყველაზე პრევალენტური ცენტრალურ ნერვულ სისტემაში, რაც ითვლის დაახლოებით 90% ცენტრალური ნერვული სისტემის ნეირონულ nAChR-ს.

ეს მაღალი სიხშირე და α4β2 ნეირონის ნიკოტინური აცეტილქოლინის რეცეპტორების მაღალი აფინურობა - მიჩნეულია, რომ აქვს უმაღლესი სენსიტიურობა ნიკოტინზე - მიიჩნევენ რომ α4β2 ნეირონული ნიკოტინური აცეტილქოლინის რეცეპტორი არის ღერძი ბიო-მოლეკულური სამიზნე ორივესათვის - უკვდავსაყოფად და ნიკოტინზე დამოკიდებულების სამკურნალოდ. α4β2 რეცეპტორი იდენტიფიცირებულ იქნა, როგორც პოტენციური სამიზნე მოწვევის შეწყვეტის მედიკამენტისათვის, განსაკუთრებით ნაწილობრივ აგონისტურ მოქმედებასთან ამ რეცეპტორის ქვე-სახეობაზე.

ვარენიკლინი შეიქმნა იმისათვის, რომ ჰქონოდა მაღალი შემგუებლობა α4β2 nAChR მეზოლიმბიკურ დოპამინის 31 სისტემაში და ემოქმედა, როგორც α4β2 nAChR-ის შერჩევით ნაწილობრივ აგონისტს. ასევე, ის ფლობს რეცეპტორ-დამოკიდებულების მოქმედების საშუალებას, რომელიც მოქმედებს, როგორც დაბალი ეფექტურობის ნაწილობრივი აგონისტი α4β2, α3β2, α3β4, და α6/α3β2β3 ნეურონალურ ნიკოტინურ აცეტილქოლინის რეცეპტორებზე და მაღალი ეფექტურობის მთლიან აგონისტ ალფა7 nAChR-ზე. როგორც თამბაქოს დამოკიდებულების ფარმაცოლოგიური აგენტი, ვარენიკლინის α4β2-ის ნაწილობრივი აგონისმი როგორც მიიჩნევენ, ხელს უწყობს მოწვევაზე უარს დოფამინერგული ნეირონების სტიმულირებით და თანმდევ თამბაქოს ნდომის შემცირებას და ნიკოტინის გამოდევნას. ნაწილობრივი ანტაგონიზმი α4β2 ნეირონულ ნიკოტინურ აცეტილქოლინის რეცეპტორებზე ამცირებს ნიკოტინზე მიჯაჭვულობას, რაც იწვევს სიგარის

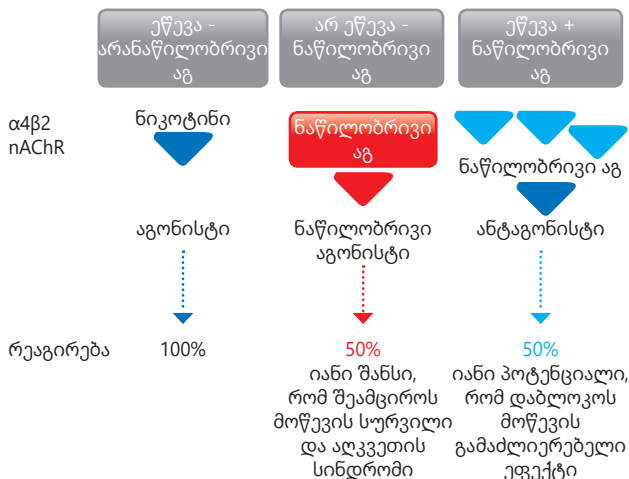
მოწვევიდან ჯოლდოს შემცირებას (იხ. ცხრილი 4.8). ვარენიკლინი განიხილება, როგორც მოწვევის სურვილის დამქვეითებელი. პლაცებოზეთან შედარებით, სურვილი მნიშვნელოვნად დაბალია იმ მონაწილეებში, ვინც იღებს ვარენიკლინს (ვარენიკლინის საწინააღმდეგოდ, $P=0,001$)²⁴ ვარენიკლინისათვის სავარაუდო ნაწილობრივი ანტაგონისტური მექანიზმითან შესაბამისობაში, მოწვევის დაკმაყოფილება და ფსიქოლოგიური ჯილდო ასევე მნიშვნელოვნად შემცირდა მწვეულებში, რომლებიც იღებდნენ ვარენიკლინს, პლაცებოს წინააღმდეგ.²⁴

4.3.3.2 ვარენიკლინის ეფექტურობის კლინიკური მტკიცებულება

ეფექტიანობა ჯანმრთელ ზრდასრულებში

მეტა-ანალიზებმა შეადგინა მონაცემები 15 კლინიკური ცდისაგან 12,233 მონაწილის ჩათვლით, რომლებიც იღებდნენ ან ვარენიკლინს, ან პლაცებოს. ანალიზებმა გამოკვეთა რისკის შესაბამისობა მოწვევისაგან უარის თქმის გაგრძელებაზე 9-24 კვირის განმავლობაში 2.27 (95% CI: 2.02 – 2.55) ვარენიკლინის სასარგებლოდ

დიაგრამა 4.8: ვარენიკლინის მოქმედების მექანიზმი, როგორც ალფა4 ბეტა2 ნიკოტინური აცეტილქოლინის რეცეპტორის ნაწილობრივი აგონისტი



ყოველდღიურად 1.0 მგ. ორჯერ მიღება.³² კოჰრენის თანამშრომლობის მიერ ჩატარებულმა ქსელურმა მეტა-ანალიზმა დაასკვნა, რომ ვარენიკლინი აღემატებოდა NRT (ნიკოტინის ჩანაცვლების თერაპია) ცალკეულ ფორმებს (OR 1.57; 95% CI 1, 29 1, 91-მდე), და ბუპროპიონს (OR 1,59; 95% CI 1, 29 1, 96-მდე), მაგრამ არ იყო უფრო ეფექტური, ვიდრე NRT კომბინაცია (OR 1,06; 95% CI 0,75-დან 1,48-მდე).⁴

სამი კვლევის მეტა-ანალიზებმა ასევე გააკეთა დასკვნები სამი კვლევით, რომლებიც ადარებდნენ ვარენიკლინს შენელებულად-გამოთავისუფლებულ ბუპროპიონს. ვარენიკლინი დაფიქსირდა, როგორც ბუპროპიონზე აღმატებული (RR 1.59, 95% CI: 1, 29 – 1, 96) გაგრძელებული თავის შეკავებისათვის 52 კვირაზე.⁴

გონზალესის და სხ. და ჯორენბაი და სხ. ცდების მე-3 ფაზის გაერთიანებული მონაცემების ანალიზში, რათა გამოეკვლიათ ვარენიკლინის, ბუპროპიონის და პლაცებოს შედარებითი ეფექტურობა მოწვევის შეწყვეტისათვის, ნაიდმა და სხ. აღმოაჩინა, რომ გაერთიანებული განგრძობითი თავის დანებება აღინიშნებოდა 9-დან 12 კვირის მანძილზე, სადაც მნიშვნელოვნად დიდი იყო ვარენიკლინი ბუპროპიონთან და პლაცებოსთან შედარებით (44, 0%, 29,7% და 17, 7 % შესაბამისად, ორივე შედარება $P=0,001$).³¹ მსგავს ანალიზებში ვარენიკლინის, ბუპროპიონის და პლაცებოს ეფექტურობის შესაფასებლად მწვეულებში ნდომისა და გამოდევნის სიმპტომების, ვესტ და სხ. აღმოაჩინა, რომ ყველა მონაწილეს შორის, სურვილი მნიშვნელოვნად შემცირა ვარენიკლინის ან ბუპროპიონით პლაცებოსთან შედარებით (ორივე $P=0,001$) და ვარენიკლინით ბუპროპიონთან შედარებით ($P=0,008$); რომ ვარენიკლინი ან ბუპროპიონი მნიშვნელოვნად ზღუდავენ ნეგატიური გამოდევნის სინდრომს პლაცებოსთან შედარებით და ასევე ის, რომ ვარენიკლინით ნამკურნალებ პაციენტებს ჰქონდათ მნიშვნელოვნად დაბალი მოწვევის სასიამოვნო ეფექტი ბუპროპიონით ნამკურნალებ პაციენტებთან შედარებით.³³

შემაჯამებლად, ყველა ეს კლინიკური მონაცემი ამტკიცებს, რომ ვარენიკლინი აღემატება პლაცებოს და მიჩნეულია, რომ ვარენიკლინი გაცილებით ეფექტურია,

ვიდრე NRT -ით და ბუპროპიონით მონო თერაპია მოკლე პერიოდში მოწვევისაგან თავის დანებების მიღწევაში. ვარენიკლინი არა მარტო მნიშვნელოვნად ასუსტებს სურვილს და გამოდენის სიმპტომებს, არამედ ასევე მნიშვნელოვნად ამცირებს ნიკოტინის დაჯილდოების ეფექტს და გადაავადებს მოწვევის რეციდივს.³⁴

გაგრძელებული მკურნალობის ეფექტურობა

ვარენიკლინის გამოყენებით თერაპიის ხანგრძლივმა მიმდინარეობამ უჩვენა უფრო მეტი ეფექტურობა, ვიდრე უფრო ხანმოკლე მიმდინარეობამ 6-12 თვის თავშეკავებაზე. უფრო ხანგრძლივი თერაპიის შეფასების კვლევაში, მონაწილეებმა მიაღწიეს მოწვევისგან თავის შეკავებას მკურნალობის დასრულებიდან 12 კვირის შემდეგ, ღია-იარლიყიანი ვარენიკლინით, სადაც რანდომიზირებულად მიიღებოდა 1 მგ ვარენიკლინი ან პლაცებო ორჯერ დღეში, დამატებით 12 კვირის განმავლობაში. მკურნალობის მეორე ფაზის ბოლოსათვის (კვლევის 24-ე კვირა), მონაწილეების 71%, რომლებიც იღებდნენ აქტიურ მკურნალობას, შეინარჩუნეს მოწვევისგან თავის შეკავება მონაწილეების 50%-თან შედარებით, რომლებიც იღებდნენ პლაცებოს (OR 2.48, 95% CI: 1.95 – 3.16). კვლევის შემდგომ 52 კვირაზე, სუბიექტებს, რომლებიც იღებდნენ ვარენიკლინს, ჰქონდათ მოწვევისგან თავის შეკავების მნიშვნელოვანი მაღალი მაჩვენებელი, მათთან შედარებით, ვინც იღებდა პლაცებოს (44% 37%-ის წინააღმდეგ 13-53 კვირის თავზე გაგრძელებული თავის შეკავება, 95% CI: 1.06 – 1.69).³⁵ ამ კვლევის მონაცემების მეორადი ანალიზები მიიჩნევენ, რომ რელაქსის პრევენციისათვის გამოყენებისას, ვარენიკლინის დამატებითი 12 კვირიანი კურსი უფრო ეფექტური იყო მწვეკვლებში, რომელთაც ჰქონდათ სირთულეები მოწვევისგან თავის შეკავების მიღწევაში.³⁶ არსებობს ასევე მეცნიერული მტკიცებულება, რომ ვარენიკლინი კარგად შემგუებლურია ხანგრძლივი დროის მანძილზე - სამიდან ექვსი თვიდან ერთ წლამდე - და მკურნალობის პერიოდის გახანგრძლივება აღკვეთავს რელაქსს. ასევე ნაჩვენებია იქნა ვარენიკლინით ხანგრძლივადიანი (ექვსი თვე) მკურნალობის უსაფრთხოება და ეფექტურობა. 377 ზრდასრულ მწვეკვლზე კვლევაში, პაციენტები

რანდომიზირებული იქნა ვარენიკლინით (1 მგ დღეში ორჯერ) ან პლაცებოთი 52 კვირის განმავლობაში. მედიკამენტი კარგად შემგუებლური აღმოჩნდა. შვიდდღიანი უპირატესობა თავშეკავების მაჩვენებლით 52-ე კვირაზე იყო 37%, ვარენიკლინით ნამკურნალზე სუბიექტებში პლაცებოს გჯუფის 8%-თან შედარებით.

სხვა კვლევაში შეაფასა, რომ ხანგრძლივი დროით მწვეკვლები, ვინც წარუმატებლად დაანება თავი მოწვევას სამიზნე თავის დანებების თარიღზე (TQD) ან თავის დანებების თარიღის მომდევნო შუალედში, საბოლოოდ მიაღწიეს წარმატებას გაგრძელებული მკურნალობით. ეს გაკეთებულ იქნა ვარენიკლინის ბუპროპიონის საპირისპიროდ და პლაცებოს ორი იდენტური კვლევის გაერთიანებული მონაცემების მეორადი ანალიზის დროს. ორი წარმატებული თავის დანებების ნიმუში იდენტიფიცირებულ იქნა მწვეკვლებს შორის, ვინც მიაღწია განგრძობით თავშეკავებას მკურნალობის უკანასკნელი ოთხი კვირისათვის (9-13 კვირა): მაშინვე თავის დამნებებელი (IQs), ვინც თავი დაანება მოწვევას თავის დანებების თარიღზე (დღე 8) და დარჩა განგრძობითად თავშეკავებული 2-12 კვირისათვის და გადავადებული თავის დამნებებელი (DQs), ვინც მიაღწია თავდაპირველ თავშეკავებას თავის დანებების თარიღის შემდეგ (TQD) ან მორალურად დაეცა მე-2 კვირის თავშეკავების შემდეგ და აღდგა კვლევის მე-9 კვირისათვის. მაშინვე თავის დამნებებთან (IQs) შედარებით, გადავადებული თავის დამნებებლები (DQs) „გადავადებულები“ იყვნენ განგრძობით თავის დანებების მიღწევაში მკურნალობის ბოლოსათვის. ეს მონაცემები ემხრობა რეკომენდირებულ განუწყვეტელი მოწვევის შეწყვეტის მკურნალობას მწვეკვლის მოტივაციაში ჩაურევლად, და რჩება თავის დანებების პროცესში მიუხედავად წარმატების ნაკლებობისა მკურნალობის ადრეულ ეტაპზე.³⁸

ეფექტურობა COPD პაციენტებში

ტაშკინმა და სხვებმა აღმოაჩინა, რომ ვარენიკლინი დადასტურებული იქნა, როგორც ეფექტური მედიკამენტური თერაპია, რომელიც კარგად ეგუებოდა COPD პაციენტებში მსუბუქი-ზომიერი ფორმებით, განუწყვეტელი თავის შეკავების თანაფარდობით 9-12

კვირაში 42/3%-ით პლაცებოს 8,8% ის საპირისპიროდ და 18,6%-ის 5,6%-ის საპირისპიროდ პლაცებოსათვის კვლევის შემდგომ პერიოდში (9-52 კვირა). აღმოჩენილი იქნა კარგი უსაფრთხოების პროფილი ადრეულ ვარენიკლინზე ცნობის კვლევებთან შედარებით (2,8% მძიმე გვერდითი ეფექტები მათში, ვინც მიიღო ვერენიკლინი, შედარებით 4,4%-თან პლაცებოს ჯგუფში).³⁹

ეფექტურობა გულის დაავადების მქონე პაციენტებში

2010 წლის რიგოტის და პაიპისა და სხვების კვლევამ გამოაქვეყნა შედეგები კვლევაზე, რომელიც ცდიდა ვარენიკლინის ეფექტურობას პლაცებოსთან შედარებით 714 მწვეკელში სტაბილური კარდიო-ვასკულარული დაავადებებით.⁴⁰ ავტორებმა აღმოაჩინეს განუწყვეტელი თავის შეკავების მიმდინარეობა უფრო მაღალი ვარენიკლინით (47.0% 13.9%-ის წინააღმდეგ) 9-12 კვირაში, როგორც 9-52 კვირაში (19.2% 7.2%-თან შედარებით).

ეფექტურობა HIV პაციენტებში

მულტიცენტრულ საპილოტე ღია იარღიყიან კვლევაში HIV-ინფიცირებულ მწვეკელებში, ვარენიკლინის 1.0 მგ იყო გამოყენებული დღეში ორჯერ 12 კვირის განმავლობაში პირველ კვირაში დოზის ტიტრაციით. გვერდითი მოვლენები და თავშეკავების მაჩვენებელი მათთან შედარებით, ვინც გამოვლენილი იყო რანდომიზირებულ კონტროლირებად ცდებში, რომელიც ჩატარებული იყო ძირითადად ჯანსაღ აივ -ნეგატიურ მწვეკელებში. ვარენიკლინი უსაფრთხო იყო და გამოვლინდა, როგორც ეფექტური აივ-ინფიცირებულ მწვეკელებს შორის ამ კვლევაში, მიუხედავად იმისა, რომ გავრცელებული იყო გვერდითი მოვლენები (განსაკუთრებით გულისრევა). ღვიძლის ფერმენტების და არტერიული წნევის ინტენსიური მონიტორინგი რეკომენდაციას უწევს აივ-დადებით მწვეკელებს მიიღონ ვარენიკლინი.⁴¹

ეფექტურობა ფსიქიური აშლილობით მყოფ პაციენტებში

COMPASS მონაცემებმა თავის დანებების კვლევიდან შეადარა მწვეკელები ფსიქიატრიული ისტორიით.⁴² ყველა პაციენტმა მიიღო ქცევითი კონსულტირება, დამატებითი

ვარენიკლინი თავის დანებების შემდგომი მომდევნო თარიღის ექვს თვეში. ფსიქიატრიული ისტორია დაფუძნებული იყო სამედიცინო ჩანაწერების შფოთვის, დეპრესიის, ფსიქოტური ან ბიპოლარული დარღვევის მტკიცებულებებზე. აბსტინენციის ანალოგიური მაჩვენებლები რეგისტრირებულ იქნა ორივე ჯგუფში. ფსიქიატრიული ისტორიით მიდრეკილები იყვნენ უფრო შფოთვისა და დეპრესიისაკენ. გვერდითი ეფექტები შეფასებულ იქნა როგორც ზომიერი ინტენსივობის ან ნაკლებად ინტენსიური. საერთო ჯამში, ფსიქიატრიული დიაგნოზის არსებობა ამ კვლევაში ვერ იწინასწარმეტყველებს მკურნალობის უარეს შედეგებს ან მკურნალობის უარეს გვერდით ეფექტებს.⁴²

ანთენელის და სხვ. მიერ ფართე მულტიცენტრულმა რანდომიზირებულმა კონტროლირებადმა კვლევამ ჩაატარა თავიდან-ბოლომდე შედარება ვარენიკლინის პლაცებოსთან შედარებით 12 კვირიანი სტაბილურად ნამკურნალები მწვეკელის ნიმუში მიმდინარე ან წარსული დეპრესიით (n=525).⁴³ კვლევამ შეაფასა მოწვევისგან თავის შეკავება, ისევე როგორც ცვლილებები ხასიათში და შფოთვის დონეები. კვლევამ აღმოაჩინა, რომ ვარენიკლინმა ასწია მოწვევისგან თავის დანებება ამჟამინდელი ან წინა დეპრესიით მწვეკელებს შორის, ვინც სტაბილურად მკურნალობდა დეპრესიის ან შფოთვის გაზრდის გარეშე 9-დან 52 კვირებში (20,3% 10,4%-თან შედარებით; OR, 2.36 [CI, 1.40-დან 3.98-მდე]; P < 0.001). ამ კვლევაში დარეგისტრირებული მნიშვნელოვანი დანაკარგი დაფიქსირებული იყო დაკვირვების პერიოდში, შესაბამისად, ის ზღუდავს დასკვნებს, რომელიც შეიძლება გამოტანილი ყოფილიყო. ამ კვლევამ გამორიცხა პაციენტები უკურნებელი დეპრესიით, გამოვლენილი ფსიქიატრიული დაავადებებით და ისინი, ვინც იღებდა ხასიათის სტაბილიზატორებსა და ანტი-ფსიქოტროპულ საშუალებებს.

შვიდი კვლევის (n=353) მეტა-ანალიზმა, რომლებმაც ინდივიდებში შიზოფრენიით შეადარა ვარენიკლინის ეფექტურობა პლაცებოსთან შედარებით, ვერ აღმოაჩინა, რომ ვარენიკლინი აღემატებოდა პლაცებოს.⁴⁴ ვარენიკლინი კარგად შეეგუა შიზოფრენიის მქონე პაციენტებში და არ დაფიქსირებულა ნეუროფსიქიატრიული მოვლენების

ამაღლება ჯგუფებს შორის. დამატებითი კვლევების ნიმუშის მცირე ზომებიდან გამომდინარე, საჭიროა შემდგომი ცდები ვარენიკლინის გამოსაყენებლად პაციენტებში შიზოფრენიით.

EAGLES-ს (ვარენიკლინის, ბუპროპიონის და ნიკოტინის დასაკრავების ფსიქონევროლოგიური უსაფრთხოებისა და ეფექტურობის კვლევა მწვეკვლებში ფსიქიური აშლილობებითა და მათ გარეშე) ამჟამინდელმა კვლევამ მოიცვა ისეთი პაციენტები, რომელთაც აღენიშნებოდათ შემდეგი დარღვევები: უხასიათობა, შფოთვა, ფსიქოზი და მოსაზღვრე პიროვნების აშლილობა. არ დადასტურდა რაიმე სახის ფსიქონევროლოგიური პრობლემები.⁴⁵ თუმცა ავტორებმა სახი გაუსვეს, რომ შეიძლება კვლევის შედეგები ვერ გავრცელდეს იმ მწვეკვლებზე, რომელთაც არანამკურნალები ან არასტაბილური ფსიქიატრიული აშლილობები აქვთ.

კოხრეინის თანამშრომლობის ბიბლიოთეკის ვარენიკლინზე განხორციელებული 14 ცდის 2016 წელს ჩატარებულმა განახლებულმა მეტაანალიზმა ვერ აღმოაჩინა განსხვავება ვარენიკლინისა და პლაცებოს შორის ფსიქონევროლოგიური დარღვევების კუთხით ფსიქიურად ჯანმრთელ პირებში, თუმცა მტკიცებულება არაა საკმარისი დავასკვნათ, რომ იგივე მდგომარეობა იქნება ფსიქიური აშლილობის მქონე ყოფილ და ამჟამინდელ პირებს შორის.³²

ეფექტურობა უკვამლო თამბაქოს მომხმარებლებს შორის

ვარენიკლინის ეფექტურობა და უსაფრთხოება უკვამლო თამბაქოს მომხმარებლების თავის დანებების დახმარებაში შეფასებულ იქნა 431 მონაწილეზე (213 ვარენიკლინი; 218 პლაცებო), რომლებიც იყვნენ რანდომიზირებული და იღებდნენ კვლევის მედიკამენტის ერთ დოზას მაინც.⁴⁶ განგრძობითი თავისდანებების მაჩვენებელი 9-12 კვირაზე უფრო მაღალი იყო ვარენიკლინის ჯგუფში, ვიდრე პლაცებოს ჯგუფში (59% - 39%-თან შედარებით). ვარენიკლინის უპირატესობა პლაცებოზე შენარჩუნდა დაკვირვების პერიოდის 14 კვირის განმავლობაში (განგრძობითი თავისშეკავების მაჩვენებელი 9-26 კვირებზე იყო

45% 34%-თან შედარებით). ავტორები მივიდნენ იმ დასკვნამდე, რომ ვარენიკლინის შეუძლია დაეხმაროს ხალხს ნაკლებკვამლიანი თამბაქოს თავის დანებებაში და აქვს მისაღები უსაფრთხოების პროფილი. ამ კვლევის პლაცებოს ჯგუფში საპასუხო მაჩვენებელი მაღალი იყო, დაივარაუდებოდა, რომ მოსახლეობა ნაკლებად მდგრადია მკურნალობაზე, ვიდრე მწვეკვლები. ვარენიკლინის მოხმარებაზე წინასწარი მონაცემების შეგროვების პილოტურ კვლევაში, როგორც თამბაქოს შემცირების სტრატეგიის ღია-იარლიყიან კვლევაში ჩართული იქნა 20 ნაკლებკვამლიანი თამბაქოს მომხმარებელი, ებერტმა და სხ. დაადგინა, რომ ვარენიკლინი შეიძლება იყოს ეფექტური ნაკლებკვამლიანი თამბაქოს გამოყენების შემცირებაში და მიაღწიოს ნაკლებკვამლიანი თამბაქოს თავის დანებებას მათ მომხმარებლებში, რომელთაც არ აქვთ გეგმაში თავი დაანებონ მოწევას, მაგრამ დაინტერესებულნი არიან შეამცირონ ასეთი თამბაქოს გამოყენება.⁴⁷

4.3.3.3. ვარენიკლინი მედიკამენტურ თერაპიასთან კომბინაციაში

მძიმე მწვეკვლებს შეუძლიათ ისარგებლონ ვარენიკლინის თერაპიით და ნიკოტინის შემცველი გაერთიანებული თერაპიით, რადგან ვარენიკლინმა შესაძლოა ვერ გააჯეროს მთლიანად ნიკოტინის რეცეპტორები დოზის გაფართოებისას.²⁴ არასრულად გაჯერებულმა რეცეპტორებმა შეიძლება გამოიწვიოს ნიკოტინის სურვილის ნაწილობრივი შესუსტება, თუ დამატებით ნიკოტინის შემცველ თერაპიას შეუძლია გამოიწვიოს რეცეპტორების უფრო სრულყოფილი შესვება, მოწვევაზე მოწოდება შესაძლებელია სრულყოფილად შესუსტდეს. ეს შესაძლო ეფექტი თავდაპირველად შეფასებულ იქნა რვა დღიან რეზიდენტულ სამკურნალო პროგრამაში მაიოს კლინიკაში (როჩესტერი, ნიუ-იორკი, აშშ). კვლევის პირველმა ჯგუფმა (n=135) რეზიდენტული სამკურნალო პროგრამა დაასრულა ვარენიკლინის გამოთავისუფლებამდე და მიიღო „ჩვეულებრივი ზრუნვა“, რომელიც შედგებოდა ნიკოტინის პლასტირის თერაპიისგან და/ან მდგრადი-გამოთავისუფლების ბუპრონიონისგან. NRT -ს ხანმოკლე მოქმედების

ფორმები გამოყენებულ იქნა ad libitum მწვავე ნიკოტინის გამოყვანის სიმპტომების მკურნალობისას⁴⁷. მეორე ჯგუფმა (n=104) დაასრულა რეზიდენტული მკურნალობის პროგრამა ვარენიკლინის FDA-ის დამოწმების შემდეგ და მიიღო გაერთიანებული თერაპია ვარენიკლინიტით და ნიკოტინის ჩამნაცვლებელი თერაპიით. ნიკოტინის პლასტიკით მკურნალობა NRT -ს ფორმის გამოყენების პრედომინანტური იყო, და ხშირად შევსებული იყო NRT -ს ხანმოკლე მოქმედების ფორმებით. პაციენტების დაახლოებით სამმა მეოთხედმა გამოიყენა NRT-ს ერთზე მეტი ფორმა. არ ყოფილა აღმოჩენილი მნიშვნელოვანი განსხვავებები 30 დღიან მოწვევისგან თავის შეკავების მაჩვენებლებში ორ ჯგუფს შორის 6 თვეში. მნიშვნელოვანია აღინიშნოს, რომ დაფიქსირებულ გვერდით ეფექტებში არ ყოფილა აღმოჩენილი ზრდა იმ პაციენტებში, ვინც მიიღო კომბინირებული მკურნალობა. ძირითადი შეზღუდვა ამ კვლევისთვის იყო ნიმუშების მცირე ზომა და კვლევის უკონტროლო დიზაინი.⁴⁸

ეფექტურობა გამოსცადა სამმა ახალმა რანდომიზირებულმა კონტროლირებადმა კვლევამ.^{49,50,51} აჯექმა და სხვ. არ აღმოაჩინა ზრდა მოწვევისგან თავის შეკავებაში პაციენტებს შორის, რომლებიც რანდომიზირებულ იქნენ ვარენიკლინის პლუს NRT მატთან შედარებით, ვინც იღებდა მხოლოდ ვარენიკლინს, მიუხედავად ამისა ეს კვლევა შეზღუდული იყო ნიმუშების ზომით (n=117).⁴⁹ RCT-ში, რომელიც ჩატარებული იყო რამონის და სხვ. მიერ, 341 მწვეველი, ვინც ეწეოდა 20 ან მეტ სიგარეტს დღეში, რანდომიზირებულ იქნა, რათა მიეღოთ ვარენიკლინი, პლუს NRT პლასტიკი ან ვარენიკლინი პლუს პლაცებოს პლასტიკი 12 კვირის განმავლობაში: ორივე ჯგუფმა მიიღო ქვევითი მხარდაჭერა.⁵⁰ საბოლოო ჯამში დაფიქსირდა მცირე, მაგრამ არა სტატისტიკურად მნიშვნელოვანი ზრდა თავის შეკავებაში ვარენიკლინის+NRT ჯგუფში. ქვეანალიზმა დაამტკიცა მნიშვნელოვანი მაღალი თავშეკავების მაჩვენებელი ინდივიდებს შორის, ვინც ეწეოდა 29 ან მეტ სიგარეტს გაერთიანებული თერაპიის გამოყენებით 24 კვირაზე (OR 1.46; 95% CI 1.2-დან 2.8-მდე). მეორე RCT-მ (n=435) აგრეთვე, რომელიც ადარებდა მხოლოდ ვარენიკლინს NRT-სთან გაერთიანებულ ვარენიკლინთან აღმოაჩინა

კომბინირებული თერაპია, რომელიც ასოცირებული იყო მოწვევისგან თავის დანებების მაღალ მაჩვენებელთან მე-12 კვირას დაკვირვების პერიოდში (1.85; 95% CI, 1.19 – 2.89; P=007) და 24 კვირას (49.0% შედარებით 32.6%-თან; OR, 1.98; 95% CI, 1.25 – 3.14; P=004).⁵¹ ავტორებმა ასევე დააფიქსირეს გულისრევის, ძილის დარღვევის, დეპრესიის, კანის რეაქციის და კუჭის შეკრულობის დიდი სიხშირე, მიუხედავად ამისა, მხოლოდ კანის რეაქციებმა მიაღწია სტატისტიკურ მნიშვნელობას.

დამატებითი ცდები არის საჭირო, რათა განვადგოთ ვარენიკლინის და NRT-ს კომბინირებული მკურნალობის მნიშვნელობის ჩვენეული გაგება და შესაძლებლობა, რომ ის შეიძლება რეკომენდირებულ იქნას პაციენტების სპეციფიკურ ქვე-ჯგუფებში. კომბინირებული მკურნალობა შეიძლება განხილულ იქნას იმ პაციენტებში გამოსაყენებლად, ვისაც აქვს სირთულეები მიაღწიოს მთლიანად თავის დანებებას მონო-თერაპიით. ამ დროისათვის დაფიქსირებულია შეზღუდული ხელმისაწვდომი მტკიცებულებები.

რეკომენდაციები:

- არ არსებობს უკუჩვენებები ვარენიკლინის NRT-სთან კომბინაციაში გამოყენებისას (მტკიცებულება B-ს დონე)
- შეიძლება არსებობდეს სარგებელი NRT-სა და ვარენიკლინის გაერთიანებისას, კონკრეტულად თამბაქოს მძიმე მომხმარებლებს შორის, მიუხედავად ამისა, შედეგები შერეულია. დამატებითი კვლევა არის საჭირო ამ მიდგომის, როგორც სტანდარტული პრაქტიკის ეფექტურობის მხარდასაჭერად (მტკიცებულება C-ს დონე).

4.3.3.4 ვარენიკლინი და კონსულტაციები

ვარენიკლინის მხარდამჭერი მონაცემები, რომლებიც წყვილშია შემოთავაზებულ რეალურ პირობებში სხვადასხვა ქვევით მკურნალობის პროგრამებში. დონე, სადამდეც ვარენიკლინი ეფექტურია პროაქტიურ სატელეფონო კონსულტაციებთან ასოციაციაში, ჯანმრთელობის ინფორმაციის მიწოდებაში და ქვევით კონსულტაციებში ვებგვერდზე დაფუძნებული

პლატფორმის გავლით, ან ორივესთან კომბინაციით, გამოკვლეულ იქნა სვენის და სხ. მიერ. ავტორებმა დაასკვნეს, რომ სატელეფონო კონსულტაციებს აქვთ უფრო დიდი მკურნალობის უპირატესობა ადრეულ თავის დანებებაში და როგორც აღმოჩნდა, აღენიშნება გაზრდილი სამედიცინო მიმბოლოება, მაგრამ ექვს თვეზე განსხვავებულობის არარსებობა იძლევა მხოლოდ ვარაუდის საშუალებას, რომ ნებისმიერი ჩარევა ვარენიკლინთან ერთად გამოყენებისას ინარჩუნებს დაპირებას.⁵²

4.3.3.5 ინდიკატორები

ვარენიკლინი არის პირველი პრეპარატი, რომელიც შექმნილია ექსკლუზიურად დაეხმაროს მოწვევის განთავის დანებებაში.²⁴ ის ხელმისაწვდომია მხოლოდ სამედიცინო რეცეპტით და არის პირველი ხაზის მედიკამენტი ნიკოტინის დამოკიდებულების სამკურნალოდ.

4.3.3.6 კლინიკური გამოყენება

ვარენიკლინი მიიღება პერორალურად, საკვების მიღების მიუხედავად (მისი მიღება შესაძლებელია ჭამამდე და ჭამის შემდეგ) ორ საფეხურად.¹

პირველადი ფაზა: ყუთები აბებით დოზირებული პირველი ორი კვირისათვის, გამოწერილი როგორც: 1 აბი 0.5 მგ/დღეში, დღეში 1-3 მკურნალობა, შემდეგ 1 ტაბლეტი 0.5 მგx2/დღე 4-7 დღეებში და 1 აბი 1 მგx2/დღე 8-14 დღეებში. გაგრძელებული ფაზა: 1 მგ 28 აბიანი ყუთი; რეკომენდებულია 1 აბის 1მგx2/დღე მიღება, ყოველდღიურად, 3-12 კვირებს შორის.

პაციენტები იწყებენ ვარენიკლინის მიღებას. შემდეგ, მკურნალობის პირველი კვირის განმავლობაში (უმჯობესია მე-8 და მე-14 დღეებს შორის) ინიშნება თარიღი, როცა ის ცდილობს თავის დანებებას. თუ მოწვევის შეწყვეტის მცდელობა წარმატებით არ განხორციელდა, კურსი გრძელდება და პაციენტი ცდილობს გაჩერდეს იმ დღეს, ვიდრე ის არ მიაღწევს წარმატებას.

4.3.3.7 უკუჩვენებები

ვარენიკლინის უკუჩვენებები ცოტაა, კერძოდ: სუპერმგრძნობელობა აქტიურ ნივთიერებებზე ან მათ

არააქტიურ კომპონენტებზე; ასაკი 18 წელზე ქვევით; ფეხმძიმობა და ძუძუთი კვება.

4.3.3.8 ვარენიკლინის თერაპიის უსაფრთხოების ზომები

თირკმლის უკმარისობის მქონე პაციენტებში დოზირება მიღებულია შემდგენიარად: პაციენტებისათვის მსუბუქი (კრეატინინის კლერანსი >50 და <80 მლ/წთ) ან საშუალო (კრეატინინის კლერანსი >30 - <50 მლ/წთ) თირკმლის უკმარისობით არ არის აუცილებელი დოზის კორექცია. პაციენტებისათვის მძიმე თირკმლის უკმარისობით (კრეატინინის კლერანსი <30 მლ/წთ) - რეკომენდირებული დოზაა 0.5 მგ დღეში ორჯერ.¹¹ დოზირება უნდა დაიწყოს 0.5 მგ-ით დღეში ერთჯერ პირველი 3 დღის მანძილზე, შემდეგ გაიზარდოს 0.5 მგ-მდე ორჯერ დღეში. არასაკმარის მტკიცებულებებზე დაფუძნებით, მკურნალობა ვარენიკლინით არ არის რეკომენდირებული პაციენტებში თირკმლის უკმარისობის დაავადების ბოლო საფეხურზე.

სატრანსპორტო საშუალებების მძღოლები და მძიმე მექანიზმების ოპერატორები

2007 წელს აშშ-ს FDA ანგარიშების მიხედვით, ჩამოყალიბებული იქნა ზოგიერთი უსაფრთხოების პრობლემები ვარენიკლინის გამოყენებასთან კავშირში ტრანსპორტის მძღოლებსა და მძიმე მექანიზმების ოპერატორებს შორის, ისევე, როგორც ნებისმიერ გარემოებაში, სადაც უსაფრთხოება და ძრავების კონტროლი მოითხოვს სერიოზული დაზიანებებისგან თავის არიდებას. 2008 წლის მაისში, აშშ-ს ფედერალურმა საავტომობილო კარიერის უსაფრთხოების ადმინისტრაციამ და ფედერალურმა საავიაციო ადმინისტრაციამ გამოაცხადა, რომ პილოტებს, საავიაციო ტრაფიკის კონტროლიორებს, და სატვირთო ამტომანქანების და ავტობუსის მძღოლებს აეკრძალა ამ მედიკამენტის მიღება.³⁴ მაშასადამე, საფრთხილოა მძღოლებისთვის კითხვის დასმა, მათი ამჟამინდელი აქტივობა ვარენიკლინის მოხმარების გავლენით თუ არის გამოწვეული. ვარენიკლინის შეუძლია ჰქონდეს უმნიშვნელო, საშუალო ან მნიშვნელოვანი გავლენა სატრანსპორტო საშუალების მძღოლის

შესაძლებლობებზე ან აღჭურვილობის გამოყენებაზე (თავბრუსხვევა და ძილიანობა). პაციენტები გაფრთხილებულები უნდა იყვნენ, რომ არ მართონ სატრანსპორტო საშუალებები, და ამუშაონ აღჭურვილობა ან ჩაერიონ პოტენციურ სარისკო აქტივობაში, ვიდრე არ იქნება დარწმუნებით ცნობილი, რომ ეს მედიკამენტი არ მოქმედებს მათ შესაძლებლობებზე შეასრულონ ასეთი აქტივობები უსაფრთხოდ.

4.3.3.9 ტოლერანტობა და უსაფრთხოება

ვარენიკლინი ძირითადად კარგად ტოლერანტულია. ყველაზე მეტად დაფიქსირებული გვერდითი ეფექტები, ბუპროპიონთან ან პლაცებოსთან შედარებისას, არის დაფიქსირებული ცხრილში 4.11.⁵³

გულისრევა

გულისრევა იყო ყველაზე ხშირად დაფიქსირებული სიმპტომი, როგორც მსუბუქიდან საშუალომდე გვერდითი მოვლენა (საერთო სიხშირე 24.4% - 52.0%), რომელიც გამოძლავდა უფრო მაღალი მაჩვენებლით ვარენიკლინის ჯგუფში, ვიდრე პლაცებოს ჯგუფში. გულისრევის უფრო ხშირი ეპიზოდები დაიწყო მკურნალობის პირველ კვირას და გაგრძელდა საშუალო ხანძღობით 12 დღეს. დოზირების ტიტრაციამ გამოაჩინა გულისრევის საერთო შემთხვევის შემცირება. ვარენიკლინით ნამკურნალებ პაციენტებში თვითრეგულირებადი მოქნილი დოზირების კვლევაში დაფიქსირებულ იქნა გულისრევის მცირე შემთხვევა (13.4%). კლინიკურ ცდებში, მკურნალობის მაჩვენებლის არაგანგრძობითობა გულისრევის გამო ძირითადად იყო 5% ვარენიკლინის მიმღებ პაციენტებში. ამ გვერდითი მოვლენის გამოვლენის შემთხვევაში, შემდეგი პრაქტიკული ინფორმაცია სასარგებლოა

პაციენტებისათვის: საერთო ჯამში, ფენომენი იკლებს თავისთავად დაახლოებით ერთ კვირაში თერაპიის დაწყებიდან: ეს შესაძლებელია თავიდან არიდებულ იქნას მედიკამენტის მიღებით საკვებთან ერთად და თუ პაციენტი მოისვენებს მცირედით მისი მიღების შემდეგ.

უძილობა (ინსომნია)

გამუდმებით ვარენიკლინის გამოყენება 1 მგ დოზით ორჯერ დღეში 6 კვირაზე მეტხანს ასოცირდება გვერდით გასტროინტესტინალურ მოვლენებთან. რეალური ტერმინებით, ყოველი 5 ნამკურნალები სუბიექტისათვის დაფიქსირდება გულისრევის მოვლენა, და ყოველი 24 და 35 ნამკურნალები სუბიექტისათვის, ჩვენ ველოდებით კუჭის შეკრულობას და მეტეორიზმს შესაბამისად.⁵⁴ ინსომნიას სხვა უმეტესად დაფიქსირებული გვერდითი ეფექტი (14.0% - 37.2 %) ასოცირებული ვარენიკლინთან კლინიკურ ცდებში. ძირითადად, ინსომნია გამოვლინდა პირველი ოთხი კვირის განმავლობაში ვარენიკლინის მკურნალობისას და გახდა ნაკლებად ჩვეულებრივი მოვლენა მკურნალობის გაგრძელებისას. ერთი განხილული მკურნალობის კვლევა, სადაც ინსომნიის არსებობა იყო 19.1 % ვარენიკლინით და 9.5% პლაცებოთი, ვარაუდობდა, რომ ინსომნია შეიძლება იყოს გავრცელებული სიმპტომი მოწყვეტის შემდეგ იყოს მცდელობისას ნიკოტინის გამოდევნის პერიოდში.

გულ-სისხარღვთა დაავადებები

2008 და 2010 წლებს შორის გამოქვეყნებული რანდომიზირებული კვლევების შეფასებამ ახალ უსაფრთხოების მონაცემებში აჩვენა ვარენიკლინის გამოყენებასთან დაკავშირებით შედეგირესპირატორული და კარდიოვასკულარული თანდაყოლილი დაავადებების

ცხრილი 4.11: არასასურველი ეფექტების შედარება ვარენიკლინის, ბუპროპიონის და პლაცებოს გამოყენებისას

	ვარენიკლინი	ბუპროპიონი	პლაცებო
თავბრუსხვევა	28%	9%	9%
უძილობა	14%	21%	13%
თავისტიკილი	14%	11%	12%

მქონე პაციენტებში, ისევე, როგორც შესაძლო გვერდითი ფსიქიატრიული მოვლენებით.

სინგპის და სხვ. მიერ 2011 წელს გამოქვეყნდა სისტემური კვლევა და მეტა-ანალიზი. ამ ძალიან მაღალი საჭაროობის კვლევაში, ავტორებმა წამოაყენეს ვარენიკლინის გამოყენებისას უსაფრთხოების საფრთხეები პლაცებოსთან შედარებით.⁵⁵ სინგპის ეს მეტა-ანალიზი ფართოდ გაკრიტიკებული იქნა ლიტერატურაში, რომელიც ეყრდნობოდა შეუსაბამო ტექნიკის გამოყენების ანალიზს და დასკვნებს.

ამავე მონაცემების მომდევნო მეტა-ანალიზმა მიიღო და სხვ. მიერ დაასკვნა, რომ ვარენიკლინი და სხვა მოწვევის თავის დანებების თერაპიები არ წევს სერიოზული კარდიოვასკულარული დაავადებების გამოვლენის რისკს.⁵⁶ ამ მეტა-ანალიზმა დააფიქსირა დაკავშირებული რისკი და გამოიყენა სტატისტიკური მეთოდები. EMEA-ს მიერ ჩატარებული თითქმის იდენტური მონაცემების მეტა-ანალიზი არ უჩვენებს მნიშვნელოვან რისკს. EMEA ასკვნის, რომ ვარენიკლინის გამოყენების სარგებელი მოწვევის შეწყვეტისათვის რჩება მაღალი და არ ზღუდავს მედიკამენტის გამოყენებას.⁵⁷

არ არსებობს მონაცემები, რომელიც გაამყარებდა აზრს, რომ იზრდება კარდიოვასკულარული მოვლენების რისკი პაციენტებში, ვინც იყენებს ვარენიკლინს, მიუხედავად ამისა ამ დროისათვის ჩვენ არ შეგვიძლია გამოვრიცხოთ ეს შესაძლებლობა. რეკომენდირებულია, რომ მედიკოსებმა გააფრთხილოს პაციენტები გულისძარღვთა რისკის შესაძლო მცირე ზრდის შესახებ, რაც შეიძლება დაკავშირებული იყოს ვარენიკლინის გამოყენებასთან. მიუხედავად ამისა, ეს რისკები შეიძლება შეფასებულ იქნას მედიკამენტის მოწვევის შეწყვეტის ცნობილი სარგებლის წინააღმდეგ.

ფსიქო-ნევროლოგიური მოვლენები

ვარენიკლინისა და ბუპროპიონის ფსიქო-ნევროლოგიური უსაფრთხოების საკითხი, გარკვეულ შემთხვევებს და დაბნეულობას იწვევდა სამედიცინო საზოგადოებაში, რომელიც იყენებდა ამ პრეპარატებს მოწვევაზე თავის დანებების მსურველებში. რამოდენიმე კარგად დაგეგმილმა ამჟამინდელმა ცდამ არ დაადატურა ამ

მედიკამენტებთან დაკავშირებით ფსიქო-ნევროლოგიური მოვლენების ზრდა. აშშ-ს წამლისა და საკვების სააგენტომ (US FDA) შეცვალა ადრინდელი გაფრთხილება ამ წამლებთან დაკავშირებით, რადგან მათი ფსიქო-ნევროლოგიური მოვლენები ადრე დადგენილზე უფრო მცირე იყო. ამ მედიკამენტების გამოყენების სარგებელი მნიშვნელოვნად აჭარბებს რისკს. ამჟამად მოვიყვანთ ამ საკითხთან დაკავშირებულ ისტორიებს.

2006 წელს ვარენიკლინის გლობალურ ბაზარზე გამოჩენის შემდგომ პერიოდს თუ შევხედავთ, ვარენიკლინის და ბუპროპიონის გამოყენების შესახებ იყო დაფიქსირებული გარკვეული გვერდითი მოვლენები. 2006 წლის დეკემბრიდან 2682 პაციენტზე დიდ ბრიტანეთში ჩატარებული კოჰორტული კლინიკური კვლევის შედეგად გამოიკვეთა ვარენიკლინით მკურნალობის დროს ფსიქიატრიული ეფექტები, როგორიცაა ძილის დარღვევა (1.6%), შფოთვა (1.2%), დეპრესია (1.0%), უცნაური სიზმრები (1.0%), ხასიათის ცვლადობა (0.6%) და თვითმკვლელობის ჩათვლით (n=5).^{34,58}

სხვადასხვა ანგარიშებზე დაყრდნობით, 2007 წლის ნოემბერში FDA გამოსცა ოპერატიული შეტყობინება ვარენიკლინის უსაფრთხოების შესახებ, რაშიც ხაზს უსვამდა წინაარსებულ ფსიქიატრიული დაავადებების გამოკვლევის საჭიროებას ვარენიკლინის გამოყენებამდე და ხასიათის ან ქვევის ცვლილებების მონიტორინგის მნიშვნელობას. 2008 წლის მაისში, FDA-მ განაახლა გაფრთხილებები მოთხოვნით, რომ ყველა პაციენტი ზედმიწევნით უნდა გამოკვლეულიყო და დაფიქსირებულიყო მაშინვე მათ ექიმებთან ხასიათის ან ქვევის ცვლილებების შემთხვევები, ან ფსიქიატრიული პრე-არსებული დაავადებების გაუარესება, ვარენიკლინის თერაპიისას ან მისი შეწყვეტის შემდეგ. აშშ წამლისა და საკვების სააგენტომ ვარენიკლინზე 2015 წლის მარტში განაახლა ინფორმაცია და გვერდით მოვლენებს დაემატა ხასიათის ან აზროვნების ცვლადობა.⁵⁹

პირველადი ანგარიშიდან, რამდენიმე კვლევაში გამოიკვლია სავარაუდო კავშირი ვარენიკლინის გამოყენებასა და ნეურო-ფსიქიატრიულ მოვლენებს შორის. 2010 წელს გამოქვეყნებულმა პუბლიკაციამ მიმოიხილა შემთხვევა და დაკავშირებული

რისკი ფსიქოლოგიურ აშლილობასთან, რომელიც წარმოდგენილი იყო ათ რანდომიზირებულ, პლაცებო-კონტროლირებად კვლევაში ვარენიკლინის მოწვევის შეწყვეტისათვის თაობაზე. 58,60 სხვა ფსიქოლოგიური დარღვევები, ვიდრე უბრალო ძილის დარღვევები, აღმოჩენილ იქნა 10.7% სუბიექტებში, ვინც მკურნალობდა ვარენიკლინით, შედარებით 9.7% მათთან, ვინც იღებდა პლაცებოს, 1.02 დაკავშირებული რისკით. გვერდით ფსიქიატრიულ მოვლენებთან დაკავშირებული რისკი პლაცებოსთან შედარებით ≥ 1 სიხშირეზე ვარენიკლინის ჯგუფში იყო: 0.86 შფოთვის სიმპტომები, 0.76 ფიზიკური აქტივობის ცვლილებები, და 1.42 ხასიათის ცვლილება, 1.21 არაკატეგორიზირებული ხასიათის დარღვევები და 1.79 ძილის აშლილობა. არ ყოფილა დაფიქსირებული შემთხვევები თვითმკვლელობის ქცევის ან პათოლოგიური აზროვნების სუბიექტებში ვარენიკლინის თერაპიის ქვეშ ამ ათ რანდომიზირებულ კვლევაში, მაგრამ სამმა სხვა კვლევამ, რომელიც არ იყო ჩართული ამ მიმოხილვაში მათი განსხვავებული დიზაინის გამო, დააფიქსირა თვითმკვლელობაზე ფიქრის ორი შემთხვევა და არც ერთი თვითმკვლელობის მცდელობა.

2013 წლის მეიერის მიერ ჩატარებულმა კვლევამ გამოავლინა ნეუროფსიქიატრიული ჰოსპიტალიზაცია ვარენიკლინის ახალ მომხმარებლებს შორის ($n=19,933$) NRT პლასტირის ახალ მომხმარებლებთან შედარებით ($n=15,867$). კვლევის პოპულაცია მოიცავს სუბიექტებს ნეუროპსიქიატრიული დაავადებებით და მათ გარეშე. კვლევამ აღმოაჩინა, რომ არ გაზრდილა ნეუროპსიქიატრიული ჰოსპიტალიზაციის ხარისხი პაციენტებში, რომლებიც მკურნალობდნენ ვარენიკლინით NRT პლასტირთან შედარებით 30-ე და მე-60 დღეებზე.^{59,61} თომასმა და სხვ. შეადარა დეპრესიის, თვითდაზიანების და თვითმკვლელობის რისკი პერსპექტიულ კოჰორტულ კვლევაში 119,546 პაციენტს შორის ინგლისში.⁶² ავტორებმა დაასკვნეს, რომ არ ყოფილა არანაირი მტკიცებულება, რომ ვარენიკლინის მომხმარებელს ჰქონდა იმაზე დიდი რისკი დეპრესიის, თვითმკვლელობის ან თვითდაზიანების, მათთან შედარებით, ვისაც გამოუწერეს ნიკოტინი.

EAGLES-ს უახლესი კვლევები, რომლებიც ჩატარდა 16 ქვეყნის 140 ცენტრში ითვალისწინებდა შეესწავლა

ბუპროპიონის, ვარენიკლინისა და ნიკოტინ ჩანაცვლებითი თერაპიის ფსიქონევროლოგიური უსაფრთხოება დიდ რანდომიზირებულ ორმაგად ბრმა, მულტი ცენტრული პლაცებო ცდებს იმ ინდივიდებში რომლებსაც არ აღენიშნებოდათ ან ქონდათ ფსიქიური დაავადებების ისტორია.⁴⁵ კვლევები ჩატარდა აშშ წამლისა და საკვების სააგენტოს მოთხოვნების შესაბამისად, რომელიც წარდგენილი ქონდათ ფაიზერსა და გლაქსო სმის კლაინს, როგორც ვარენიკლინისა და ბუპროპიონის მწარმოებლებს.

კვლევაში მონაწილეობდა 8144 პაციენტი, რომელთაგან 4166 ჩართული იყო ფსიქიატრიულ კოჰორტაში. ფსიქიატრიულ კოჰორტაში ჩართული იყო ოთხი ძირითადი დაავადებით (უხასიათობა, შფოთვა, ფსიქოზი და მოსაზღვრე პიროვნების აშლილობა) დაავადებული პირები. მონაწილეები შერჩეული იყვნენ რომ მიეღოთ ვარენიკლინი, ბუპროპიონი, ნიკოტინ ჩანაცვლებითი თერაპია ან პლაცებო 12 კვირის განმავლობაში და დაკვირვება გრძელდებოდა ჯამურად 24 თვე. კვლევამ არ დაადასტურა რაიმე მიშვნელოვანი ფსიქონევროლოგიური მოვლენები, რომელიც უკავშირდებოდა ვარენიკლინისა თუ ბუპროპიონს. კვლევამ დაადასტურა ვარენიკლინის მიმღებთა შორის თავშეკავება უფრო მაღალი იყო, ვიდრე პლაცებოს, ნიკოტინ ჩანაცვლებითი თერაპიისა და ბუპროპიონის გამოყენებისას. ნიკოტინ ჩანაცვლებითი თერაპიისას უფრო მიიღწეოდა თავშეკავება, ვიდრე პლაცებოს გამოყენებისას. კვლევის ავტორები აცხადებენ, რომ შედეგების განზოგადება შესაძლოა არ გავრცელდეს მწვევლებზე, რომლებსაც არ უმკურნალიათ ან არასტაბილური ფსიქიური აშლილობები აქვთ. კვლევას არ ჩაურთავს მწვევლები, რომელთაც წამალთდამოკიდებულებების დარღვევები ან თვითმკვლელობის გარდაუვალი მცდელობის რისკი აქვთ. კოხრეინის თანამშრომლობის მიერ 2016 წელს განახლებული მეტა-ანალიზის საფუძველზე, რომელიც მოიცავდა ვარენიკლინზე ჩატარებული 14 ცდის შედეგების ანალიზს, არიქნა აღმოჩენილი განსხვავება ვარენიკლინისა და პლაცებოს შორის ფსიქონევროლოგიური დარღვევების თვალსაზრისით. 32 დეპრესიის RR იყო 0.94 (95% CI 0.77-დან 1.14-მდე; 36 კვლევა; 16,189 მონაწილე, 12 = 0%), ვარენიკლინის ჯგუფში უმნიშვნელოდ დაბალი

მაჩვენებლით. თვითმკვლელობის აზრების RR იყო 0.68 (95% CI 0.43-დან 1.07-მდე; 24 კვლევა; 11,193 მონაწილე, I2 = 0), ვარენიკლინის ჯგუფში უმნიშვნელოდ დაბალი სასაზღვრო მაჩვენებლით. ავტორებმა აღნიშნეს 5 თვითმკვლელობის აზრი ვარენიკლინის ჯგუფის ფსიქიატრიულ კოჰორტაში, ხოლო არცერთი შემთხვევა დაფიქსირდა არაფსიქიატრიულ კოჰორტაში.^{46,32} ავტორები ასკვნიან, რომ მეტაანალიზის მონაცემები "არ ადასტურებს მიზეზობრივ კავშირს ვარენიკლინისა და ფსიქო-ნევროლოგიურ აშლილობებს შორის, მათ შორის თვითმკვლელობის აზრების და თვითმკვლელობის ქცევის ჩათვლით, თუმცა მტკიცებულებით არ შეგვიძლია დავასკვნათ რომ ვრცელდება ყოფილ ან ამჟამინდელ ფსიქიატრიულ აშლილობებების მწონე პირებზე".³² აშშ წამლისა და საკვების სააგენტოსა (FDA) და ევროპის მედიცინის სააგენტოს 2016 წლის დეკემბრის განცხადებით, რომელიც ეფუძნებოდა ახალ მტკიცებულებებს, ვარენიკლინისა და ბუპროპიონის კოლოფების წარწერებიდან ამოიღეს ნიშანდება, რომელიც უკავშირდებოდა ამ წამლების მენტალური ჯანმრთელობის კუთხით სერიოზულ გვერდით ეფექტებს.^{46,63} FDA-მ სპეციფიკურად განაცხადა: "ჩატარებული ახალი ცდების საფუძველზე, რომლის ვალდებულება ქონდა თამბაქოს მოწვევის შესაწყვეტად გამიზნულ მედიკამენტებს ვარენიკლინისა და ბუპროპიონის მწარმოებელ კომპანიებს, დადასტურდა რომ ისეთი სერიოზული გვერდითი მოვლენები ხასიათზე, ქცევასა და აზრებზე არის შემცირებული, ვიდრე ეს იყო ადრე. ასეთი სახის რისკები კვლევ რჩება იმ პაციენტებში, რომლებიც გადიან მკურნალობის კურსს ან ადრე იმკურნალეს სხვადასხვა მენტალური დაავადებების, დეპრესიის, შფოთვითი აშლილობის, შიზოფრენიის კუთხით. თუმცა, ამ პირთა უმრავლესობას, ვისაც აწუხებდათ ეს გვერდითი მოვლენები არ დაჭირვებიათ ჰოსპიტალიზაცია. ცდების შედეგებმა აჩვენეს, რომ ამ წამლების თამბაქოზე მოწვევის შეწყვეტის სარგებელმა გადაწონა ამ წამლების რისკებმა."⁴⁶ დღეის მდგომარეობით, არაა მტკიცებულებები, რომელიც დაადასტურებდა ვარენიკლინის კავშირს ფსიქო-ნევროლოგიურ მოვლენებთან. ჯანდაცვის პროფესიონალებს ეძლევათ

რჩევა, პაციენტებთან ერთად განიხილონ წამლის სარგებელი და რისკები. პაციენტები თუკი შემაჩნევენ ისეთი სახის გვერდით მოვლენებს რომლებიც მოქმედებენ მათ აზროვნებაზე, ქცევასა და განწყობაზე, აუცილებლად უნდა მიმართონ თავიანთ ექიმს.⁴⁶

სხვა გვერდითი მოვლენები

დაფიქსირებული იყო აგრეთვე სხვა გვერდითი მოვლენები, ისეთები როგორიცაა: მუცლის ტკივილი, შებერილობა და არანორმალური სიზმრები, ძილის დარღვევა, თავბრუსხვევა, პირის გამოშრობა, გაზრდილი მადა, წონის მომატება და თავის ტკივილი, რაც ძირითადად ვლინდება ორჯერადი სიხშირით მათში, ვინც იღებდა პლაცებოს.⁶⁴ ეს გვერდითი მოვლენები იყო მსუბუქი საშუალოსაკენ და გარდამავალი, რომელიც ვლინდებოდა უმეტესად თერაპიის პირველი ოთხი კვირის განმავლობაში. ვარენიკლინის შეწყვეტა ამ გვერდითი მოვლენების გამო გამოვლინდა პაციენტების 2%-ში.³⁴

ვარენიკლინის მედიკამენტის ინტერაქცია სხვა მედიკამენტებთან არაა ცნობილი. თავის მხრივ, ამ ინტერაქციის ზოგიერთი ეფექტი ნათელია თამბაქოს მოხმარების შეწყვეტიდან გამომდინარე, როგორც ვარენიკლინის თერაპიული ეფექტის დაწყების აქტი. ამასთან, კარგად ცნობილია, რომ მოწვევის შეწყვეტა, CYP1A2 ტიპის სტრუქტურის ფერმენტული ინდუქციის გამოყენებით, ერგება თეოფილინის, ვარფარინის, ინსულინის და ა.შ დოზებს.¹¹

მკურნალობის დასასრულს, ვარენიკლინის შეჩერებამ შეიძლება გამოიწვიოს გაზრდილი გაღიზიანება, მოწვევის მადა, უძილობა ან დეპრესიული ხასიათი სუბიექტების დაბალ პროცენტში - დაახლოებით 3%.¹¹

რეკომენდაციები

- ვარენიკლინი არის მტკიცებულებაზე დაფუძნებული პირველი ხაზის თერაპია მოწვევის შეწყვეტისათვის (A მტკიცებულების დონე).

4.3.4 კლონიდინით მკურნალობა

კლონიდინი გამოიყენებოდა თავდაპირველად, როგორც ანტი-ჰიპერტენზიური მედიკამენტი, მაგრამ

მან შეამცირა ცენტრალური სიმპათეტიკური აქტივობა ალფა2-ადრენერგული რეცეპტორების სტიმულირებით. კლონიდინი ეფექტურად ახშობს ნიკოტინის გამოდენის მწვავე სიმპტომებს, როგორცაა დაძაბულობა, გაზილიანება, შფოთვა, დამოკიდებულება და მოუსვენრობა.⁶⁵

კლონიდინი არ იქნა დამტკიცებული მოწვევის შეწყვეტისათვის და წარმოადგენს მხოლოდ მეორე ხაზის მედიკამენტს. მიუხედავად ამისა, ექიმები ფრთხილად უნდა იყვნენ სპეციფიკური გაფრთხილებების მიმართ ამ მედიკამენტთან დაკავშირებით, ისევე როგორც მისი გვერდითი ეფექტების მახასიათებლებთან. აშშ-ს სახელმძღვანელო პანელმა აირჩია რეკომენდაცია გაუწიოს კლონიდინეს, როგორც მეორე ხაზის აგენტს პირველი ხაზის აგენტთან შედარებით, გამომდინარე გაფრთხილებებიდან, რომლებიც დაკავშირებულია კლონიდინის შეწყვეტასთან, ცვალებადობა დოზირებაში გამოყენებულია ამ მედიკამენტის ტესტირებისათვის და FDA მიერ დამტკიცების ნაკლებობასთან. ასე რომ, კლონიდინი შეიძლება განიხილებოდეს თამბაქოს მოხმარების სამკურნალოდ ექიმის ზედამხედველობის ქვეშ პაციენტებში, ვისაც არ შეუძლიათ გამოიყენონ პირველი ხაზის მედიკამენტები, უკუჩვენებების გამო ან პაციენტებში, ვისაც არ შეუძლიათ თავი დაანებონ მოწვევას პირველი ხაზის მედიკამენტების გამოყენებისას.¹

ეფექტურობა

კოპრენის ექვსი კლინიკური კვლევის განხილვამ აღმოაჩინა, რომ კლონიდინი, პერორალური ან ტრანსდერმალური უფრო ეფექტურია, ვიდრე პლაცებო, მიუხედავად ამისა, ეს აღმოჩენა დაფუძნებულია ცდების მცირე რაოდენობაზე, სადაც შეიძლება იყოს პოტენციური რესურსი მიკერძოებულობისადმი.⁶⁶ კლონიდინი, როგორც სჩანს, უფრო ეფექტურია ქალ მწვევლებში, მიუხედავად იმისა, რომ ქალები ნაკლებად წარმატებულად პასუხობენ მოწვევის შეწყვეტის მკურნალობას.⁶⁵

გვერდითი ეფექტები

კლონიდინის გვერდითი ეფექტები, განსაკუთრებით სედაცია, დაღლილობა, ორთოსტატული ჰიპოტენზია,

თავბრუსხვევა, პირის სიმშრალე ზღუდავს მას გამოიყენებოდეს ფართედ. გარდა ამისა, უნდა აღინიშნოს, რომ კლონიდინის მკვეთრ შეწყვეტას შეუძლია გამოიწვიოს სიმპტომები, როგორიცაა, ნევროზი, აგზნებადობა, თავის ტკივილი და კანკალი, თანდართული სისხლის წნევის მკვეთრი ზრდით და კატექოლამინის დონის ამაღლება.¹

უსაფრთხოების ზომები, გაფრთხილებები, კონტრმაჩვენებლები, გვერდითი ეფექტები

კლონიდინმა არ აჩვენა ეფექტურობა თამბაქოს მოხმარების შეწყვეტაში ფეხმძიმე მწვევლებში.

კლონიდინი არ ყოფილა შეფასებული ძუძუთი მკვებაჲ პაციენტებში.

პაციენტები, ვინც ჩართული იყო პოტენციურ საშიშ აქტივობებში, როგორიცაა მექანიზმების ან სატრანსპორტო საშუალებების მართვა, გაფრთხილებული უნდა იყვნენ კლონიდინის შესაძლო გვერდითი ეფექტების შესახებ.

ძირითადად დაფიქსირებული გვერდითი ეფექტებია: გამომშრალი პირის ღრუ (40%), ძილიანობა (33%), თავბრუსხვევა (16%), სედაცია (10%) და კუჭშეკრულობა (10%).

როგორც ანტი-ჰიპერტონიური მედიკამენტი, კლონიდინისგან შეიძლება მოსალოდნელი იყოს სისხლის წნევის დაწევა უმეტეს პაციენტებში. შესაბამისად, ექიმებმა უნდა გასინჯონ სისხლის წნევას მედიკამენტის გამოყენებისას.

ჰიპერტონიის მოხსნა: კლონიდინის თერაპიის შეწყვეტისას, დოზირების შემცირების ჩავარდნამ 2-4 დღის პერიოდში შეიძლება გამოიწვიოს სისხლის წნევის მკვეთრი ზრდა, მღელვარება, დაბნეულობა, გონების დაბინდება.

რჩევები კლინიკური გამოყენებისათვის

კლონიდინი შეიძლება გამოყენებულ იქნას ან 1 მგ-ით პერორალურად ან ტრანსდერმული (TD) ფორმით, მხოლოდ რეცეპტით. კლონიდინით მკურნალობა დაწყებული უნდა იქნას მალევე თავის დანებების თარიღზე ან მანამდე (3 დღემდე).

დოზირება: თუ პაციენტი იყენებს ტრანსდერმალურ

კლონიდინს, ყოველი კვირის დასაწყისში, მან უნდა განათავსოს ახალი პლასტიკური შედარებით უთმო ადგილას კისერსა და წელს შორის. მომხმარებელმა არ უნდა შეწყვიტონ კლონიდინის თერაპია მკვეთრად. თავდაპირველი დოზირება ჩვეულებრივ არის 0.10 მგ. პერორალურად ან 0.10 მგ/ დღეში TD, გაზრდილი 0.10 მგ/დღეში ყოველ კვირა, თუ საჭიროა. მკურნალობის ხანგრძლივობა ლავირებს 3-დან 10 კვირამდე.¹

რეკომენდაცია

- კლონიდინე არის ეფექტური მოწვევის შეწყვეტის საშუალება, მიუხედავად ამისა, გვერდითი მოვლენები არსებობს. ის შეიძლება გამოყენებულ იქნას ექიმის ზედამხედველობის ქვეშ, როგორც მეორე ხაზის აგენტი თამბაქოს დამოკიდებულების განსაკურნებლად (B მტკიცებულების დონე).

4.3.5 მკურნალობა ნორტიპტილინით

კავშირი დეპრესიულ ხასიათსა და მოწვევის ქცევას შორის ვარაუდობს, რომ ანტიდეპრესანტულმა მედიკამენტებმა შეიძლება ითამაშონ დადებითი როლი მოწვევის შეწყვეტაში. სხვადასხვა ანტი-დეპრესანტებმა, დოქსეპინის, ნორტიპტილინის და მოკლობემიდის ჩათვლით, უჩვენა ზოგიერთი ეფექტურობა მოწვევის შეწყვეტაში. ნორტიპტილინი არის ტრიციკლური ანტიდეპრესანტი, რომელმაც აჩვენა, რომ ისეთივე ეფექტურია, როგორც ბუპროპიონი და NRT მოწვევის შეწყვეტაში. ნორტიპტილინის მოქმედება მოწვევის შეწყვეტაში დამოუკიდებელია მისი ანტიდეპრესანტული ეფექტებისგან, მასადაამე, მისი გამოყენება არ არის აკრძალული დეპრესიული სიმპტომების ისტორიის მქონე ადამიანებში მოწვევის თავის დანებებისას.⁶⁸

ეფექტურობა

6 ცდის მეტა-ანალიზმა, რომელთაც გამოიყენეს ნორტიპტილინი, როგორც ერთადერთი პარმაკოთერაპია, უჩვენა მნიშვნელოვანი ხანგრძლივადიანი სარგებელი.¹² პლაცებოსთან შედარებით, ნორტიპტილინმა დაახლოებით გააორმაგა მოწვევისგან თავის შეკავების მაჩვენებელი. ეს მედიკამენტი არ არის დამტკიცებული

მოწვევის შეწყვეტისათვის და რეკომენდირებულია, როგორც მხოლოდ მეორე ხაზის მკურნალობა.¹² ეფექტურია თუ არა მეტნაკლებად ნორტიპტილინი ვიდრე ბუპროპიონი, ან ამალღებს თუ არა თავის დანებების მაჩვენებელს ნორტიპტილინის გამოყენება პლუს NRT, რჩება გაურკვევლად. ეს ფარმაკოთერაპია არ არის ლიცენზირებული ბევრ ქვეყანაში მოწვევის შეწყვეტისათვის.

გვერდითი მოვლენები

ნორტიპტილინთან ასოცირებული გვერდითი მოვლენები, როგორიცაა ანტიქოლინერგული ეფექტები (პირის სიმშრალე, მხედველობის დაბინდვა, შეკრულობა და შარდის შეკავება), H1-ჰისტამინური რეცეპტორები (სედაცია, ძილიანობა, წონის მომატება) და ალფა 1- ადრენერგული რეცეპტორები (ორთოსტატული ჰიპოტენზია) შეიძლება კარგად ვერ შეეგუოს ზოგიერთ პაციენტში.⁶⁷ 17 კვლევიდან მოპოვებული მონაცემები ცხადყოფს, რომ ნორტიპტილინი, დოზირებით 75 მგ და 100 მგ შორის, მნიშვნელოვნად არ არის ასოცირებული სერიოზულ გვერდით მოვლენებთან, როდესაც გამოწერილია იმ პაციენტებში, რომელთაც არ აქვთ გულისმძარღვთა დაავადებები.⁷⁰ პაციენტებს ესაჭიროებათ ახლო მონიტორინგი ცნობილი გვერდითი ეფექტებისათვის, როგორიცაა შეკრულობა, სედაცია, შარდის შეკავება და კარდიალური პრობლემები. დოზის გადაჭარბების მიღებისას, ნორტიპტილინი შეიძლება იყოს ფატალური. კვლევებში სერიოზული გვერდითი ეფექტები არ იყო შემფოთების მიზეზი მოწვევის შეწყვეტისათვის, მაგრამ ასეთი პაციენტების რიცხვი შესაბამისად მცირე იყო. ეს იწვევს კონსენსუსის ნაკლებობას ნორტიპტილინის, როგორც პირველი ხაზის ან მეორე ხაზის თერაპიის გამოყენებაზე.⁷¹

დოზირება

ნორტიპტილინის მიღება შესაძლებელია მაშინაც, როცა პაციენტი ჯერ კიდევ ეწევა, დასახული თავის დანებების თარიღით 10 -დან 28 დღის პერიოდში. თავდაპირველი დოზა არის 25 მგ/დღე, გაზრდილი თანმიმდევრობით 7-100 მგ/დღე 10 დღიდან 5 კვირამდე. მაქსიმალური დოზა

შეიძლება გაგრძელდეს 8-12 კვირისათვის და შემცირდეს კვლევის ბოლოსაკენ, რათა თავიდან იქნას აცილებული სიმპტომები, რომლებიც შეიძლება გამოვლინდნენ თუ მისი მიღება შეწყდება მკვეთრად. არსებობს სამ თვეზე მეტად გაგრძელებული მკურნალობის სარგებლის მცირე მტკიცებულება.

პრაქტიკული მაჩვენებლები ნორტრიპტილინის გამოყენებისათვის:

არსებობს არასაკმარისი მტკიცებულება იმისათვის, რომ რეკომენდაცია გაეწიოს ნორტრიპტილინის სხვა მოწვევის შეწყვეტის მედიკამენტთან გაერთიანებას.

ადამიანებმა გულსისძარღვთა დაავადებებით ნორტრიპტილინი უნდა გამოიყენონ სიფრთხილით, რადგან შეიძლება დაზიანდეს კარდიალური გამტარობა. ტრიციკლური ანტიდეპრესანტები საწინააღმდეგო მაჩვენებელია სასწრაფო განკურნების პერიოდში მიოკარდიალური ინფარქტის ან არითმიის შემდეგ.

არასაკმარისი მტკიცებულებები არსებობს იმისათვის, რომ რეკომენდაცია გაეწიოს ნორტრიპტილინის გამოყენებას ფეხმძიმე ქალებში ან ახალგაზრდებში 18 წლამდე, ვინც ეწევა. არსებობს არასაკმარისი მტკიცებულება იმისათვის, რომ რეკომენდაცია გაეწიოს ნორტრიპტილინის გამოყენებას მოწვევის განმეორების პრევენციისათვის; ხანგრძლივადიანი გამოყენება რეკომენდირებული არ არის.

რეალურ ცხოვრებისეულ კვლევაში NRT, პუბროინის, ნორტრიპტილინის და კომბინირებული თერაპიის შედარებისას და მკურნალობის წარმატებასთან დაკავშირებული ფაქტორების აღწერისას, პრადო და სხვ. ინარჩუნებს თავის აზრს, ვეგენა და სხვ. მეტა-ანალიზის აღმოჩენებთან შეთანხმებით,⁷² რომ ნორტრიპტილინი არის მნიშვნელოვანი სამკურნალო საშუალება, მისი ეფექტურობით (შედარებით პირველი ხაზის საშუალებებთან), უსაფრთხოებით და განსაკუთრებით, მისი დაბალი ღირებულებითა და ფართე ხელმისაწვდომობით. თავიანთ შეხედულებებში, შესაძლოა, ისინი განიხილავდნენ გლობალური თამბაქოს ეპიდემიის საშიშროებას - და უფრო მნიშვნელოვან გავლენას ნაკლებად მდიდარ ქვეყნებშიც

კი - ნორტრიპტილინის ჩართვა მოწვევის შეწყვეტის თერაპიულ არსენალში შეიძლება დამაიდებელი წინადადგმული ნაბიჯი იყოს მკურნალობის ფართე ხელმისაწვდომობაში, განსაკუთრებით განვითარებად ქვეყნებში. ამ აღმოჩენებზე დაყრდნობით, ავტორები სთავაზობენ ნორტრიპტილინის ჩართვას მოწვევის შეწყვეტისათვის პირველი ხაზის მედიკამენტებს შორის. მიუხედავად ამისა, ამ ანგარიშის უმთავრესი შეზღუდულობა არის ის, რომ ის იყო რეტროსპექტული, უკონტროლო და არა რანდომიზირებული კვლევა და მკურნალობის რეჟიმების ხელმისაწვდომი საშუალებები ინდივიდუალური კრიტერიუმებით იყო არჩეული საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სისტემაში ხელმისაწვდომი მედიკამენტების მიხედვით.⁷²

ექიმებმა უნდა გაითვალისწინონ გვერდითი ეფექტების პროფილები და ნორტრიპტილინის EMEA და FDA დამტკიცების ნაკლებობა, როგორც თამბაქოს დამოკიდებულების სამკურნალო საშუალებისათვის. ეს მედიკამენტი შეიძლება განხილულ იქნას თამბაქოს გამოყენების სამკურნალოდ მხოლოდ ექიმების მეთვალყურეობის ქვეშ და ამ პაციენტებში შეუძლებელია გამოყენებულ იქნას პირველი ხაზის მედიკამენტები უკუჩვენებების ან თუნდაც უბრალოდ იმ პაციენტებში, ვისთვისაც შეუძლებელი იყო თავის დანებება პირველი ხაზის მედიკამენტების გამოყენებით.

რეკომენდაციები

- ნორტრიპტილინი არის ეფექტური მოწვევის შეწყვეტის სამკურნალო საშუალება და შეიძლება გამოყენებულ იქნას ექიმების მეთვალყურეობის ქვეშ, როგორც მეორე ხაზის აგენტი თამბაქოზე დამოკიდებულების სამკურნალოდ (A მტკიცებულების დონე)

4.3.6 ციტიზინი

ციტიზინი არის ნატურალური ალკალოიდი, გამოყვანილი მცენარეთა თესლებისაგან, როგორიცაა ციტისუსის ლაბურნუმი და სოფორა ტეტრაპტერა. ციტიზინი მოქმედებს ვარენიკლინის მსგავსად, წარმოადგენს რა ალფა2ბეტა2 ნიკოტინის აცეტილჰოლინის რეცეპტორების ნაწილობრივ აგონისტს, რომელიც პასუხისმგებელია

ნიკოტინის ეფექტების გაძლიერებაში, ასევე აღკვეთს ნიკოტინის ამ რეცეპტორებზე დამოკიდებულებას, რაც ამცირებს დაკმაყოფილების და „დაჯილდოვებას“, დაკავშირებულს თამბაქოს გამოყენებასთან, შესაბამის ნეგატიურ გამოდენის სიმპტომებს და სურვილს.^{32,73,74}

ტაბექსი® ხელმისაწვდომია პერორალური ტაბლეტების ფორმით, რომელიც შეიცავს 1.5 მგ ციტიზინს და წარმოებულია და გამოტანილია ბაზარზე ბულგარული კომპანია სოფარმა ფარმაცევტიკალისის მიერ 1964 წლის სექტემბრიდან.⁷⁵ ტაბექსი® გამოყენებული იყო მოწვევის შეწყვეტისათვის რამდენიმე ათწლეულის მანძილზე ეროვნულ გეგმაში ყოფილ სოციალისტურ ქვეყნებში, ბულგარეთი, უნგრეთი, პოლონეთი, გერმანიის დემოკრატიული რესპუბლიკა, საბჭოთა კავშირი. ის იყო პირველი მედიკამენტი კაცობრიობის ისტორიაში, რომელიც ოფიციალურად დამტკიცებული იყო ამ მიზნისათვის. მიუხედავად ამისა, ციტიზინის ლიცენზირება და გამოყენება მსოფლიოს სხვა ნაწილში არ განვითარდა დეკადების მანძილზე, რაც დაკავშირებული იყო მტკიცებულებების ნაკლებობით, უფრო ახლო პერიოდში GCP შესაბამისობა, კვლევები.^{73,76,77}

თამბაქოს მოხმარების შეწყვეტის პროდუქციის გლობალური კვლევამ მაღალი ხელმისაწვდომობით, მისაღებობით, ეფექტურობით და უსაფრთხოებით, კომბინირებული დაბალ ფასთან, რელევანტური შეწყვეტის ინტერვენციის ფართე ქსელისათვის ქვეყნებს შიგნით, სადაც მხარდაჭერილი იყო პროგრამები, გაიზარდა ინტერესი ციტიზინთან მიმართებაში.

კვლევები განიხილავენ ციტიზინს, როგორც ნიკოტინზე დაფუძნებული პროდუქციის ალტერნატივას და ანტი-დეპრესანტს, განსაკუთრებით დაბალი და საშუალო შემოსავლის მქონე ჯგუფებში და კულტურებში, სადაც ნატურალური მედიკამენტები ფართოდ გამოიყენება.⁷⁷ ციტიზინის 25 დღიანი კურსი ხუთიდან თხუთმეტჯერ უფრო იაფია, ვიდრე 25 დღიანი NRT-ით მკურნალობა.⁷⁸

საშუალო დამოკიდებულების მუშებში (n=171) მოწვევის შეწყვეტისათვის ციტიზინის ორმაგად-ბრმა, რანდომიზირებული, პლაცებო-კონტროლირებადი კვლევა ყირგიზეთში გამოქვეყნებულ იქნა 2008 წელს. 26-ე კვირაზე პაციენტების 10.6% თავს იკავებდნენ ჯგუფში,

ვინც იღებდა ციტიზინს, შედარებით 1,2%-თან პლაცებოს ჯგუფთან.⁷³

პოსტ-საბჭოთა რუსეთის ფედერაციაში ტაბექსი® ოფიციალურად რეგისტრირებულ იქნა 1999 წელს თამბაქოს შეწყვეტისათვის და შესყიდულ იქნა რეცეპტის გარეშე. 2009 წელს გამოქვეყნებულ იქნა პირველი რანდომიზირებული კონტროლირებადი ორმაგი ბრმა კვლევა თერაპიულ ეფექტურობასა და უსაფრთხოებაზე (n=196). ინდივიდების პროცენტულობა, ვისაც არ ჰქონია რაიმე ეფექტი მოწვევისათვის თავის დანებებაში, მათ შორის, ვინც იღებდა ტაბექსი® პლაცებოს ჯგუფთან შედარებით იყო 13% და 26% შესაბამისად. მწვევლების პროცენტულობა, ვინც თავი შეიკავა მოწვევისაგან ერთი ან მეტი პერიოდისათვის იყო 50% და 30.8% შესაბამისად. მწვევლების პროცენტულობა, ვინც თავი შეიკავა 12 კვირის მანძილზე ან უფრო დიდხანს იყო 50% და 37.5% შესაბამისად. არ ყოფილა დაფიქსირებული რაიმე გვერდითი ეფექტები 70%-ში და 84% ორივე ჯგუფის პაციენტებში.⁷⁸

კოჰრანის თანამშრომლობის მიერ მეტა-ანალიზმა გამოავლინა მხოლოდ ორი კვლევა, რომლებმაც გამოსცადა ციტიზინის ეფექტურობა, როგორც მოწვევის შეწყვეტის თერაპია.³² გაერთიანებული RR კონტროლთან შედარებით იყო 3.98% (95% სურვილის ინტერვალი (CI) 2.01-დან 7.87-მდე). ამ შედეგებით მრავალი მოწოდება იყო ამ თერაპიის გამოყენების გაზრდისათვის.

ვოლკერის და სხვ. (2014წ.) მიერ რანდომიზირებული კონტროლირებადმა კვლევამ შეადარა ციტიზინი NRT-ს. კვლევამ აღმოაჩინა მნიშვნელოვანი უფრო მაღალი 1 -თვიანი თავის შეკავების მაჩვენებელი ციტიზინის ჯგუფში (დაზუსტებული შანსების თანაფარდობა 1.5; 95% CI, 1.2-დან 1.9-მდე; P=0.003).⁷⁹ ეს განსხვავებულობა დარჩა მნიშვნელოვნად მე-6 თვეზე. არ ყოფილა დოკუმენტირებული განსხვავებები 7 დღიან თავშეკავებაში მე-6 თვეს ჯგუფებს შორის. ქვეჯგუფების ანალიზმა აღმოაჩინა მნიშვნელოვანი მაღალი 1 თვიანი თავშეკავებულობის მაჩვენებელი ქალ მონაწილეებს შორის და უმნიშვნელო განსხვავება (არ უთმობს) მამრობითი სქესის კვლევის მონაწილეებს შორის. გვერდითი მოვლენები, ლებინების შეგრძნების,

ლებინების, და ძილის დარღვევების ჩათვლით, ძირითადად დაფიქსირებული იყო ციტისინის ჯგუფში NRT ჯგუფთან შედარებით.

მწარმოებლის მიერ რეკომენდირებული დოზირების რეჟიმები იწყება 1 აბიდან (1.5 მგ) ყოველ 2 საათში (6 აბამდე დღეში) 1-დან 3 დღემდე. მოწვევა უნდა შემცირდეს, წინააღმდეგ შემთხვევაში ნიკოტინის დოზირების გადაჭარბების სიმპტომები განვითარდება. თუ არ არსებობს სასურველი ეფექტი, მკურნალობა წყდება და შემდგომი მცდელობა შეიძლება განხორციელდეს ორ ან სამ თვეში. დადებითი შედეგით, პაციენტი აგრძელებს 5 აბით დღეში დოზირებით (1 აბი ყოველ 25 საათში) მე-4 დღიდან მე-12 დღემდე.

მოწვევა უნდა შეწყდეს მე-5 დღეს. ამის შემდგომ 4 აბამდე დღეში (1 აბი ყოველ 3 საათში) მე-13 დღიდან მე-16 დღემდე, შემდგომ 3 აბამდე დღეში (1 აბი ყოველ 5 საათში) 17-დან 20 დღემდე, რასაც მოყვება 1-დან 2 აბამდე დღეში (1 აბი ყოველ 6-დან 8 საათში) 21-დან 25 დღემდე, შემდეგ მკურნალობა წყდება.

ციტიზინის რეკომენდირებული დოზირებაზე დაკვირვებისას, კვლევაში რეგისტრირებულ იქნა რამდენიმე გვერდითი ეფექტი, მსგავსი NRT შინაგანი მიღებისა.^{76,78,80} ევროპაში უსაფრთხოების პერიოდული განახლების ავტორიტეტული ორგანოების მიხედვით არ დაფიქსირებულა უსაფრთხოების ნიშნები სერიოზული გვერდითი რეაქციებისათვის ციტიზინზე დაყრდნობით მილიონობით პაციენტში, რომელიც იყენებდა ამ პროდუქტს.⁸⁰

ციტიზინის გადაჭარბება მსგავსია ნიკოტინის ინტოქსიკაციის, რაც იწვევს ისეთ ეფექტებს, როგორიცაა ლებინების შეგრძნება, ლებინება, კლინიკური კონვულსია, ტახიკარდია, გუგების გაფართოება, თავისტიკილი, ზოგადი დაღლილობა, რესპირატორული პარალიზება.⁸¹

რეკომენდაცია:

- ციტიზინი გამოვლინდა, როგორც მოწვევის თავის დანებების ხარისხის ამმაღლებელი, მიუხედავად ამისა, მტკიცებულება შეზღუდულია სამი კვლევით (B მტკიცებულების დონე)
- არსებობს შემდგომი კვლევების საჭიროება, რათა

გამოიცადოს ამ დამამიმდებელი თავის დანებების ინტერვენციის ეფექტურობა

გამოყენებული ლიტერატურა

1. Fiore MC, Jaen CR, Baker TB et al. Treating Tobacco use and dependence. Clinical practice guideline 2008 update Rockville, MD, US Department of Health and Human Services 2008.
2. Piper ME, Smith SS, Schlam TR, et al., A randomized placebo-controlled clinical trial of 5 smoking cessation pharmacotherapies, Arch Gen Psychiatry 2009;66:1253-62. [Erratum, Arch Gen Psychiatry 2010;67:77].
3. Gonzales D, Rennard SI, Nides M, et al., Varenicline, an alpha4beta2 nicotinic acetylcholine receptor partial agonist, vs sustained-release Bupropion and placebo for smoking cessation: a randomized controlled trial. JAMA 2006;296:47-55.
4. Cahill K, Stevens S, Perera R, Lancaster T. Pharmacological interventions for smoking cessation: an overview and network meta-analysis. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 5. Art. No.: CD009329. DOI: 10.1002/14651858.CD009329.pub2.
5. Smith SS, McCarthy DE, Japuntich SJ. et al., Comparative effectiveness of 5 smoking cessation pharmacotherapy in primary care clinics. Arch Intern Med 2009;169:2148-55.
6. Stead LF, Perera R, C, Mant D, Jamie Hartmann-Boyce, J Cahill K, Tim Lancaster T. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. Cochrane Database Systematic Review 2012, Issue 4. Art. No.: CD000146. DOI: 10.1002/14651858.CD000146.pub4.
7. Benowitz NL, Jacob P Nicotine and cotinine elimination pharmacokinetics in smokers and non-smokers. Clin Pharmacol Ther. 1993;53(3):316-23.
8. Institute national de prevention et d'education pour la sante (INPES). La prise en charge du patient fumeur en pratique quotidienne. Mars 2004. <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/657.pdf>
9. Hays J.T., Hurt R.D., Decker P.A., Croghan I.T., Oxford K.P., Patten C.A., A randomized, controlled trial of Bupropion sustained release for preventing tobacco relapse in recovering alcoholics, Nicotine Tob.Res., 2009;11(7):859-67.
10. GarciaRio F, Serrano S, Mediano O, Alonso A, Villamor J. Safety profile of Bupropion for chronic obstructive pulmonary disease. Lancet 2001;358:1009-1010.
11. Trofor A, Mihaltan F., Mihaicuta S., Pop M., Todea D et.al., Romanian Society of Pulmonologists Smoking Cessation and Smoker's Assistance Guidelines (GREFA), 2-nd ed. – Tehnopress Iași, 2010, www.srp.ro.
12. Hughes JR, Stead LF, Hartmann-Boyce J, Cahill K, Lancaster T. Antidepressants for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2014, Issue 1. Art. No.: CD000031. DOI:

- 10.1002/14651858.CD000031.pub4.
13. King D.P., Paciga S., Pickering E., Benowitz N.L., Bierut L.J., Conti D.V., Kaprio J., Lerman C.Park P.W., Smoking Cessation Pharmacogenetics: Analysis of Varenicline and Bupropion in Placebo-Controlled Clinical Trials, *Neuropsychopharmacology* 2012;37:641–650.
 14. Roddy, E. Bupropion and other nonnicotine pharmacotherapies, *BMJ*, 2004;328: 509–511.
 15. Aubin HJ. Tolerability and safety of sustained release Bupropion in the management of smoking cessation. *Drugs* 2002; 62:Suppl.2:45–52.
 16. David SP, Strong DR, Munafo` MR, et al. Bupropion efficacy for smoking cessation is influenced by the DRD2 Taq1A polymorphism: analysis of pooled data from two clinical studies, *Nicotine Tob Res.* 2007;9:1521–1527.
 17. Ebbert JO, Fagerstrom K., Pharmacological interventions for the treatment of smokeless tobacco use, *CNS Drugs.* 2012;26(1):1–10.
 18. Hays J.T., Hurt R.D., Rigotti N.A., Niaura R., Gonzales D., Durcan M.J., Sachs D.P., Wolter T.D., Buist A.S., Johnston J.A., White J.D., Sustained release Bupropion for pharmacologic relapse prevention after smoking cessation, a randomized, controlled trial, *Ann.Intern. Med.*, 2001;135(6):423–33.
 19. GarciaRio F, Serrano S, Mediano O, Alonso A, Villamor J. Safety profile of Bupropion for chronic obstructive pulmonary disease, *Lancet* 2001;358:1009–1010.
 20. Fiore M. C., Tobacco Use and Dependence: A 2011 Update of Treatments CME/CE, <http://www.medscape.org/viewarticle/757167>.
 21. Beyens M.N., Guy C., Mounier G., Laporte S., Ollagnier M., Serious adverse reactions of Bupropion for smoking cessation: analysis of the French Pharmacovigilance Database from 2001 to 2004, *Drug Saf.*, 2008;31(11):1017–26.
 22. Tackett A.E., Smith K.M., Bupropion induced angioedema, *Am.J.Health Syst, Pharm.*, 2008;65(17):1627–30.
 23. Chang Seong Kim, Joon Seok Choi, Eun Hui Bae, Soo Wan Kim, Hyponatremia Associated with Bupropion, *Electrolyte Blood Press.* 2011;9:23–26, ISSN 1738–5997.
 24. Hurt R.D., Ebbert J.O., Hays T.J., McFadden D.D., Treating Tobacco dependence in a Medical Setting, *CA Cancer J Clin.* 2009;59:314–326.
 25. <http://www.fda.gov/20Drugs/DrugSafety/PostmarketDrugSafetyInformationforPatientsandProviders/20DrugSafetyInformationforHealthcareProfessionals/ucm169986.htm>
 26. www.fda.gov/NewsEvents/Newsroom/PressAnnouncements/ucm170100.htm
 27. Mahmoudi M, Coleman CI, Sobieraj DM., Systematic review of the cost-effectiveness of Varenicline vs. Bupropion for smoking cessation., *Int J Clin Pract.* 2012;66(2):171–82.
 28. Fagerstrom K., Hughes J., Varenicline in the treatment of Tobacco dependence, *Neuropsychiatric Disease and Treatment* 2008;4(2):353–363.
 29. Benowitz NL, Porchet H, Jacob P 3rd. Nicotine dependence and tolerance in man: pharmacokinetic and pharmacodynamics investigations, *Prog Brain Res*, 1989;79:279–87.
 30. Rollema H, Chambers LK, Coe JW, et al. Pharmacological profile of the alpha4beta2 nicotinic acetylcholine receptor partial agonist Varenicline, an effective smoking cessation aid, *Neuropharmacology*, 2007a;52:985–94.
 31. Rollema H, Coe JW, Chambers LK, et al. Rationale, pharmacology and clinical efficacy of partial agonists of alpha4beta2 nACh receptors for smoking cessation, *Trends Pharmacol Sci*, 2007b;28:316–25.
 32. Cahill K, Lindson-Hawley N, Kyla H, Thomas KH, Fanshawe TR, Lancaster T. Nicotine receptor partial agonists for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016, Issue 5. Art. No.: CD006103.
 33. West R, Baker CL, Cappelleri JC, et al. Effect of Varenicline and Bupropion SR on craving, nicotine withdrawal symptoms, and rewarding effects of smoking during a quit attempt, *Psychopharmacology (Berl)*. 2008;197:371–377.
 34. Zheng-Xiong Xi, Preclinical pharmacology, efficacy, and safety of Varenicline in smoking cessation and clinical utility in high risk patients, *Drug, Healthcare and Patient Safety* 2010;2:39–48.
 35. Tonstad S, Tonnesen P, Hajek P, et al. Effect of maintenance therapy with Varenicline on smoking cessation: A randomized controlled trial. *JAMA*, 2006;296(1):64–71.
 36. Stapleton JA, Watson L, Spirling LI, et al. Varenicline in the routine treatment of Tobacco dependence: a pre – post comparison with nicotine replacement therapy and an evaluation in those with mental illness, *Addiction*, 2008;103:146–54.
 37. Williams KE, Reeves KR, Billing CB Jr, Pennington AM, Gong J. A double-blind study evaluating the long-term safety of Varenicline for smoking cessation, *Curr Med Res Opin.* 2007;23(4):793–801.
 38. Hitomi Tsukahara, RN; Keita Noda, MD; Keijiro Saku, MD* A Randomized Controlled Open Comparative Trial of Varenicline vs Nicotine Patch in Adult Smokers– Efficacy, Safety and Withdrawal Symptoms (The VN- SEESAW Study) *Circulation Journal*, 2010;74:771–8.
 39. Tashkin D., Rennard S., Hays T., Ma W., Lee C.T., Efficacy and safety of Varenicline for smoking cessation in patients with mild to moderate chronic obstructive pulmonary disease (COPD). *Chest Meeting*, October 1, 2009.
 40. Rigotti NA, Pipe AL, Benowitz NL, Arteaga C, Garza D, Tonstad S. Efficacy and safety of Varenicline for smoking cessation in patients with cardiovascular disease: a randomized trial, *Circulation* 2010; 121:221–9.
 41. Qu Cui, Robinson L., Elston, D., Smaill F., Cohen J., Quan, C., McFarland N., Thabane L., Mclvor A., Zeidler J., Smieja M., Safety and Tolerability of Varenicline Tartrate (Champix/Chantix) for Smoking Cessation in HIV- Infected Subjects: A Pilot Open-Label Study, *AIDS PATIENT CARE and STDs* Volume 26, Number 1, 2012 a Mary Ann Liebert, Inc.

42. McClure J.B., Swan G.E., Catz S.L., Jack L., Javitz H., McAfee T. Mona Deprey M., Richards, Zbikowski S.M. Smoking Outcome by Psychiatric History after Behavioral and Varenicline Treatment, *J Subst Abuse Treat.* 2010;38(4):394–402.
43. Anthenelli RM, Morris C, Ramey TS, Dubrava SJ, Tsilkos K, Russ C, Yufnis C. Effects of varenicline on smoking cessation in adults with stably treated current or past major depression: a randomized trial. *Ann Intern Med.* 2013 Sep 17;159(6):390–400.
44. Kishi T1, Iwata N. Varenicline for smoking cessation in people with schizophrenia: systematic review and meta-analysis. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 2015;265(3):259–68.
45. Anthenelli RM, Benowitz NL, West R, St Aubin L, McRae T, Lawrence D, Ascher J, Russ C, Krishen A. Neuropsychiatric safety and efficacy of varenicline, bupropion, and nicotine patch in smokers with and without psychiatric disorders (EAGLES): a double-blind, randomised, placebo-controlled clinical trial. *Lancet* 2016;387(10037):2507–2520.
46. http://www.fda.gov/Drugs/DrugSafety/ucm532221.htm?source=govdelivery&utm_medium=email&utm_source=govdelivery
47. Fagerstrom K., Gilljam H., Metcalfe M., Tonstad S., Messig M., Stopping smokeless tobacco with Varenicline: randomized double blind placebo controlled trial, *BMJ* 2010;341:c6549.
48. Ebbert J.O., Croghan I.T., North F., Schroeder D.R. A pilot study to assess smokeless tobacco use reduction with Varenicline, Nicotine & Tobacco Research, 2010;12(10):1037–1040.
49. Ebbert J.O., Burke MV, Hays JT, Hurt RD. Combination treatment with Varenicline and nicotine replacement therapy. *Nicotine Tob Res.* 2009;11(5):572–576.
50. Hajek P1, Smith KM, Dhanji AR, McRobbie H. Is a combination of varenicline and nicotine patch more effective in helping smokers quit than varenicline alone? A randomised controlled trial. *BMC Med.* 2013 May 29;11:140.
51. Ramon JM1, Morchon S, Baena A, Masuet-Aumatell C. Combining varenicline and nicotine patches: a randomized controlled trial study in smoking cessation. *BMC Med.* 2014 Oct 8;12:172.
52. Koegelenberg CF, Noor F, Bateman ED, van Zyl-Smit RN, Bruning A, O'Brien JA, Smith C, Abdool-Gaffar MS, Emanuel S, Esterhuizen TM, Iruken EM. Efficacy of varenicline combined with nicotine replacement therapy vs varenicline alone for smoking cessation: a randomized clinical trial. *JAMA*;312(2):155–61. doi: 10.1001/jama.2014.7195.
53. Swan G.E., McClure J.B., PhD, Jack, M.J., Zbikowski S.M., Javitz H.S., Catz S.L., Deprey M., Richards J., McAfee T.A. Behavioral Counseling and Varenicline Treatment for Smoking Cessation, *Am J Prev Med.* 2010;38(5):482–490.
54. Garrison GD, Dugan SE. Varenicline: a first-line treatment option for smoking cessation. *Clin Ther.* 2009;31:463–491.
55. Leung L.K. Patafio F.M. Rosser W.W. Gastrointestinal adverse effects of Varenicline at maintenance dose: a meta-analysis, *Clinical Pharmacology* 2011;11:15.
56. Singh S., Loke Y.K., Spangler J.K., Furberg K.D. Risk of serious adverse cardiovascular events associated with Varenicline: a systematic review and meta-analysis, *CMAJ.* 2011;183(12):1359–66.
57. Mills EJ, Thorlund K, Eapen S, Wu P, Prochaska JJ. Cardiovascular events associated with smoking cessation pharmacotherapies: a network meta-analysis. *Circulation.* 2014;129(1):28–41.
58. FDA Advisory: Varenicline. <http://www.fda.gov/Drugs/DrugSafety/ucm436494.htm>
59. European Medicines Agency confirms positive benefit-risk balance for Champix, July 21 2011. http://www.ema.europa.eu/ema/index.jsp?curl=pages/news_and_events/news/2011/07/news_detail_001314.jsp&mid=WC0b01ac058004d5c1
60. Kasliwal R, Wilton LV, Shakir SA. Safety and drug utilization profile of Varenicline as used in general practice in England: interim results from a prescription-event monitoring study, *Drug Saf.* 2009;32:499–507.
61. Tonstad S., Davies S., Flammer M., Russ C., Hughes J., Psychiatric adverse events in randomized, double blind, placebo controlled clinical trials of Varenicline, *Drug Saf.*, 2010;33(4):289–301.
62. Meyer TE, Taylor LG, Xie S, Graham DJ, Mosholder AD, Williams JR, Moeny D, Ouellet-Hellstrom RP, Coster TS. Neuropsychiatric events in varenicline and nicotine replacement patch users in the Military Health System. *Addiction.* 2013;108(1):203–10.
63. Thomas KH1, Martin RM, Davies NM, Metcalfe C, Windmeijer F, Gunnell D. Smoking cessation treatment and risk of depression, suicide, and self harm in the Clinical Practice Research Datalink: prospective cohort study. *BMJ.* 2013;347:f5704.
64. http://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/EPAR_-_Procedural_steps_taken_and_scientific_information_after_authorisation/human/000699/WC500025256.pdf Wang C, Xiao D, Chan KP, Pothirat C, Garza D, Davies S. Varenicline for smoking cessation: a placebo-controlled, randomized study. *Respirology.* 2009;14:384–392.
65. Frishman WH. Smoking cessation pharmacotherapy. *Ther Adv Cardiovasc Dis.* 2009;3:287–308.
66. Gourlay SG, Stead LF, Benowitz NL. Clonidine for smoking cessation. *Cochrane Database Systematic Reviews* 2004; Issue 3. Art. No.: CD000058. DOI: 10.1002/14651858.CD000058.pub2.
67. Glassman AH, Covey LS, Dalack GW, et al. Smoking cessation, clonidine, and vulnerability to nicotine among dependent smokers. *Clin Pharmacol Ther.* 1993;54:670–679.
68. Ministry of Health (MoH). New Zealand smoking cessation guideline. MoH: Wellington; 2007. Available from: www.moh.govt.nz/moh.nsf/indexmh/nz-smoking-cessation-guidelines (Accessed Nov, 2010)
69. Herman A.Y., Sofuoglu M., Comparison of Available Treatments for Tobacco Addiction, *Curr Psychiatry Rep.* 2010;12(5):433–40.
70. Dhippayom T, Chaikunapruk N, Jongchansittho T. Safety of nortriptyline at equivalent therapeutic doses for smoking cessation:

- a systematic review and meta-analysis, *Drug Saf.* 2011;34(3):199-210.
71. http://www.treatobacco.net/en/page_36.php
 72. Faibischew Prado G., Siqueira Lombardi E.M., Bussacos M.A., Arrabal-Fernandes F.L., Terra-Filho M., de Paula Santos U., A real-life study of the effectiveness of different pharmacological approaches to the treatment of smoking cessation: re-discussing the predictors of success. *CLINICS* 2011;66(1):65-71.
 73. Vinnikov D, Brimkulov N, Burjubaeva A. A double-blind, randomized, placebo-controlled trial of cytosine for smoking cessation in medium-dependent workers. *J Smoking Cessation.* 2008;3(1):57-62.
 74. Tutka P, Zatonski W. Cytisine for the treatment of nicotine addiction: from a molecule to therapeutic efficacy. *Pharmacol Rep.* 2006;58(6):777-798.
 75. www.tabex.bg
 76. Etter JF. Cytisine for smoking cessation: a literature review and a meta-analysis. *Arch Intern Med.* 2006;166(15):1553-1559.
 77. Walker N., Howe C., Bullen C., McRobbie H., Glover M., Parag V., Williman J., Veale R., Nosa V., Barnes J. Study protocol for a non-inferiority trial of cytosine versus nicotine-replacement therapy in people motivated to quit smoking. *BMC Public Health* 2011;11:880.
 78. Levshin VF, Slepchenko NI, Radkevich NV. Randomizirovannoe kontroliruemoe issledovanie effektivnosti preparata Tabeks® pri lechenii tabachnoy zavisimosti. (A randomized controlled study of the efficacy of Tabex® (Cytisine) for treatment of tobacco craving) / *Voprosy narkologii.* 2009;N:13-22.
 79. Walker N, Howe C, Glover M, McRobbie H, Barnes J, Nosa V, Parag V, Bassett B, Bullen C. Cytisine versus nicotine for smoking cessation. *N Engl J Med.* 2014 Dec 18;371(25):2353-62.
 80. West R, Zatonski W, Cedzynska M, Lewandowska D, Pazik J, Aveyard P, Stapleton J. Placebo-Controlled Trial of Cytisine for Smoking Cessation. *New Engl J Med.* 2011; 365(13):1193-200.
 81. Musshoff F, Madea B. Fatal cytosine intoxication and analysis of biological samples with LC-MS/MS. *Forensic Sci Int.* 2009;186(1-3):e1-4.

4.4 ინდივიდუალური თერაპიული სქემა

კლინიკურ პრაქტიკაში, ჩვენ დავაფუძნეთ ჩვენი გადაწყვეტილების მიღების პროცესი მედიკამენტების შერჩევისა და დოზირებისათვის გამოქვეყნებულ ლიტერატურაზე, ისევე, როგორც ჩვენ კლინიკურ გამოცდილებაზე. უკვე აღიარებულია, რომ არსებობს შეზღუდვები სტანდარტიზირებულ-დოზირებას

ან ფიქსირებულ-დოზირების რეჟიმებში უმეტესი მედიკამენტით კლინიკური მოწვევის შეწყვეტაში. შედეგად, ექიმებმა უნდა გამოიყენონ თავიანთი უნარები და ცოდნა, რათა მოახდინონ მედიკამენტის დოზირების ინდივიდუალიზაცია პაციენტებისათვის, ვინც მკურნალობს თამბაქოს გამოყენებას და დამოკიდებულებას.

არსებობს შესაძლებლობები მოწვევის თავის შეკავების მაჩვენებლის გაზრდისათვის და გამოყვანის სიმპტომების შემცირებისათვის კომბინირებული ფარმაკოთერაპიის გამოყენებით, რაც დამტკიცებულია როგორც ეფექტური მონო თერაპია.

პირველი ხაზის გარკვეული კომბინაციები უფრო ეფექტურია, ვიდრე მონო თერაპია, როგორიცაა: ხანგრძლივადიანი (ე.ი. 14 კვირაზე მეტი) ნიკოტინის პლასტირი ნიკოტინის სალუქ რეზინთან და ნიკოტინის ცხვირის სპრეის კომბინაცია, ნიკოტინის პლასტირის პლუს ნიკოტინის ორთქლის ინჰალატორი, და ნიკოტინის პლასტირის პლუს ბუპროპიონი SR.^{1,2} კომბინირებული თერაპიის უპირატესობა არის თუ არა ორი ტიპის მიწოდების სისტემის შედეგი, თუ იმ ფაქტის შედეგი, რომ ორი მიწოდების სისტემა ითვალისწინებს მაღალ ნიკოტინის დონეს სისხლში, რჩება ბუნდოვნად. ფარმაკოთერაპიის კომბინაცია ან მაღალი-დოზირების NRT აკლენს ნიკოტინის გამოდევნის სიმპტომის გამოთავისუფლებას უფრო ეფექტურად, განსაკუთრებით მეტად დამოკიდებულ მწვევლებში.¹

რეალურ ცხოვრებაში, სპეციალისტები ხშირად აერთიანებენ მედიკამენტებს. პაციენტებისათვის უფრო მეტად მწვავე თამბაქოს დამოკიდებულებით, მოსახერხებელია კომბინირებული თერაპია და ხშირად სამი ან მეტი პროდუქტის გამოყენება ერთდროულად. თავდაპირველი, მედიკამენტებზე ნაწილობრივი რეაქციით პაციენტებისათვის, მედიკამენტების მიღების რეჟიმის შემდგომი შექმნა შეიძლება აუცილებელი იქნეს თავის შეკავების მიღწევისათვის. მაგალითად, თუ პაციენტმა შეამცირა მოწვევა ვარნიკლინის გამოყენების შედეგად დღეში ორჯერ 1 მგ დოზირებით და შეეგუა მედიკამენტს, დოზა შეიძლება გაიზარდოს დღეში სამჯერ 1 მგ-მდე. სხვა სიტუაცია, რომელიც მოითხოვს

კრეატიულობას, არის მწველი, რომელმაც შეწყვიტა მოწვევა ნიკოტინის პლასტირის თერაპიის და ხანმოკლე მოქმედების NRT გამოყენებით, მაგრამ გამოვლინდა გაძლიერებული გამოდენის სიმპტომები ადრე საღამოს. 14 მგ პლასტირის დამატებამ გვიან შუადღეზე შეიძლება შეამციროს საღამოს გამოდენა.^{2,3}

ვარენიკლინით მკურნალობის თავდაპირველი ფაზის განმავლობაში, კონტროლირებად გამოდენის სიმპტომებისადმი უკეთესად მიმართვის მიზნით, ჰურტმა და სხვ. გამოიყენა ნიკოტინის პლასტირის თერაპია სახლის მკურნალობის პროგრამაში მწველებისათვის, ვინც მკურნალობდა ვარენიკლინით, რადგან პაციენტებს უნდა დაენებებინათ მოწვევისათვის თავი პროგრამაში ჩართვისას და იმის გამო, რომ ვარენიკლინი მოითხოვს რამდენიმე დღეს, რათა მიღწეულ იქნას მყარი-მდგომარეობის კონცენტრაცია.⁵

4.4.1 ფარმაკოლოგიური თერაპიების კომბინაცია

4.4.1.1 კომბინირებული ფარმაკოთერაპიის ძირითადი პრინციპები

შეფასებულ იქნა კომბინირებული ფარმაკოლოგიის ორი ძირითადი სახეობა გაზრდილი მოწვევისაგან თავისშეკავების მაჩვენებლისათვის სიგარეტის მწველებს შორის: (1) თერაპია, რომელიც იყენებდა განსხვავებულ NRTs-ს და განსხვავებულ ფარმაკოკონეტიკურ პროფილებს (მაგ. ნიკოტინის პლასტირი და ნიკოტინის საღეჭი რეზინი); ან (2) თერაპია, რომელიც იყენებდა ორ მედიკამენტს, რომელთაც აქვთ მოქმედების განსხვავებული მექანიზმები, როგორიცაა ბუპროპიონი SP და NRT.

ორი განსხვავებული მედიკამენტის გამოყენებით კომბინირებული თერაპია წარმოადგენს შესაძლებლობას, რათა მიღწეულ იქნას თერაპიული სინერგია განსხვავებული მოქმედების მექანიზმების მქონე მედიკამენტების ან განსხვავებული თერაპიული თვისებების გამოყენებით. მაგალითად, ვარენიკლინის და ბუპროპიონის SR კომბინაცია აერთიანებს ვარენიკლინის ეფექტურობას ბუპროპიონის SR უნართან შეამციროს პოსტ-მოწვევის შეწყვეტის თანმდევი წონის მომატება. აგრეთვე, NRT განსხვავებული ფორმების გაერთიანება წარმოადგენს სტაბილურ საბაზისო ხაზს ნიკოტინის

დონის NRT (მაგ. ნიკოტინის პლასტირი) მდგრადი გამოთავისუფლებიდან ნიკოტინის დონის წყვეტილი ზრდისათვის NRT სწრაფი გამოთავისუფლებიდან (ნიკოტინის საღეჭი რეზინი, ტაბლეტი, ინჰალატორი ან ხვირის სპრეი) გამოყვანის სიმპტომების საპასუხოდ.

კომბინირებული ფარმაკოთერაპია რჩება საპირისპირო და გამოუყენებელი. მხოლოდ NRT -ს (მაგ. ერთ NRT-ზე მეტი) და ბუპროპიონ SR -ის და ნიკოტინის პლასტირის კომბინაცია იქნა აღიარებული FDA მიერ მოწვევის შეწყვეტისათვის.

4.4.1.2 ნიკოტინის ჩანაცვლების თერაპიის კომბინაცია (NRT)

NRTs-ს კომბინაციის ორი სახეობა, რომელიც აღწერილი იქნა, არის თანმიმდევრული და კონკურენტული. თანმიმდევრულ თერაპიას თეორიულად შეუძლია უზრუნველყოს თავდაპირველი სტაბილური ნიკოტინის დოზირება თავის შეკავების მისაღწევად (მაგ. ნიკოტინის პლასტირი) და შემდეგ წყვეტილი იმპროვიზირებული დოზირება რელაქსის პრევენციისათვის. მიუხედავად ამისა, მცირე მონაცემები არსებობს თანმიმდევრული თერაპიის მხარდასაჭერად.

შესაბამისად, უფრო მეტი მონაცემი არსებობს მრავალჯერადი NRTs-ს ერთდროულად გამოყენებასთან მიმართებაში (მაგ. კონკურენტული თერაპია). ეს ფორმულა ნებას რთავს ნიკოტინის პასიურ მიწოდებას, ხანგრძლივადმოქმედიNRT-თი(მაგ.ნიკოტინისპლასტირი) და აქტიური თავისუფალი მიღება ხანმოკლედ მოქმედი NRT (მაგ. საღეჭი რეზინი, აბი, ინჰალატორი და ცხვირის სპრეი). კომბინაცია უზრუნველყოფს მკურნალობის დაცვის მაღალ უპირატესობას ნიკოტინის პლასტირით და აძლიერებს მწველების უნარს გაუმკლავდნენ მძაფრ სურვილს და გამოყვანის სიმპტომებს მოკლევადიანი მოქმედების NRT თვითადმინისტრირების გზით⁶

NRT + პაროქსეტინი

კილენისა და სხვ. ორმაგად ბრმა კვლევაში გამოკვლეული იქნა მოწვევის შეწყვეტის მკურნალობის ეფექტურობა, რომელმაც გააერთიანა ნიკოტინის ჩანაცვლების თერაპია ტრანსდერმული სისტემის

გავლით ანტი-დეპრესანტი პაროქსეტინით. მწვეულები რანდომიზირებულად მიწერილ იქნენ სამი ჯგუფიდან თითოში: ტრანსდერმალური სისტემა და პლაცებო, ტრანსდერმალური სისტემა და 20 მგ პაროქსეტინი, და ტრანსდერმალური სისტემა და 40 მგ პარეხეტინი. ტრანსდერმალური მკურნალობა ჩატარდა რვა კვირაზე; პაროქსეტინი ან პლაცებო ჩატარებულ იქნა ცხრა კვირაზე. თავის დანებების მაჩვენებელი ყველა მონაწილისათვის და კვირვების პერიოდში მნიშვნელოვნად განსხვავებული იყო, მაგრამ ქვეჯგუფის ანალიზი ერთგულ პაციენტებში დასრულდა სტატისტიკურად მნიშვნელოვანი ცვლილებებით პაროქსეტინის ჯგუფსა და კონტროლირებად ჯგუფს შორის მე-4 კვირაზე.⁷

ნიკოტინის პლასტირი + საღეჭი რეზინი

პლასტირი მიიღება ყოველდღიურად და ის ასევე შეიძლება გამოყენებულ იქნას ნიკოტინის საღეჭ რეზინთან კომბინაციაში. პერორალური NRTs არის ხანმოკლე მოქმედების და შეიძლება გამოყენებულ იქნას დამოკიდებულების შემსუბუქების უზრუნველსაყოფად, მოთხოვნის შესაბამისად. ხანმოკლე მოქმედების პერორალური NRTs შეიძლება მიღებულ იქნას ყოველდღიურად ან შუალედებით.

ნიკოტინის პლასტირის და ნიკოტინის საღეჭი რეზინის კომბინაციის კვლევებმა შეფასებისას გამოავლინა, რომ კომბინაცია უპირატესია მონო თერაპიაში გაზრდილი მოწვევის თვის შეკავების მაჩვენებლისათვის 12-დან 24 კვირაზე.^{8,9} კომბინირებული თერაპიის შედეგებმა უჩვენა თამბაქოსგან თავის შეკავების თანაფარდობა 34% შედარებით 24%-თან კომბინირებულ ჯგუფში შედარებით 15%-თან 24 კვირიან ნიკოტინის პლასტირის მონო თერაპიის ჯგუფში.¹⁰ მკურნალობები, რომლებიც აერთიანებს ნიკოტინის საღეჭ რეზინს და პლასტირს და გრძელდება სამიდან ექვს კვირაზე მეტს, უნდა გაითვალისწინონ პაციენტებისათვის მძიმე და/ან გაგრძელებული ნიკოტინის გამოდევნის სინდრომი, რომლისთვისაც არ არსებობს სხვა თერაპიული გადაწყვეტილება.¹¹

ნიკოტინის პლასტირი + ნიკოტინის სპრეი

ნიკოტინის პლასტირისა და ცხვირის სპრეის

კომბინირებული თერაპია, რომელმაც ღია-იარლიყიან კვლევაში გამოიკვლია 1384 მწვეელი რანდომიზირებულად ნიკოტინის პლასტირის თერაპიისა და ცხვირის სპრეისათვის ან მხოლოდ თერაპიისათვის, ასოცირებული იყო მნიშვნელოვან მაღალ მოწვევისაგან თავის შეკავების მაჩვენებელთან მე-6 კვირას, შედარებით მონოთერაპიასთან¹². პლაცებო-კონტროლირებად კვლევაში, ნიკოტინის პლასტირი და ნიკოტინის ცხვირის სპრეი უფრო აღემატებოდა ნიკოტინის პლასტირსა და პლაცებოს ცხვირის სპრეის ორივე მოკლევადიან (6 კვირა და 3 თვე) და ხანგრძლივადიან (12 თვე) დაკვირვების პერიოდს.¹³

ნიკოტინის პლასტირი + ნიკოტინის ინჰალატორი

მნიშვნელოვნად მოწვევისგან თავის შეკავების მაღალი მაჩვენებელი იქნა აღმოჩენილი ნიკოტინის პლასტირითა და ინჰალატორით მე-6 და მე-12 კვირებზე, მხოლოდ ინჰალატორის ეფექტთან შედარებით, პლაცებო-კონტროლირებად რანდომიზირებულ კვლევაში 400 სუბიექტზე. პაციენტები დანიშნულ იყვნენ ჯგუფი 1 (n=200), რომელიც იღებდა ინჰალატორს პლუს პლასტირი (16 საათში 15 მგ ნიკოტინის მიწოდება) 6 კვირის მანძილზე, შემდეგ ინჰალატორს პლუს პლაცებოს პლასტირი 6 კვირაზე, შემდეგ ინჰალატორი მხოლოდ 14 კვირის მანძილზე და ჯგუფი 2 (n=200), რომელიც იღებდა ნიკოტინის ინჰალატორს პლუს პლაცებოს პლასტირი 12 კვირაზე, შემდეგ ინჰალატორი 14 კვირაზე¹⁴.

ზოგადად, NRT კომბინაცია კარგად შემგუებლურია და გვერდითი ეფექტები შესაბამისობაშია თითოეული აგენტის მოსალოდნელ გვერდით ეფექტებზე.^{2,3}

ნიკოტინის პლასტირი + ბუპროპიონი

ბუპროპიონი ნიკოტინის პლასტირთან კომბინაციაში უფრო ეფექტურია, ვიდრე პლასტირი მარტო, რადგან მათ აქვთ განსხვავებული მოქმედების მექანიზმები.⁷ ბუპროპიონის სტანდარტული დოზებით დაწყება პირველ ორ კვირაზე და ნიკოტინის პლასტირის დამატება აწესებს თავის დანებების დღეს. ბუპროპიონი შეიძლება მიღებულ იქნას მთლიანად 7-დან 12 კვირამდე. ოპტიმალური ხანგრძლივობა ნიკოტინის პლასტირის მკურნალობისათვის კომბინირებულ

ფორმულაში არის 3-დან 6 თვე.¹¹

ოთხჯგუფიან,ორმაგად-ბრმა,პლაცებო-კონტროლირებად კვლევაში, თავის შეკავების მაჩვენებელი მე-12 თვეს იყო 35% კომბინირებული თერაპიისათვის (ნიკოტინის პლასტირი და ბუპროპიონი), შედარებით 30.3%-თან მხოლოდ ბუპროპიონისათვის, 16.4% ნიკოტინის პლასტირთან მხოლოდ და 15.6% პლაცებოსათვის¹¹. ჯორენბიმ და სხვ. რანდომიზირებულად დანიშნა მონაწილეები სამი ჯგუფიდან თითო ჯგუფში: მხოლოდ ბუპროპიონი, მხოლოდ ნიკოტინის პლასტირი, ან ორივე - ბუპროპიონი და ნიკოტინის პლასტირი. მონაწილეებმა საკონტროლო ჯგუფში მიიღეს პლაცებოს აბები და პლაცებოს პლასტირი. ბიოლიურად დაადსტურებული თავშეკავების მაჩვენებელი მე-12 კვირაზე იყო 15.6% პლაცებოსჯგუფში, 16.4%ნიკოტინისპლასტირისჯგუფში, 30.3% მხოლოდ ბუპროპიონის ჯგუფში ($P<0.001$), და 35.5% ჯგუფში, სადაც ორივე მიიღება ($P<0.001$). თავშეკავების მაჩვენებელი უფრო მაღალი იყო კომბინირებული თერაპიით, ვიდრე მხოლოდ ბუპროპიონით, მაგრამ განსხვავება არ იყო სტატისტიკურად მნიშვნელოვანი¹⁵.

ძირითადად, ლიტერატურა ვარაუდობს, რომ კომბინირებული თერაპია ბუპროპიონის SR და NRT-ით ზრდის ხანმოკლე თავშეკავების მაჩვენებლებს. USPSH სახელმძღვანელოს მეტა-ანალიზი ვარაუდობს, რომ არსებობს უმნიშვნელო ტენდენცია ბუპროპიონი SR და ნიკოტინის პლასტირისათვის, რათა გაიზარდოს ხანგრძლივადიანი თავშეკავების მაჩვენებელი (≥ 6 months) მხოლოდ ნიკოტინის პლასტირთან შედარებით [შანსების შეფარდება (OR) 1.3; 95% CI: 1.0 – 1.8] (1). იგივე დასკვნა გაკეთდა კოჰრენის თანამშრომლობამ ახლანდელი განხილვის შედეგად¹⁶.

პლაცებო-კონტროლირებადმა კვლევამ შეაფასა ასოციაცია ბუპროპიონ SR (300 მგ) ნიკოტინის პლასტირთან (21 მგ), ნიკოტინის სალუკი რეზინი (2 მგ), და კოგნიტური ქვევითი თერაპია 51 პაციენტში. ბუპროპიონ SR დამატებამ გაზარდა თავდაპირველი შედეგი მოწვევის შემცირებისათვის ($\geq 50\%$) მე-12 და 14 კვირაზე და გააგრძელა მოწვევისგან თავშეკავება მე-8 კვირაზე¹⁷.

კვლევაში,რომელიც მოიცავდა 1700მწვევლს,ბუპროპიონი SR-ის და ნიკოტინის ინჰალატორის კომბინირებულ

თერაპიაში გამოკვლეულ იქნა, რომ ის უფრო მაღალია ვიდრე მხოლოდ აგენტში¹⁸.

პირველადი დახმარების ფართე ეფექტურობის კვლევაში, ბუპროპიონი SR და ტაბლეტები (ლოზენგზე), დაფიქსირდა, რომ უფრო მაღალია ყველა მონო თერაპიაზე (მაგ. ტაბლეტი, პლასტირი, ბუპროპიონი SR)¹⁹.

ნორტრიპტილინი +NRT

კვლევების მეტა-ანალიზმა, რომელმაც შეაფასა ნორტრიპტილინი და NRT შედარებით NRT-სთან, ვარაუდობს, რომ არსებობს არასაკმარისი მტკიცებულება მოწვევისგან თავის შეკავების ზრდის კომბინირებული თერაპიით (RR 1.21; 95% CI: 0.94 – 1.55).¹⁶

ვარენიკლინი + NRT

აგრეთვე, იხილეთ სექცია 4.3.3.3. ფარმაკოკინეტიკური კვლევის მონაცემებზე დაყრდნობით²⁰, ებერტმა და სხვ.²¹ წამოაყენეს ჰიპოთეზა, რომ: (1) ვარენიკლინი სრულფასოვნად არ აჯერებს ნიკოტინის აცეტილქოლინის რეცეპტორებს, რასაც მივყავართ არასრულყოფილ „დაჯილდოების“ პასუხამდე და არასრულფასოვან განგრძობით მოწვევის განმტკიცების ბლოკირებამდე; (2) ვარენიკლინი არასრულყოფილად ანაცვლებს მოწვევის დოპამინერგულ ეფექტს, რაც იწვევს მოწვევისადმი განგრძობით მძაფრ სურვილს. ავტორები შედეგად მიიჩნევენ, რომ ზოგიერთ მწვევლს შესაძლოა სჭირდება NRT დამატებით ვარენიკლინთან, რათა შემცირდეს გამოყვანა და მოუწოდებენ მოწიონ და დართონ ნება მწვევლებს მიაღწიონ სრულ თავის შეკავებას. რადგან მათ აქვთ ფართე გამოცდილება კომბინირებულ თერაპიასთან ვარენიკლინის და NRT გამოყენებით რვადღიან რეზიდენტულ (პაციენტი) მკურნალობის პროგრამაში, ნიკოტინის დამოკიდებულების ცენტრში (NDC) მაიოს კლინიკაში, ავტორებმა ურჩიეს NRT გამოყენება გამოდევნის სიმპტომის შემსუბუქების უზრუნველსაყოფად, რადგან მწვევლები ტიტრირებული არიან ვარენიკლინზე. არ ყოფილა გამოკვლეული გაზრდილი გვერდითი ეფექტების ზრდა მწვევლებთან, ვინც ნამკურნალები იყო იგივე პროგრამით, ვარენიკლინის გამოშვებამდე. მიუხედავად ამისა, ეს მკვლევარები

ვარაუდობენ, რომ შედეგები ამ კვლევიდან შეიძლება არ მისადაგოს სხვა პაციენტებს და ინტერპრეტირებული უნდა იყოს სიფრთხილით.

კლინიკური კვლევა, რომელმაც გამოიკვლია, თუ რატომ ანებებენ თავს მოწვევას უმეტესად მწვეულები, რომლებიც იღებდნენ კომბინირებულ მედიკამენტებს მოწვევის შეწყვეტისათვის, ვიდრე ისინი, ვინც იღებდა ან მხოლოდ ერთ აგენტს (მონოთერაპია) ან პლაცებოს. შეგროვებული მონაცემები 1504 ამჟამინდელი მწვეულისაგან, რომლებიც რანდომიზირებული არიან ექვსი მოწვევის შეწყვეტის ფარმაცოთერაპიული პირობებიდან ერთ-ერთში (პლაცებო, ნიკოტინის პლასტირი, ნიკოტინის ტაბლეტი, ბუპროპიონის ნიკოტინის პლასტირი და ნიკოტინის აბები, და ბუპროპიონი და ნიკოტინის ტაბლეტი), ვარაუდობენ, რომ კომბინირებული მკურნალობა აწარმოებს მაღალი თავის შეკავების მაჩვენებელს, ვიდრე მონოთერაპია, ძლიერი გამოდენის ჩახშობის, მძაფრი სურვილისა და მოწვევის მოლოდინის გამო.²²

ლოჰ, პიპერმა და სხვ. უპასუხა კითხვას, შეიძლება თუ არა კომბინირებული ფარმაცოთერაპია გამოყენებულ იქნას რუტინულად მწვეულებთან ან იმ შემთხვევაში, თუ ზოგიერთი მწვეული აჩვენებს მცირე ან საერთოდ არ აჩვენებს სარგებელს კომბინირებული ფარმაცოთერაპიისაგან მონოთერაპიასთან შედარებით. მათ დაასკვნეს: კომბინირებული ფარმაცოთერაპია ზოგადად უფრო ეფექტური იყო, ვიდრე მონოთერაპია, გარდა მწვეულთა ერთი ჯგუფისა (ნიკოტინის ნაკლები დამოკიდებულებით), ვინაც არ უჩვენა დიდი სარგებელი კომბინირებული ფარმაცოთერაპიის გამოყენებისაგან. მონოთერაპიის გამოყენება ამ მწვეულებში შესაძლოა გამართლებულ იქნას კომბინირებული ფარმაცოთერაპიის ღირებულების და გვერდითი ეფექტების გათვალისწინებით.²³

სამმა ახალმა რანდომიზირებულმა კონტროლირებულმა კვლევამ გამოიკვლია ეფექტურობა²⁴⁻²⁶. ჰაჯევამ და სხვ. ვერ აღმოაჩინა მოწვევისგან თავის შეკავების ზრდა პაციენტებს შორის, რომლებიც რანდომიზირებული იყვნენ ვარენიკლინის პლუს NRT-თვის, მათ საპირისპიროდ, ვინც იღებდა მხოლოდ ვარენიკლინს, მიუხედავად ამისა, ეს კვლევა შეზღუდულია მისი მცირე ნიმუშების ზომით

($n=117$).²⁴ RCT-ში რამონისა და სხვ. მიერ, 341 მწვეული, ვინც ეწეოდა 20 ან მეტ სიგარეტს დღეში, რანდომიზირებული იქნა ვარენიკლინის პლუს NRT პლასტირისათვის ან ვარენიკლინის პლუს პლაცებოს პლასტირი 12 კვირაზე, ორივე ჯგუფმა მიიღო ქვევითი მხარდაჭერა.²⁵ საერთო ჯამში, დაფიქსირდა მცირე, მაგრამ სტატისტიკურად უმნიშვნელო თავის შეკავების ზრდა ვარენიკლინის+ NRT ჯგუფში. ქვე-ანალიზებმა დაადგინა მნიშვნელოვნად მაღალი თავის შეკავების მაჩვენებელი იმ ინდივიდებს შორის, ვინც ეწეოდა 29 ან მეტ სიგარეტს კომბინირებული თერაპიის გამოყენებით 24 კვირაზე (OR 1.46; 95% CI 1.2 to 2.8). მეორე RCT-მ ($n=435$) ასევე, მხოლოდ ვარენიკლინის შედარებით ვარენიკლინის NRT-სთან კომბინაციაში საპირისპიროდ აღმოაჩინა, რომ კომბინირებული თერაპია დაკავშირებულია მოწვევისგან თავის შეკავების მაღალ მაჩვენებელთან დაკვირვების პერიოდის მე-12 კვირაზე (1.85; 95% CI, 1.19-2.89; $P=.007$) და 24 კვირაზე (49.0% versus 32.6%; OR, 1.98; 95% CI, 1.25-3.14; $P=.004$).²⁶

ავტორებმა ასევე დაადგინეს ღებინების შეგრძნების, ძილის დარღვევების, დეპრესიის, კანის რეაქციის, და ყაბზობის მაღალი შემთხვევები, მიუხედავად ამისა, მხოლოდ კანის რეაქციამ მიაღწია სტატისტიკურ მნიშვნელობას.

დამატებითი კვლევებია საჭირო, რათა განვავრცოთ ჩვენეული შეხედულება ვარენიკლინის და NRT-ით კომბინირებული მკურნალობის ღირსებების შესახებ და ის შესაძლებლობა, რომ ის შეიძლება რეკომენდირებული იყოს პაციენტების სპეციფიკურ ქვე-ჯგუფებში. კომბინირებული მკურნალობა შეიძლება განხილულ იქნას იმ პაციენტებში გამოსაყენებლად, ვისაც აქვს სირთულეები მონოთერაპიით მთლიანი მოწვევის შეწყვეტის მიღწევაში, აღიარებენ რა ამ დროისათვის ხელმისაწვდომ შეზღუდულ მტკიცებულებას.

ვარენიკლინი + ბუპროპიონის SR

რადგანაც ვარენიკლინს და ბუპროპიონს აქვთ მოქმედების სხვადასხვა მექანიზმები, ისინი ზოგჯერ გამოიყენება კომბინაციაში, კერძოდ, მწვეულებში, ვინც მანამდე შეწყვიტა მოწვევა ბუპროპიონის მონოთერაპიის გამოყენებით, მაგრამ იბრძოდა პროცესის დროს. ამ კომბინაციის პილოტურმა კვლევამ, რომელმაც

გამოავლინა შესანიშნავი ეფექტურობა და მაღალი შემგუებლობა, ივარაუდა, რომ ვარენიკლინის და ბუპროპიონის SR კომბინაცია შეიძლება ეფექტური იყოს მოწვევისგან თავის დანებების მხარდ მჩვეულებისათვის იმ მჩვეულებთან შედარებით, რომელიც გამოვლენილია მონოთერაპიის გამოყენებით.³

რეკომენდაციები

- პირველი ხაზის მედიკამენტების ხუთმა კომბინაციამ უჩვენა, რომ ეფექტურია მოწვევის შეწყვეტის სამკურნალოდ, მიუხედავად ამისა, არსებობს არასაკმარისი მტკიცებულება ამჟამად ყველა ხუთივე კომბინაციის რეკომენდირებისათვის. ამჟამად, მხოლოდ კომბინაცია, რომელიც იყენებს NRTs და კომბინაცია პლასტირისა და ბუპროპიონის აღიარებულ იქნა FDA მიერ მოწვევის შეწყვეტისათვის.²³ ექიმებმა შეიძლება გაითვალისწინონ მედიკამენტების ამ კომბინაციების გამოყენება თავიანთ პაციენტებში, ვისაც სურს თავის დანებება.
- ეფექტური მედიკამენტების კომბინაცია:
 - ხანგრძლივადიანი (>14 კვირა) ნიკოტინის პლასტირი და სხვა NRT (საღუჭი რეზინი, სპრეი) (A მტკიცებულების დონე);
 - ნიკოტინის პლასტირი და ნიკოტინის ინჰალატორი (B მტკიცებულების დონე);
 - ნიკოტინის პლასტირი და ბუპროპიონი SR (A მტკიცებულების დონე);
- არ დაფიქსირებულა უკუჩვენებები ვარენიკლინის NRT-სთან კომბინაციის გამოყენებისას (B მტკიცებულების დონე)
- შეიძლება იყოს სარგებელი ვარენიკლინისა და NRT -ს კომბინაციით, კერძოდ, თამბაქოს მიმდებარელებს შორის, მიუხედავად ამისა, რომ შედეგები შერეულია. დამატებითი კვლევებია საჭირო ამ მიდგომის, როგორც სტანდარტული პრაქტიკის ეფექტურობის მხარდასაჭერად (C მტკიცებულების დონე).

გამოყენებული ლიტერატურა

1. Fiore MC, Jaen CR, Baker TB, et al: Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update, Clinical Practice Guideline. Rockville,

- MD: US Department of Health and Human Services. Public Health Service. May 2008.
2. Cahill K, Stevens S, Perera R, Lancaster T. Pharmacological interventions for smoking cessation: an overview and network meta-analysis. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 5. Art. No.: CD009329. DOI: 10.1002/14651858.CD009329.pub2.
3. Ebbert J.O., Hays J.T., D. Hurt, Combination Pharmacotherapy for Stopping Smoking: What Advantages Does it Offer? Drugs. 2010;70(6):643–650.
4. Japuntich SJ, Piper ME, Leventhal AM, Bolt DM, Baker TB. The effect of five smoking cessation pharmacotherapies on smoking cessation milestones, J.Consult.Clin. Psychol., 2011;79(1):34-42.
5. Hurt R.D., Ebbert J.O., Hays J.T., McFadden D.D., Treating Tobacco dependence in a Medical Setting, CA Cancer J Clin 2009;59:314-326.
6. Hajek P, West R, Foulds J, Nilsson F, Burrows S, Meadow A. Randomized comparative trial of nicotine polacrilex, a transdermal patch, nasal spray, and an inhaler. Arch Intern Med. 1999;159:2033–8.
7. Killen JD, Fortmann SP, Schatzberg AF, Hayward C, Sussman L, Rothman M, et al. Nicotine patch and paroxetine for smoking cessation, J Consult Clin Psychol. 2000;68:883-9.
8. Puska P, Korhonen H, Vartiainen E, Urjanheimo E-L, Gustavsson G, Westin A. Combined use of nicotine patch and gum compared with gum alone in smoking cessation: a clinical trial in North Karelia, Tob Control. 1995;4:231–5.
9. Kornitzer M, Boutsen M, Dramaix M, Thijs J, Gustavsson G. Combined use of nicotine patch and gum in smoking cessation: a placebo-controlled clinical trial. Prev Med. 1995; 24(1):41–7.
10. Kornitzer M, Boutsen M, Dramaix M, et al Combined use of nicotine patch and gum in smoking cessation: a placebo controlled clinical trial. Prev Med. 1995;24:41-47.
11. Trofor A., Mihaltan F., Mihaicuta S., Pop M., Todea D et.al., Romanian Society of Pulmonologists Smoking Cessation and Smoker's Assistance Guidelines (GREFA), 2nd ed. – Tehnopress Iași, 2010, www.srp.ro.
12. Croghan GA, Sloan JA, Croghan IT, Novotny P, Hurt RD, DeKrey WL, et al. Comparison of nicotine patch alone versus nicotine nasal spray alone versus a combination for treating smokers: a minimal intervention, randomized multicenter trial in a nonspecialized setting, Nicotine Tob Res. 2003;5(2):181–7.
13. Blondal T, Gudmundsson LJ, Olafsdottir I, Gustavsson G, Westin A. Nicotine nasal spray with nicotine patch for smoking cessation: randomized trial with six year follow up, Br Med J. 1999;318:285–8.
14. Bohadana A., Nilsson F., Rasmussen T., Martinet Y., Nicotine Inhaler and Nicotine Patch as a Combination Therapy for Smoking Cessation, Arch Intern Med. 2000;160:3128-3134.
15. Jorenby DE, Leischow SJ, Nides MA, Rennard SI, Johnston JA, Hughes AR, et al. A controlled trial of sustained-release Bupropion, a nicotine patch, or both for smoking cessation. N Engl J Med.

- 1999;340:685-691.
16. Hughes J, Stead L, Hartmann-Boyce J, Cahill K, Lancaster T. Antidepressants for smoking cessation, Cochrane Database Systematic Reviews 2014; 1:Art. No. CD000031. doi: 10.1002/14651858.CD000031.pub4.
17. Evins AE, Cather C, Culhane MA, Birnbaum A, Horowitz J, Hsieh E, et al. A 12-week doubleblind, placebo- controlled study of Bupropion sr added to high-dose dual nicotine replacement therapy for smoking cessation or reduction in schizophrenia, J Clin Psychopharmacol. 2007;27(4):380-6.
18. Croghan IT, Hurt RD, Dakhil SR, Croghan GA, Sloan JA, Novotny PJ, et al. Randomized comparison of a nicotine inhaler and Bupropion for smoking cessation and relapse prevention, Mayo Clin Proc. 2007;82(2):186-95.
19. Smith SS, McCarthy DE, Japuntich SJ, Christiansen B, Piper ME, Jorenby DE, et al. Comparative effectiveness of 5 smoking cessation pharmacotherapies in primary care clinics, Arch Intern Med. 2009;169(22):2148- 55.
20. Faessel HM, Gibbs MA, Clark DJ, Rohrbacher K, Stolar M, Burstein AH. Multiple-dose pharmacokinetics of the selective nicotinic receptor partial agonist, Varenicline, in healthy smokers, J Clin Pharmacol. 2006;46(12):1439-48.
21. Ebbert JO, Burke MV, Hays JT, Hurt RD. Combination treatment with Varenicline and nicotine replacement therapy. Nicotine Tob Res. 2009;11(5):572-6.
22. Bolt DM, Piper ME, Theobald WE, Baker TB. Why two smoking cessation agents work better than one: Role of craving suppression. Nicotine Tob. Res. 2012;80(1):54-65.
23. Loh JW, Piper ME, Schlam TR, Fiore MC, Smith SS, Jorenby DE, Cook JW, Bolt DM, Baker TB. Should all smokers use combination smoking cessation pharmacotherapy? Using novel analytic methods to detect differential treatment effects over 8 weeks of pharmacotherapy. Nicotine Tob. Res. 2012;14(2):131-41.
24. Hajek P1, Smith KM, Dhanji AR, McRobbie H. Is a combination of varenicline and nicotine patch more effective in helping smokers quit than varenicline alone? A randomised controlled trial. BMC Med. 2013 May 29;11:140.
25. Ramon JM1, Morchon S, Baena A, Masuet-Aumatell C. Combining varenicline and nicotine patches: a randomized controlled trial study in smoking cessation. BMC Med. 2014 Oct 8;12:172.
26. Koegelenberg CF, Noor F, Bateman ED, van Zyl-Smit RN, Bruning A, O'Brien JA, Smith C, Abdool-Gaffar MS, Emanuel S, Esterhuizen TM, Iruken EM. Efficacy of varenicline combined with nicotine replacement therapy vs varenicline alone for smoking cessation: a randomized clinical trial. JAMA;312(2):155-61. doi: 10.1001/jama.2014.7195.

4.4.2 გახანგრძლივებული

მკურნალობის რეკომენდაციები

ზოგიერთ პაციენტში, უფრო ხანგრძლივი მკურნალობის

პერიოდი ვიდრე ჩვეულებრივად რეკომენდირებული, სასარგებლოდ მიჩნეულ იქნა.

ნიკოტინის ჩანაცვლების გახანგრძლივებული

მკურნალობა

ნიკოტინის შემცველებით გახანგრძლივებული მკურნალობით გამოწვეული შიში პოტენციურ დამოკიდებულებასთან დაკავშირებით არ გამართლდა. საპირისპიროდ, ასეთი თერაპიის ხანგრძლივობის პროლონგირებამ შეიძლება დაამტკიცოს სასურველი შედეგი ჯანმრთელობისათვის, რადგან ნაადრევი რეციდივი ხშირად აღწერილია ზოგიერთ მოწევის შეწყვეტის მცდელობებში.

კვლევებმა უჩვენა მაღალი თავის შეკავების მაჩვენებელი ნიკოტინის სალეტი რეზინის გამოყენებისას ხანგრძლივი ვადით, მოკლევადიან მკურნალობასთან შედარებით და 15%-დან 20%-მდე თავშეკავება მათ შორის, ვინც გამოიყენა ნიკოტინის სალეტი რეზინი ≥ 12 თვე.¹ ლუნგის ჯანმრთელობის კვლევამ აღმოაჩინა, რომ დაახლოებით ერთი-მესამედი ხანგრძლივადიან COPD თავშეკავებამ გამოიყენა ნიკოტინის სალეტი რეზინი 12 თვემდე (და ზოგიერთმა ხუთ წლამდეც), სერიოზული გვერდითი ეფექტების ფაქტების გარეშე.²

არასტრატეგიცირებულ მცირე ბლოკ-რანდომიზირებულ სქემაში, 568 პაციენტს რანდომიზირებულად დაენიშნა 21 მგ ნიკოტინის პლასტირი 8 კვირისათვის და პლაცებოსათვის 16 კვირისათვის ან გაფართოებული თერაპიისთვის (21 მგ ნიკოტინის პლასტირი 24 კვირისათვის). ნიკოტინის პლასტირმა 24 კვირისათვის გაზარდა ბიოქიმიურად დადასტურებული გავრცელების წერტილის თავშეკავება და განგრძობითი თავშეკავება 24 კვირაზე, შემცირებული რელაპსის რისკი და ამაღლებული ალბათობა გამოჯანმრთელების რელაპსის შემდეგ, შედარებით NRT პლასტირის 8 კვირასთან.³

ნიკოტინის სალეტი რეზინი და ნიკოტინის პლასტირი შეიძლება მიღებულ იქნას ექვს თვეზე მეტი ხნით, კარგი შედეგებით, განსაკუთრებით იმ პაციენტებში, ვინც გამოავლინა გახანგრძლივებული გამოდევნის სინდრომი. FDA-მ დაამტკიცა ნიკოტინ ჩანაცვლებითი თერაპია ექვს თვეზე მეტი ხნით მიღებისათვის, რადგან მას არ აქვს

რისკები.¹ ნიკოტინის საღეჭი რეზინი უზრუნველყოფს წონის უკეთეს კონტროლს მოწევის შეწყვეტის შემდეგ. არსებობს კოლერაცია ფარმაცევტული ნიკოტინის მიღების დოზას და წონის მომატებას შორის (რაც მეტია ნიკოტინის დოზა შემცვლელებში, მით ნაკლებია წონის მომატება).¹

ცოტა ადამიანი შეიძლება გახდეს დამოკიდებული ნიკოტინის შემცვლელ პროდუქტებზე. მაგრამ დანამდვილებით, ზოგიერთმა ყოფილმა მწეველმა შეიძლება გააგრძელოს მათი გამოყენება ერთ წლამდე ან უფრო დიდხანს, რადგან მათ ეშინიათ წარუმატებლობის ან მოწევისასთან შებრუნების.¹ მთლიანად 402 პაციენტმა დაასრულა 12 კვირიანი მკურნალობის პროგრამა, რომელიც მოიცავდა ჯგუფის კონსულტაციას, NRT და ბუპროპიონს. მონაწილეები, მოწევის სტატუსისაგან დამოუკიდებლად, რანდომიზირებულად იყვნენ შემდეგზე მიწერილნი: (1) სტანდარტული მკურნალობა (ST; შემდგომი მკურნალობის გარეშე); (2) გაფართოებული NRT (E-NRT; ნიკოტინის საღეჭი რეზინი 40 კვირა ხელმისაწვდომი); (3) გაფართოებული კოგნიტიური ქვევითი თერაპია (E-CBT; 11 კოგნიტიური ქვევითი სესია 40 კვირაზე); ან (4) E-CBT პლუს E-NRT (E-კომბინირებული; 11 კოგნიტიური ქვევითი სესია პლუს 40 კვირა ნიკოტინის საღეჭი რეზინის ხელმისაწვდომობა. ავტორები შეთანხმდნენ გაფართოებული მკურნალობის ეფექტურობაზე, რასაც შეუძლია წარმოქმნას მაღალი და სტაბილური თავშეკავების მაჩვენებელი.⁴

გახანგრძლივებული მკურნალობა ვარენიკლინით

12 კვირაზე მეტად გახანგრძლივებული მკურნალობა ვარენიკლინის გამოყენებით უსაფრთხოა და დარწმუნებით შეიძლება ითქვას, რომ ხელს უწყობს ხანგრძლივი ვადით მოწევის შეწყვეტას, ასევე შედარებით ამცირებს რელაფსის (მოწევის ხელახლა დაწყების) რისკს. ვარენიკლინი შეიძლება გამოყენებულ იქნეს, როგორც ნიკოტინზე დამოკიდებულების მკურნალობის ეფექტური მედიკამენტი 24 თვის განმავლობაში, რომელსაც კარგად იტანენ პაციენტები. განასაკუთრებით იმ პაციენტებში, რომელთაც 12 თვიანი მკურნალობის შემდეგ ესხნებათ მოწევაზე დაბრუნების მაღალი რისკი. ვარენიკლინი არის პირველი მედიკამენტი, რომლის საშუალებით

შესაძლებელია ხანგრძლივადიანი ეფექტის მიღწევა რელაფსის წინააღმდეგ. ტონსტადსა და სხვა ავტორებზე დაყრდნობით, ვარენიკლინის ჯგუფის 70.6% მოწევას წყვეტს 13-24 თვის განმავლობაში, მაშინ როცა პლაცებოსათვის ეს მაჩვენებელი 49.8%-ია; შესაბამისად 44% 37.1-ის წინააღმდეგ თავი შეიკავეს მოწევისაგან 25-52 კვირის განმავლობაში.⁵

გახანგრძლივებული მკურნალობა ბუპროპიონით

ბუპროპიონით მკურნალობის ხანგრძლივობა შეიძლება გაგრძელდეს 7-9 კვირის მანძილზე სტანდარტული მკურნალობით, კარგი ეფექტურობით ორივე თავშეკავების მაჩვენებელში მკურნალობის ბოლოს და დაკვირვების პერიოდში, მაგრამ აგრეთვე რელაფსის პრევენციაზე. რანდომიზირებულ, პლაცებო-კონტროლირებად კვლევაში, სადაც 300 მგ ბუპროპიონი მიიღებოდა შვიდი კვირის მანძილზე 784 ჯანმრთელ მწეველში, გაგრძელდა 45 კვირიანი ბუპროპიონის პლაცებოსთან შედარებით დამატებითი მკურნალობით, კარგი თავშეკავების თანაფარდობა აღმოჩენილ იქნა 52 კვირის შემდეგ ბუპროპიონის ჯგუფში (55.1%) შედარებით პლაცებოს ჯგუფში 42.3%. ეს პროპორცია იგივე დარჩა დაკვირვების პერიოდში, 78 კვირაზე (47.7% ბუპროპიონის ჯგუფში 37.7% პლაცებოს ჯგუფის შედარებით, $p=0,034$), მაგრამ ის უმნიშვნელო გახდა 104 კვირაზე კვლევის ბოლოსთვის (41.6% ბუპროპიონის ჯგუფი შედარებით 40.0% პლაცებოს ჯგუფისათვის). რელაფსი გამოვლინდა საშუალოდ 156 დღეზე ბუპროპიონის ჯგუფისათვის შედარებით 65 დღეზე პლაცებოს ჯგუფისათვის ($p=0,021$), ფაქტი უდაოდ ბუპროპიონის მკურნალობის კურსის სასარგებლოდაა⁶ კოქსის და სხვ. რანდომიზირებული თავშეკავებული მწეველები, რომლებიც იღებდნენ ბუპროპიონს შვიდი კვირის მანძილზე ან აგრძელებდნენ ბუპროპიონს ან პლაცებოს ერთი წლის მანძილზე.⁷ ბუპროპიონი აწარმოებს მაღალი თავშეკავების მაჩვენებელს მკურნალობის დასასრულს, როცა ხდება პლაცებოსთან შედარება, მაგრამ არ დაფიქსირებულა განსხვავებები ერთწლიან დაკვირვების პერიოდში. კილენი და სხვ. მკურნალობდა მწეველებს 12 კვირის მანძილზე ღია-იარლიყიანი ბუპროპიონით, ნიკოტინის პლასტირით

და და ყოველკვირეული რელაპსის პრევენციის ტრეინინგებით.⁸ ყველა პაციენტს შემდგომ შესთავაზეს ოთხი რელაპსის პრევენციის სესია და გააგრძელეს აქტიური ან პლაცებო ბუპროპიონით შემდგომ 14 კვირის მანძილზე. არ ყოფილა განსხვავებები თავშეკავების მაჩვენებლების პირობებს შორის 1 წელს.

როცა მისაღებია, ფარმაცოლოგიური მკურნალობა შეიძლება გაგრძელებული იყოს უფრო მეტად, ვიდრე ეს რეკომენდირებულია ჩვეულებრივ. აღიარებულია, რომ თავშეკავების მაჩვენებლებზე უდიდესი ეფექტები არის ხანგრძლივადიანი ნიკოტინის თერაპიის და სხვა NRT ად ლიბიტუმ შედეგი.¹

გამოყენებული ლიტერატურა

1. Trofor A., Mihaltan F., Mihaicuta S., Pop M., Todea D et.al., Romanian Society of Pulmonologists Smoking Cessation and Smoker's Assistance Guidelines (GREFA), 2-nd ed. – Tehnopress Iași, 2010, www.srp.
2. Effects of randomized assignment to a smoking cessation intervention and changes in smoking habits on respiratory symptoms in smokers with early chronic obstructive pulmonary disease: the lung health study. Am J of Med. 1999;106(4):410-416.
3. Schnoll R.A., Patterson.F., Wileyto E.P., Heitjan D.F., Shields A.E., Asch D.A., Lerman C., Effectiveness of Extended-Duration Transdermal Nicotine Therapy, Ann Intern Med. 2010;152:144-151.
4. Hall S.M., Humfleet G.L., Muñoz.R.F., Reus V.I., Robbins J.A., Prochaska J.J. Extended treatment of older cigarette smokers, Addiction, 2009;104(6):1043-52.
5. Tonstad S., MD, PhD, Tonnesen P., MD, PhD, Hajek P., PhD, Williams K.E., PhD, Billing C.B., MS, Reeves R.K., MD, Effect of Maintenance Therapy With Varenicline on Smoking Cessation, JAMA, 2006;296(1):64-71.
6. Hays J.T., Hurt R.D., Rigotti N.A., Niaura R., Gonzales D., Durcan M.J., Sachs D.P., Wolter T.D., Buist A.S., Johnston J.A., White J.D., Sustained release Bupropion for pharmacologic relapse prevention after smoking cessation, a randomized, controlled trial, Ann. Intern. Med., 2001;135(6):423-33.
7. Cox LS, Nollen NL, Mayo MS, Choi WS, Faseru B, Benowitz NL, Tyndale RF, Okuyemi KS, Ahluwalia JS., Bupropion for Smoking Cessation in African American Light Smokers: A Randomized Controlled Trial. J Natl Cancer Inst., 2012;104(4):290-8.28.
8. Killen JD, Fortman SP., Murphy GM Jr, Harvard C., Arredondo C., Cromp D., Celio M., Abe L., Wang Y., Schatzberg AL, Extended treatment with Bupropion SR for cigarette smoking cessation, J. Consult Clin Psychol. 2006;74(2):286-94.

4.5 > თამბაქოს მოხმარების შეწყვეტის მხარდასაჭერად ხელმისაწვდომი მტკიცებულება სხვა ინტერვენციაზე

არსებობს რიგი მიდგომებისა თამბაქოს მოხმარების შეწყვეტის მხარდასაჭერად ჯერ არდამტკიცებული ეფექტურობით, რომელიც დაფუძნებულია ვაქცინებზე, მედიკამენტებზე და არაფარმაცევტულ ფაქტორებზე. ჩარევები, რომლებიც მეცნიერული კვლევების საგანია და რომელთაც აქამდე არ აჩვენეს დადებითი დასკვნითი მტკიცებულებები 6 თვის მანძილზე მაინც დაკვირვების პერიოდში მკურნალობის დაწყებიდან, მოიცავენ შემდეგს:

ვაქცინები

ამჟამად, სამი ანტი-ნიკოტინური ვაქცინა არის გამოკვლევის ქვეშ.1 ხელმისაწვდომი ხუთი I/II ფაზის კლინიკური კვლევების მიმოხილვა, რომლებიც იყენებდნენ ვაქცინებს ნიკოტინის წინაღმდეგ, აღმოაჩინა თავის დანებების მაჩვენებლის გაზრდა მწვევლების მხოლოდ მცირე ჯგუფში, კონკრეტულად მაღალი ანტისხეულების ტიტრებით. ჩამოყალიბებულ იქნა დასკვნა, რომ ნაკლოვანებები შეიძლება არსებობდეს დამოკიდებულების საფუძველში მყოფ ცხოველურ მოდელში და არის საჭიროება უკეთესად იქნას გაგებული დამოკიდებულების ხელისშემწყობი პროცესები.²

კოჰრენის თანამშრომლობის მეორე მიმოხილვამ დაასკვნა, რომ არ არსებობს რაიმე მტკიცებულება მოწვევის შეწყვეტის მხარდამჭერი ვაქცინის გამოყენების მხარდასაჭერად. შემდგომი კვლევა საჭიროა.³

ვერცხლის აცეტატი

ვერცხლის აცეტატის რანდომიზირებული კვლევების მიმოხილვამ, რომელიც მოწვევის შეწყვეტისათვის იყო განკუთვნილი, აღმოაჩინა ეფექტურობის ნაკლებობა.⁴

ნიკობრევინი

ნიკობრევინის ეფექტურობის შესაფასებლად რანდომიზირებული ხანგრძლივადიანი ცდების მიმოხილვამ, სადაც დაპატენტებულ პროდუქტად

განისაზღვრა მოწვევის შეწყვეტის დამხმარე პროდუქტი, ვერ აღმოაჩინა რაიმე მტკიცებულება, რომ ნიკობრევის შესუძლია დაეხმაროს მოწვევის შეწყვეტაში.⁵

ლობელინი

ლობელინის ცდების მიმოხილვამ, ნიკოტინის ნაწილობრივი აგონისტი, რომელიც გამოყენებულ იქნა კომერციულად ხელმისაწვდომ სამზადისში მოწვევის შეწყვეტის მხარდასაჭერად, ვერ აღმოაჩინა რაიმე მტკიცებულება, რომ ლობელინის შესუძლია დაეხმაროს ხანგრძლივად მოწვევის შეწყვეტაში.⁶

ანქსიოლიტიკები

ანქსიოლიტიკური ფარმაცოთერაპიის ეფექტურობის მიმოხილვამ მედიკამენტებთან, როგორცაა დიაპაზემი, დოქსეპინი, მეპრობამეტი, ონდანსეტრონი, და ბეტა-მბლოკავების მეტოპროლოლი, ოქსპრენოლოლი და პროპანოლოლი ხანგრძლივადიანი მოწვევის შეწყვეტის დასახმარებლად, ვერ აღმოაჩინა რაიმენაირი დადებითი ეფექტის მუდმივი მტკიცებულება, მიუხედავად იმისა, რომ შესაძლო დადებითი ეფექტები არ ყოფილა გამორიცხული.⁷

ოპიოდური ანტაგონისტები

ოპიოდური ანტაგონისტების ეფექტურობაზე ხელმისაწვდომი მტკიცებულებების მიმოხილვამ, ნალოქსონისა და ნალტრექსონის ჩათვლით ხანგრძლივადიანი მოწვევის შეწყვეტის მხარდასაჭერად, არ შექმნა რაიმე განსაზღვრული შედეგი და რეკომენდაცია გასწვია ახალი და უფრო ფართე კვლევის საჭიროების შესახებ.⁸

მეკამილამინი

ნიკოტინის ანტაგონისტური მეკამილამინის გამოყენების კვლევის მიმოხილვამ, აგრეთვე NRT-სთან კომბინაციაში უჩვენა დადასტურებული ხელმისაწვდომი მტკიცებულებების საჭიროება უფრო გაფართოებულ კვლევებში.⁹

გაბაპენტინი

წინასწარ კონცეფციის მტკიცებულების კვლევაში,

რომელიც იკვლევდა გაბაპენტინის თამბაქოს დამოკიდებულების სამკურნალოდ, სადაც გაბაპენტინი მიიღებოდა ჩვეულებრივი დოზირებით, არ ყოფილა აღმოჩენილი თამბაქოს გამოყენების გაზრდილი მაჩვენებელი.¹⁰

CB1 რეცეპტორის ანტაგონისტები

სამი კვლევის მიმოხილვამ, რომელსაც უნდა განესაზღვრა ზრდიდა თუ არა შერჩეული CB1 რეცეპტორების ანტაგონისტები (ამჟამად რიმონაბანტი და ტარანაბანტი) მოწვევის შემწყვეტ ადამიანების რაოდენობას, და შეეფასებინა მათი ეფექტი წონის ცვლილებაზე მოწვევის თავის დანებების წარმატებაზე დამოკიდებულებით, აღმოაჩინა ზოგიერთი დადებითი მტკიცებულება, მიუხედავად ამისა, ამ მედიკამენტების განვითარება შეწყდა მწარმოებლების მიერ 2008 წელს.¹¹

გლუკოზის აბები

მოწვევის შეწყვეტის დასახმარებლად გლუკოზის აბების რანდომიზირებულ კვლევაში, რომელიც მიზნად ისახავდა შეეფასებინა, აუმჯობესებდა თუ არა გლუკოზის აბები ექვსთვიან განგრძობით თავშეკავების მაჩვენებელს დაბალკალორიულ პლაცებოს ტაბლეტებთან შედარებით, არ ყოფილა დაფიქსირებული რაიმე მნიშვნელოვანი გლუკოზის აბების ეფექტი ტკბილი გემოს ტაბლეტებთან შედარებით. მიუხედავად ამისა, მკვლევარები ამტკიცებენ, რომ ეფექტურობის შესაძლებლობა მოითხოვს შესწავლას.¹²

არაფარმაცევტული ჩარევები

პარტნიორზე დაფუძნებული ინტერვენციები

პარტნიორების ჩართულობაზე 57 ხელმისაწვდომი სტატიის მიმოხილვამ, როგორც ხანგრძლივადიანი ეფექტის შემნარჩუნებელზე თამბაქოს გამოყენების შეწყვეტაზე, ვერ მიაღწია განსაზღვრულ დასკვნებს და რეკომენდაცია გაუწია მეტ გამოკვლევას.¹³

ფინანსური წახალისებები

მოწვევის შეწყვეტის გაძლიერებისათვის შეჯიბრებების, მასალების ან ფინანსური წახალისებების 17

კვლევის განხილვამ ვერ აღმოაჩინა განსაზღვრული მტკიცებულება ხანგრძლივადიანი მოწევის შეწყვეტის მაჩვენებლების გაძლიერებისათვის.¹⁴ ავტორებმა დაასკვნეს, რომ წახალისების ფორმები აჩქარებენ შეწყვეტის მაჩვენებლებს, რაც დადასტურებულია ხანგრძლივადიან შეწყვეტაზე შერეული მეთოდის გამოყენების დროს. წახალისებაზე დამყარებული ინიციატივები გამოყენებულ იქნა ფეხმძიმე მწველ ქალებში, რომელთაც გააუმჯობესეს მოწევის შეწყვეტის მაჩვენებელი ფეხმძიმობის დადასრულის და მშობიარობის შემდგომ პერიოდში.

სავარჯიშოზე დაფუძნებული ჩარევები

მოწევის შეწყვეტისათვის სავარჯიშო ინტერვენციების კვლევების მიმოხილვამ აღმოაჩინა, რომ განხილული 20 კვლევიდან მხოლოდ ერთმა უჩვენა ვარჯიშის დადებითი გავლენა ერთწლიანი დაკვირვების პერიოდში. სხვა განხილულ კვლევებს ჰქონდათ ნაკლოვანებები, ამგვარად, მეტი კვლევა იყო რეკომენდირებული ვარჯიშის ჩარევებისათვის.¹⁵

ჰიპნოთერაპია

ჰიპნოთერაპიის ეფექტურობის, როგორც მოწევის შეწყვეტის დასახმარებლად მეთოდის 11 რანდომიზირებული კონტროლირებადი კვლევის მიმოხილვამ აღმოაჩინა საპირისპირო შედეგები და არ წარმოუდგენია მტკიცებულება, რომ ჰიპნოთერაპია შეიძლება ისეთივე ეფექტური იყოს, როგორც კონსულტაციებით მკურნალობა.¹⁶

აკუპუნქტურა, ლაზერი, ელექტრო-სტიმულაცია

რანდომიზირებული კვლევის 38 ანგარიშის მიმოხილვამ აკუპუნქტურის და დაკავშირებულ ნემსის ჩხვლეტის ტექნიკასთან, ლაზერის თერაპიასთან და ელექტრო სტიმულატორების ეფექტურობაზე, რომელიც გავრცელებული იყო როგორც მკურნალობა მოწევის შეწყვეტისათვის, ვერ აღმოაჩინა ხელშესახები მტკიცებულება ამ ინტერვენციების ეფექტურობაზე მოწევის შეწყვეტისათვის, მიუხედავად ამისა, არ ყოფილა ჩამოყალიბებული დასკვნები და რეკომენდაცია გაეწია

შემდგომ კვლევებს, რომელიც გამოიყენებდა ხშირ ან გაგრძელებად სტიმულატორებს.¹⁷

ზიზლის გამომწვევი სტიმულატორები

25 კვლევის მიმოხილვამ, რათა მოეხდინა სწრაფი მოწევის და მოწევის შეწყვეტის განსაზღვრა სხვა ზიზლის გამომწვევი მეთოდების ეფექტურობა და თავშეკავების შესაძლო დოზაზე რეაგირების ეფექტი ზიზლის გამომწვევ სტიმულატორის დონეზე დამოკიდებულებით, არ აღმოუჩინა საკმარისი მტკიცებულება, რათა განესაზღვრა სწრაფი მოწევის ეფექტურობა, ან თუ არსებობს, დოზაზე-რეაგირება ზიზლის გამომწვევ სტიმულატორებზე.¹⁸

რეკომენდაციები:

- არაკონვენციური თერაპიის ეფექტურობა, როგორიცაა ჰიპნოზი, აკუპუნქტურა, ფიტოთერაპია, ჰომეოთერაპია, არაა შესწავლილი შესაბამისად და ასეთი თერაპიები არ არის რეკომენდირებული ექსპერტების მიერ.
- რადგან ასეთი პროცედურების უსაფრთხოება ზოგადად კარგია, თუ პაციენტი მოითხოვს ასეთ არაკონვენციურ თერაპიას, ჯანდაცვის პროფესიონალებმა შეიძლება არ წახალისონ, მაგრამ რჩევა მიცემულია, რომ არ აკრძალონ, გამომდინარე საფრთხიდან, რომ მწველს შეუძლია უარი განაცხადოს კონვენციურ მედიცინაზე.
- კონვენციური და არაკონვენციური მედიცინის კომბინაცია ბევრ შემთხვევაში უკეთესია, ვიდრე არაკონვენციური მედიცინის გამოყენება მხოლოდ.

გამოყენებული ლიტერატურა

1. Escobar-Chávez J.J., Dominguez-Delgado C., Rodriguez-Cruz I. Targeting nicotine addiction: the possibility of a therapeutic vaccine. Drug Des Devel Ther. 2011;5:211–224.
2. Raupach T, Hoogsteder PH, Onno van Schayck CP. Nicotine vaccines to assist with smoking cessation: current status of research. Drugs. 2012;72(4):e1-16.
3. Hartmann-Boyce J, Cahill K, Hatsukami D, Cornuz J. Nicotine vaccines for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012, Issue 8. Art. No.: CD007072. DOI: 10.1002/14651858.CD007072.pub2.

4. Lancaster T, Stead LF. Silver acetate for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012, Issue 9. Art. No.: CD000191. DOI: 10.1002/14651858.CD000191.pub2.
5. Stead LF, Lancaster T. Nicobrevin for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2006, Issue 2. Art. No.: CD005990. DOI: 10.1002/14651858.CD005990.
6. Stead LF, Hughes JR. Lobeline for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012, Issue 2. Art. No.: CD000124. DOI: 10.1002/14651858.CD000124.pub2.
7. Hughes JR, Stead LF, Lancaster T. Anxiolytics for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2000, Issue 4. Art. No.: CD002849. DOI: 10.1002/14651858.CD002849.
8. David SP, Lancaster T, Stead LF, Evins AE, Prochaska JJ. Opioid antagonists for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 6. Art. No.: CD003086. DOI: 10.1002/14651858.CD003086.pub3.
9. Lancaster T, Stead LF. Mecamylamine (a nicotine antagonist) for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 1998, Issue 2. Art. No.: CD001009. DOI: 10.1002/14651858.CD001009.
10. Sood A, Ebbert JO, Wyatt KD, Croghan IT, Schroeder DR, Sood R, Hays JT. Gabapentin for smoking cessation. Nicotine Tob Res. 2010;12(3):300-4.
11. Cahill K, Ussher MH. Cannabinoid type 1 receptor antagonists for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2011, Issue 3. Art. No.: CD005353. DOI: 10.1002/14651858.CD005353.pub4.
12. West R, May S, McEwen A, McRobbie H, Hajek P, Vangeli E. A randomised trial of glucose tablets to aid smoking cessation. Psychopharmacology (Berl). 2010;207(4):631-5.
13. Park EW, Tudiver FG, Campbell T. Enhancing partner support to improve smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012, Issue 7. Art. No.: CD002928. DOI: 10.1002/14651858.CD002928.pub3.
14. Cahill K, Hartmann-Boyce J, Perera R. Incentives for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2015, Issue 5. Art. No.: CD004307. DOI: 10.1002/14651858.CD004307.pub5.
15. Ussher MH, Taylor A, Faulkner G. Exercise interventions for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2014, Issue 8. Art. No.: CD002295. DOI: 10.1002/14651858.CD002295.pub5.
16. Barnes J, Dong CY, McRobbie H, Walker N, Mehta M, Stead LF. Hypnotherapy for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2010, Issue 12. Art. No.: CD001008. DOI: 10.1002/14651858.CD001008.pub2.
17. White AR, Rampes H, Campbell J. Acupuncture and related interventions for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2014, Issue 4. Art. No.: CD000009. DOI: 10.1002/14651858.CD000009.pub4.
18. Hajek P, Stead LF. Aversive smoking for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2001, Issue 3. Art. No.: CD000546. DOI: 10.1002/14651858.CD000546.pub2.

ელ-სიგარეტები

ელ-სიგარეტები ან "ელ-სიგარეტები" არის ბატარეით ოპერირებადი მოწყობილობა, რომელიც ათბობს და უშვებს ორთქლს სითხის ნარევიდან, რომელიც ტიპურად შეიცავს გლიცერინს და პროპილენის გლიკოლს, გემოს და დანამატებს.¹ ეს ერთჯერადი კარტრიჯები, რომელიც შეიცავს ელ-სიგარეტში გამოყენებულ სითხეს, ხელმისაწვდომია ორივე ფორმით - ნიკოტინისაგან თავისუფალი და ნიკოტინის შემცველი ფორმებით. არსებობს საფრთხე, რომ ელ-სიგარეტი უკვე გახდა თამბაქოს ინიცირების პროდუქტი. ერთჯერადი კარტრიჯებით, ელ-სიგარეტი უფრო ეკონომიური გახდა, ვიდრე რეგულარული სიგარეტი თითო ნიკოტინის გამონაბოლქვის შესრუტვა და ექსპერიმენტები ელ-სიგარეტით ახალგაზრდა ადამიანების მიერ ხდება უფრო და უფრო გავრცელებული ევროპის მასშტაბით.²

ეფექტურობა

კოჰრენის თანამშრომლობის მიერ სისტემატურმა განხილვამ აღმოაჩინა ხელმისაწვდომი მტკიცებულება ელ-სიგარეტის ეფექტურობასთან დაკავშირებით მოწვეისგან თავის შეკავებაში ან მოწვეის შემცირებაში.³ მიმოხილვამ განსაზღვრა მთლიანობაში 24 კვლევა, ორი RCT-ს და 21 კოჰორტული კვლევის ჩათვლით. ელ-სიგარეტის მხოლოდ ორი გამოქვეყნებული RCTs არსებობს, რომელთაგან ორივემ გამოიყენა ადრინდელი ელექტრონული სიგარეტის მოდელი დაბალი ნიკოტინის შემცველობით, და ეს კვლევები განიცდიდა მრავალ მეთოდოლოგიურ შეზღუდვას. მონაწილეები, რომლებიც იყენებდნენ ელ-სიგარეტს უმეტესად ჰქონდათ მოწვეისგან თავის შეკავება ექვს თვეზე მაინც, შედარებით იმ მონაწილეებთან, რომლებიც იყენებდნენ პლაცებოს EC (RR 2.29, 95% CI 1.05 დან 4.96-მდე; პლაცებო 4% ელ-სიგარეტის 9%-თან შედარებით.³ ბულენმა და სხვ. ჩაატარეს სამგანშტოებიანი შედარება ელ-სიგარეტის (ნიკოტინის შემცველი), ელ-სიგარეტი (ნიკოტინის გარეშე), და NRT პლასტირის. კვლევამ არ აღმოაჩინა მნიშვნელოვანი განსხვავება ელ-სიგარეტს (ნიკოტინის შემცველი) და NRT პლასტირს შორის, და ორივე უფრო ალმატებოდა ელ-სიგარეტს (ნიკოტინის გარეშე).⁴

მოწვევის შემცირების თვალსაზრისით, ძალიან შეზღუდული ხელმისაწვდომი მტკიცებულება ვარაუდობს, რომ ადამიანებს შეეძლოთ შემცირებინათ სიგარეტის მოხმარება ნახევრამდე მაინც ნიკოტინის შემცველი ელ-სიგარეტით, შედარებით პლაცებოს ელ-სიგარეტთან (RR 1.31, 95% CI 1.02-დან 1.68, 2 კვლევა; პლაცებო: 27% EC შედარებით: 36%) და პლასტიკითან შედარებით (RR 1.41, 95% CI 1.20-დან 1.67-მდე, 1 კვლევა; პლასტიკი: 44% EC საპირისპიროდ: 61%).⁽³⁾ მსგავსი აღმოჩენები იქნა წარმოდგენილი ანგარიშში კოჰორტის კვლევიდან. პოლოსამ და სხვ. გამოსცადეს ელ-სიგარეტის კატეგორია იტალიაში მწვეკლებს შორის, რომელთაც არ სურდათ თავის დანებება, და დააფიქსირეს მნიშვნელოვანი შემცირება დღეში მოწეული სიგარეტების რაოდენობაში და მიაღწიეს თავის შეკავების მაჩვენებელს 22.5% და 12.5% 6 თვის შემდეგ ელ-სიგარეტის მოწევით.⁵ ისევ, ეს კვლევები განიცდის მეთოდოლოგიურ შეზღუდვებს. ლაბორატორიულმა კვლევებმა ასევე აღმოაჩინა, რომ ელ-სიგარეტები ეფექტურია მწვეკლებში სიგარეტის სურვილის აღსაკვეთად.^{6,7} არსებობს კლინიკური კვლევების სასწრაფო საჭიროება, რათა განისაზღვროს ელ-სიგარეტების ეფექტურობა მოწვევასთან თავის დანებების ხელშეწყობაში, თუ ასეთი არსებობს.

უსაფრთხოება

საერთო შემადგენლობის აწონილი მყარი ნაწილაკების გამოდევნა (TSP), რომელიც მიიღება ელ-სიგარეტიდან არის დაახლოებით 60 მგ/მ³, 10-15-ჯერ დაბალი, ვიდრე კონვენციური სიგარეტებიდან.⁸ PM-ს ყოველი განსხვავებული ფრაქციისათვის (PM^{1,2,5,7,10}), არსებობს უფრო დაბალი სიმჭიდროვე (6-დან 21-მდე ცვლილებით) ელ-სიგარეტებისათვის შედარებით ჩვეულებრივ სიგარეტზე, მაგრამ დონეები კვლავ მცირედით აღემატება მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაციის გარე ჰაერის ხარისხის სახელმძღვანელო მაჩვენებლებს.¹

კვამლისმაგვარი ორთქლი, წარმოქმნილი ეთილინის გლიკოლის ან გლიცეროლისგან არის გამაღიზიანებელი, როცა ზემოქმედება განმეორდება, მაგრამ ის არ გამოვლენილა, როგორც მძაფრი ტოქსინი

ხანმოკლევადიან გამოყენებაში.⁹ ახლანდელმა კვლევამ გამოიკვლია არომატიზატორების ტოქსიკურობა, რომელიც გამოიყენება ელ-სიგარეტის სითხეში. ლერნერი და სხ. დააფიქსირა, რომ ელ-სიგარეტის აეროზოლების/სითხეების ზემოქმედება იწვევს გაზომვით დაჟანგვის და ანთებით საპასუხო რეაქციებს ფილტვის უჯრედებში და ქსოვილებში, რასაც შეუძლია გამოიწვიოს არარეალიზებული ჯანმრთელობის შედეგები.¹⁰

სამმა ბოლო სისტემურმა მიმოხილვამ წარმოადგინა ანგარიში ელ-ელექტრონული სიგარეტების უსაფრთხოებაზე.^{3,11,12} ფარსალინოსმა და პოლოსამ განიხილეს ლაბორატორიული და კლინიკური მტკიცებულებები ელ-სიგარეტის გამოყენების პოტენციურ რისკთან დაკავშირებით გაგრძელებულ სიგარეტის მოწვეასთან შედარებით და დაადგინეს, რომ ელ-სიგარეტი ნაკლებად მავნებელია გაგრძელებულ მოწვევის მნიშვნელოვან რისკთან შედარებით.¹¹ პისინგერმა და დოსინგმა 76 კვლევის მიმოხილვაზე დაყრდნობით დაადგინეს, რომ მონათესავე კვლევების რაოდენობის და არსებული კვლევების მეთოდოლოგიური საკითხების სიმცირის, ისევე, როგორც გამოქვეყნებული კვლევების შედეგების შეუსაბამობის, ასევე, ხანგრძლივი დაკვირვების პერიოდის ნაკლებობის გამო, შეუძლებელია გამოიკვეთოს დასკვნები ელ-სიგარეტის უსაფრთხოებაზე.¹² მიუხედავად მტკიცებულებების ნაკლებობისა, ავტორებმა აღნიშნეს, რომ ელ-სიგარეტები არ შეიძლება განიხილებოდეს არამავნებლად.

სარწმუნო კვლევების ნაკლებობის გამო, ზოგიერთი სახელმწიფოს ორგანოები კრძალავენ ამ პროდუქტის გავრცელებას, როგორც მოწვევის შეწყვეტის პროდუქტს.

რეკომენდაციები

- არსებობს არასაკმარისი მტკიცებულება იმისათვის, რომ შესაბამისად შეფასდეს ჯანმრთელობისათვის რისკები ელ-სიგარეტის გამოყენებასთან დაკავშირებით (B მტკიცებულების დონე)
- არსებობს არასაკმარისი მტკიცებულება ელ-სიგარეტების ეფექტურობაზე, როგორც მოწვევის შეწყვეტის დახმარებაზე, მათი გამოყენების მხარდასაჭერად (B მტკიცებულების დონე).

- არ არსებობს მტკიცებულება ხშირ ან მძიმე გვერდით მოვლენებზე, მაგრამ ასევე არ არსებობს მტკიცებულება მოწვევის შეწყვეტის ეფექტურობაზე, მაშასადამე, კვლევების არარსებობის გამო, ჯანდაცვის პროფესიონალებმა არ უნდა გაუწიონ რეკომენდაცია ამ პროდუქტს (B მტკიცებულების დონე)
- არსებობს სასწრაფო საჭიროება კლინიკური კვლევებისათვის, რათა მოხდეს უსაფრთხოების და ეფექტურობის განსაზღვრა, თუ კი არსებობს ასეთი ე-სიგარეტების მოწვევის თავშეკავებისათვის გავრცელებაში.

გამოყენებული ლიტერატურა

1. Etter J-F. The Electronic Cigarette: An Alternative to Tobacco? Geneva, Switzerland: Jean-Francois Etter, 2012; 1-125.
2. European Commission. Attitudes of Europeans towards tobacco, special Eurobarometer 385. May 2012. http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_385_en.pdf
3. Hartmann-Boyce J, McRobbie H, Bullen C, Begh R, Stead LF, Hajek P. Electronic cigarettes for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2016, Issue 9. Art. No.: CD010216. DOI: 10.1002/14651858.CD010216.pub3.
4. Bullen C, Howe C, Laugesen M, McRobbie H, Parag V, Williman J, et al. Electronic cigarettes for smoking cessation: a randomised controlled trial. Lancet 2013;382(9905):1629-37.
5. Polosa R, Morjaria JB, Caponnetto P, Campagna D, Russo C, Alamo A, et al. Effectiveness and tolerability of electronic cigarette in real-life: a 24-month prospective observational study. Internal and Emergency Medicine 2014;9(5):537-46.
6. Bullen, C., McRobbie, H., Thornley, S., Glover, M., Lin, R. & Laugesen, M. Effect of an electronic nicotine delivery device (e-cigarette) on desire to smoke and withdrawal, user preferences and nicotine delivery: Randomized cross-over trial. Tob Control 2010; 19: 98-103.
7. Vansickel, A. R., Cobb, C. O., Weaver, M. F. & Eissenberg, T. E. A clinical laboratory model for evaluating the acute effects of electronic "cigarettes": Nicotine delivery profile and cardiovascular and subjective effects. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev 2010; 19(8): 1945-53.
8. Pellegrino R.M, Tinighino B, Mangiaracina G., Marani A., Vitali M., Protano C., and M.S. Cattaruzza. Electronic cigarettes: an qualitative evaluation of exposure to chemicals and fine particulate matter. Ann Ig 2012;24:1.
9. Vardavas GI, Anagnostopoulos N, Kougias M, Evangelopoulou V, Connolly GN, Behrakis PK. Short-term pulmonary effects of using an electronic cigarette: Impact on respiratory flow resistance,

impedance, and exhaled nitric oxide. Chest 2012;141(6):1400-6.

11. Lerner CA, Sundar IK, Yao H, Gerloff J, Ossip DJ, McIntosh S, et al. Vapors produced by electronic cigarettes and e-juices with flavorings induce toxicity, oxidative stress, and inflammatory response in lung epithelial cells and in mouse lung. PloS One 2015;10(2):e0116732.
12. Farsalinos K.E., and R. Polosa. Safety evaluation and risk assessment of electronic
13. cigarettes as tobacco cigarette substitutes: a systematic review. Ther Adv Drug Saf. 2014 Apr; 5(2): 67-86.
14. Pisinger C, Døssing M. A systematic review of health effects of electronic cigarettes. Prev Med. 2014;69:248-60.

4.6 რეკომენდაციები მოწვევის შემცირების მიდგომისათვის

მოწვევის შემცირება შემოთავაზებულია, როგორც მეორე ხაზის ვარიანტი მწვევლებისათვის, ვისაც არ აქვს სურვილი ან არ შეუძლია შეწყვიტოს მოწვევა სრულად. მოწვევის შემცირება შეიძლება განიხილებოდეს, როგორც შუამავალი ნაბიჯი მოგვიანებით შეწყვეტისაკენ იმ მწვევლებისათვის, ვისაც არ შეუძლიათ ან არ შეწყვეტენ მოწვევას. თამბაქოს ყველა მომხმარებლის მიზნად რჩება მოწვევის მთლიანად შეწყვეტა.

მოწვევის შემცირების მიდგომის უპირატესობა არის ორმაგი:

- მოწვევის შემცირება და შესაბამისად, მოწვევით გამოწვეული ზოგიერთი რისკის შემცირება მაინც;
- პაციენტის უნარის გაძლიერება შეწყვიტოს მთლიანად მოწვევა და წელიწადის განმავლობაში მცდელობების რიცხვის გაზრდა.

არსებობდა შემოთავაზებული ვერაუდი, რომ შემოთავაზებული მოწვევის შემცირება ზოგიერთი მწვევლისათვის შეამცირებდა თავის დანებების მაჩვენებელს. არ არსებობს მონაცემები, რომლებიც ამ ვერაუდს მხარს დაუჭერდა; საპირისპირო ეფექტები იქნა გამოკვლეული. კოჰრანის თანამშრომლობის მიერ განხილვამ ვერ აღმოაჩინა შეწყვეტის ალბათობის თვალსაზრისით განსხვავება მკვეთრ თავის დანებებასა და სიგარეტის მოხმარების შემცირებას შორის თავის დანებების თარიღამდე, და

დაასკვნა, რომ პაციენტებს შეიძლება მიეცეთ არჩევანი თავი დაანებონ ამა თუ იმ გზით.¹ პაციენტებს, რომელთაც არ სურთ შეწყვეტა, მაგრამ შესთავაზეს მოწვევის შემცირება, უფრო სავარაუდოა, რომ თავშეკავებულები იყვნენ ერთ წელზე, ვიდრე ისინი, ვისაც არ შესთავაზეს მოწვევის შემცირება, მაგრამ შესთავაზეს სრულად თავის დანებება, როგორც ერთადერთი გამოსავალი.^{3,4}

მოწვევის შემცირება განსაზღვრული იყო, როგორც 50%-იანი კლება თავდაპირველი სიგარეტის მოხმარებაში, მაგრამ სრული თავშეკავების გარეშე.¹

ლიმიტირებული მონაცემები (მცირე კვლევებიდან, შერჩეულ მოსახლეობაზე და მცირე დაკვირვების პერიოდისათვის) ვარაუდობს, რომ მნიშვნელოვანი მოწვევის შემცირებას შეუძლია შეამციროს მძაფრი კარდიოვასკულარული რისკის ფაქტორები და გააუმჯობესოს რესპირატორული სიმპტომები. მოწვევის შემცირება ასოცირებულია 25%-იან კლებასთან თამბაქოს ბიო-მარკერებში და ფილტვის კიბოს შემხვევაში და დაბალი, თითქმის უმნიშვნელო ზრდა მწვეველი დედების ბავშვების დაბადების წონაზე.² ფილტვის ფუნქციონირებაზე შესამჩნევი სარგებელი არ გამოვლენილა, თუ მოწვევა შემცირებულია.⁵

მოწვევის შემცირება წარმოადგენს თერაპიულ ალტერნატივას მწვეველთათვის, ვინც ჯერ არ არის მზად სრულად დაანებოს თავი მოწვევას. მოწვევის შეწყვეტის თანაფარდობა კვლევის ჯგუფში, ვინც მკურნალობდა ნიკოტინის სალეჭი რეზინით, ორმაგად საპირისპირო იყო პლაცებოსთან შედარებით სამი თვის შემდეგ სამმაგად საპირისპირო დაკვირვების პერიოდის მე-12 თვეზე.²

თანმხლები ნიკოტინის სალეჭი რეზინის გამოყენება შემცირებულ გაგრძელებულ მოწვევასთან ერთად კარგად შეგუებადი იყო კარბონის მონოქსიდის ბიომარკერის მნიშვნელოვან კლებასთან.² როსკაპის კვლევა მოწვევის შემცირებასთან დაკავშირებით კარდიალურ პაციენტებში იყო კონტროლირებადი, რანდომიზირებული კვლევა, რომელმაც შეაფასა მოწვევის შემცირების სტრატეგიის ეფექტურობა თამბაქოს გამოვლენის მავნე ეფექტების შესამცირებლად. მათგან, ვინც შეძლო მოწვევის შემცირება, განსაკუთრებით იყვნენ მამაკაცები, მეტი ინტენსივობის თამბაქოს მოხმარებით საკონტროლო ჯგუფთან შედარებით.⁶

4.6.1 ნიკოტინის ჩანაცვლებით მოწვევის შემცირება

ნიკოტინის ჩანაცვლების თერაპიით მოწვევის შემცირება რეკომენდირებულია მხოლოდ დამოკიდებულ მწვეველებში, მაგ. მწვეველი, ვისთანაც ნიკოტინის რეცეპტორების დიდი რაოდენობა და მათი დესენსიტილიზაცია მნიშვნელოვანი ფაქტორის მოხმარებაში მათ შორის, ვინც იყო ფაგერსტრომის ნიშნულის 3-ზე მეტი, ან თუნდაც 6-ზე მეტი.⁴ შემცირებული მოწვევა უნდა იყოს შემოთავაზებული სისტემატურად მაღალი დამოკიდებულების მწვეველებისათვის 7 ან მეტი ნიშნულით ფაგერსტრომის ტესტში, ვისაც აქვს თამბაქოსთან დაკავშირებული დაავადებები და არ არიან მზად თავის დანებებისათვის.

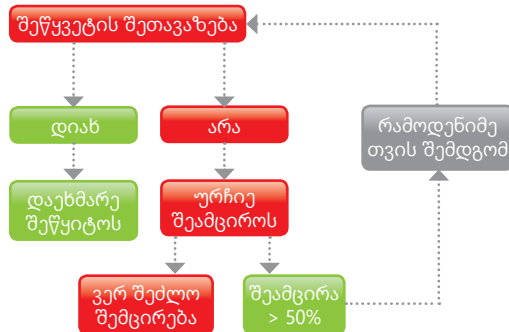
შვიდი რანდომიზირებული, კონტროლირებადი კვლევის მეტა-ანალიზმა, რომელიც მოიცავდა 2767 მწვეველს, ვისაც თავიდან არ ჰქონდათ თავის დანებების სურვილი, უჩვენა, რომ თავშეკავების მაჩვენებელი თავდაპირველი მკურნალობიდან ექვსი თვის შემდეგ მნიშვნელოვნად მაღალი იყო იმ მწვეველებს შორის, ვინც რანდომიზირებულად იქნა მიწერილი NRT-ზე (ნიკოტინის სალეჭი რეზინი, ინჰალატორი ან პლასტიკი) ექვსი თვით ან მეტი, მაშინ როცა ცდილობდნენ შეემცირებინათ მოწვევა, ვიდრე მათ შორის საკონტროლო ჯგუფში: 9% 5%-თან შედარებით.⁷

ნიკოტინის ჩანაცვლების თერაპია გამოიყენება, როგორც ჩანაცვლებელი, რადგან ყოველდღიურად მოწვეული სიგარეტების რაოდენობა შემცირებულია და შესაბამისად თამბაქოს პროდუქციის მავნე ეფექტები (გარდა ნიკოტინის) პოტენციურად შემცირებულია. მეტი ნიკოტინი მიწოდებულია უფრო პროგრესული გზით, დამოკიდებულების ნაკლები შენარჩუნებით. ფარმაცევტული ნიკოტინი გაიზრდება თანმიმდევრულად მოწვეული სიგარეტის რაოდენობის 50%-ის შემცირებით მაინც, და შესაძლოა გაიზარდოს თავის დანებების შანსი (ცხრილი 4.9.)

4.6.2 ვარენიკლინით მოწვევის შემცირება

ებერტის და სხვ. ბოლო კვლევამ გამოიკვლია რანდომიზირებულ, ორმაგად ბრმა კონტროლირებადი კვლევით, რომელმაც გამოსცადა ვარენიკლინის

დიაგრამა 4.9: "შემცირება თავის დანებებისკენ" მოწვევის სტრატეგია



გამოყენება მწვეკლებს შორის, ვისაც არ სურდა თავის დანებება ან არ შეეძლო მოწვევის თავის დანებება მომდევნო 30 დღის განმავლობაში, მაგრამ ჰქონდათ სურვილი შეემცირებინათ მოწვევა და თავი დაენებებინათ მომდევნო 3 თვეში⁸. კვლევამ აღმოაჩინა, რომ ვარნიკლინის გამოყენებამ მნიშვნელოვნად გაზარდა მოწვევის თავის დანებების მაჩვენებელი მკურნალობის ბოლოს და დაკვირვების პერიოდის ბოლოს პლაცებოსთან შედარებით (12 თვეზე; 27.0% ვარნიკლინის ჯგუფისათვის, 9.9% პლაცებოს ჯგუფის საპირისპიროდ; RD, 17.1% [95% CI, 13.3%-20.9%]; RR, 2.7 [95% CI, 2.1-3.5]).

რეკომენდაციები:

- მოწვევის შემცირება ზრდის მომავალი მოწვევის შეწყვეტის მცდელობების შესაძლებლობას (A მტკიცებულების დონე)
- NRT გამოყენება რეკომენდირებულია, როგორც "შემცირება თავის დანებებამდე" მიდგომის ნაწილი მწვეკლებს შორის, ვისთანაც დაფიქსირდა ნიკოტინზე დამოკიდებულების მაღალი მაჩვენებელი (A მტკიცებულების დონე).
- ვარნიკლინის გამოყენებამ, როგორც "შემცირება თავის დანებებისთვის" მიდგომის ნაწილის, ეფექტურობა უჩვენა ერთ კვლევაში (B მტკიცებულების დონე)

გამოყენებული ლიტერატურა

1. Lindson-Hawley N, Aveyard P, Hughes JR. Reduction versus abrupt cessation in smokers who want to quit. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012, Issue 11. Art. No.: CD008033. DOI: 10.1002/14651858.CD008033.pub3.
2. Trofor A., Mihaltan F., Mihaicuta S., Pop M., Todea D et al., Romanian Society of Pulmonologists Smoking Cessation and Smoker's Assistance Guidelines (GREFA), 2nd ed. – Tehnopress Iași, 2010, www.srp.ro
3. NICE Guidelines: Tobacco: Harm-reduction approaches to smoking cessation. National Institute for Health Care Excellence, United Kingdom. <https://www.nice.org.uk/guidance/ph45>.
4. Bolliger C, Zellweger JP, Danielsson T and al. Smoking reduction with oral nicotine inhalers: double blind, randomised clinical trial of efficacy and safety. BMJ 2000;321:329-333.
5. Anthonisen N, Connett J and Muttay R for the Lung Health Study Group. Smoking and lung function of lung health study participants after 11 years. Am J Respir Crit Care Med. 2002;166:675-79.
6. Ludvig J, Miner B, Eisenberg MJ. Smoking cessation in patients with coronary artery disease, Am Heart J 2005;149:565-72.
7. Moore D, Aveyard P, Connock M, Wang D, Fry-Smith A, Barton P. Effectiveness and safety of nicotine replacement therapy assisted reduction to stop smoking: systematic review and meta-analysis, BMJ 2009; 338:b1024.
8. Ebbert JO, Hughes JR, West RJ, Rennard SI, Russ C, McRae TD, Treadow J, Yu CR, Dutro MP, Park PW. Effect of varenicline on smoking cessation through smoking reduction: a randomized clinical trial. JAMA. 2015;313(7):687-94.

4.7 მოწვევის რეციდივის პრევენციის სამკურნალო რეკომენდაციები

რეციდივი, განსაზღვრული როგორც ნიკოტინის მოხმარების განმეორება თავშეკავების პერიოდის შემდეგ, სამწუხარო, მაგრამ გარდაუვალი ნაწილია მოწვევის პროცესიდან გამოჯანმრთელებისათვის. რეციდივზე, როგორც ხანგრძლივადიანი მკურნალობის წარუმატებლობაზე დაყრდნობით, პიასეკიმ უჩვენა, რომ ეს გავრცელებულია და სწრაფად აღმოცენდება თავის დამნებებლებს შორის, რადგან მოწვევის შეწყვეტის კვლევებში ჩართული მწვეკლების უმრავლესობა უჩვენებს წარსულში თავის დანებების ისტორიას, რადგან უმრავლესობამ უკვე განიცადა

წარუმატებლობა ერთხელ მაინც ფარმაკოლოგიური შეწყვეტის დახმარების გამოყენებისას 1,2 და ხარვეზების უმრავლესობა ვლინდება პირველი 24 საათის მანძილზე თავის დანებების დღიდან.

ქვევითი სტრატეგიები

სამი მთავარი სტრატეგია არის გავრცელებული ამჟამინდელი რეციდივის პრევენციის პროგრამებისათვის: (1) კოგნიტურ-ქვევითი სტრატეგიები, რათა თავიდან იქნეს აცილებული რეციდივი, როცა ლტოლვა გამოვლინდება და შეისწავლოს ნებისმიერი მოვლენის ხარვეზიდან; (2) განსაკუთრებული მხარდაჭერის სტრატეგიები ფოკუსირებული მწველის საჭიროებაზე ემოციური მხარდაჭერის თვალსაზრისით ოჯახის წევრებისაგან/ახლო მეგობრებისაგან; (3) ცხოვრების სტილის ცვლილების სტრატეგიები კონცენტრირებული მწველის ახალი სოციალური იდენტობის, როგორც ნარკოტიკიდან თავისუფალი ინდივიდის განვითარებისათვის დახმარება.^{1,2}

ახლანდელ დროს მტკიცებულებები ნაკლებადაა ნებისმიერი სპეციფიკური ქვევითი ინტერვენციის გამოყენების მხარდასაჭერად, რათა დაეხმაროს რეციდივის პრევენციაში ინდივიდებს შორის, ვინც წარმატებულად დაანება თავი მოწევას.³ სპეციფიკურმა ინდივიდუალურმა ან ჯგუფურმა ჩარევამ ვერ მოახდინა რეციდივის პრევენცია, მიუხედავად მათი ხანგრძლივობისა და კონტაქტის დროისა, რვა კვირიანი ტელეფონით კონსულტაციების შემდეგაც კი.^{2,3}

ჩარევები, რომლებიც ფოკუსირებულია მაცდური სიტუაციების იდენტიფიცირებასა და გადაჭრაზე, სთავაზობენ ყველაზე მეტ დაპირებას რეციდივის პრევენციისათვის ეფექტური ქვევითი სტრატეგიების თვალსაზრისით.³

რეციდივის შემცირების ეფექტური ჩარევების შექმნის თვალსაზრისით მოწველთა მოწყვლად კატეგორიაში, როგორიცაა ნამშობიარები ქალები ან პატიმრობაში მყოფი ადამიანები, სპეციფიკური რეციდივის ფაქტორების იდენტიფიკაციამ შეიძლება გაზარდოს მოტივაციური ინტერვიუს და კოგნიტურ-ქვევითი გაერთიანებული თერაპიის ეფექტურობა.^{5,6}

მედიკამენტების გამოყენება

ვარენიკლინით გაფართოებული მკურნალობა აღმოჩნდა ეფექტური რეციდივის პრევენციაში, რასაც მოსდევდა თავშეკავების საინიციატივო პერიოდი ან მწვავე მკურნალობის ეპიზოდი, მოუხედავად ამისა, მტკიცებულებები ლიმიტირებულია ერთი კვლევით.³ ჰაიკამა და სხვ. 2009 წელს აღმოაჩინა, რომ ვარენიკლინის გაგრძელებულმა მიღებამ რეციდივის პრევენცია მოახდინა, განსაკუთრებით იმ პაციენტებში, ვინც მიაღწია თავშეკავებას მოგვიანებით, ვარენიკლინით მკურნალობის სტანდარტულ 12 კვირის განმავლობაში.⁷ პაციენტები რანდომიზირებული იყვნენ ორ ჯგუფში: სამ თვიანი დამატებითი ვარენიკლინით მკურნალობა, სამ თვიან დამატებით პლაცებოთი მკურნალობის საპირისპიროდ. ავტორებმა დააფიქსირეს რეციდივის მაღალი რისკი პაციენტებში, ვინც შეწყვიტა მოწევა მხოლოდ მკურნალობის მე-11 კვირას, შედარებით მათთან, ვინც შეწყვიტა მოწევა პირველ კვირას. თავშეკავების თანაფარდობა 52-ე კვირაზე იყო 5.7% გვიანი თავშეკავების ადამიანებში და 54.9% ადრეული თავშეკავების პაციენტებში. ამ გადასახედიდან, შეიძლება გამოტანილ იქნას დასკვნა, რომ ვარენიკლინის განმეორებითი 12 კვირიანი კურსი მწველებში, ვინც ვერ მიაღწია წარმატებას თავის დანებებაში 1 ან 2 კვირას დაწესებულ თავის დანებების დღეს, დამტკიცდება სასარგებლოდ, რადგან ამ კვლევაზე დაკვირვების შედეგად, 1208 პაციენტში, ვინც კვლავ თავშეკავებული იყო ვარენიკლინით თერაპიის მე-12 კვირას.⁷

არ არსებობს გამოკვეთილი მტკიცებულება, რომ ბუპროპიონის გაფართოებული გამოყენება არ იქნება რეციდივის მაჩვენებლის სასარგებლოდ.³ კვლევების მცირე რაოდენობამ დაადგინა, რომ NRT-ს გაფართოებული გამოყენება ეფექტურია რეციდივის პრევენციისათვის, მიუხედავად იმისა, რომ დამატებითი კვლევებია საჭირო.³ ჯაპუნტიჩმა და სხვ. გამოსცადეს მოწევის შეწყვეტის ფარმაკოთერაპიის ხუთი ტიპის ეფექტები (ბუპროპიონი, ნიკოტინის ტაბლეტები, ნიკოტინის პლასტიკი, ბუპროპიონი და აბი/ლოზენგე, პლასტიკი და აბი/ლოზენგე) რვა კვირაზე მოყოლებული თავის დანებების მცდელობით.⁸ ავტორებმა გამოიყენეს შიფმანის და სხვ.

მიერ აღწერილი მიდგომა, რათა გამოეცადათ მოწვევის შეწყვეტის მედიკამენტების ეფექტურობა მოწვევის შეწყვეტის სამ "ეტაპზე": თავდაპირველი თავშეკავება, შუალედი და შუალედი-რეციდივის გარდაქმნა. ჯამში, ამ მკვლევარებმა წამოაყენეს ჰიპოთეზა, რომ პლაცებოსთან შედარებით: (1) ბუპროპიონი გაზრდის თავდაპირველ თავშეკავების მაჩვენებელს; (2) ნიკოტინის ლოზენგე შეამცირებს შუალედის რისკს; (3) ბუპროპიონის და ნიკოტინის პლასტირი შეამცირებს რეციდივის რისკს შუალედის შემდგომ; და (4) კომბინირებული ფარმაცოთერაპია თითოეულ ეტაპზე (ბუპროპიონი და ლოზენგე, პლასტირი და ლოზენგე) შექმნის მონო თერაპიასთან მონათესავე სასარგებლო ეფექტებს. ამ კვლევამ აღმოაჩინა, რომ მოწვევის შეწყვეტის მედიკამენტები საკმაოდ ეფექტურია თავდაპირველი თავშეკავების ხელშეწყობისათვის და ხარვეზის რისკის შემცირებისათვის, მაგრამ მტკიცებულება სუსტია, რომ ისინი მოახდენენ გარდაქმნის პრევენციას ლაპსიდან რელაპსამდე. ფარმაცოთერაპიის კომბინაციას აქვს ტენდენცია იყოს უფრო ეფექტური მონო თერაპიაზე თავდაპირველი თავშეკავების მიღწევაში და ლაპსის პრევენციაში. ნიკოტინის პლასტირი და ლოზენგე აღემატება ბუპროპიონსა და ლოზენგეს თავდაპირველი თავშეკავების წარმოებაში.

ბუპროპიონი, NRT და ვარენიკლინი აღმოჩნდა ღირებულებით-ეფექტური რელაპსის პრევენციაში მწვეკვლების მიერ თავის დანებების მცდელობების მანძილზე ან მათში, ვინც ამჟამად გახდა თავშეკავებული. ამ ეფექტური რეციდივის პრევენციის სამკურნალო საშუალებების უფრო ფართე გამოყენებას შეუძლია დაამატოს მნიშვნელოვანი ჯანმრთელობის მიღწევა, მისაღებ ფასად, ჯანდაცვის პროვაიდერებისათვის.⁹ რელაპსის რისკის ხარისხის ცოდნა შეიძლება დაეხმაროს ექიმებს უზრუნველყონ ინდივიდები ოპტიმალური მკურნალობით საჭირო ან უფრო აგრესიული ჩარევის იდენტიფიცირებით. ასეთმა ჩარევებმა შეიძლება მოიცვას ან მაღალი დოზები ან ფარმაცოთერაპიის უფრო ხანგრძლივი გაგრძელება, ან უფრო ხშირი ან უფრო ინტენსიური ფსიქო-სოციალური ინტერვენციები. ამგვარად, ბოლტმა და სხვ. განავითარეს შვიდ პუნქტიანი

კითხვარი, რათა უზრუნველყონ მკვლევარები და ექიმები რეციდივის გაზომვის საშუალებით, რაც ეფექტურია ხანმოკლე ან ხანგრძლივი რელაპსის წინასწარმეტყველებისათვის იმ მწვეკვლებს შორის, ვინც დაინტერესებულია თავის დანებებაში.¹⁰

რეკომენდაციები:

- ამჟამად არსებობს არასაკმარისი მტკიცებულება იმისა, რომ მხარი დაუჭიროს რაიმენაირ სპეციფიკურ ქვევით ჩარევას წარმატებული თავის დამნებებლების დასახმარებლად რეციდივის თავიდან ასაცილებლად (B მტკიცებულების დონე)
- ვარენიკლინით გაფართოებულ მკურნალობას შეუძლია რეციდივის პრევენცია (B მტკიცებულების დონე)
- ბუპროპიონით გაფართოებული მკურნალობა ნაკლებად სავარაუდოა, რომ ჰქონდეს კლინიკურად მნიშვნელოვანი ეფექტი (B მტკიცებულების დონე)
- არსებობს ზოგიერთი თავდაპირველი მტკიცებულება, რომ NRT-ს გაფართოებულმა გამოყენებამ შეიძლება მოახდინოს რეციდივის პრევენცია, მიუხედავად ამისა, დამატებითი კვლევები არის საჭირო ნიკოტინის ჩამნაცვლებლებით გაფართოებული მკურნალობისათვის (B მტკიცებულების დონე)

გამოყენებული ლიტერატურა

1. Piasecki T.M., Relapse to smoking, Clinical Psychology Review, 2006;26:196-215.
2. DeJong W., Relapse Prevention: An Emerging Technology for Promoting Long-Term Drug Abstinence. Substance use and misuse, 1994;29(6):681-705.
3. Hajek P, Stead LF, West R, Jarvis M, Har tmann-Boyce J, Lancaster T. Relapse prevention interventions for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 8. Art. No.: CD003999. DOI: 10.1002/14651858.CD 003999.pub4.
4. Agboola S, McNeill A, Coleman T, Leonardi Bee J., A systematic review of the effectiveness of smoking relapse prevention interventions for abstinent smokers. Addiction. 2010 Aug;105(8):1362-80.
5. Clarke J.G., Martin R.A., LAR Stein, Lopes C.E., Mello J., Friedmann P., Bock B., Working Inside for Smoking Elimination (Project W.I.S.E.) study design and rationale to prevent return to smoking after release from a smoke free prison BMC Public Health 2011;11:767.

6. Polanska K, Hanke W, Sobala W, Lowe JB, Jaakkola JJ, Predictors of smoking relapse after delivery: prospective study in central Poland, *Matern Child Health J.* 2011;15(5):579-86.
7. Hayek P., Tonnesen P., Arteaga C., Russ C., Tonstad S., Varenicline in prevention of relapse to smoking: effect of quit pattern on response to extended treatment, *Addiction*, 2009;104:1597-1602.
8. Japuntich S.J., Piper M.E., Leventhal A.M., Bolt D.M., Baker T.B., The Effect of Five Smoking Cessation Pharmacotherapies on Smoking Cessation Milestones, *J Consult Clin Psychol.* 2011;79(1):34-42.
9. Taylor M, Leonardi-Bee J, Agboola S, McNeill A, Coleman T., Cost effectiveness of interventions to reduce relapse to smoking following smoking cessation, *Addiction*, 2011;106(10):1819-26.
10. Bolt D., M., Piper M.E., McCarthy D.E., Japuntich J.S., Fiore M.C., Smith S.S., Baker T.B., The Wisconsin predicting patients relapse questionnaire, *Nicotine & Tobacco Research*, 2009;11(5):481-4.

4.8 მკურნალობის რეკომენდაციები განსაკუთრებულ სიტუაციებში და რისკის ქვეშ მოსახლეობის ჯგუფებში

ჩარევები, რომლებიც აღმოჩენილია, როგორც ეფექტური, ახლანდელი მოწვევის შეწყვეტის სახელმძღვანელოებში რეკომენდირებულია ყველა ინდივიდისათვის, ვინც იყენებს თამბაქოს, გარდა როცა მედიკამენტის გამოყენება უკუჩვენებულია, როგორიცაა ფეხმძიმობის დროს ან მოზარდებისთვის. ასევე არსებობს განსაკუთრებული გაფრთხილებები ზოგიერთი რისკის ქვეშ მყოფი მოსახლეობისათვის, როცა არასაკმარისი მტკიცებულება არის ხელმისაწვდომი ან როცა მედიკამენტმა არ უჩვენა ეფექტურობა (მაგ. უკვალო თამბაქოს მომხმარებლები, საშუალო მწვეკვლები და ა.შ). კონკრეტული სიტუაციები და რისკის ჯგუფები განხილულია მომდევნო ქვეთავებში.

4.8.1. მკურნალობის რეკომენდაციები ფეხმძიმე ქალებისათვის

თამბაქოსგან თავშეკავება არსებითია ფეხმძიმე ქალებისათვის. დანიურმა კოჰორტამ უჩვენა, რომ ფეხმძიმობის დროს მოწვევა აორმაგებს დაბადების რისკს და სიკვდილიანობას სიცოცხლის პირველ წელს.¹ საშვილოსნოს ჰიპოქსია დაკავშირებული მოწვევასთან

ასოცირებულია დაბადებისას სხეულის დაბალ წონასთან, მაგრამ უმეტესობა ქალებში თამბაქოს ლტოლვა ძალიან მაღალია ფეხმძიმობის დროს.²

ყველაზე საუკეთესო არჩევანია მოწვევის შეწყვეტა ფეხმძიმობამდე ყველა შესაძლო მხარდაჭერის გამოყენებით.

ფეხმძიმე ქალებისათვის, ვისაც არ შუძლია მოწვევის თავის დანებება, საუკეთესო ფსიქოლოგიური მხარდაჭერა და მედიკამენტების ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა არის საუკეთესო არჩევანი ფეხმძიმობის დროს. დღის განმავლობაში სიგარეტის შემცირება არ შეიძლება იყოს მისაღები მიზანი. მხოლოდ თამბაქოს თავის დანებება პირველი ვადის ბოლომდე არის მისაღები მიზანი.

არსებობს კარგი მტკიცებულება, რომ ფსიქოსოციალური ჩარევები ეფექტურია მოწვევისგან თავის შეკავების მაჩვენებლის გაზრდის ეფექტურობისათვის ფეხმძიმე ქალებს შორის (RR 1.44, 95% კონფიდენციალურობის ინტერვალი (CI) 1.19-დან 1.73-დე); 30 კვლევა).³ თანატოლების მიერ მიწოდებული სოციალური მხარდაჭერის ჩარევების ეფექტურობა არაა ნათელი თავის დანებების მხარდასაჭერად (ხუთი კვლევა: საშუალო RR 1.42, 95% CI 0.98-დან 2.07-მდე).³ არსებობს რამდენიმე დამამტკიცებელი მტკიცებულება, რომ სტიმულირებაზე დაფუძნებული ჩარევები არის ეფექტური თავის დანებების მხარდასაჭერად, მიუხედავად ამისა, მეტი კვლევებია საჭირო.³

ნიკოტინის ჩანაცვლების თერაპიისათვის მონაცემები საკმარისად არ არის, რათა შესაძლებელი იყოს ძირითადი რეკომენდაციის ჩამოყალიბება.⁴ არ არსებობს დამაჯერებელი კვლევა ფეხმძიმობისას ნიკოტინის ჩანაცვლების თერაპიის, დადებით თუ უარყოფით გავლენაზე მშობიარობასთან მიმართებაში.⁴

რვა კვლევამ გამოცადა ნიკოტინ ჩანაცვლებით თერაპიის ეფექტურობა ფეხმძიმობის განმავლობაში. მტკიცებულება აჩვენებს, რომ ამ თერაპიამ შეიძლება გაზარდოს შეწყვეტის შედეგები ფეხმძიმობის მოგინებით პერიოდში. თუმცა კვლევებს გააჩნდათ ზორიერთი შეზღუდვა და ზოგადად დამყოლობის დაბალი დონე დაფიქსირდა. ასეთი მაღალი ხარისხის კვლევები საკმარისია იმისათვის, რომ დავასკვნათ

რომ ნიკოტინ ჩანაცვლებითი თერაპია ეხმარება ფეხმძიმეებს შეწყვიტონ მოწევა. დიდი ბრიტანეთის რანდომიზირებულმა კვლევამ, სადაც 80%-ზე მეტი ფეხმძიმე ქალმა არ მიიღო მკურნალობა ერთი თვის შემდეგ, არ უჩვენა რაიმე განსხვავება თავის დანებებაში, გარდა მკურნალობის პირველი თვის განმავლობაში.⁵ ნაყოფისათვის რისკი უფრო მაღალია მოწევის გაგრძელების შემთხვევაში, ვიდრე ნიკოტინ ჩანაცვლებითი თერაპიის გამოყენებისას.

ორალური ნიკოტინი შეიძლება გამოყენებულ იქნას ზოგადი რისკის შესამცირებლად 24 საათიან პლასტირებთან შედარებით.

ვარენკლინი და ბუპროპიონი არ არის მითითებული ფეხმძიმე ქალებში და რეკომენდირებულიც არ არის შესაბამისად.

რეკომენდაციები:

- ყველა ფეხმძიმე ქალს უნდა ჰქონდეს ფეხმძიმობის განმავლობაში შეფასებული თავიანთი მოწევის სტატუსი და უნდა შესთავაზონ თავის დანებების მხარდაჭერა (A მტკიცებულების დონე)
- ინტენსიური ქცევითი/ფსიქოსოციალური ჩარევა არის რეკომენდირებული ყველა ფეხმძიმე ქალისათვის, ვინც ეწევა (A მტკიცებულების დონე)
- NRT არის ერთადერთი მედიკამენტი, რომელიც გამოცდილია ფეხმძიმე ქალებს შორის. ამჟამად არსებობს შერეული მტკიცებულება NRT-ს, როგორც მოწევის შეწყვეტის მხარდაჭერის ეფექტური სტრატეგიის გამოყენების მხარდასაჭერად, მიუხედავად ამისა, ნაყოფისადმი რისკი, როცა ხდება შედარება გაგრძელებულ მოწევასთან, მნიშვნელოვნად ნაკლებია, ვიდრე NRT-ს გამოყენებისას.

გამოყენებული ლიტერატურა

1. Kirsten Wisborg , Ulrik Kesmodel, Tine Brink Henriksen, Sjurður Fródi Olsen and Niels Jørgen Secher Exposure to Tobacco Smoke in Utero and the Risk of Stillbirth and Death in the First Year of Life Am. J. Epidemiol. 2001;154(4):322-327.
2. Nicotine for the Fetus, the Infant and the Adolescent?, Ginzl,

K. H., Maritz, G., Marks, D., Neuburger, M., Pauly, J., Polito, J., Schulte-Hermann, R., Slotkin, T., Journal of Health Psychology, 2007;12(2):215–224.

3. Chamberlain C, O'Mara-Eves A, Porter J, Coleman T, Perlen SM, Thomas J, McKenzie JE. Psychosocial interventions for supporting women to stop smoking in pregnancy. Cochrane Database of Systematic Reviews 2017, Issue 2. Art. No.: CD001055. DOI: 10.1002/14651858.CD001055.pub5.
4. Coleman T, Chamberlain C, Davey MA, Cooper SE, Leonardi-Bee J. Pharmacological interventions for promoting smoking cessation during pregnancy. Cochrane Database of Systematic Reviews 2015, Issue 12. Art. No.: CD010078. DOI: 10.1002/14651858.CD010078.pub2.
5. Coleman T et al. A Randomized Trial of Nicotine-Replacement Therapy Patches in Pregnancy. N Engl J Med. 2012;366:808-818.

4.8.2. მკურნალობის რეკომენდაციები ახალგაზრდა ადამიანებისათვის 18 წელს ქვემოთ

ნიკოტინზე დამოკიდებულება სწრაფად ვრცელდება ახალგაზრდა ასაკში.¹ რადგან თამბაქოს გამოყენება ხშირად იწყება მოზარდობის ასაკში, ექიმები უნდა ჩაერიონ მოწევის პრევენციის მხარდაჭერაში ამ ასაკის ჯგუფებში.

ამ სფეროში ლიტერატურის მიმოხილვამ აჩვენა მიდგომების მრავალფეროვნება, მაგრამ ასევე მათი შეზღუდული ეფექტურობა.¹ მოზარდებისათვის მოწევის ინტერვენციები მოიცავს ფარმაცოთერაპიას, ქცევით მიდგომას (როგორცაა სკოლის და თემში დაფუძნებული პროგრამები) და თამბაქოს კონტროლის პოლიტიკა; ამ ჩარევებს აქვთ შერეული შედეგები. როგორც სჩანს, ყველაზე მნიშვნელოვანი თერაპიული ეფექტი მოზარდებში შესწავლილ იქნა თვითმონიტორინგისა და დაძლევის უნარებისათვის, მოტივაციური სტრატეგიები (შემცირებული ამბივალენტურობა ცვლილებისაკენ) და სოციალურ გავლენაზე მიმართვა, რაც გავლენას ახდენს მოწევის ქცევაზე.

დაავადებათა კონტროლის ცენტრი (CDC) აშშ-ში რეკომენდაციას უწევს იმ ჩარევებს, როგორც ყველაზე ეფექტურს, რომლებიც მულტიკომპონენტურია და რომლებიც აერთიანებს სკოლის მხარდაჭერაზე დაფუძნებულ პროგრამებს, ადგილობრივი თემის ჩართულობით.²

როცა მოწვევის შეწყვეტის კონსულტაციები მიეწოდება ახალგაზრდა ადამიანებს, გათვალისწინებული უნდა იყოს, რომ უმეტეს შემთხვევაში ისინი გადაჭარბებით აფასებენ თავიანთ ნიკოტინზე დამოკიდებულებას. მოზარდები, ვინც ეწევა ზოგჯერ ან ყოველდღიურად დარწმუნებულია, რომ მათ შეუძლიათ მარტივად დაანებონ თავი მოწვეას ნებისმიერ დროს. რეალურად, 12-19 წლის მწვეკელების მხოლოდ 4% აღწევს წარმატებას მოწვეის თავის დანებებაში ყოველ წელს, წარუმატებლობის თანაფარდობა უფრო მაღალია, ვიდრე ზრდასრულ მწვეკელებში.³ სტატისტიკა ასევე უჩვენებს, რომ მოზარდები ძალიან არიან დაინტერესებული მოწვეის თავის დანებებაში: 82% მათგანი, ასაკით 11-დან 19 წლამდე, ფიქრობს თავის დანებებაზე და 77% მიიღო სერიოზული ზომები თავის დანებებისათვის გასულ წელს.³ მოზარდების მცდელობები იშვიათადაა დაგეგმილი: მოზარდების უმეტესობა ირჩევს მოწვეის თავის დანებებას რაიმენაირი კვალიფიციური დახმარების გარეშე, მაგრამ კვლევებმა უჩვენა, რომ ახალგაზრდა ადამიანები, ვინც მონაწილეობს მოწვეის შეწყვეტის პროგრამებში, აქვს ორჯერ მაღალი შანსი წარმატებულად დაანებოს თავი მოწვეას.⁴

რეკომენდირებული კონსულტაციები და მოწვეის შეწყვეტის თერაპიები 18 წელს ქვემოთ ადამიანებისათვის

მიუხედავად მოზარდების მოწვეის მაღალი გავრცელებისა და ჯანმრთელობაზე მნიშვნელოვანი გავლენისა, მცირე სამუშაოა ჩატარებული ამ ასაკის სამიზნე ჯგუფებზე მოწვეის შეწყვეტის პროგრამების განსავითარებლად. კვლევის ეს არეალი თითქმის ექსკლუზიურად ფოკუსირებულია ფსიქო-სოციალურ მკურნალობაზე, როგორც ნაჩვენებია ერთ მეტა-ანალიზში, რომელმაც აღმოაჩინა 12%-ის თავის დანებების მაჩვენებელი მკურნალობის შემდგომ სამ თვეზე, შედარებით 7%-თან საკონტროლო ჯგუფს შორის.⁵ ერთი ფსიქო-სოციალური ჩარევა, რომელმაც დაამტკიცა წახალისება, მაგრამ მხოლოდ წინასწარი შედეგებთან გათვალისწინებით, არის კრიზისული მართვა (CM), რომელიც არის ქცევითი მკურნალობა დაფუძნებული ოპერანტულ

კონდიციონერებასთან, სადაც სასურველი ქცევები (როგორიცაა მოწვეისგან თავის შეკავება) პირდაპირ არის ჩანაცვლებული დაჯილდოვებით (მაგ, ვაუჩერები, ნაღდი ფული). მტკიცებულებები ვარაუდობს, რომ კრიზისების მენეჯმენტი, მარტო ან კოგნიტურ-ქცევით თერაპიასთან კომბინაციაში, შეიძლება იყოს ეფექტური მოზარდების წახალისებაში მოწვეის თავის დანებების კუთხით. ერთმა კვლევამ (n=28) უჩვენა კონკრეტულად წამახალისებელი შედეგები, სადაც მონაწილეების 53% ვინც მიიღო კრიზისების მენეჯმენტი და კოგნიტურ-ქცევითი თერაპია, მიაღწია თავის შეკავებას ერთთვიანი მკურნალობის ბოლოს, შედარებით იმ 0%-თან, ვინც მიიღო მხოლოდ კოგნიტურ-ქცევითი თერაპია.⁶ ამ საექსპერიმენტო აღმოჩენებზე დაფუძნებით, ბოლო ფართიმასშტაბიანმა კვლევამ (n=110) გამოიკვლია სამკვირიანი, დღეში ორჯერ CM ჩარევის, მარტო ან მოტივაციურ თერაპიასთან, კოლეჯის იმ მწვეკელ სტუდენტებს შორის, ვინც არ ეძებდა მკურნალობას.⁷ მონაწილეებმა, ვინც აიღო CM (ფულადი ჯილდოები, კარბონ მონოქსიდის დონეზე დაფუძნებით პირველ კვირას და მეორე და მესამე კვირებზე მოწვეის თავშეკავებაზე) უჩვენა მნიშვნელოვნად დაბალი კარბონის მონოქსიდის დონე და უფრო დიდი თავშეკავება (55% 18%-ის საპირისპიროდ) მკურნალობის პერიოდში, ვიდრე მათ, ვინც არ მიიღო CM.

მეტა-ანალიზმა, რომელმაც გამოიკვლია ახალგაზრდა ადამიანებში კონსულტაციების ეფექტურობა, უჩვენა, რომ ეს მეთოდი აორმაგებს ხანგრძლივადიან თავშეკავების მაჩვენებელს გავრცელებულ მიდგომასთან შედარებით (მოკლე რჩევა, თვითდახმარების მასალები, და მოწვეის შეწყვეტის ცენტრებისადმი მიმართვა) ან რომელიმე ჩარევის არარსებობასთან შედარებით.⁸ ძირითადად, მოზარდებთან შეიძლება გამოიყენებოდეს მკურნალობის მიდგომების სხვადასხვა ფორმატები: ან ინდივიდუალური სეანსით (პირისპირ), ინდივიდუალური სეანსის კომბინაცია ტელეფონით კონსულტაციებით/ სატელეფონო ან ინტერნეტის შეტყობინებები, ან ჯგუფური სეანსებით. მოზარდების კონსულტაციები კონფიდენციალური უნდა იყოს და პატივი ეცეს მათ პრივატულობას, და უმჯობესია არ იყოს მშობლების ან მასწავლებლების თანდასწრებით.

წყვილის ფორმატის სეანსებმა დაამტკიცეს თავიანთი ეფექტურობა: ეს მეთოდი წარმოადგენს კონსულტაციებს ახალგაზრდა მწველ კოლეგასთან ან საუკეთესო მეგობართან ერთად, თუნდაც ეს პარტნიორი არ იყოს მწველი. თუ მოზარდი არის მწველთა ოჯახიდან ან ან პასიურად ექცევა მოწვევის ქვეშ, ასევე რეკომენდირებულია მსოფლბებთან კონსულტაციების ჩატარება.

კვლევამ უჩვენა, რომ მსოფლბებისათვის პედაგოგიული მომსახურების ფარგლებში ან ჰოსპიტალიზირებულ ბავშვებთან კავშირში ჩატარებულმა კონსულტაციების ინტერვენციებმა, გაზარდა მოწვევის თავის დანებების ინტერესი, ასევე, შეწყვეტის მცდელობები, ისევე როგორც მოწვევის შეწყვეტის მაჩვენებელი შესაბამის მსოფლბებში. უფრო მეტიც, მსოფლბების ინფორმირებამ თავიანთი შვილების პასიური მოწვევის რისკის ქვეშ მოქცევამ შეიძლება შეამციროს საფრთხე, ისევე, როგორც მოწვევის მაჩვენებელი მსოფლბებს შორის.¹⁴

პროგრამები შექმნილი კონკრეტულად მოზარდებისათვის

ეს პროგრამები მოიცავს: სკოლაზე დაფუძნებული თამბაქოს შეწყვეტის პროგრამები,⁹ მედია კამპანიები ეფექტური პრევენციის შეტყობინებებისათვის,¹⁰ ინტერაქტიული მოწვევის შეწყვეტის პროგრამები, როგორცაა ევროპული პროექტი მოზარდების მოწვევის შეწყვეტა,¹¹ ვიდეო გაკვეთილები, როგორცაა დანიური პროგრამა - მე არ ვეწევი, შეჯიბრებები პრიზებით, როგორცაა დაანებე თავი და მოიგე მოზარდებისათვის,¹¹ N-O-T (არა თამბაქოზე), რომელიც ამერიკული ფილტვის ასოციაციის მოხალისეთა მოწვევის შეწყვეტის პროგრამაა მაღალი კლასის სკოლის მოსწავლეთათვის.¹²

ტელეფონით კონსულტაციები

თამბაქოს თავის დანებების სატელეფონო ხაზი უფრო მისაღებია მოზარდებისათვის იმ ფაქტის გამო, რომ ისინი ადვილად ხელმისაწვდომია და ნახევრად ანონიმურია, ისინი ინდივიდუალიზირებული არიან დამრეკავისათვის სტრუქტურირებული პროტოკოლით და შეიძლება მოიცავდეს პროაქტიურ დაკვირვების პერიოდს, ასე რომ კონსულტანტი და არა დამრეკავი, იღებს ინიციატივას

გადარეკოს უკან ინიცირებული კონტაქტის შემდეგ. მაგალითად, კალიფორნიის მწველთა დახმარების ხაზის პროტოკოლში, კონსულტანტები ეხმარებიან მოზარდებს განიხილონ თავის დანებება, ვიდრე მოწვევა, როგორც ზრდასრულის ქცევა. ასევე, ისინი უდგებიან საკითხს სპეციფიკურად ამ ასაკის კატეგორიით, როგორიცაა: იდენტიფიკაციის ფორმირება, მიუკერძოებლობის გრძნობა, ოჯახზე დამოკიდებულება, წყვილთან იდენტიფიცირება და დამოუკიდებლობის სურვილი.¹³

კვლევაში, რომელიც აერთიანებდა 1058 მაღალი კლასის სკოლის მოსწავლეებს, ასეთი კონსულტაციების სატელეფონო მეთოდი გამოყენებულ იქნა ყოველკვირეულად და მიღწეულ იქნა კარგი შედეგი კვლევის პოპულაციაში მკურნალობის პროტოკოლში. (90%). მსგავს კვლევაში, რომელმაც უზრუნველყო კოგნიტივ-ქცევითი კონსულტაცია და მოტივაციური ინტერვიუ ტელეფონით, ერთწლიან დაკვირვების პერიოდში 2151 სკოლის მოსწავლეს შორის, პროაქტიულად გამოავლინა 21.8% თავის შეკავება მე-6 თვეზე ჩარევის ჯგუფში 17.7%-თან საკონტროლო ჯგუფთან შედარებით.¹

ფარმაცოთერაპია მოზარდებისათვის

მიუხედავად მოზარდებში ნიკოტინის გამოდენის და ლტოლვის ნათელი მტკიცებულებისა, შეზღუდული რაოდენობის კვლევები ფოკუსირდება ფარმაცოლოგიურ აგენტებზე მოზარდების მოწვევის შეწყვეტაში.^{14,15,16} მიუხედავად იმისა, რომ არსებობს FDA-მიერ დამტკიცებული პირველი ხაზის მედიკამენტები ზრდასრულების მოწვევის შეწყვეტისათვის, არ არსებობს საკმარისი მტკიცებულება იმისათვის, რომ რომელიმე მათგანს რეკომენდაცია გაეწიოს მოზარდი მწველების სამკურნალოდ. უფრო მეტიც, ევროპული ქვეყნების უმრავლესობა კანონით კრძალავს ამ კატეგორიის ინდივიდებში მოწვევის თავის დანებების მედიკამენტების გამოწერას. მოზარდ მწველებში მედიკამენტების ტესტირება შეზღუდულია ნიკოტინის ჩანაცვლების თერაპიაზე და ბუპროპიონზე.

ამ საკითხთან დაკავშირებით მხოლოდ რამდენიმე კვლევამ აღმოაჩინა ან უმნიშვნელოდ განსხვავებული თავშეკავების მაჩვენებელი ნიკოტინის პლასტირის

თერაპიის პლაცებოსთან შედარებით მე-12 კვირაზე დაკვირვების პერიოდში თავის დანებების დღიდან, ან ვერ აღმოაჩინა რაიმე განსხვავება ნიკოტინის სალექ რეზინსა და ნიკოტინის პლასტირის და პლაცებოს ეფექტურობას შორის მეექვსე თვეზე დაკვირვების პერიოდში. ყველა ამ კვლევის ჯგუფში, ახალგაზრდა ადამიანებმა მიიღეს, გარდა კვლევის წამლისა/პლაცებო, მინიმუმ ექვსი კონსულტაციის სესიის.^{4,8}

ნიკოტინის პლასტირის არაკონტროლირებადმა, ღია-იარლიყანმა კვლევამ, კომბინირებულმა მინიმალურ ქცევით მკურნალობასთან ($n=101$), უჩვენა თავის შეკავების გავრცელების წერტილის მაჩვენებელი 11%-ზე მკურნალობის დასასრულს და 5% დაკვირვების პერიოდის მეექვსე თვეზე.¹⁷ ორივე ჯგუფის სხვა კონტროლირებადი კვლევა, რომელიც იღებდა CBT და CM ($n=100$) მხარს უჭერდა პლასტირის უსაფრთხოებას მოზარდებში, მაგრამ ვერ აღმოაჩინა განსხვავება პლასტირსა და პლაცებოს შორის (თავშეკავების გავრცელების ნიშნულის 28% 24%-თან შედარებით მკურნალობის დასასრულს, შესაბამისად.¹⁸ (რანდომიზირებულ NRT კვლევაში, რომელიც მოიცავდა 120 მოზარდს ყოველდღიურ მწვეკელს, კილენმა და სხვ. მკურნალობის ბოლოს აღმოაჩინეს, და შემდგომ ისევ დაკვირვებისმესამე თვეზე, რომ პლასტირზე მიწერილების 20,6%-მა დაადასტურა თავშეკავება, შედარებით 8.7% სალექი რეზინის ჯგუფთან და 5% პლაცებოს ჯგუფთან.¹⁹ მულჩანმა და სხვ. ვინც შეადარა პლასტირი, სალექი რეზინი და პლაცებო მწვეკელ მოზარდებს შორის, ასევე იღებდნენ ჯგუფზე დაფუძნებულ CBT-ს მოწვევის შეწყვეტისათვის ($n=120$). გაგრძელებული თავშეკავება, ორკვირიანი საშელავათო პერიოდით მიღწეულ იქნა 18%, 7%-ისა და 3% მიერ სამ ჯგუფში, შესაბამისად.²⁰ ბოლო პილოტურმა კვლევამ ($n=40$) აღმოაჩინა მკურნალობის ცუდი დაცვა და შეწყვეტის შედეგებში არანაირი ცვლილება ნიკოტინის ცხვირის სპრეისა და პლაცებოს შორის.²¹

NRT-ს მოკრძალებული ეფექტის ფონზე, ზოგიერთი მკვლევარი ფოკუსირდა ბუპროპიონ SR-ზე მოზარდების მოწვევის შეწყვეტისათვის. მკვლევართა ჯგუფმა ჩაატარა ბუპროპიონ SR-ის ღია-იარლიყანი კვლევა, კომბინაციაში მოკლე ინდივიდუალურ კონსულტაციებთან მწვეკელ მოზარდებში ($n=16$) და აღმოაჩინა თავშეკავების 31%

მკურნალობის ოთხი კვირის შემდეგ.²² კილენმა და სხვ. შეადარა ბუპროპიონი SR 150 მგ დღეში და ნიკოტინის პლასტირის კომბინირებული მკურნალობა ნიკოტინის პლასტირის მხოლოდ ($n=211$), ორივე მკურნალობა წარმოდგენილი იყო ჯგუფის უნარების ტრენინგის ჩარევასთან ერთად. მათ აღმოაჩინეს მხოლოდ თავშეკავების 8% 26-ე კვირაზე დაკვირვების პერიოდში კომბინირებული თერაპიისათვის, საპირისპიროდ 7%-სა მხოლოდ ნიკოტინის პლასტირით მკურნალობისა.²³

ფართომასშტაბიან რანდომიზირებულ კვლევაში ($n=312$), მურამოტომ და სხვ. შეადარეს ბუპროპიონ SR 300 მგ დღეში, ბუპროპიონ SR 150 მგ/დღეში, და პლაცებოს მკურნალობა, ყოველკვირეული მოკლე ინდივიდუალური კონსულტაციების დამატებით.²⁴ 300 მგ/დღეში ბუპროპიონის SR ჯგუფმა (მაგრამ არა ჯგუფში 150 მგ/დღეში) უჩვენა აღმატებული თავშეკავების გავრცელების წერტილი, პლაცებოსთან შედარებით, მკურნალობის დასასრულს (15% 6%-ის საპირისპიროდ) და 26-ე კვირაზე დაკვირვების პერიოდში (14% 10%-ის საპირისპიროდ). სხვა კვლევაში, 134 მკურნალობის მაძიებელი მწვეკელი მოზარდი იყო რანდომიზირებული, ვინც მიიღო ბუპროპიონ SR და/ან კრიზისის მართვა (CM), თითოეული მარტო ან სხვასთან კომბინაციაში, 2x2 ექვსკვირიან კონტროლირებად კვლევაში. ავტორებმა აღმოაჩინეს 27% თავშეკავების მაჩვენებელი კომბინირებული ბუპროპიონ SR-თვის და CM, 8% ბუპროპიონ SR-თვის და არა-CM, 10% პლაცებოსათვის და CM, და 9% პლაცებოსათვის და არა CM, 30% მკურნალობის დასრულებაზე.²⁵

ბოლო მიმოხილვებთან და აშშ-ს გაიდლაინებთან თანმიმდევრულად, ამჟამად არსებობს არასაკმარისი მტკიცებულება, რათა რეკომენდაცია გაეწიოს ფარმაკოთერაპიას მოწვევის შეწყვეტისათვის მოზარდებში. კლინიკური პრაქტიკის სახელმძღვანელოების მიხედვით, შესაბამისი ფსიქო-სოციალური ჩარევისათვის დანიშნულება (მაგ. სკოლაზე ან თემზე დაფუძნებული, ჯგუფური ან ინდივიდუალური კონსულტაციები), არის ყველაზე მიღებული წინაზახის მკურნალობა მოზარდი მწვეკელებისათვის. მიუხედავად იმისა, რომ ეს ინტერვენციები აწარმოებს შესაბამისად დაბალ თავის დანებების მაჩვენებელს, ისინი

მნიშვნელოვნად ზრდიან თავის დანებების შანსებს მკურნალობის გარეშე. მაშინ როცა, ფარმაცოთერაპია შეიძლება განიხილებოდეს მხოლოდ მაშინ, თუ ის დანიშნულია მკაცრი მონიტორინგით და მოზარდის მოწვევის მაჩვენებლის ყურადღებით გათვალისწინებით, ისტორიით ან თავის დანებების მცდელობის ჩავარდნით, და მოწვევის თავის დანებების ამჟამინდელი მოტივაციით. არადასრულებული შედეგები მოზარდების მოწვევის შეწყვეტის ფარმაცოთერაპიული კვლევებიდან ივარაუდება შეზღუდვა ასეთი მედიკამენტების გამოწერისა მოზარდებში.¹⁹

რეკომენდაციები:

- ექიმებს ეძლევათ რეკომენდაცია გამოკითხონ ყველა ახალგაზრდა პაციენტი 18 წელს ქვემოთ თამბაქოს მოხმარების შესახებ და მიაწოდონ მკაფიო მესიჯი მოწვევისგან თავის შეკავების მნიშვნელობის შესახებ (C მტკიცებულების დონე)
- კონსულტაციებიდან მტკიცებულება, როგორც ფექტური მოწვევის შეწყვეტის მეთოდი მოზარდებისათვის (B მტკიცებულების დონე);
- პასიური მოწვევა მავნებელია ბავშვებისა და მოზარდებისათვის. მოწვევის შეწყვეტის კონსულტაციები, ჩატარებული პედიატრიულ სერვისებში ამტკიცებს მწვეველ მშობლებში თამბაქოსგან თავშეკავების თანაფარდობის ზრდას. ამ მიზნით, ბავშვების პასიური მოწვევისაგან დაცვის გამო, ჩვენ რეკომენდაციას ვაძლევთ ექიმებს შეაფასონ მშობლების მოწვევა და მიაწოდონ მათ რჩევა და დახმარება თამბაქოს მოხმარების თავის დანებებაში (მტკიცებულების დონე)

გამოყენებული ლიტერატურა

1. Trofor A., Mihaltan F., Mihaicuta S., Pop M., Todea D et.al., Romanian Society of Pulmonologists Smoking Cessation and Smoker's Assistance Guidelines (GREFA), 2-nd ed. – Tehnopress Iasi, 2010, www.srp.ro.
2. Teen Smoking Statistics, CDC, Mayo Clinic, ALA Teen Help.com.
3. Tonnensen P., How to reduce smoking among teenagers, Eur Respir. J. 2002;19:13.
4. Fiore MC, Jaen CR, Baker TB, et al: Treating Tobacco Use and

- Dependence: 2008 Update, Clinical Practice Guideline. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services. Public Health Service, May 2008.
5. Sussman S., Effects of sixty six adolescents tobacco use cessation trials and seventeen prospective studies of self-initiated quitting, Tobacco Induced Disease 2002;1(1):35-81.
 6. Krishnan-Sarin S., Duhig a.M., McKee SA, McMahon TJ, Liss T., McFetridge A., Cavallo DA, Contingency management for smoking cessation in adolescents, Exp. Clin. Psychopharmacology, 2006;14(3):306-10.
 7. Tevyaw T.O'L, Colby S.M., Tidey J.W., Kahler C.W., Rohsenow D.J., Barnett N.P., Gwaltney C.J., Monti P.M., Contingency management and motivational enhancement: A randomized clinical trial for college student smokers, Nicotine Tob Res. 2009;11(6):739-749. doi: 10.1093/ ntr/ntp058.
 8. Stanton A, Grimshaw G. Tobacco cessation interventions for young people. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 8. Art. No.: CD003289. DOI: 10.1002/14651858.CD003289.pub5.
 9. www.notontobacco.com
 10. http://arnoldagency.com/cleanindoorair/
 11. Trofor A., Mihaltan F, Mihaicuta S., Lotrean L., Smoking cessation and prevention for young people Romanian expertise, Pneumologia, 2009;58:7278. ISSN 12233056.
 12. http://www.ttac.org/TCN/peers/pdfs/02.18.11/VT_2009-2010_N-O-T_Program_Summary.pdf
 13. Tedeschi GJ, Zhu S-H, Anderson CM, et. al. Putting it on the line: Telephone counseling for adolescent smokers. J Couns Dev. 2005;83:416-424.
 14. Jacobsen LK, Krystal JH, Mendl WE, Westerveld M, Frost SJ, Pugh KR., Effects of smoking and smoking abstinence on cognition in adolescent tobacco smokers Biol Psychiatry. 2005;57(1):56-66.
 15. Killen JD, Ammerman S, Rojas N, Varady J, Haydel F, Robinson TN, Do adolescent smokers experience withdrawal effects when deprived of nicotine?, Exp.Clin Psychopharmacol., 2001;9(2):176-82.
 16. Prokhorov AV, Hudmon KS, de Moor CA, Kelder SH, Conroy JL, Ordway N., Nicotine dependence, withdrawal symptoms, and adolescents' readiness to quit smoking, Nicotine Tob. Research, 2001;3(2):151-5.
 17. Hurt RD, Croghan GA, Beede SD, Wolter TD, Croghan IT, Patten CA., Nicotine patch therapy in 101 adolescent smokers: efficacy, withdrawal symptom relief, and carbon monoxide and plasma cotinine levels, Arch.Pediatr.Adolesc.Med. 2000;154(1):31-7.
 18. Hanson K, Allen S, Jensen S, Hatsukami D, Treatment of adolescent smokers with the nicotine patch. Nicotine Tob. Res., 2003;5(4):515-26.
 19. Breland, A.B., Colby, S., Dino, G., Smith, G., Taylor, M. Youth smoking cessation interventions: Treatments, barriers, and recommendations for Virginia. Richmond, Virginia: Virginia Commonwealth University, Institute for Drug and Alcohol Studies, 2009. http://www.vcu.edu/idas/vytp/reports/index.html.
 20. Moolchan ET, Robinson ML, Ernst M, Cadet JL, Pickworth WB,

- Heishman SJ, Schroeder JR., Safety and efficacy of the nicotine patch and gum for the treatment of adolescent tobacco addiction, *Pediatrics*, 2005;115(4):e407-14.
21. Rubinstein ML, Benowitz NL, Auerback GM, Moscicki AB A randomized trial of nicotine nasal spray in adolescent smokers. *Pediatrics*, 2008;122(3):e595-600.
22. Upadhyaya HP, Brady KT, Wang W Bupropion SR in adolescents with comorbid ADHD and nicotine dependence: a pilot study, *J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry*, 2004;43(2):199-205.
23. Killen JD, Robinson TN, Ammerman S, Hayward C, Rogers J, Stone C, Samuels D, Levin SK, Green S, Schatzberg AF., Randomized clinical trial of the efficacy of Bupropion combined with nicotine patch in the treatment of adolescent smokers, *J. Consult. Clin. Psychol.*, 2004;72(4):729-35.
24. Muramoto ML, Leischow SJ, Sherrill D, Matthews E, Strayer LJ., Randomized, double-blind, placebo- controlled trial of 2 dosages of sustained-release Bupropion for adolescent smoking cessation., *Arch. Pediatr. Adolesc. Med.* 2007;161(11):1068-74.
25. Gray K.M., Carpenter M.J., Baker N.L., Hartwell K.J., Lewis A.L., Hiott D.W., Deas D., Upadhyaya H.P., Bupropion SR and Contingency Management for Adolescent Smoking Cessation, *J Subst Abuse Treat.* 2011;40(1):77-86.

4.8.3. რეკომენდირებული მკურნალობა მწვეკვლებისათვის რესპირატორული, გულ-სისძარღვთა, ფსიქიატრიული, კიბოს და სხვა თანმხლები დაავადებებით

თამბაქოს მომხმარებლები თანმხლები სამედიცინო მდგომარეობით, როგორიცაა კიბო, გულის დაავადებების, COPD, დიაბეტი, და ასევე, მნიშვნელოვანია, სამიზნე იყოს თამბაქოს მოხმარების მკურნალობისათვის, რადგან მოწვევა თამაშობს როლს ამ მდგომარეობის გაუარესებაში. ქრონიკული დაავადებების მენეჯმენტის პროგრამის გამოყენება მკურნალობაში თამბაქოზე დამოკიდებულების ინტერვენციების ინტეგრაციით, შეიძლება იყოს ეფექტური და ეფექტური გზა ამ პოპულაციამდე თამბაქოს გამოყენების ინტერვენციის მისატანად.¹ ეფექტურად დამტკიცდა მოწვევის შეწყვეტის მკურნალობა მწვეკვლებში თანმხლები დაავადებების ფართე ნაირსახეობით, მაშინაც კი, თუ ზოგი სირთულე წარმოიშვება და გაფრთხილებები წარმოდგენილია.

გულ-სისძარღვთა დაავადებები

სისტემატიურ მიმოხილვაში, კრიტიკული და

კაპველმა აღმოაჩინეს, რომ მოწვევის თავის დანებება დაკავშირებულია მნიშვნელოვან 36%-იან შემცირებასთან ყველაფრის გამომწვევი სიკვდილიანობის რისკთან გულის კორონარული დაავადებების მქონე პაციენტებს შორის (CHD), მიუხედავად განსხვავებებისა კვლევებს შორის, კარდიალური მოვლენების ინდექსის, ასაკის, სქესის, ქვეყნის და დროის პერიოდის გათვალისწინებით.² მოწვევის შეწყვეტის მკურნალობა გულისსიძარღვთა დაავადებების პაციენტებისათვის განსხვავდება სხვა პაციენტებისაგან, ამ პაციენტებს ხშირად აიძულებენ მოწვევის თავის დანებებას მოულოდნელი კარდიო-ვასკულარული მოვლენის შემდეგ, რაც მოულოდნელად გამოვლინდა და გაგრძელდება თავშეკავების დროს ცხოვრების მანძილზე. მაშინ როცა, გულისსიძარღვთა დაავადების დაწყება არის უმნიშვნელოვანესი მიზეზი, რაც მოტივაციას აძლევს მწვეკვლებს თავი დაანებონ მოწვევას, ექიმებმა გულისსიძარღვთა დაავადებებით პაციენტებისათვის უნდა უზრუნველყონ შესაბამისი მოწვევის შეწყვეტის პროგრამა.³

განსაკუთრებული გათვალისწინება უნდა გაკეთდეს მწვეკვლებისათვის გულისსიძარღვთა დაავადებებით, რადგან (1) მტკიცებულებები უჩვენებს, რომ ისინი მკაცრად უნდა იყვნენ რეკომენდირებულნი თავი დაანებონ მოწვევას; (2) მათ უნდა შეწყვიტონ მოწვევა გულისსიძარღვთა დაავადების გამწვავების ფაზაზე და გააგრძელონ თავშეკავება ამის შემდგომ; და (3) მათ უკუჩვენება აქვთ ნიკოტინის ჩანაცვლების თერაპიის მიმართ გულისსიძარღვთა დაავადებების გამძაფრების ფაზის განმავლობაში მხოლოდ (მოვლენის შემდგომი პირველი 48 საათი).¹

მედიკამენტების ეფექტები მნიშვნელოვნად გაიზარდა ქვევითი ინტერვენციის კომბინაციასთან მიწოდების შემდეგ, მიწოდებული ექიმის კონსულტაციებით ან სხვა ჯანდაცვის პროვიდერის მიერ, მოწვევის შეწყვეტის ჯგუფთან ერთად ან ასევე ტელეფონის თავის დანებების ხაზით.

ყველა პაციენტი ნებისმიერი რისკის ფაქტორით გულისსიძარღვთა დაავადებისათვის ინსტრუქტირებული უნდა იყოს თავი დაანებოს მოწვევას. ვარენიკლინი და/ან სხვა ნიკოტინის ჩანაცვლებელი თერაპია

შეიძლება იყოს განხილული. რეკომენდირებული გაფრთხილებების გარდა ნიკოტინის ნივთიერების გამოყენებისთვის მწველებში მძაფრი გულისსისძარღვთა დაავადებებით, ამჟამინდელი მტკიცებულებები ვარაუდობს, რომ ნიკოტინის ჩანაცვლებამ შედეგებზე არ აჩვენა გვერდითი ეფექტები პაციენტებში კარდიალური დაავადებებით.³ ვარენიკლინი, როგორც სჩანს, აღმოჩნდა უსაფრთხო პაციენტებში სტაბილური CHD-ით დეპრესიის ან ფსიქიატრიული დაავადებების ისტორიის გარეშე. ვარენიკლინის გამოყენების შესახებ სპეციალური მონაცემები მოწვევის შეწყვეტისათვის კარდიოვასკულარული დაავადებების მქონე პაციენტებში ციტირებულია სექცია 4.3.3.9. საბოლოოდ, ჩარევებს, რომელიც აერთიანებს მრავალ სტრატეგიას (ფარმაკოლოგიურს და ფსიქო-სოციალურს) შეიძლება ჰქონდეს უკეთესი ხანგრძლივადიანი ეფექტურობა, განსაკუთრებით იმ პაციენტებისათვის, ვინც არ რეაგირებს მხოლოდ მედიკამენტზე.⁴

რესპირატორული დაავადებები

უმუშაოდ თამბაქოს კვამლის საფრთხის ქვეშ, სასუნთქი ორგანოები ყველაზე მეტად ზარალდება თამბაქოსაგან. ამის გამო მოწვევის შეწყვეტა მკაცრად უნდა იყოს წახალისებული პაციენტებში COPD, ფილტვის კიბოთი, ასთმით, სასუნთქი ინფექციებით, ინტერსციტიური და ძილის სასუნთქი დარღვევებით.

COPD

მოწვევის შეწყვეტა ყველაზე მნიშვნელოვანი თერაპევტული ჩარევაა COPD მწველ პაციენტებში. COPD პაციენტები, ვინც ეწევა, აქვთ განსაკუთრებულად მაღალი დონე ნიკოტინის დამოკიდებულების, რაც მოითხოვს სტრუქტურირებულ მოწვევის შეწყვეტის პროგრამას, რაც მოიცავს მედიკამენტის ჩარევას, ისევე როგორც უწამლო ინტერვენციას.

კოპრენის 2016 წლის მიმოხილვამ მოწვევის შეწყვეტაზე COPD პაციენტებში და ამჟამინდელი ლიტერატურა აჩვენებს, რომ მოწვევის შეწყვეტის კონცეფცია მედიკამენტების და ფსიქო-სოციალური მხარდაჭერის ჩართვა ეფექტურია COPD პაციენტებისათვის (A მტკიცებულების დონე).⁵

ფსიქო-სოციალური ჩარევა მოიცავს სტრუქტურირებულ მოწვევის შეწყვეტის პროგრამას რამდენიმე საათის მანძილზე კოგნიტური ასპექტის მიდგომით და სუბიექტური თუ ობიექტური რესპირატორული მიგნებებით, როგორიცაა ფილტვის ფუნქცია.⁶ ზოგიერთი კვლევა აანალიზებდა, აქვს თუ არა სპეციალური ლექსიკონის გამოყენება, როგორიცაა "მწველის ფილტვი" ან კონტინგენტის ჩანაცვლება ლატარეის ბილეთით სუნთქვის შემცირებისათვის კარბონის მონოქსიდი ან ფილტვის ფუნქციის ტესტის ჩატარებას უფრო ძლიერი გავლენა კონსულტაციების ეფექტურობაზე. არ ყოფილა აღმოჩენილი მნიშვნელოვანი ცვლილებები, როცა უფრო ინტენსიური ჩარევები შედარებულ იქნა ჩვეულებრივ რჩევებთან; მიუხედავად ამისა, მათ უჩვენეს ტენდენცია ინტენსიური ჩარევის სასარგებლოდ.

თვითეფექტურობისა და თვითშეფასების გაზრდის საუკეთესო გზა ამ პაციენტებში არის მათთვის განგრძობითი დახმარების შეთავაზება. კლინიკური COPD კითხვარი (CCQ) არის ღირებული საშუალება, რომელიც უჩვენებს ჯანმრთელობასთან დაკავშირებულ ცხოვრების დონის მიღწევას მოწვევის შეწყვეტასთან კავშირში COPD პაციენტებს შორის.⁷ ყოველი მწველი, ვინც იტანჯება COPD-საგან, გამუდმებით უნდა მიეწოდოს რჩევა მისი ექიმისაგან, რომ თავი დაანებოს მოწვევას. თვის განმავლობაში ერთი ვიზიტი რეკომენდირებულია, მაგრამ ასევე რეკომენდირებულია ინტენსიური ქცევითი ჩარევები ინდივიდის ან ჯგუფის ფორმატით.⁸

ღია, რანდომიზირებულმა კვლევამ გამოსცადა ოთხი განსხვავებული NRT რეჟიმები ყოველდღიურ რუტინაში გამოყენებით COPD პაციენტებისათვის ფილტვის დაავადების კლინიკაში, საშუალო 12 თვიანი წარმატების მაჩვენებელი სამი აქტიური მკურნალობისათვის იყო მხოლოდ 5.6 %.⁹ ტონესნმა და სხვ. შეაფასეს ნიკოტინის სუბლინგუალური აბების ეფექტურობა და ქცევითი მხარდაჭერის ორი დონე მოწვევის შეწყვეტისათვის COPD პაციენტებში.¹⁰ მათ აღმოაჩინეს, რომ თავშეკავების მაჩვენებელი მნიშვნელოვნად აღემატებოდა სუბლინგუალურ ნიკოტინის ჯგუფში პლაცებოსთან შედარებით, მაშინაც კი, თუ არ იყო მნიშვნელოვანი განსხვავება დაბალი ეფექტურობის მხარდაჭერას

მაღალ ეფექტურობასთან შედარებისას. 7372 COPD პაციენტის ანალიზმა უჩვენა, რომ მოწვევის შეწყვეტის კონსულტაციებს კომბინაციაში NRT-სთან აქვს უდიდესი ეფექტი გაგრძელებად თავშეკავების მაჩვენებელზე ჩვეულებრივ მკურნალობასთან შედარებით, SCC შედარებით მხოლოდ და SCC ანტიდეპრესანტთან კომბინაციასთან შედარებით.¹¹

NRT-ს განსხვავებული ფორმების კომბინაცია შეიძლება გამოყენებულ იქნას, როგორც ვალიდური სტრატეგია COPD პაციენტებისათვის თავის დანებებაში დასახმარებლად. რეკომენდირებულია NRT-ს ორი ტიპის კომბინაცია მიწოდების სხვადასხვა სახეობებთან ერთად. დროის ხანგრძლივობის გაზრდას, რასაც NRT მოიხმარება ექვს ან თორმეტ თვემდე, შეუძლია დაეხმაროს მეტ მწვევლს თავის დანებებაში, ვიდრე გამოყენებულ იქნას NRT ჩვეულებრივი დროით. NRT შეიძლება გამოყენებულ იქნას პროგრესული შემცირების დასახმარებლად. COPD მწვევლები ჩვეულებრივ არამოტივირებულები არიან მოწვევისაგან თავის დასაწებლად. ამ მიდგომის გამოყენებას შეუძლია დაეხმაროს საკუთარი მოტივაციის გაზრდაში და აღმართოს თვითეფექტურობა თავის დანებებაში.⁸

სამ კლინიკურ კვლევაში, რომელთაც გააანალიზეს ბუპროპიონის ეფექტურობა COPD მქონე მწვევლების სამკურნალოდ, აღმოჩენილ იქნა, რომ ბუპროპიონი მნიშვნელოვნად უფრო ეფექტური იყო, ვიდრე პლაცებო, განგრძობითი თავშეკავების მიღწევაში მეექვსე თვეს დაკვირვების პერიოდში (16% 9%-ის საპირისპიროდ),¹² რომ ბუპროპიონი უფრო ეფექტური იყო, ვიდრე პლაცებო განგრძობითი თავშეკავების მისაღწევად მეექვსე თვეს დაკვირვების პერიოდში (27.9% 14%-ის საპირისპიროდ)¹³ და რომ ბუპროპიონი და ნოტრტიპტილინი აღმოჩნდა თანაბრად ეფექტური, მაგრამ ბუპროპიონი გამოვლინდა, რომ მეტად ღირებული და ეფექტურია, პლაცებოსთან და ნოტრტიპტილინთან შედარებით.¹⁴ კონსულტაციებთან კომბინირებული ბუპროპიონი მნიშვნელოვნად უფრო ეფექტური იყო განგრძობითი თავშეკავების მიღწევაში, ვიდრე პლაცებო 18.9%-ით. (95% CI 3.6 - 26.4%). ყოველწლიურ სპირომეტრს მოწვევის შეწყვეტის მოკლე ჩარევით, ექიმისაგან პერსონალური წერილით მოყოლებული, ჰქონდა მნიშვნელოვანი უფრო მაღალი თავშეკავების

სამწლიანი მაჩვენებელი COPD მწვევლებს შორის, შედარებით ნორმალური ფილტვის ფუნქციონირებით მწვევლებთან.¹⁵

ვარენიკლინის ეფექტურობა და უსაფრთხოება COPD მწვევლების სამკურნალოდ შეფასებული იქნა ორ კვლევაში: მულტიცენტრული, ორმაგად ბრმა კვლევა 504 პაციენტზე ზომიერი COPD-ით და ფსიქიატრიული დარღვევების ცოდნის გარეშე და მეორე ღია კვლევა 472 მწვევლზე მძაფრი ან ძალიან მძაფრი COPD-ით, ვინც მიიღო მკურნალობა მოწვევის შეწყვეტისათვის. პირველ კვლევაში გაგრძელებული თავშეკავების მაჩვენებელი 9-დან 12 კვირაზე მნიშვნელოვნად უფრო მაღალი იყო ვარენიკლინის ჯგუფის პაციენტებისათვის (42.3%) ვიდრე მათთვის, ვინც პლაცებოს ჯგუფში იყო (8.8%). შესაბამისად 18.6% 5.6%-ის საპირისპიროდ 9-დან 52 კვირის მანძილზე.¹⁶ მეორე კვლევაში, როგორც მკურნალობის პროგრამა მოიცავდა ქვევითი თერაპიის კომბინაციას მედიკამენტის მკურნალობასთან (NRT, ბუპროპიონი ან ვარენიკლინი), CAR 9-დან 24 კვირამდე NRT-თვის, ბუპროპიონი და ვარენიკლინი იყო 38.2%, 60.0% და 61.0% შესაბამისად. ვარენიკლინი იყო უფრო ეფექტური, ვიდრე ნიკოტინის პლასტირი: 61% 44.1% წინააღმდეგ.¹⁷

ჰუგენდორნმა და სხვ. გააანალიზეს განგრძობითი დახმარება მწვევლებში COPD-ით ეფექტურობა და დაასკვნეს, რომ მიუხედავად ამ აგრესიული მოწვევის შეწყვეტის პროგრამის მაღალი ფასისა, სარგებლიანი ეკონომიკური ეფექტი მიიღება ხანგრძლივი ვადით.¹⁸

რეკომენდაციები

- NRT ან ვარენიკლინი უნდა იქნას გამოყენებული მოწვევის შეწყვეტისათვის ყველა მწვევლში COPD-ით, მიუხედავად დაავადების სიმწვავისა და მოწვეული სიგარეტის რაოდენობისა (B მტკიცებულების დონე)
- NRT, ვარენიკლინი და ბუპროპიონი SR არის ეფექტური და კარგად შემგუებლური COPD მწვევლებს პაციენტებში (A მტკიცებულების დონე)

ასთმა

რადგან სიგარეტის მოწვევა არის მნიშვნელოვანი წინასწარმეტყველი ასთმის სიმძაფრის და სუსტი

ასთმის კონტროლიორი დოზირებაზე დამოკიდებული მანერით, ასთმიანი მწვეკელების შემთხვევაში თამბაქოს შეწყვეტა ხდება სასიცოცხლო.¹⁹ ასთმიანი მწვეკელები აჩვენებენ მეტ მძაფრ ასთმურ სიმპტომებს, მედიკამენტების დიდ საჭიროებას გადარჩენისთვის, უფრო დიდ რეზისტენტობას და ცუდ ჯანმრთელობის სტატუსს არამწვეკელებთან შედარებით. კვლევის მიხედვით, რომელმაც შეადარა მოწვევის შეწყვეტის ეფექტი ფილტვის ფუნქციობაზე და ასთმიანი პაციენტის ცხოვრების დონეზე მკურნალობისას, გაგრძელებულმა მოწვევამ აჩვენა ფილტვის ფუნქციის დიდი დაკლება ხანგრძლივადიანი ასთმიანი მწვეკელების შემთხვევაში.²⁰ ორი მკურნალობის სტრატეგია არის რეკომენდირებული ადამიანებისათვის ასთმით, ვინც ეწევა:

- მოიძიონ მედიკამენტი რომელიც მიმართულია ინფლამატორული მექანიზმისაკენ (თეოფილინი ვლინდება, როგორც დაბალი-დოზირების ICS ეფექტის გამზრდელი და სიმპტომების გამაუმჯობესებელი და FEV1; ფლუტიკაზონი/სალმეტეროლი კომბინაცია აჩვენებს უფრო დიდ გაუმჯობესებას ჰაერის გზის ჰიპერ რეაგირებას, ფლუტიკაზონის გაორმაგებულ დოზასთან შედარებით; ლეუკოტრიენის რეცეპტორის ანტაგონისტმა გამოავლინა უპირატესი გაუმჯობესება)
- მტკიცებულებაზე დაფუძნებული მოწვევის თავის დანებების მხარდაჭერის უზრუნველსაყოფად (არსებობს შეზღუდული მტკიცებულება, რაც დაგვეხმარებოდა გადაგვეწყვიტა ყველაზე ეფექტური ასთმის სპეციფიკური მოწვევის შემწყვეტი პროგრამა, ქვევითი ტექნიკა და ტელეფონით კონსულტაციები გამოვლინდა ეფექტურად; NRT სპრეის რისკის მტკიცებულება გასათვალისწინებელია.²¹

რეკომენდაციები

- აღინიშნოს მწვეკელები ასთმით, როგორც მაღალი რისკისპაციენტები და განხილულიქნას მათთან ერთად მოწვევის თავის დანებება ყველა შესაძლებლობით. ასთმის თვითმართვადი წერილობითი გეგმით უზრუნველყოფა და საგანმანათლებლო ლიფლეტები უზრუნველყოფს მოწვევის შეწყვეტას, როგორც მკურნალობას ასთმისათვის.^{22,23}

ტუბერკულოზი

მწვეკელებს აქვთ უფრო მაღალი რისკი იყვნენ ინფიცირებულები ტუბერკულოზის ბაცილით და თუ ერთხელ დაინფიცირდნენ, ისინი განავითარებენ ტუბერკულოზის დაავადებას უფრო ხშირად, ვიდრე არამწვეკელები. ტბ უფრო ადვილად ვრცელდება, ფილტვის ტუბერკულოზი, ნახველის დადებითი და ღრუს დაზიანებები უფრო ხშირია და ასევე ტბ-ს რელაპსის რისკი და ტბ-ს გამო სიკვდილიანობა უფრო მაღალია ტუბერკულოზიან მწვეკელებში. რადგან ცნობილია, რომ მოწვევა ზრდის ტუბერკულოზით ინფიცირებისა და დაავადების რისკს, არასდროს მოწვევა ან თავის დანებება ეხმარება უკეთესად გაკონტროლდეს ტუბერკულოზი თემში. გამომდინარე იქედან, რომ მოწვევა მნიშვნელოვნად ამცირებს ტუბერკულოზის მკურნალობის ეფექტურობას, მოწვევის შეწყვეტის ინტეგრაცია ტუბერკულოზის მკურნალობის პროგრამებთან საკმაოდ მხარდაჭერილია მოწვევისა და ტუბერკულოზის ორმაგი გლობალური ტვირთის შესამცირებლად.²⁴

საერთაშორისო კავშირი ტუბერკულოზის წინააღმდეგ რეკომენდაციას უწევს ABC მიდგომას მოწვევის თავის დანებებისათვის (კითხე - მოწვევის სტატუსის შესახებ, მოკლე რჩევა, შეწყვეტის მხარდაჭერა) ტუბერკულოზიანი მწვეკელი პაციენტებისათვის. ეს მარტივი სამი ნაბიჯი შეიძლება მიეწოდოს ნებისმიერი ჯანდაცვის პროფესიონალის მიერ ტუბერკულოზიანი მწვეკელის სამკურნალოდ და მონაცემები უნდა ჩაიწეროს პაციენტის მკურნალობის ჩანაწერებში.²⁵

მ უ ლ ტ ი ც ე ნ ტ რ უ ლ , ა რ ა რ ა ნ დ ო მ ი ზ ი რ ე ბ უ ლ კონტროლირებად კვლევაში, რომელიც მოიცავს 120 ტუბერკულოზიან პაციენტს, რომლებიც ტუბერკულოზის დიაგნოზის გამოტანის დროისათვისაც ეწვეიან მაღალიზიაში, პაციენტები მიაწერეს ორიდან ერთ -ერთ ჯგუფს: ჩვეულებრივი TB-DOT პლუს მოწვევის შეწყვეტის ინტერვენცია SCI (SCIDORS ჯგუფი) ან ჩვეულებრივი TB-DOR მხოლოდ (DOTS ჯგუფი). შედარებისას, პაციენტებმა, ვინც მიიღო ინტეგრირებული ჩარევა გამოავლინეს უკეთესი HR QoL - მნიშვნელოვნად მაღალი ზრდა EQ-5D ერთეული ექვსთვიან დაკვირვების პერიოდში - ვიდრე მათ, ვინც მიიღო მხოლოდ ჩვეულებრივი ტუბერკულოზის

მკურნალობა. ევროპული QoL ხუთ-განსაზღვრებიანი კითხვარი (EQ-5D) შექმნილი იყო ტუბერკულოზიანი პაციენტების თვითშეფასების შესაფასებლად დაავადებაზე ეფექტის თაობაზე და ასოცირებული მკურნალობაზე მათ ფიზიკურ, მენტალურ და სოციალურ კეთილდღეობის და ფუნქციონირებაზე.²⁶

სიმსივნე

თამბაქოს შეწყვეტა არის მნიშვნელოვანი გამოწვევა კოპლექსურ პაციენტთა პოპულაციაში.²⁷ როცა თამბაქოს დამოკიდებულების მკურნალობა ხდება ფილტვის კიბოიან პაციენტებში, გათვალისწინებული უნდა იქნას შემდეგი:

- მოტივაცია: მტკიცებულებები ვარაუდობს, რომ ფილტვის კიბოიანი პაციენტების უმრავლესობა მოტივირებული არიან მოწვევის შეწყვეტისათვის. მიუხედავად იმისა, რომ ფილტვის კიბოს დიაგნოზი მიიჩნევა, როგორც მყარი მოტივატორი, ფილტვის კიბოიანი პაციენტები ვინც ეწევა, მზადყოფნის სხვადასხვა საფეხურზე არიან, რომ თავი დაანებონ მოწვევას.
- სტიგმა და თავის დადანაშაულება: არსებობს ემპირიული მტკიცებულება, რომ აღინიშნოს, რომ ფილტვის კიბოიანი პაციენტები განიცდიან აღქმული სტიგმის მნიშვნელოვან დონეებს, არიან თუ არა ისინი ამჟამინდელი მწვეკლეები.
- ხასიათის მართვა: როგორც ფილტვის კიბოს დიაგნოზის შემდეგი, პაციენტები ხშირად განიცდიან გაზრდილ ფსიქოლოგიურ ჯავრს, გადატვირთვის გაზრდილ გრძნობას, სტრესსა და სტიგმატიზირებას.
- მოწვევისაგან თავისუფალი სახლები: გასათვალისწინებელი მტკიცებულებები ვარაუდობს, რომ მოწვევისაგან თავისუფალი სახლების ქონა შესაძლოა ასოცირებული იყოს თავის დანებების წარმატებით ზრდასთან.²⁸

სიმსივნეიან პაციენტებს შესაძლოა ჰქონდეთ ნიკოტინზე დამოკიდებულების მაღალი დონე, თანმხლები დაავადებების მაღალი დონე, ან მეტი სირთულეები თავის დანებებისას, ისევე როგორც სუსტი ჯანმრთელობა

და ფიზიკური ფუნქციონირება, და მეტი სტრესი და ემოციური გარღვევები. ეს საჭიროებს მეტ ინტენსიურ ან გაერთიანებულ პროგრამებს, რომელიც მოახდენს ქვევითი ინტერვენციის კომბინირებას ფარმაკოლოგიურ შეწყვეტასთან.²⁸

კოსულტაციები, მედიკამენტები და მოტივაციური დახმარება ეფექტურია პაციენტების ამ კატეგორიაში. აგრეთვე აღმოჩენილი იქნა, რომ კომბინაციური ფარმაკოთერაპიად ეფექტურია მაღალი დამოკიდებულების მწვეკლეებში.²⁸ ექთნებით მართული მოწვევის შეწყვეტის პროგრამამ 145 პაციენტისათვის თავის და კისრის ან ფილტვის კიბოთი, უჩვენა მისაღები ხანგრძლივადიანი წარმატების მაჩვენებელი (თავშეკავების 40% მეექვსე თვეზე). პროგრამა უფრო ინტენსიური იყო პირველ თვეს და მოიცავდა ექიმის რჩევას, ექთნების ჩარევას და სხვადასხვა პროდუქციას (ნიკოტინის ტაბლეტს, ბუპროპიონს და პროდუქტების კომბინაციას) და გაგრძელდა მთლიანობაში ერთ წელიწადს, პაციენტების დახმარებიდან გამომდინარე სხვადასხვა რისკის სიტუაციებში, როგორცაა დაბადების დღეები, სტრესული სიტუაციები და დღესასწაულები.²⁹

ფსიქიატრიული დარღვევები, ნარკოტიკის მომხმარებლები

ფსიქიატრიული დარღვევები უფრო ხშირად არის მწვეკლეებში და ამ პაციენტებმა შეიძლება განიცადონ რთული თავის დანებების პროცესი. მოწვევის ქვევა უფრო ხშირად გვხვდება ალკოჰოლის ან ნარკოტიკის მოხმარებისას. მწვეკლეების ეს კატეგორია ძალიან იშვიათად ითხოვს მოწვევის შეწყვეტის თერაპიას. მათი თამბაქოზე დამოკიდებულების მკურნალობა არის კომპლექსური პროცესი, ფსიქიატრიული დიაგნოზის და სპეციფიკური მედიკამენტების კონტექსტის გათვალისწინებით.

შედარებით ფსიქიატრიული დარღვევების მქონე მწვეკლეებთან, მწვეკლეებს, ვისაც ოდესმე ჰქონია ხასიათის დარღვევები ან შფოთვის დარღვევები (მათი ჩათვლით, ვისაც ჰქონდა ბოლო წელიწადს), ნაკლებად იყვნენ თავშეკავებულები მერვე კვირაზე თავის დანებების შემდეგ. შფოთვის დიაგნოზი ასევე დაკავშირებული იყო

თავშეკავების შენარჩუნების კლების ალბათობასთან თავის დანებების შემდგომ მეექვსე თვეს. ამ აღმოჩენებმა შეიძლება წარმოადგინოს საფუძველი მკურნალობისათვის ფსიქიატრიული თანმხლები დაავადებების მქონე მწვეკვლებში.³⁰

მნიშვნელოვანია, რომ თამბაქოს დამოკიდებულების მკურნალობა პაციენტებში სტაბილური ფსიქიატრიული მდგომარეობით, არ აუარესებს მენტალურ მდგომარეობას და შესაძლოა რეალურად გააუმჯობესოს ხასიათი.^{31,3}

კოპრანის თანამშრომლობის მიერ ჩატარებულმა მეტა-ანალიზმა გამოსცადა ჩარევები მოწვევის შეწყვეტის მხარდასაჭერად იმ ინდივიდებს შორის, ვისაც ჰქონდა მიმდინარე ან წარსული დეპრესია.³⁴ მიმოხილვამოიცავდა 49 კვლევას და აღმოაჩინა მტკიცებულება, რომ ფქისო-სოციალური ხასიათის მართვის კომპონენტის დამატება სტანდარტულ მოწვევის შეწყვეტის ჩარევებზე ეფექტური იყო ხანგრძლივი ვადით გაზრდაში მწვეკვლებს შორის მიმდინარე ან წარსული დეპრესიით. მიმოხილვამ ასევე აღმოაჩინა მტკიცებულება, რომ ბუპროპიონის დამატება ეფექტური იყო ხანგრძლივადიანი თავშეკავების მაჩვენებლის გაზრდაში მწვეკვლებში დეპრესიის ისტორიით.³⁴ ფარმაკოლოგიური მკურნალობა მიწოდებული იყო ინტენსიურ კონსულტაციებთან ერთად. არ ყოფილა მტკიცებულება მიმდინარე დეპრესიის მქონე ინდივიდებს შორის ზეგავლენისა. ასევე იყო არასაკმარისი მტკიცებულებები, რომლებმაც გამოსცადა სხვა ანტი-დეპრესანტული მედიკამენტის გამოყენება ან NRT თამბაქოს მოხმარება ამ პოპულაციაში.³⁴

მძაფრი მენტალური დარღვევების, როგორცაა ძირითადი დეპრესია, შიზოფრენია და ფსიქოზი, მქონე მწვეკვლების მკურნალობისათვის რეკომენდირებულია მკურნალობის პერიოდის გაზრდა და გახანგრძლივება, გაერთიანებული ფსიქოლოგიური კოგნიტური ქცევითი ტექნიკისა და ნებისმიერი მედიკამენტის მკურნალობის დანერგვა, რაც დაეხმარება მოწვევის რეციდივის ან ძირეული ფსიქიატრიული სიმპტომების კონტროლის/შემცირებისათვის.³⁵

შიზოფრენიის მქონე პაციენტებში, მოწვევის სტატუსი ჩართული უნდა იყოს კლინიკურ შეფასებაში და მწვეკვლებისათვის მიწოდებული უნდა იყოს

NRT.³⁶ მიუხედავად იმისა, რომ ამ პაციენტებში აღწერილია მაღალი რეციდივის რისკი, თამბაქოს დამოკიდებულებისათვის მედიკამენტები ეფექტურია. მეტა-ანალიზმა კოპრენის თანამშრომლობიდან, რომელიც წარმოადგენდა ანგარიშს მოწვევის შეწყვეტაზე შიზოფრენიის მქონე ზრდასრულებს შორის, აღმოაჩინა კარგი მტკიცებულება რომ მხარი დაეჭირა ბუპროპიონის გამოყენებისათვის მოწვევის თავშეკავების გაზრდისათვის.³⁷

ვარენიკლინის შეუძლია შეასუსტოს თავშეკავების გვერდითი მოვლენები და ის გამოჩნდა კარგად შემგუებლური მწვეკვლებში შიზოფრენიით.³⁸ ვარენიკლინი და ფარმაკოთერაპიის კომბინაცია ორივე ეფექტური იყო და არ გაზარდა ფსიქოლოგიური სტრესი ექვსი თვის მანძილზე მწვეკვლებში თანმხლები დაავადებებით, მიუხედავად ამისა, დამატებითი კვლევები აუცილებელია შესაძლო გვერდითი მოვლენების გამოსარიცხად (იხ. სექცია 4.3.3.9).³⁹ წამლის გამომწერებმა ინტენსიურად უნდა გაუწიონ მონიტორინგი პაციენტებს იმ შესაძლებლობის გამო, რომ მედიკამენტმა შეიძლება გამოიწვიოს ფსიქიატრიული არასტაბილურობა.⁴⁰ პაციენტები, ვინც მკურნალობდა ატიპიური ანტი-ფსიქოტიკებით უკეთესად რეაგირებენ ბუპროპიონ სრ, ვიდრე ისინი, ვინც სტანდარტულად ანტი-ფსიქოტიკებით მკურნალობს.²¹ ღია იარლიყიან კვლევაში 412 მწვეკვლის ჯგუფში (111 დიაგნოზირებულ იქნა ფსიქიატრიული დაავადებებით) ვარენიკლინი იყო თანაბრად ეფექტური და არ იყო ასოცირებული მაღალ შემთხვევითობასთან ან სიმძაფრესთან მედიკამენტის გვერდითი ეფექტების რეაქციაზე პაციენტებში ფსიქიატრიული თანმხლები დაავადებებით.²¹

კონსულტაციები და ფარმაკოთერაპია ეფექტურია მწვეკვლებში, ვინც იმავდროულად მკურნალობს არაკანონირი ნარკოტიკის დამოკიდებულებისათვის, მიუხედავად ამისა, არის მცირე მტკიცებულება იმაზე, თუ როგორ მოქმედებს ნიკოტინის დამოკიდებულების თერაპია ნარკოტიკის დამოკიდებულების გამოჯანსაღებაზე. მიმდინარე კვლევებმა უჩვენა ვაუჩერზე დაფუძნებული სწრაფი კრიზისული მართვის ჩარევის ეფექტურობა თავდაპირველი

მოწვევის თავშეკავების ხელშეწყობისათვის.⁴¹ რანდომიზირებულმა, ღია-იარსიყიანმა კვლევამ, შეადარა მკურნალობა ჩვეულებრივი (TAU) კომბინირებული ნიკოტინის პლასტირით კოგნიტური ქცევითი ჯგუფის კონსულტაციებს მოწვევის შეწყვეტისათვის (n=153) მხოლოდ TAU-ს (n=72) პაციენტებისათვის, ვინც ჩართული იყო მკურნალობის პროგრამაში ნარკოტიკის ან ალკოჰოლის დამოკიდებულებისათვის, ვინც ასევე დაინტერესებული იყო მოწვევის თავის დანებებაში. ეს ანგარიში არის მეორადი ანალიზი, რომელიც აფასებს დეპრესიული სიმპტომების ეფექტებს (n=70) ან დეპრესიის ისტორიას (n=110) მოწვევის შეწყვეტის შედეგებზე. მნიშვნელოვანი კავშირი იქნა შემჩნეული დეპრესიის გაზომვასა და სიგარეტის თავის დანებების სირთულეს შორის. ეს მონაცემები ვარაუდობს, რომ დეპრესიული სიმპტომების შეფასება და მკურნალობა შეიძლება თამაშობდეს მნიშვნელოვან როლს მოწვევის შეწყვეტის შედეგების გაუმჯობესებაში ამ კატეგორიის პაციენტებში.⁴²

რეკომენდაციები:

- თამბაქოზე დამოკიდებულების მკურნალობა ეფექტურია პაციენტებში მძაფრი მენტალური დაავადებებით. მკურნალობა, რომელიც მოქმედებს ძირითადად პოპულაციაში, ასევე მოქმედებს მათთვის, ვისაც აქვს მენტალური დაავადებები და ვლინდება თითქმის თანაბრად ეფექტურად.
- მკურნალობის ქვეშ მყოფ მწვეკლებს, ვინც იტანჯება მძიმე მენტალური დარღვევებით, როგორიცაა ძირითადი დეპრესია, შიზოფრენია და ფსიქოზი, რეკომენდირებულია მკურნალობის პერიოდის გაზრდა და გახანგრძლივება.
- მენტალური ჯანმრთელობის დაავადებების მქონე პაციენტების ინტენსიური მონიტორინგი, ფარმაცოთერაპია რეკომენდირებულია იმ შესაძლებლობის გამო, რომ მედიკამენტს შუძლია გამოიწვიოს ფსიქიატრიული არასტაბილურობა.

აივ ინფიცირებული პაციენტები

აივ დადებით ინდივიდებში უფრო დიდი ალბათობაა მოწვევის, ვიდრე ძირითად მოსახლეობაში.⁴³

დღესდღეობით, აივ დადებითი მწვეკლე ინდივიდებში უფრო მაღალია სიკვდილობა და ცხოვრების დაბალი ხარისხი ვიდრე არამწვეკლეებში. დამატებითი, აივ-დადებითი მწვეკლეები უფრო დიდი რისკის ქვეშ არიან განავითარონ პნეუმოკოკალური დაავადებები და სხვა ინფექციები, შედარებით არა-აივ ინფიცირებულ ინდივიდებთან. აგრეთვე, არამწვეკლე აივ დადებით ინდივიდებთან შედარებით, მოწვევა აივ დადებით მწვეკლეებს შორის დაკავშირებულია მძიმე ოპორტუნიტული ინფექციების და სპონტანურ პნეუმოტორაქსის მზარდ რისკთან. მონაცემები ვარაუდობს, რომ აივ დადებითი მწვეკლეები გადაჭარბებით აფასებენ მოწვევის გავლენას მათ ჯანმრთელობაზე. დამატებით, ზოგიერთი აივ-დადებითი მწვეკლეი აფიქსირებს, რომ მოწვევა არის ეფექტური გზა, რომ მოხდეს მათი დაავადების სტრესთან გამკლავება.¹ კოხრენის თანამშრომლობამ 2016 წელს შეისწავლა მოწვევის შეწყვეტის ინტერვენციები აივ და შიდსით დაავადებულთა შორის.⁴³ მიმოხილულ იქნა 12 კვლევა, რომელთა უმრავლესობა მოიცავდა ფარმაცოთერაპიასა და კონსულტაციებს. საკონტროლო ჯგუფებში არ ყოფილა ძლიერი მტკიცებულება უფრო მეტი ეფექტურობის შესახებ, ვიდრე საკონტროლო ჯგუფის ნაწილში. დაბალი ხარისხის მონაცემი იყო, რომ ინტენსიური ინტერვენციები იყო მნიშვნელოვანი მოკლევადიანი თავშეკავების მისაღწევად.⁴³ არახანგრძლივადიანი რანდომიზებული კლინიკური ცდის ანალიზით შეფასდა პაციენტთა ამ ჯგუფში ჩატარებული ინტერვენციები. დამატებითი კვლევებია საჭირო.

გამოყენებული ლიტერატურა

1. Fiore M. C., Tobacco Use and Dependence: A 2011 Update of Treatments CME/CE,
2. Critchley JA, Capewell S. Mortality risk reduction associated with smoking cessation in patients with coronary heart disease: a systematic review. JAMA. 2003;290(1):86-97.
3. Japanese Circulatory Society Joint Working Group. Guidelines for Smoking Cessation. Circulation Journal, 2012;76:1024-1043.
4. Ockene I. Salmoirago-Blotcher E. Varenicline for Smoking Cessation in Patients With Coronary Heart Disease, Circulation, 2010;121:188-90.
5. van Eerd EAM, van der Meer RM, van Schayck OCP, Kotz D. Smoking

- cessation for people with chronic obstructive pulmonary disease. Cochrane Database of Systematic Reviews 2016, Issue 8. Art. No.: CD010744. DOI:10.1002/14651858.CD010744.pub2.
6. Andreas S, Hering T., Mühlig S., Nowak D., Raupach T., Worth H., Clinical Practice Guideline, Smoking Cessation in Chronic Obstructive Pulmonary Disease An Effective Medical Intervention Deutsches Ärzteblatt International -Dtsch Arztebl Int. 2009;106(16):276–82.
 7. Papadopoulos G., Vardavas C.I., Limperi M., Linardis A. Georgoudis G., Behrakis P. Smoking cessation can improve quality of life among COPD patients: Validation of the clinical COPD questionnaire into Greek. BMC Pulmonary Medicine 2011;11:13.
 8. Jiménez-Ruiz C.A., Lunning S., Buljubasich D., Pendino R. Smoking Cessation Treatment for Chronic Obstructive Pulmonary Disease Smokers, European Respiratory Disease, Touch Briefings, 2011;1-10.
 9. Tønnesen P., Carrozzi L., Fagerström K.O., Gratziau C., Jimenez-Ruiz C., Nardini S., Viegi G., Lazzaro C., Campbell L.A., Dagli E., West R. Smoking cessation in patients with respiratory diseases: a high priority, integral component of therapy, Eur Respir J, 2007;29:390-417.
 10. Tønnesen P., Mikkelsen K., Bremann L., Nurse-conducted smoking cessation in patients with COPD, using nicotine sublingual tablets and behavioral support, Chest, 2006;130(2):334-42.
 11. Strassmann R, Bausch B, Spaar A, et al., Smoking cessation interventions in COPD: a network meta- analysis of randomised trials, Eur Respir J, 2009;34:634-40.
 12. Tashkin DP, Kanner R, Bailey W, et al., Smoking cessation in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a double-blind, placebo-controlled, randomised trial, Lancet, 2001;357:1571-5.
 13. Wagena EJ, Knispchild PG, Huibers MJ, et al., Efficacy of Bupropion and nortryptiline for smoking cessation among people at risk for or with COPD, Arch Intern Med, 2005;165:2286-92.
 14. Van Schayck CP, Kaper J, Wagena EJ, et al., The cost effectiveness of antidepressants for smoking cessation in chronic obstructive pulmonary disease (COPD) patients, Addiction, 2009;104:2110–7.
 15. Coronini-Cronberg S., Heffernan C., Robinson M. Effective smoking cessation interventions for COPD patients: a review of the evidence J R Soc Med Sh Rep, 2011;2:78.
 16. Tashkin DP, Rennard S, Hays JT, et al., Effects of Varenicline on smoking cessation in patients with mild to moderate COPD: a randomized controlled trial, Chest, 2011;139:591–9.
 17. Jiménez-Ruiz CA, Ramos Pinedo A, Cicero Guerrero A, et al., Characteristics of COPD smokers and effectiveness and safety of smoking cessation medications, Nicotine Tob Res, 2012;14(9):1035-9.
 18. Hoogendoorn M, Feenstra TL, Hoogenveen RT, Rutten-van Molken MPMH, Long term effectiveness and cost effectiveness of smoking cessation interventions in patients with COPD, Thorax, 2010;65:711–8.
 19. Polosa R., Russo C., Caponnetto P., Bertino G., Sarvà M., Antic T., Mancuso s., Al-Delaimy W.K., Greater severity of new onset asthma in allergic subjects who smoke: a 10-year longitudinal study, Respiratory Research, 2011;12:16.
 20. An-Soo Jang, Sung-Woo Park, Do-Jin Kim, SooTaek Uh, Young Hoon Kim, Hun Gyu Whang, Gun Il Lim, Choon-Sik Park, Effects of Smoking Cessation on Airflow Obstruction and Quality of Life in Asthmatic Smokers, Allergy Asthma Immunol Res. 2010 October;2(4):254-259.
 21. Trofor A., Mihaltan F., Mihaicuta S., Pop M., Todea D et.al., Romanian Society of Pulmonologists Smoking Cessation and Smoker's Assistance Guidelines (GREFA), 2nd ed. – Tehnopress Iași, 2010, www.srp.ro.
 22. Tobacco use in relation to COPD and asthma M.N. Hylkema et al Eur Respir J. 2007;29:438–445.
 23. Achieving asthma control in practice: Understanding the reasons for poor control. Respiratory Medicine. 2008;102:1681-1693.
 24. Chiang YC, Lin YM, Lee JA, Lee CN, Chen HY., Tobacco consumption is a reversible risk factor associated with reduced successful treatment outcomes of anti-tuberculosis therapy, Int. J. Inf. Dis. 2012;16(2);e130-5.
 25. Bissell K., Fraser T., Chiang C-Y, Enarson D.A., Smoking Cessation and Smokefree Environments for Tuberculosis Patients, Paris, France: international Union Against Tuberculosis and Lung Disease, 2010. ISBN: 978-2-914365-81-9.
 26. Awaisu A., Mohamed M.H.N., Noord N.M., Muttalif A.R., Aziz N.A., Sulaiman S.A.S., Mahayiddin A.A. Impact of connecting tuberculosis directly observed therapy short-course with smoking cessation on health-related quality of life. Tobacco Induced Diseases 2012;10:2.
 27. Nayan S., Gupta M.K., Sommer D.D., Evaluating Smoking Cessation Interventions and Cessation Rates in Cancer Patients: an updated Systematic Review and Meta-Analysis, Otolaryngol Head Neck Surg. 2013;149(2):200-11.
 28. Cataldo J.K., Dubey S., Prochaska J.J. Smoking Cessation: An Integral Part of Lung Cancer Treatment Oncology 2010;78:289-301.
 29. de Bruin-Visser J.C., Ackerstaff H., Rehorst H., Rete V.P., Hilgers F.J.M., Integration of a smoking cessation program in the treatment protocol for patients with head and neck and lung cancer, Eur Arch Otorhinolaryngol. 2012;269:659–665.
 30. Piper M., Smith S.S., Schlam T.R., Fleming M.F., Bittrich A.A., Brown J.L., Leitzke C.J., Zehner M.E., Fiore M.C., Baker T.B., Psychiatric Disorders in Smokers Seeking Treatment for Tobacco dependence: Relations with Tobacco dependence and Cessation J Consult Clin Psychol. 2010;78(1):13.
 31. Banham L, Gilbody S. Smoking cessation in severe mental illness: what works? Addiction. 2010;105(7):1176-89.
 32. Change in mental health after smoking cessation: systematic review and meta-analysis. Taylor G, McNeill A, Girling A, Farley A, Lindson-Hawley N, Aveyard P. BMJ. 2014 Feb 13;348:g1151. doi: 10.1136/bmj.g1151. Review. Erratum in: BMJ. 2014;348:g2216.
 33. Prochaska J.J. Quitting smoking is associated with long term improvements in mood. BMJ. 2014 Feb 17;348:g1562. doi: 10.1136/bmj.g1562.
 34. van der Meer RM, Willemsen MC, Smit F, Cuijpers P. Smoking cessation interventions for smokers with current or past depression.

Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 8. Art. No.: CD006102. DOI: 10.1002/14651858.CD006102.pub2.

35. Molina-Linde JM. Effectiveness of smoking cessation programs for seriously mentally ill. *Actas Esp Psiquiatr.* 2011;39(2):106-14.
36. Allen MH, Debanné M, Lazignac C, Adam E, Dickinson LM, Damsa C. Effect of nicotine replacement therapy on agitation in smokers with schizophrenia: a double-blind, randomized, placebo-controlled study. *Am J Psychiatry.* 2011;168(4):395-9.
37. Tsoi DT, Porwal M, Webster AC. Interventions for smoking cessation and reduction in individuals with schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 2. Art. No.: CD007253. DOI: 10.1002/14651858.CD007253.pub3.
38. Liu ME, Tsai SJ, Jeang SY, Peng SL, Wu SL, Chen MC, Tsai YL, Yang ST., Varenicline prevents affective and cognitive exacerbation during smoking abstinence in male patients with schizophrenia, *Psychiatry Res.* 2011;190(1):79-84.
39. Steinberg MB, Bover MT, Richardson DL, Schmelzer AC, Williams JM, Foulds J. Abstinence and psychological distress in co-morbid smokers using various pharmacotherapies. *Drug Alcohol Depend.* 2011;114(1):77-81.
40. Ebbert J.O., Wyatt K.D., Zirkazadeh A., Burke M.V., Hays J.T. Clinical utility of Varenicline for smokers with medical and psychiatric comorbidity, *International Journal of COPD*, 2009;4:421-430.
41. Dunn K.E., Kathryn A. Saulsgiver K.A., Sigmon S.C., Contingency management for behavior change: Applications to promote brief smoking cessation among opioid-maintained patients, *Exp Clin Psychopharmacol.* 2011;19(1):20-30. doi:10.1037/a0022039
42. Sonne S.C., Nunes E.V., Jiang H., Tyson C., Rotrosen J., Reid M., The Relationship Between Depression and Smoking Cessation Outcomes in Treatment-Seeking Substance Abusers, *Am J Addict.* 2010;19(2):111-118.
43. Pool ERM, Dogar O, Lindsay RP, Weatherburn P, Siddiqi K. Interventions for tobacco use cessation in people living with HIV and AIDS. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016, Issue 6. Art. No.: CD011120. DOI: 10.1002/14651858.CD011120.pub2.

4.8.4. პოსტ მოწყვეტის შეწყვეტის შედეგად წონის მომატების მიდგომის რეკომენდაციები

უმეტესობა მწევრებისა, ვინც თავს ანებებს მოწევას, ცვალებადიმატებს წონაში 5 კგ-ს ქვემოთ, მაგრამმათგან 10% შეუძლია მოიმატოს 15კგ-ზე მეტი. მიუხედავად ამისა, მოწვეის შეწყვეტასთან დაკავშირებული წონის მომატება უმნიშვნელო საფრთხეა ჯანმრთელობისათვის, მოწვეის გაგრძელებასთან დაკავშირებულ რისკებთან შედარებით.¹

წონის მომატების ტენდენცია უფრო მაღალია ქალებში,

ვიდრე მამაკაცებში, შავკანიან ადამიანებში, მიუხედავად მათი სქესისა, 55 წელზე უფროს სუბიექტებში და მძიმე მწევრებში.

მოზარდები, თუ მანამდე არიან დაკავებული სხეულის წონით, იწყებენ მოწევას უფრო ხშირად.⁵ ამიტომ, აუცილებელია მოხდეს ჯანმრთელი მეთოდების ხელშეწყობა წონის შესანარჩუნებლად და გამოირიცხოს თამბაქოს გამოყენების ცნება, როგორც წონის კონტროლის მეთოდი მწევრ მოზარდებში. მოზარდები უნდა დარწმუნდნენ, რომ არსებობს სხვა გზები წონის დასაკლებად, რაც უფრო ეფექტური და ჯანმრთელია, და ეს მესიჯები უნდა იყოს ჩართული საგანმანათლებლო კურიკულუმში, განსაკუთრებით როცა ხდება მოწვეის თავის დაწების განხილვა.²

ლუკინე და სხვ. მიერ წარმოდგენილმა მონაცემებმა უჩვენა, რომ წონაზე მზრუნველმა ქალებმა, რომელთაც მიიღეს კომბინირებული CONCERN (CBT კოგნიტიურ-ქცევითი თერაპია მოწვეასთან დაკავშირებულ წონის შემცირებასთან და ბუპროპიონი სრ), უმეტესად შეინარჩუნეს თავშეკავება ექვს თვეზე (34% 21 % შედარებით სტანდარტულ CBT და ბუპროპიონი 11.5% საპირისპიროდ CONCERN და პლაცებოსთან). ეს ეფექტი არ იყო დაკავშირებული პოსტ-შეწყვეტის წონის მომატების განსხვავებებთან ან ცვლილებებთან წონის საკითხებში.³ ნიკოტინის ჩანაცვლების თერაპია და ბუპროპიონი არის ეფექტური მოწვეის შეწყვეტის შემდგომი წონის აკრების შეზღუდვისათვის. ორ მოწვეის შეწყვეტის კვლევაში ვარენიკლინით ბუპროპიონთან და პლაცებოსთან შედარებით, წონის მომატება მე-12 კვირაზე ვარენიკლინით ნამკურნალებ ჯგუფში იყო უფრო დაბალი (3 კგ ნაკლები).¹

წონის მომატება წარმოქმნილია კალორიების მიწოდების მომატებით და მეტაბოლიზმის თანაფარდობის შემცირებით. მეტაბოლური მექანიზმის ჩართვის შესახებ ხელმისაწვდომი მონაცემები ვარაუდობს, რომ მწევრები მოიმატებენ წონაში თავის დაწების მცდელობის დროს, მიუხედავადიმისა, აიწვეათუარაკალორიებისმიწოდება.⁵ პაციენტი ინფორმირებული და მომზადებული უნდა იყოს წონის მომატების შესაძლებლობის შესახებ და უნდა შეეთავაზოს წონის კონტროლში მხარდაჭერა, ჯანსაღი

ცხოვრების წესის მიღებით მისი წახალისებით, საშუალო ფიზიკური სავარჯიშოების გასაკეთებლად, ჯანსაღი საკვების მოხმარებით, როგორიცაა ხილი და ბოსტნეული, კარგად ძილით და ალკოჰოლის შეზღუდული მოხმარებით. 45 წუთიანი სავარჯიშო პროგრამა, სამჯერ კვირაში, ზრდის ხანგრძლივადიან მოწვევის თავის შეკავებას ქალებში და ზღუდავს წონის გადაჭარბებას, თუ ასევე ეს კომბინირებული იქნება კოგნიტურ- ქცევით პროგრამებთან. წონის მომატება მინიმალურია, თუ მოწვევისგან თავის შეკავება ასოცირებულია გაზრდილ ფიზიკურ აქტივობასთან.⁴

პერსონალიზირებული წონის მენეჯმენტის მხარდაჭერა შეიძლება ეფექტური იყოს და შესაძლოა არ შეამცირებს თავშეკავებას, მაგრამ არ არსებობს საკმარისი მონაცემები, რომ დარწმუნებული ვიყოთ ამის შესახებ. ერთმა კვლევამ აჩვენა, რომ ძალიან დაბალი კალორიების დიეტამ გაზარდა თავის შეკავება, მაგრამ არ მოახდინა წონის მატების პრევენცია ხანგრძლივადიანად. კოგნიტურ- ქცევითი თერაპია წონის მომატების მიღებით არ ზღუდავს პოსტ-შეწყვეტის შემდგომ წონის მომატებას და შეიძლება არ შეუწყოს ხელი თავშეკავებას ხანგრძლივი ვადით. სავარჯიშოების ჩარევები მნიშვნელოვნად ამცირებს წონას ხანგრძლივი ვადით, მაგრამ არა ხანმოკლე ვადით. მეტი კვლევაა საჭირო, რომ ნათელი მოეფინოს, ეს ეფექტია მკურნალობის თუ შემთხვევითობის. ბუპროპიონი, ფლუოქსეტინი, NRT და ვარენიკლინი ამცირებს პოსტ-შეწყვეტის წონის მომატებას მედიკამენტების გამოყენების დროს. მიუხედავად იმისა, რომ ეს ეფექტი არ ყოფილა შენარჩუნებული მოწვევის შეწყვეტის შემდეგ ერთი წელი, მტკიცებულება არასაკმარისია, რათა გამოირიცხოს საშუალო ხანგრძლივადიანი ეფექტი. მონაცემები არ არის საკმარისი იმისათვის, რომ გაკეთდეს მკაცრი კლინიკური რეკომენდაციები ეფექტური პროგრამისათვის წონის მომატების პრევენციისათვის მოწვევის შეწყვეტის შემდეგ.⁵ ნიკოტინის ჩანაცვლება - კერძოდ, 4 მგ ნიკოტინის სალუკი რეზინი და 4 მგ ნიკოტინის ტაბლეტი - გამოჩნდა, რომ ეფექტურია შეწყვეტის შემდგომი წონის მატების გადადებაში. უფრო მეტიც, აღმოჩნდა, რომ არის დოზირებაზე რეაგირებადი კავშირი სალუკ რეზინსა და წონის ჩამნშობებს შორის (მაგ. რაც მეტია რეზინის

მოხმარება, მით ნაკლებია წონის მომატება). ბუპროპიონი სრ ასევე აღმოჩნდა ეფექტური მოწვევის შეწყვეტის შემდგომი წონის მომატების გადადებაში. მიუხედავად ამისა, თუ ერთხელ იქნა შეწყვეტილი ნიკოტინის სალუკი რეზინი ან ბუპროპიონი სრ თერაპია, თავის დამნებელი მწვევლი იკრებს წონის საშუალო რაოდენობას, რაც იგივეა, თუ ის არ მიიღებდა ამ მედიკამენტებს.

რეკომენდაციები

- იმ მწვევლებს შორის, ვინც შემფოთებულია წონის შესაძლო მომატებასთან დაკავშირებით მოწვევის შეწყვეტის შემდეგ, რეკომენდირებულია გამოიყენონ ვარენიკლინი, ბუპროპიონი ან ნიკოტინის სალუკი რეზინი, რათა შეიზღუდოს შესაძლო თავის დანებების შემდგომი წონის გადაჭარბება (B მტკიცებულების დონე)
- კალორიების მიღების მონიტორინგი და კალორიების გაზრდილი გავრცელება რეკომენდირებული წონის მომატების დასარეგულირებლად.

გამოყენებული ლიტერატურა

1. Trofor A., Mihaltan F., Mihaicuta S., Pop M., Todea D et.al., Romanian Society of Pulmonologists Smoking Cessation and Smoker's Assistance Guidelines (GREFA), 2-nd ed. – Tehnopress Iasi, 2010, www.srp.ro.
2. Cavallo D.A. <http://pediatrics.aappublications.org/content/126/1/e66.long> - aff-1, Smith A.E., Schepis T.S., Desai R., Potenza M.N., Krishnan-Sarin S., Smoking Expectancies, Weight Concerns, and Dietary Behaviors in Adolescence, Pediatrics 2010;126:e166-e72.
3. Levine M.D., Perkins K.A., Kalarchian M.A., Yu Cheng, Houck P.R., Slane J.D., Marcus M.D., Bupropion and Cognitive Behavioral Therapy for Weight-Concerned Women Smokers, Arch Intern Med. 2010 March 22;170(6):543-550. doi:10.1001/archinternmed.2010.33
4. Marcus BH, Lewis BA, Hogan J, et al. The efficacy of moderate intensity exercise as an aid for smoking cessation in women: a randomized controlled trial. Nicotine Tob Res 2005;7:871-80.
5. Farley AC, Hajek P, Lycett D, Aveyard P. Interventions for preventing weight gain after smoking cessation, Cochrane Database Systematic Review, 2012, Issue 1. Art. No.:CD006219. DOI: 10.1002/14651858.

ნაწილი მეორე | თავი 5

კვლევა და მეცნიერული
რეკომენდაციები მოწვევის შეწყვეტის
შესაფასებლად

*“თამბაქოს მოწვევის შეწყვეტის სტრატეგიებმა უნდა
გაზარდოს შეწყვეტის მაჩვენებელი და წინ აღუდგეს
პაციენტის მხრიდან მოწვევაზე უკან დაბრუნებას”.*



5.0 კვლევა და მეცნიერული რეკომენდაციები მოწვევის შეწყვეტის შესაფასებლად

5.1 მოწვევის შეწყვეტაში კლინიკური კვლევის კრიტერიუმი

მოწვევის შეწყვეტის მკურნალობა ახლა ინტეგრირებულია მრავალ ჯანდაცვის სისტემაში და მნიშვნელოვანი კვლევითი ძალისხმევა მიმდინარეობს ამჟამინდელი წარმატების მაჩვენებლის გასაუმჯობესებლად. ამ დრომდე, შედეგები რანდომიზირებული კლინიკური კვლევებიდან დაფიქსირებულ იქნა სხვადასხვა გზით, რაც იწვევს ინტერპრეტაციის პრობლემებს. ვესტმა და სხვ. წამოაყენეს ექვსი სტანდარტული კრიტერიული, რომელიც მოიცავდა რასელის სტანდარტებს (RS).¹ ეს კრიტერიუმები შეესაბამება შეწყვეტის კვლევებს, სადაც მონაწილეებმა განსაზღვრეს სამიზნედ თავის დანებების დღე და არის პირდაპირი კონტაქტი მკვლევართან ან სამედიცინო პერსონალთან. ეს კრიტერიუმებია: (1) დაკვირვების პერიოდი ექვს თვეზე (RS6) ან 12 თვეზე (RS12) სამიზნე თავის დანებების თარიღიდან ან წინასწარ განსაზღვრული პერიოდის დასასრულიდან; (2) თვით ანგარიში მოწვევის თავშეკავებაზე მთლიან დაკვირვების პერიოდზე, სადაც ნებადართულია ხუთ სიგარეტამდე დღეში მთლიანად; (3) თავის შეკავების ბიოქიმიური დადასტურება დაკვირვების პერიოდის მე-6 ან 12 თვეს მაინც; (4) "მკურნალობის სურვილის" მიდგომის გამოყენება, სადაც მონაცემები ყველარანდომიზირებული მწვეკელისაგან ჩართულია ანალიზში, მათი სიკვდილის ან მიუწვდომელი მისამართის გამოკლებით (ამ ანალიზში ჩართული მონაწილეები ითვლებიან მწვეკელებად, თუ მათი მწვეკელის სტატუსი საბოლოო დაკვირვების პერიოდის ვიზიტისას შეუძლებელია განისაზღვროს); (5) "პროტოკოლის დამრღვევის" დაკვირვების პერიოდი და მათი ნამდვილი მოწვევის სტატუსის გამოყენება ანალიზში; და (6) დაკვირვების პერიოდის მონაცემების შეგროვება კვლევის ჯგუფში მწვეკელების ბრმა გადანაწილება.

მეცნიერული შრომისათვის თამბაქოს თავის შეკავების შეფასებისათვის კრიტერიუმების შეჯამება:¹

- **თავშეკავების ხანგრძლივობა:** მისასაღებელია, რომ მიღწეული თავშეკავების დამტკიცების კრიტერიუმის დროის მონაკვეთად მინიმუმ 6 თვეა დადგენილი თარიღიდან და მოწვევის შეწყვეტის აქტიური მიღწევისათვის.
- **თავშეკავების განსაზღვრა:** პაციენტი, რომელმაც დააფიქსირა <7 სიგარეტის მოხმარება ექვს თვეში მას შემდეგ, რაც მან შეწყვიტა მოწვევა, ამოსუნთქულ ჰაერში კარბონ მონოქსიდის ტესტის უარყოფით შედეგებთან ერთად. უნდა გაკეთდეს ა განსხვავება სამედიცინო ვიზიტის მომენტში თავშეკავების მომენტს (თავშეკავების პიკი) და განგრძობით თავშეკავებას შორის, რაც მისაღებია სერიული ვიზიტების მანძილზე 6-12 თვის დაკვირვების პერიოდში.
- **თავშეკავების ბიო-ქიმიური დადასტურება:** რეკომენდირებულია განისაზღვროს კარბონის მონოქსიდის კონცენტრაცია ამოსუნთქულ ჰაერში ყოველი ვიზიტისას; ეს სავალდებულოა მკურნალობის დასასრულს ვიზიტისას.
- **მკურნალობის სურვილის ანალიზი:** თავშეკავების თანაფარდობა განსაზღვრულია ყველა სუბიექტის გათვალისწინებით, ვინც მკურნალობა მიიღო, გაიარა მთლიანი მკურნალობა და დაესწრო დაკვირვების პერიოდის ყველა ვიზიტს. ის პაციენტები, ვინც დაიკარგა დაკვირვების პერიოდში (სახლის მისამართის, ტელეფონის ნომრის შეცვლით და სხვ.) უნდა განიხილებოდეს, როგორც კვლავ აქტიურ მწვეკელებად, ინახებიან რა მოწვევის შეწყვეტის ცენტრალურ მონაცემთა ბაზაში.
- **პროტოკოლის დამრღვევები:** თავშეკავების დადასტურების 1-4 კრიტერიუმების შესაბამისად, მხოლოდ თუ პაციენტი მიყვა სწორ მკურნალობას

- სტანდარტული დოზირებით, არ ამატებენ სხვა თერაპიებს თერაპიულ სქემაში თვითნებურად, და ესწრებიან ყველა დაკვირვების პერიოდის ვიზიტს, მოწვევის სტატუსის ბიოქიმიური დადასტურებით.

- **ღაბრმავება:** მონაცემთა შეგროვება უნდა გაკეთდეს ორმაგად-ბრმა მეთოდით, როცა შესაძლებელია.

5.2 თამბაქოზე დამოკიდებულების თერაპიების ღირებულებითი ეფექტურობა

თამბაქოს კონტროლი მიზნად ისახავს უზრუნველყოფას, რომ ადამიანებმა შეძლონ ისუნთქონ თამბაქოსგან თავისუფალი, ჯანსაღი ჰაერი საზოგადოებრივ ადგილებში მოწვევის აკრძალვით. მოწვევის შეწყვეტა, ერთ-ერთი ძირითადი კომპონენტი თამბაქოს კონტროლისა, ამცირებს მრავალ ჯანმრთელობის პრობლემას მწვეკვლებისათვის თავის დანებებაში დახმარებით. არსებობს კვლევების ფართე ნაირსახეობა, რომლებიც უჩვენებს მოწვევის შეწყვეტის ჩარევის ეფექტურობას. არსებობს ასევე საკმარისი ლიტერატურა მოწვევის შეწყვეტის ღირებულებით ეფექტურობაზე, რომელიც დაფუძნებულია მრავალ ქვეყანაში ჩატარებულ გამოკითხვებზე. ადრინდელმა კვლევებმა გამოიკვლია ბუპროპიონის და ნიკოტინის ჩანაცვლების თერაპიები. ერთმა ადრინდელმა კვლევამ მოწვევის შეწყვეტის ინტერვენციის ეკონომიკურ ეფექტურობაზე, დაადგინა, რომ შედარებით სხვა პრევენციულ ჩარევებთან, მოწვევის შეწყვეტა იყო ექსტრემალურად ეკონომიკურად ეფექტური.² კვლევა შექმნილი იყო პირველადი მკურნალობის ექიმებისათვის გამოეკვლიათ ყველა ზრდასრული მწვეკელი და გაეზარდათ მოტივაცია მათში მოწვევის თავის დანებების მხრივ ვიზიტების დროს. მხოლოდ კონსულტაციები და NRT იყო გამოყენებული შეწყვეტის ჩარევისათვის. საშუალო ღირებულება დათვლილი იყო 3779 აშშ დოლარი თითო თავის დამნებებლისათვის, 2587 აშშ თითო წელიწადში დაზოგილი იქნა და აგრეთვე, ყოველ QALY-ზე დაზოგილი იქნა 1915 აშშ დოლარი.

მიოკარდიული ინფარქტების რუტინულ სტრატეგიებთან შედარებით, მოწვევის შეწყვეტის ინტერვენცია აღმოჩენილი იქნა უფრო ღირებულეობითად ეფექტური. 10 000 ფუნტი სტერლინგზე მეტია საჭირო ერთ წელიწადში მიოკარდიული ინფარქტის მედიკამენტებით პრიველადი პრევენციისათვის, როგორცაა სიმვასტატინი ან პრავასტატინი, მაშინ როცა, მოწვევის შეწყვეტის ჩარევა, მოკლე რჩევის და NRT ჩართვით, შეიძლება ღირდეს მხოლოდ რამდენიმე ასეულიდან ერთ ათასამდე ფუნტი სტერლინგი.^{3,4}

2003 წელს შვეიცარიაში ჩატარებულმა კვლევამ აჩვენა დაწყების დაწყებულებებში აღმოაჩინა, რომ ბუპროპიონი და ნიკოტინის პლასტიკი ორივე ეკონომიურად ეფექტური იყო. კვლევა ჩატარდა მძიმე მწვეკვლების ორ კოორტაში; ერთი ჯგუფი იღებდა მხოლოდ კონსულტაციებს, მეორე ჯგუფი იღებდა დამატებით ფარმაკოთერაპიას. კვლევის ბოლოს, ბუპროპიონი და პლასტიკი აღმოჩნდა ყველაზე ეკონომიურად ეფექტური მკურნალობა, რასაც მოყვებოდა, სპრეი, ინჰალატორი და სალუჭი რეზინი.⁵ ვარენიკლინის წარდგენის შემდეგ, ეს მედიკამენტი ასევე შეფასებულ იქნა და აღმოჩნდა ეკონომიურად ეფექტური.

მოწვევის ღირებულება დათვლილი იქნა 193 მილიარდი აშშ დოლარის ოდენობით აშშ-ში ყოველწლიურად, 97 მილიარდი აშშ დოლარის პროდუქტიულობის დაკარგვის და 96 მილიარდი მოწვევასთან დაკავშირებული ჯანმრთელობის დაცვის ხარჯების ჩათვლით.⁶ მოწვევის პირდაპირი ღირებულება დიდ ბრიტანეთში იყო 5.2 მილიარდი⁷, და ევროკავშირის წევრი ქვეყნების პირდაპირი და არაპირდაპირი ღირებულებები შეფასებული იქნა 97.7 მილიარდ ევროსა და 130.3 მილიარდ ევროს შორის ყოველწლიურად.⁸

სამუშაო ადგილზე დაფუძნებული მოწვევის შეწყვეტის ინტერვენციებში, თორმეტი თვის ღირებულების დანახოვი დათვლილი იყო 541 აშშ დოლარის ოდენობით ვარენიკლინისათვის, 151 აშშ დოლარის ოდენობით ბუპროპიონისა და 82 აშშ აშშ დოლარის ოდენობით მოკლე კონსულტაციებისათვის.^{9,10}

აშშ-ში ჩატარებულმა მეტა-ანალიზმა დაასკვნა, რომ მოწვევის შეწყვეტის კონსულტაციები მხარდაჭერის

კანტაქტით არის პოტენციურად ეკონომიურად ეფექტური და შეუძლია შეამციროს მოწვევის ინციდენტი და მასთან ასოცირებული ჯანმრთელობის გვერდითი მოვლენები და სოციალური დანახარჯი.¹¹ რანდომიზირებული კვლევების მეტა-ანალიზიდან მონაცემების გამოყენებით, მკვლევარებმა შექმნეს ჰიპოთეტური კოჰორტი აშშ-ში მწველებიდან, ვინც ჰოსპიტალიზირებული იყო მძიმე მიოკარდიული ინფარქტით და შეაფასეს ეკონომიური ეფექტურობა მოწვევის შეწყვეტის კონსულტაციებისა და კვირვების პერიოდში მხარდასაჭერი კონტაქტის შერწყმით. მისი ღირებულებითი ეფექტურობა იყო 540 აშშ დოლარი თითო თავის დამნებებელ მწველზე პროგრამის ღირებულებიდან, 44350 აშშ დოლარი ერთ წელიწადში დაიზოგა და 5050 აშშ დოლარი QALY-ზე დაიზოგა, როცა გათვალისწინებულია ყველა ჯანმრთელობის დაცვის ხარჯი.¹¹

მოწვევა არის ყველაზე მნიშვნელოვანი რისკ ფაქტორი განვითარებისათვის და ასევე COPD-ის კლინიკური კურსი. მაშასადამე, მოწვევის შეწყვეტა არის განსაკუთრებით მნიშვნელოვანი ამ ჯგუფში. ნიდერლანდებში ჩატარებულმა ორმა კვლევამ აჩვენა, რომ მოწვევის შეწყვეტა იყო ეკონომიურად ეფექტური COPD-ით პაციენტებს შორის. ცხრა რანდომიზირებულ კონტროლირებადი კვლევის სისტემატიურ მიმოხილვაში მოწვევის შეწყვეტის ინტერვენციაზე პაციენტებში COPD-ით, აღმოჩენილი იქნა, რომ საშუალო 12 თვიანი განცდებითი თავშეკავების მაჩვენებელი დაანგარიშებული იქნა როგორც 1.4% ჩვეულებრივი მკურნალობისათვის, 2.6% მონიმალური კონსულტაციებისათვის, 6.0% ინტენსიური კონსულტაციებისათვის და 12.3% ფარმაკოთერაპიისათვის. ჩვეულებრივ მკურნალობასთან შედარებით, ღირებულება თითო ხარისხის-დამადასტურებელი ცხოვრების წელიწადისათვის მიღწეული მინიმალური კონსულტაციებისათვის, ინტენსიური კონსულტაციებისათვის და ფარმაკოთერაპიისათვის იყო 16,900 ევრო, 8200 ევრო და 2400 ევრო შესაბამისად.¹² სხვა კვლევა შექმნილი იყო მაღალი ინტენსივობის მოწვევის შეწყვეტის პროგრამის ეკონომიური ეფექტურობის განსაზღვრავად (მოწვევის შეწყვეტის თერაპია; SST), საპირისპიროს საშუალო

ინტენსივობის მკურნალობასთან (მინიმალური ინტერვენციის სტრატეგია ფილტვის პაციენტებისათვის - LMIS) ქრონიკული ფილტივის დაავადების პაციენტებისათვის. კვლევის ბოლოს, აღმოჩენილი იქნა, რომ ჯანმრთელობის დაცვის ღირებულება მოწვევის შეწყვეტის ტერაპიისათვის, მოწვევის შეწყვეტის თერაპიის ღირებულების ჩათვლით იყო 581 ევრო, საპირისპირო 595 ევროსა მინიმალური ჩარევის სტრატეგიისა ფილტვის დაავადების პაციენტებში. მოწვევის შეწყვეტის თერაპია დაკავშირებული იყო აგრეთვე გამწვავების დაბალ საშუალო რიცხვთან (0.38 -0.60 შედარებით) და ჰოსპიტალიზაციის დღეებთან (0.39 1-ის წინააღმდეგ) თითო პაციენტის მიხედვით და მაღალი რაოდენობა მოწვევის თავის დამნებებლებში (20 9-სთან შედარებით) უფრო დაბალ მთლიან ღირებულებასთან. ეს იწვევს მოწვევის შეწყვეტის თერაპიის დომინირებას ფილტვის პაციენტების მინიმალური ჩარევის სტრატეგიებთან შედარებით.¹³

მასაჩუსეტში, აშშ-ში ჩატარებულ კვლევაში აღმოჩენილი იქნა, რომ საყოველთაო მოწვევის შეწყვეტის სერვისები შედეგად იძლევა მნიშვნელოვან დანახოგებს სამედიცინო პროგრამებისათვის. საყოველთაო მოწვევის შეწყვეტის სერვისები, ფარმაკოთერაპიის, კონსულტაციების ჩართვით აღწევდა დაახლოებით 183 აშშ დოლარს თითო პროგრამის მონაწილისათვის 2010 წელს და შეფასებული დანახოგები თითო პაციენტზე იყო 571 აშშ დოლარი. აღმოჩენებმა უჩვენა, რომ ყოველი 1 აშშ ღირებულება პროგრამაში დაკავშირებული იყო 3,12 აშშ დოლართან სამედიცინო დანახოგებში.^{14,15}

ახლანდელ ეკონომიურ შეფასებაში კანტორმა და სხვ. (2015) აღმოაჩინეს, რომ ექიმების და ფარმაცევტების ტრენინგი მოწვევის შეწყვეტაში არის მაღალი ეკონომიურად ეფექტური მეთოდი თავის დანებების მხარდასაჭერად თემში.¹⁶

გამოყენებული ლიტერატურა

1. West R., Hajek P., Stead L., Stapleton J. Outcome criteria in smoking cessation trials: proposal for a common standard. *Addiction*. 2005;100(3):299-303.

2. Cromwell J., Bartosch WJ., Fiore MC., Hasselblad V., Baker T. Cost-effectiveness of the Clinical Practice Recommendations in the AHCPR Guideline for Smoking Cessation. JAMA. 1997;278(21):1759-1766.
3. Johansson M., Jönsson B., Kjekshus J., Olsson AG., Pedersen TR., Wedel H. Cost effectiveness of simvastatin treatment to lower cholesterol levels in patients with coronary heart disease. Scandinavian Simvastatin Survival Study Group. N Engl J Med. 1997;336(5):332-6.
4. Caro J., Klittich W., McGuire A., Ford I., Norrie J., Pettitt D., McMurray J., Shepherd J. Economic benefit of primary prevention with Pravastatin. BMJ, 1997;315(7122):1577-82.
5. Cornuz J., Pinget C., Gilbert A., Paccaud F. Cost-effectiveness analysis of the first-line therapies for nicotine dependence. Eur J Clin Pharmacol. 2003 Jul;59(3):201-6.
6. Armour BS, Finkelstein EA, Fiebelkorn IC. State-level Medicaid expenditures attributable to smoking. Prev Chronic Dis 2009;6(3):1-10.
7. Allender S, Balakrishnan R, Scarborough P, et al. The burden of smoking-related ill health in the UK. Tob Control 2009;18(4):262-7.
8. World Health Organization. The European tobacco control report 2007 [online]. Available from URL: <http://www.euro.who.int/document/e89842.pdf> [Accessed 2015 Apr 10].
9. Jackson KC. 2nd, Nahooip R., Said Q., et al. An employer based cost-benefit analysis of a novel pharmacotherapy agent for smoking cessation. J Occup Environ Med 2007;49(4):453-60.
10. Keating GM., Katherine A., Lyseng-Williamson KAL. Varenicline: A Pharmacoeconomic Review of its Use as an Aid to Smoking Cessation, Pharmacoeconomics 2010;28(3):231-254.
11. Ladapo JA, Jaffer FA., Weinstein MC., Froelicher ES. Projected Cost-effectiveness of Smoking Cessation Interventions in Patients Hospitalized With Myocardial Infarction, Arch Intern Med. 2011;171(1):39-45.
12. Hoogendoorn M, Feenstra TL, Hoogenveen RT. Rutten-van Mölken MPMH., Long-term effectiveness and cost-effectiveness of smoking cessation interventions in patients with COPD, Thorax 2010;65:711-718.
13. Christenhusz LC, Prenger R, Pieterse ME, Seydel ER, and van der Palen J. Cost-effectiveness of an Intensive Smoking Cessation Intervention for COPD Outpatients. Nicotine Tob Res. 2012;14(6):657-63.
14. Richard P., West K., Ku L. The Return on Investment of a Medicaid Tobacco Cessation Program in Massachusetts. PLoS ONE 2012;7(1):e29665.doi:10.1371/journal.pone.0029665
15. Ferketich AK1, Pennell M, Seiber EE, Wang L, Farietta T, Jin Y, Wewers ME. Provider-delivered tobacco dependence treatment to Medicaid smokers. Nicotine Tob Res. 2014;16(6):786-93.
16. Cantor SB., Deshmukh AA., Luca NS., Nogueras-González GM., Rajan T., Prokhorov AV. Cost-effectiveness analysis of smoking-cessation counseling training for physicians and pharmacists. Addict Behav. 2015 Jun;45:79-86.

5.3 რეკომენდაციები მოწვევის შეწყვეტის სახელმძღვანელოს განხორციელების შესახებ

კარგი სახელმძღვანელო ნამდვილად სასარგებლოა მხოლოდ იმ შემთხვევაში, თუ ის გავრცელებული და განხორციელებულია სამიზნე პოპულაციაში, საუკეთესო სტანდარტების მიხედვით. ყველაზე სარწმუნო მაგალითი ევროპაში, რომელიც ახდენს ამის ილუსტრირებას არის მოწვევის შეწყვეტის სერვისები დიდ ბრიტანეთში. კარგი სახელმძღვანელოს განხორციელების ალგორითმების განვითარებით, მოწვევის შეწყვეტის სახელმძღვანელოები გარდაიქმნა ღირებულ საშუალებად პროფესიონალების ყველა კატეგორიისათვის, ვინც ჩართული იყო მწვევლების დასახმარებლად. ამგვარად, სახელმძღვანელოს შეუძლია დაეხმაროს ეროვნულ ორგანიზაციებს გაეცნონ მსოფლიოში აღიარებულ მეცნიერულ და ეროვნულ სამთავრობო სტანდარტებს საზოგადოებრივი ჯანდაცვისათვის, განსაზღვროს ეროვნული და ადგილობრივი ორგანიზაციები საზოგადოებრივი სექტორების შიგნით, რომ შესაბამისობაში იყვნენ სამთავრობო ინდიკატორებთან და მიზნებთან ჯანმრთელობის გასაუმჯობესებლად, შეამცირონ ჯანმრთელობის უთანასწოებრები და ხელი შეუწყონ კეთილდღეობას თემის შიგნით.¹

სახელმძღვანელოები უნდა განხორციელდეს იმისათვის, რომ მიესადაგოს მომსახურებას, რომელიც მიწოდებულია პირველადი და მეორადი დახმარების, ფარმაციის, ადგილობრივი ორგანოების და სამუშაო ადგილების შიგნით, მაგრამ ასევე უნდა მიესადაგოს ტრენინგის ორგანოებს და ჯანმრთელობის პოლიტიკის შემქმნელებს. ამ მიზნის მიღწევის მიზნით, განხორციელების პროცესი საჭიროებს პროექტის ლიდერობის სტრუქტურას და ნაბიჯ-ნაბიჯ მიდგომას, რომ გაკეთდეს შემდგომი:

- უზრუნველყონ, რომ ყველა შესაბამისი ჯგუფი ინფორმირებულია სახელმძღვანელოს პრინციპებს და უზრუნველყოფილები არიან კვებგვერის ხელმისაწვდომობით, ბეჭდვითი მასალით და ა.შ.;
- შესაბამის სპეციალისტთა ჯგუფთან მუშაობით, მოხდეს შედარება მათი ამჟამინდელი აქტივობის

გაიდლაინში შესულ რეკომენდაციებთან;¹

- განისაზღვროს, თუ რომელი ორგანიზაციები/ჰოსპიტალები და სხ. საჭიროებს ცვლილებებს ახლანდელი მუშაობის მეთოდში, რათა მოხდეს სახელმძღვანელო პრინციპებთან შესაბამისობა და გაიმართოს თანამშრომლობა არსებული კავშირებით (როგორიცაა რეგიონალური თამბაქოს კონტროლის კავშირები);
- მოხდეს საკვანძო არეალების განსაზღვრა იმპლემენტაციის დახმარებისათვის, როგორიცაა ადგილობრივი რეფერალური გზების მოწვევის შეწყვეტის ცენტრებთან, მონაწილეების რაოდენობის გაზრდა, ვინც იღებს ტრენინგებს და ფოკუსირება ძნელად მისაღწევ თემებთან;
- შეფასდეს, თუ რამდენი ღირს სახელმძღვანელოს იმპლემენტაცია;
- შეიქმნას მოქმედების გეგმა სახელმძღვანელოს განხორციელებისათვის ადგილობრივი აქტორებისა და სპეციალისტების ერთობლივი მუშაობით.

ეფექტური განხორციელების უზრუნველსაყოფად, ყველა შესაბამისი კომისია, საზოგადოებრივი ჯანდაცვა, ადგილობრივი ორგანოები და ადგილობრივი ორგანიზაციები დაწარმომაღელვები უნდა შეთანხმდნენ მოქმედების გეგმაზე, მაგ. ადგილობრივი არეალის შეთანხმებით. სახელმძღვანელოს განხორციელება უნდა განიხილოს და გაეწიოს მონიტორინგი ყველაზე სარწმუნო საბჭოს მიერ. ასევე, ძალიან მნიშვნელოვანია გაზიარებულ იქნას გამოცდილება სახელმძღვანელოს განხორციელების თაობაზე სხვა ორგანიზაციებთან ერთად სხვადასხვა პროფესიული ან სამეცნიერო ღონისძიებების შიგნით.²

ექსპერიმენტული კვლევით, რომელიც ცდიდა ინტერვენციის გავრცელების ეფექტურობას მოწვევის შეწყვეტის სახელმძღვანელოს განხორციელების გასაუმჯობესებლად დედათა და ბავშვთა კლინიკაში, მანერდმა და სხვ. დააფიქსირა გავრცელების შემდგომი გაუმჯობესება მწვევლთა ქვეპოპულაციაში, რომელთაც მიიღეს რჩევა, თვითდახმრების ბუკლეტები, ვიდეოები, პოსტერები და ჩარევები. მიუხედავად ამისა, ყველაზე

მნიშვნელოვანი ზრდა შემჩნეული იყო მწვევლთა პროპორციაში, ვინც მიიღო როგორც ბუკლეტები, ასევე ჩარევა.³

გამოყენებული ლიტერატურა

1. NICE public health guidance 10: Smoking cessation services in primary care, pharmacies, local authorities and workplaces, particularly for manual working groups, pregnant women and hard to reach communities, 2011. <https://www.nice.org.uk/guidance/ph10/documents/smoking-cessation-services-in-primary-care-pharmacies-local-authorities-and-workplaces-particularly-for-manual-working-groups-pregnant-women-and-hard-to-reach-communities-review-proposal-consultation2>. Accessed April 10, 2015.
2. NICE Public Guidance 10, Smoking Cessation Services: Implementation Advice, 2008. <http://www.nice.org.uk/guidance/PH010>. Accessed April 10, 2015.
3. Manfredi C., Chol Y.I., Warnecke R., Saunders S., Sullivan M., Dissemination strategies to improve implementation of the PHS smoking cessation guideline in MCH public health clinics: experimental evaluation results and contextual factors, Health Educ Res. 2011;26(2):348-360.

5.4 > რეკომენდირებული მეცნიერული ლიტერატურის რესურსები მოწვევის შეწყვეტაზე

1. Hoogendoorn M., Feenstra TL., Hoogenveen RT., Rutten-van Mölken MPMH. Long-term effectiveness and cost-effectiveness of smoking cessation interventions in patients with COPD. Thorax 2010;65:711-718.
2. Hodgson DB., Saini G., Bolton CE., Steiner MC. Thorax in focus: Chronic Obstructive Pulmonary Disease, Thorax 2012;67(2):171-176.
3. Ford ES., Mannino DM., Zhao G., Li C., Croft JB. Changes in Mortality Among US Adults with COPD in Two National Cohorts recruited from 1971-1975 and 1988-1994. Chest 2012;141(1):101-110.
4. Christenhusz LC., Prenger R., Pieterse ME., Seydel ER., van der Palen J. Cost- effectiveness of an Intensive Smoking Cessation Intervention for COPD Outpatients. Nicotine Tob Res. 2012 Jun;14(6):657-63.
5. Decramer M., Sibille Y., Bush A., Carlsen KH., Rabe KF., Clancy L., Turnbull A., Nemery B., Simonds A., Troosters T. The European Union conference on chronic respiratory disease: purpose and conclusions. Eur Respir J 2011;37(4):738-742.
6. Cornuz J., Pinge C., Gilbert A., Paccaud F. Cost-effectiveness analysis of the first-line therapies for nicotine dependence. Eur J Clin Pharmacol. 2003;59(3):201-6.

ნაწილი მეორე | თავი 6

ევროპული სტანდარტები თამბაქოს მოხმარების
შეწყვეტის სერიკების და თამბაქოს შეყვების
ტრეინინგების აკრედიტაციისათვის

*“ჯანდაცვის პროფესიონალების ტრეინინგი არის
საფუძველთა საფუძველი თამბაქოს მოხმარებისა
და დამოკიდებულების სამკურნალოდ”*



ევროპული სტანდარტები თამბაქოს მოხმარების შეწყვეტის სერვისების და თამბაქოს შეყვების ტრეინინგების აკრედიტაციისათვის

ეს თავი აღწერს ჯანმრთელობის ყველა პროფესიონალის ტრეინინგებისათვის სტანდარტებს და სტანდარტებს თამბაქოს შეწყვეტის სერვისებისათვის (სამიზნე პროფესიონალების ჯგუფები, რათა მიაწოდონ მოწვევის შეწყვეტის ჩარევები, ძირითადი სტანდარტები ტრეინინგებისათვის მოწვევის შეწყვეტის მკურნალობისათვის, ავტორიზებული ტრეინინგის ორგანოები და მათი პასუხისმგებლობა შეწყვეტის მიმართ, ტრეინინგის ფორმატი და შეფასება).

კოჰრენის თანამშრომლობის მიერ ჩატარებულმა მოწვევის შეწყვეტის-ტრეინინგ-ჩარევის სისტემატურმა განხილვამ და მეტა-ანალიზმა ჯანმრთელობის პროფესიონალებისათვის, წარმოადგინა მტკიცებულება, რომ ტრეინინგი ასოცირებული იყო დადებით ცვლილებებთან კლინიკურ პრაქტიკაზე.¹

ფართოდაღიარებულია, რომ საჭიროა კარგი მმართველობა ჯანდაცვის სექტორში. ზოგად საზოგადოებრივ, პაციენტების და მესამე მხარის გადამხდელებს სურთ ჰქონდეთ უფრო ობიექტური შეფასება ჯანდაცვის მომსახურების ხარისხზე. ქვეყნები იღებენ განსხვავებულ მიდგომებს, რათა შეინარჩუნონ ხარისხი და გააუმჯობესონ

სტანდარტები. ზოგიერთ ქვეყანაში, პროფესიული ორგანიზაციები და პროვაიდერი ასოციაციები ცდილობენ გამოსცადონ ხარისხის კონტროლი წევრებზე, რათა გააუმჯობესონ ზრუნვის სტანდარტები, ხშირად მთავრობისა თუ საზოგადოების წვლილის გარეშე. სხვა ქვეყნებში, სახელმწიფო ახორციელებს მკაცრ კონტროლს ჯანდაცვის სექტორზე, არ ტოვებს რა თითქმის სივრცეს პროფესიონალების განხილვებისათვის, რაც შედეგად იძლევა თავდაცვით მედიცინაში და არასასურველ მიმართვას მაღალი დონის მკურნალობაზე. გამოწვევაა დაბალანსდეს ჯანმრთელობის პროფესიონალთა, მთავრობის პოლიტიკის შემქმნელთა, საზოგადოების წევრთა და სხვა მონაწილეთა როლი ხარისხის გაძლიერებაში და სტანდარტების დაწესებაში ჯანდაცვის სექტორისათვის.

ხელმისაწვდომი ლიტერატურის განხილვამ გამოავლინა დირექტივების, სახელმძღვანელოების და მტკიცებულებების მრავალი რესურსი, რაც შეიძლება გარდაიქმნას მოთხოვნების კონკრეტულ განაცხადებას ჯანდაცვის სერვისებისათვის ევროპაში (იხ. ცხრილი 6.1) აშშ-სა და ავსტრალიაში დამოუკიდებელმა განხილვებმა

ცხრილი 6.1: ევროპული პრაქტიკის სტანდარტების მიმოხილვა ჯანმრთელობის სერვისებისათვის

ევროპის საბჭო	
რეკომენდაცია (1997) 5	სამედიცინო მონაცემების დაცვა
უსაფრთხო მედიკამენტების პრაქტიკა (P-SPPH/SAFE) 2006	უსაფრთხო მედიკამენტების პრაქტიკა
ResAP რეზოლუცია (2003) 3	კვებითი მკურნალობა პოსპიტალებში
რეკომენდაცია (2000) 5	პაციენტის მონაწილეობა
რეკომენდაცია (2006) 7	პაციენტის უსაფრთხოება
ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია	
WHO-HEN-OBS 2009	ექიმების უნარები

Figure 6.1 Continued

ჰოსპიტალებში ჯანმრთელობის ხელშეწყობის სტანდარტები 2004	ჯანმრთელობის ხელშეწყობა
მსოფლიოს მოსახლეობაში დაავადებებისა და სიკვდილიანობის შემცირების ჩამონათვალი	ქირურგიული უსაფრთხოება
ჰოსპიტალებისათვის მოქმედების შეფასების ჩარჩო : PATH	მოქმედების ინდიკატორები
ევროკომისიის დირექტივები	
დირექტივა 2005/36/EC	პროფესიული კვალიფიკაცია
დირექტივა 1995/46/EC	პერსონალური მონაცემების წარმოება
დირექტივა 2011/24/EU	პაციენტების უფლებები საზღვრებსგარეთ ჯანდაცვაში
ევროკომისიის კვლევა	
პან-ევროპული სტანდარტების განვითარება და ინსპექტირების კრიტერიუმები (EU-სისხლის-ინსპექცია)	სისხლის შემადგენლობა
ევროპის ხარისხის სისტემის ინდიკატორები და მეთოდოლოგიები ორგანოების დონაციაზე (ODEQUS პროექტი)	ორგანოების დონაცია
ევროპელ ბავშვებში ანტიბიოტიკური რეზისტენტობა და დანიშნულება (ARPEC)	ანტიბიოტიკების გამოყენება
ევროპაში მედიკამენტების რაციონალური გამოყენების განვითარება (DRUM Europe)	მედიკამენტების გამოყენება
PROSAFE - პაციენტების უსაფრთხოების და ხარისხის გაუმჯობესების ხელშეწყობა კრიტიკულ მკურნალობაში	კრიტიკული მკურნალობა
ევროპაში პალიატიური მკურნალობის საუკეთესო პრაქტიკის განსაზღვრა (PPP)	პალიატიური მკურნალობა
საერთაშორისო P პროგრამა რესურსების გამოყენებისთვის კრიტიკურ მკურნალობაში (IPOC) - მეთოდოლოგია და ღირებულების საწყისი შედეგები და პირობები ევროპის ოთხ ქვეყანაში	კრიტიკული ზრუნვა
დღიური ოპერაციებით პაციენტების უსაფრთხოების გაუმჯობესება ჰოსპიტალებში (DAYSAFE)	დღიური ოპერაცია
ევროკავშირის ზრუნვისა და მართვის სერვისები მოხუცებისათვის ევროპის კავშირში (CARMEN)	სერვისები მოხუცი ადამიანებისათვის
ევროპაში ემიგრანტებისათვის ჯანმრთელობის სერვისების ხელმისაწვდომობის, ხარისხის და შესაბამისობის საუკეთესო პრაქტიკები (EUGATE)	უმცირესობები
არასამთავრობო ორგანიზაციები	
ევროპის რენიმაციის საბჭოს სახელმძღვანელო 2010	რენიმაცია
ევროპული მედიცინის სპეციალისტების კავშირი (UEMS)	სამედიცინო პრაქტიკის ხარისხი
UEMS დეკლარაცია	განგრძობითი პროფესიონალური განვითარება
პაციენტების უფლებების ევროპული ქარტია www. activecitizenship.net	პაციენტების უფლებები
EACH ქარტია ბავშვებისათვის	პაციენტების უფლებები

Continued

Figure 6.1 Continued

გერონტოლოგიის საერთაშორისო ასოციაცია: ხნიერი ადამიანების სტანდარტების ქარტა	პაციენტების უფლებები
ევროპის რადიოლოგიის საზოგადოება (ESR) რისკ მენეჯმენტი რადიოლოგიაში, 2004	რადიოლოგია
ევროპის ჰოსპიტალური და ჯანდაცვის ფედერაცია (HOPE), 2010 წ, ოქტომბერი	ქრონიკული დაავადებები
CEN	
EN ISO 22970:2006 (POCT) - მოთხოვნები ხარისხისა და კომპეტენციისათვის (ISO 22870:2006)	მანუალური თერაპია
EN 162224:2012 - ჯანდაცვის დებულება მანუალური თერაპიის მიერ	მკურნალობის ტესტირება
WS068001 ჯანმრთელობის ზრუნვის სერვისები - ხარისხის კრიტერიუმი ჯანმრთელობის შემოწმებისათვის	ჯანმრთელობის შემოწმება
00414001 ოსტეოპათური ჯანდაცვის დებულება	ოსტეოპატია
CEN/TC 403 აესტეტური ქირურგიული სერვისები	აესტეტური ქირურგია
ISO 9001 ინტერპრეტაცია ჯანმრთელობის სერვისებისათვის	ხარისხის მართვის სისტემები
ირლანდიის ეროვნული სტანდარტების უფლებამოსილი ორგანოები: ჯანმრთელობის სერვისების აპლიკაცია ISO 9002-ის ჰოსპიტალის გარემოსათვის	
SGS იარსლეი ინტერნეიშნალი დიდ ბრიტანეთში: BS EN ISO 9000	
შვედეთის სტანდარტების ინსტიტუტი, სახელმძღვანელო (CEN/TS 15224)	
DNV ეროვნული ინტეგრირებული აკრედიტაცია ჯანდაცვის ორგანიზაციისათვის - ინტერპრეტაციული სახელმძღვანელო	
CEN/TC 362 ჯანდაცვის სერვისები - ხარისხის მართვის სისტემები	

ხაზი გაუსვა აქტიური თანამშრომლობის საჭიროებას საზოგადოებრივ და კერძო აგენტებში, რათა აღმოფხვრილი იქნას კონფლიქტი მაღლიდან-ქვემოთ რეგულაციებში და ქვევიდან-ზემოთ განვითარებას შორის. თანამშრომლობა საზოგადოებრივ სექტორსა და ნებისმიერ სააკრედიტაციო სააგენტოს შორის მნიშვნელოვანია აკრედიტაციის წარმატებისათვის^{2,3}.

გამოყენებული ლიტერატურა

1. Carson KV., Verbiest MEA., Crone MR., Brinn MP., Esterman AJ., Assendelft WJ., Smith BJ. Training health professionals in smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012, Issue 5. Art. No.: CD000214. DOI: 10.1002/14651858.CD000214.pub2.
2. Toolkit for Accreditation Programmes © 2004: The International

Society for Quality In Health Care, 212 Clarendon Street, East Melbourne, Victoria 3002, Australia.

3. Shaw CD, Jelfs E, Franklin P. Implementing recommendations for safer hospitals in Europe: the SANITAS project. EuroHealth July 2012 (in press)

6.1 მოწვევის შეწყვეტის ექსპერტიზის ტრეინინგის კრიტერიუმის რეკომენდაციები

მწვევლებისათვის თავის დაწებებაში დახმარებასთან დაკავშირებით დისკუსიები უნდა იყოს აუცილებელი თავი სამედიცინო კურიკულუმში. ამ დარგში ჩართული პროფესიონალების ყველა კატეგორიის ტრეინინგი უნდა

მოხდეს სატრენინგო კურსით, რომელიც ჩატარდება ავტორიზებული ექსპერტების მიერ ამ დარგში.

განხილვაში, რომელიც გამოქვეყნდა ნენსი რიგოტი და სხვ. მიერ 2008 წელს, ავტორებმა გამოიტანეს დასკვნები მოწვევის შეწყვეტის ტრენინგების აქტივობების განხილვით სხვადასხვა ქვეყნებში.¹ მონაცემების შეგროვებამ ხაზი გაუსვა მიდგომების და არსებული ტრენინგის აქტივობების ფორმატების ფართე ნაირსახეობას, ისევე როგორც სხვადასხვა დაფინანსების წყაროებს, რომლებიც მხარს უჭერენ ამ ტრენინგის აქტივობებს. ეს ანალიზი განსაკუთრებით ღირებული იყო იმისათვის, რომ ყურადღება მიქცეულიყო სტანდარტებისათვის სპეციალიზირებული ტრენინგების საჭიროებაზე თამბაქოს დამოკიდებულების მკურნალობისათვის საერთაშორისო დონეზე.

მოწვევის შეწყვეტის ტრენინგებისათვის სამიზნე პოპულაცია მოიცავს მოწვევის შეწყვეტის სერვისების მრჩეველებს და თანაკოორდინატორებს: ექიმებს, ექთნებს, ფარმაცევტებს, დენტისტებს, ფსიქოლოგებს ან თავის დანებების ხაზის კონსულტანტებს და სხვას, ვინც ურჩევს ადამიანებს, თუ როგორ დაანებონ თავი მოწვევას.

ყველა ევროპულმა ავტორიზებულმა ორგანომ, ვინც პასუხისმგებელია ჯანდაცვის მუშაკთა განათლებისა და დატრენინგებისათვის, ვინც ურჩევს ადამიანებს მოწვევის თავის დანებებას, უნდა იმოქმედონ, რათა:

- დაატრენინგონ ყველა წინახაზის ჯანდაცვის მუშაკი, რათა შესთავაზონ მოკლე რჩევა მოწვევის თავის დანებებაზე საუკეთესო ხელმისაწვდომი სახემძღვანელოს მიხედვით და მიუთითონ, სადაც აუცილებელი და შესაძლებელია, ხელმისაწვდომი საჯაროდ დაფინანსებული მოწვევის შეწყვეტის სერვისებზე;
- უზრუნველყონ, რომ დატრენინგება, თუ როგორ უნდა დაეხმარონ ადამიანებს მოწვევის თავის დანებებაში, არის ძირითადი კურიკულუმის ნაწილი ჯანდაცვის სტუდენტებისათვის;
- ტრენინგების ხელმისაწვდომობის შენარჩუნება და უზრუნველყოფა და განგრძობითი პროფესიული განვითარება;
- დატრენინგდეს ყველა მოწვევის შეწყვეტის სერვისის

პრაქტიკოსი პროგრამების გამოყენებით, რაც შეესაბამება საუკეთესო ხელმისაწვდომ სტანდარტებს მოწვევის შეწყვეტის მკურნალობის ტრენინგებისათვის;

- უზრუნველყონ დამატებითი, სპეციალიზირებული ტრენინგები მათთვის, ვინც მუშაობს სპეციფიკურ ჯგუფებთან, მაგ. ადამიანები მენტალური ჯანმრთელობის პრობლემებით, პისპიტალიზირებული პაციენტები და ფეხმძიმე ქალები, ვინც ეწევა;
- წახალისდეს და დატრენინგდეს ჯანდაცვის პროფესიონალები, რათა ჰქონთ პაციენტებს თამბაქოს მოხმარების ყველა ფორმის შესახებ და ურჩიონ მათ მეორადი მოწვევის გავრცელების საშიშროების თაობაზე.

მსგავსი ავტორიზებული სატრენინგო დაწესებულებები მრავლადაა ევროპის მასშტაბით, აკრედიტებული უნივერსიტეტებიდან სხვა სამთავრობო ან აღიარებულ ეროვნულ სატრენინგო სტრუქტურებთან.

ტრენინგის სტანდარტი მოწვევის შეწყვეტისათვის ფარავს ორ ძირითად არეალს: ცოდნა და უნარები. სტანდარტები შეესაბამება პროგრამების შინაარსს და მიზნად ისახავს ტრენინგის სწავლების შედეგებს.

დიდი ბრიტანეთის NHS ტრენინგის სტანდარტები ფოკუსირებულია (იხ. ცხრილი 6.1) მინიმალურ ელემენტებზე და მოდულებზე მოწვევის შეწყვეტის ინტერვენციის მიწოდებისათვის სამ განსხვავებულ დონეზე (მოკლე ოპორტუნისტული, ინტენსიური ერთი ერთში და ჯგუფური). ტრენინგის სტანდარტი წარმოადგენს სახელმძღვანელოს ტრენინგებისათვის, თუ რა უნდა იყოს ჩართული მოწვევის შეწყვეტის რჩევების ტრენინგში. ტრენინგის ფორმატი განსხვავებულია ყოველი დონისათვის. ზოგადად, მოკლე ოპორტუნისტული რჩევა მიმართული უნდა იყოს კურიკულუმში სამედიცინო უნივერსიტეტის დამამთავრებელი სტუდენტებისათვის, მაშინ როცა ინტენსიური ერთი-ერთში და ჯგუფები დაფუძნებულია მედიცინის/ფსიქოლოგიის/ექთნობის უნივერსიტეტის კურსდამთავრებულებზე.

ცნება - მინიმალური შინაარსის მოთხოვნები, მისადაგება

ცხრილი 6.1.: NHS თამბაქოს შეწყვეტის ტრეინინგის შეფასების სტანდარტები

1. ტრეინინგის კურსზე დასწრების მტკიცებულება
2. კურსის მუშაობის გაგრძელებული შეფასება (ფორმირებადი შეფასება)
3. საკვანძო ცოდნისა და უნარების ტესტირება კურსის დასრულებისთანავე;
4. ადგილზე უნარებისა და ცოდნის შეფასება, დაკვირვებების გზით;
5. სწავლების მტკიცებულების წარმოდგენა და პრაქტიკასთან მიმართვა პროფესიული განვითარების პორტფოლიოს გაგრძელებით.

პროგრამის იმ ელემენტებს, რომლებიც განიხილება როგორც მნიშვნელოვანი სტანდარტების მიღწევა. ყოველი ობიექტი აღინიშნება K ან S ინდიკატორით, იმის გათვალისწინებით, ცონდაზე თუ უნარებზეა ის დაფუძნებული. ეს განსხვავება მნიშვნელოვანია, რადგან ისინი მოითხოვენ განსხვავებული შეფასების ფორმებს. წინა შეიძლება შეფასდეს წერილობითი ტესტით კურსის ბოლოს, მაშინ როცა უკანასკნელი უფრო რთულია და შეიძლება მოითხოვოს პრაქტიკული ტესტი ან დაკვირვება კურსის შემდგომ პრაქტიკაზე.

6.2 მოწვევის შეწყვეტის კურიკულუმის განვითარების რეკომენდაციები სამედიცინო უნივერსიტეტის დამამთავრებელი სტუდენტებისათვის ევროპაში

დასაბუთება

თამბაქოს მოხმარება არის ერთ-ერთი ყველაზე მნიშვნელოვანი საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის პრობლემათაგანი, რომელიც კლავს 6 მილიონ ადამიანზე მეტს მსოფლიოში, და ეს რაოდენობა 2030 წლისათვის

გაიზრდება 8 მილიონამდე.² მხოლოდ ევროპაში, თამბაქო კლავს 700, 000 ადამიანს ყოველწლიურად. კვლევებმა უჩვენა, რომ ნახევარზე მეტი ამჟამინდელი მწვეკლების მოკვდება თამბაქოსთან დაკავშირებული ჯანმრთელობის საკითხებით, უმრავლესობა მათგანისა დაიღუპება დროზე ადრე.³ გარდა ამ სიკვდილის მონაცემებისა, თამბაქოს მოხმარება ვნებს გარემოს და აქვს მნიშვნელოვანი ეკონომიკური ტვირთი. მაშასადამე, სასწრაფო აუცილებლობაა თამბაქოს მოხმარების კონტროლი და მწვეკლთა რაოდენობის შემცირება. ამ დასასრულის ერთ-ერთი მიდგომაა მწვეკლთა დახმარება თავის დაწებებაში. ბევრმა ქვეყანამ განახორციელა წარმატებული თამბაქოს კონტროლის პროგრამა, პაციენტების მკურნალობის ჩართვით, და შეამცირა თამბაქოს მოხმარება და სიკვდილიანობა თამბაქოს გამოყენების გამო.²

ტრეინინგის პროგრამის შინაარსი

- თამბაქოს ეპიდემია ევროპასა და მსოფლიოში;
- თამბაქოს მოხმარების ფაქტორები;
- თამბაქოს დამოკიდებულების ფარმაცოლოგიური საფუძველი;
- ჯანმრთელობის საფრთხეები თამბაქოს გამოყენების გამო;
- თამბაქოს გამოყენების სხვა (მაგ. გარემოს, ეკონომიკის და ა.შ) შედეგები;
- თამბაქოს კონტროლის მიდგომები;
- ექიმების როლი თამბაქოს კონტროლში;
- თამბაქოს კონტროლის კანონმდებლობა

ტრეინინგის მეთოდები

ტრეინინგები თეორიულია სამედიცინო სკოლის პირველ წელს, და მეტი პრაქტიკული სავარჯიშოები ტარდება კლინიკური კვლევებისას (4-დან 6 წლამდე). თეორიული ტრეინინგის ხანგრძლივობაა 10-12 საათი (მინიმუმ) ,რომელიც ინტეგრირებულია კურიკულუმთან პირველ სამ წელიწადზე (პრეკლინიკური პერიოდი) სამედიცინო კვლევებში. კლასის ლექციები, მცირე ჯგუფური დისკუსიები, პანელური დისკუსიები ან შემთხვევების მაგალითები გამოიყენება თეორიული ტრეინინგისათვის. კლასის ტრეინინგის მიზანია გაიზარდოს ცნობიერება

სტუდენტებს შორის, რათა განავითარონ თამბაქოსთან დაკავშირებული საკითხების შესახებ ცნობიერება (იხ. ცხრილი 6.2). კლინიკური ტრეინინგის პერიოდის განმავლობაში, მეტი ქეის კვლევები შეიძლება იყოს განხილული, რათა განვითარდეს "ანტი-მოწევის" დამოკიდებულება და ქცევა. უნდა აღინიშნოს, რომ ყველა ექიმმა უნდა ჰკითხოს ყველა პაციენტს მოწევის ქცევის შესახებ (მშობლების ან პაციენტების მოწევის ქცევის ჩათვლით) და მათ უნდა მისცენ რჩევა და დაეხმარონ მოწევის თავის დანებებაში. შესაბამისად, ზოგიერთი ქეის

კვლევა და თამბაქოს დამოკიდებულების მკურნალობა არის განხილული კლინიკური ფაზის განმავლობაში.

შემეცნებითი სფერო

B1: ცოდნა (გაწვევა, დათვლა, განსაზღვრა), მაგ. ცოდნა თამბაქოს გამოყენების გავრცელებაზე, გავრცელებაზე მოქმედი ფაქტორები; ორგანოებისა და სისტემების მიერ თამბაქოს გამოყენების ჯანმრთელობაზე ზემოქმედების ნუსხა.

B2: გაგება, განხორციელება, ანალიზი, შეფასება. მაგ.

ცხრილი 6.2: პროგრამის დეტალები

ძირითადი მიზნები	სამიზნეები	პერიოდი და დონე (*)		
		პრეკლინიკური	კლინიკური	სტაჟირება
ინფორმაცია თამბაქოს მოხმარებაზე, გავრცელება და ფაქტორები ინიცირებისათვის	ბაზისური ეპიდემიოლოგიური შედეგები თამბაქოს მოხმარების (ადამიანი, ადგილი, დრო, ტენდენციები და ა.შ.)	B2		
	თამბაქოს მოწევის კომპოზიცია და ზეგავლენა ჯანმრთელობაზე	B1		
	მოწევის ზეგავლენა რესპირატორულ სისტემაზე	B1	B2	
	მოწევის ზეგავლენა გულსისხძარღვთა სისტემაზე	B1	B2	
	მოწევის ზეგავლენა სიმსივნეზე და პედაგოგიური სისტემა	B1		
	მოწევის ზეგავლენა უროგენიტალური სისტემებზე	B1		
	მოწევის გავლენა ფეხმძიმობაზე და ბავშვებზე	B1		
თამბაქოზე დამოკიდებულება და მისი მნიშვნელობა ინდივიდებისა და მოსახლეობისათვის	თამბაქოს დამოკიდებულების ნეიროპიოლოგიური ბაზა	B1	B2	
	თამბაქოზე დამოკიდებულების შემეცნებითი და ქცევითი ასპექტები	B1	B2	
თამბაქოს მოხმარების გარემოზე ზეგავლენა	დახურულ სივრცეში ჰაერის ხარისხი და დაბინძურება	B1		
	გარემოს დაბინძურება, ცეცხლის საშიშროება	B1		

ცხრილი 6.2: Continued

თამბაქოს მოხმარების სოციალური და ეკონომიკური ეფექტები	ინდივიდებზე ზეგავლენა	B2		
	ზეგავლენა თემზე	B2		
თამბაქოს კონტროლის კანონმდებლობა	საერთაშორისო დონე (FCTC ჩარჩო კონვენცია თამბაქოს კონტროლზე)	B2		
	ეროვნული დონე	B2		
თამბაქო კონტროლის კონცეფცია და მისი სტრატეგიები	MPOWER სტრატეგიები	B2		
	რელევანტური ეროვნული კანონმდებლობა, მაგ. თამბაქოს კონტროლის ეროვნული პროგრამა	B2		
ექიმების როლი თამბაქოს კონტროლისა და შესაბამისი ქცევისათვის	არაწევითი ქცევა, როგორც როლითი მოდელი	B2	B2 D2	B3 D3
	მწვევლების დახმარება თავის დანებებაში, 5ა და 5რ პრინციპების განხორციელება	B1	B3 D3	B3 D3
	თავის დანებების მტკიცებულებაზე დაფუძნებული მეთოდი		B2	
	თავის დანებება კლინიკურ პრაქტიკაში			B3
	რეციდივის პრევენცია	B2	B3	B3
	თამბაქოს კონტროლის ადვოკატირება და ლიდერობა		D3	B3
	თამბაქოს ინდუსტრიის მანიპულაციების შეწინააღმდეგება		B3	D3
	თამბაქოს კონტროლში მედიის როლი			D3
	მოწვევის შეწყვეტა განსაკუთრებულ მოსახლეობაში: ქირურგია, ცოპდ, გულის, ფსიქიატრიული დარღვევები	B2		
	სამთავრობო და არასამთავრობო ინსტიტუტები თამბაქოს კონტროლში	B2		
	თამბაქოს კონტროლი ყოველდღიურობაში და მუშაობა შესაბამის ინსტიტუტებთან	B2		

ბიოლოგიური და ფსიქოლოგიური მექანიზმების თამბაქოს მოხმარების ჯანმრთელობაზე ზემოქმედების შესახებ, გარემოზე ზემოქმედების ახსნა და ეკონომიკური ტვირთი თამბაქოს მოხმარებისა.

B3: B2 ცოდნის გამოყენება რეალურ სიტუაციებში (პაციენტებში) (ისტორიის აღება, შეფასება და გადაწყვეტილების მიღება), მაგ. 5As განხორციელება, მწვევლისათვის დახმარების შეთავაზება, ინფორმაციის მიღება მკურნალობის სხვადასხვა სახეობებზე.

აღქმის სფერო

D1: გაცნობიერებულობა, მაგ. თამბაქოს ინდუსტრიის მარკეტინგის მეთოდების ცოდნა.

D2: დამოკიდებულება, მაგ. თამბაქოს ინდუსტრიის მარკეტინგის მეთოდების გათვალისწინება და მათი შეწინააღმდეგების მნიშვნელობა.

D3: ქვევა, მაგ. თამბაქოს წარმოების მარკეტინგული მეთოდების საწინააღმდეგო გეგმის შექმნა და გეგმის განხორციელება.

შეფასება

პროგრამის ეფექტურობა შეფასებულია ტესტამდე და ტესტის შემდგომ. პრეტესტი მიეცათ სტუდენტებს პროგრამის დაწყებამდე (პირველი წელი), და პოსტ-ტესტი სკოლის დამთავრებამდე (ბოლო წელი). პრე და პოსტ ტესტები მოიცავდა მრავალ არჩევნიან კითხვებს. დამატებით. წერილობითი და ზეპირი შეფასებები იქნა მიცემული თითოეული კურსის შემდეგ სტუდენტებიდან და მასწავლებლებიდან. სტუდენტების სახელები არ არის დაფიქსირებული; ჯგუფის განვითარება შეფასებულია.

6.3 Training standards for tobacco cessation clinicians

რაციონალურობა

თამბაქოს მოხმარება არის ერთ-ერთი ყველაზე მნიშვნელოვანი საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის პრობლემათაგანი, რომელიც კლავს 6 მილიონ ადამიანზე მეტს მსოფლიოში, და ეს რაოდენობა 2030 წლისათვის

გაიზრდება 8 მილიონამდე.² მხოლოდ ევროპაში, თამბაქო კლავს 700,000 ადამიანს ყოველწლიურად. კვლევებმა უჩვენა, რომ ნახევარზე მეტი ამჟამინდელი მწვევლებისა მოკვდება თამბაქოსთან დაკავშირებული ჯანმრთელობის საკითხებით, უმრავლესობა მათგანისა დაიღუპება დროზე ადრე.³ გარდა ამ სიკვდილის მონაცემებისა, თამბაქოს მოხმარება ვნებს გარემოს და აქვს მნიშვნელოვანი ეკონომიკური ტვირთი. მაშასადამე, სასწრაფო აუცილებლობაა თამბაქოს მოხმარების კონტროლი და მწვევლთა რაოდენობის შემცირება. ამ დასასრულის ერთ-ერთი მიდგომაა მწვევლთა დახმარება თავის დაწებებაში. ბევრმა ქვეყანამ განხორციელა წარმატებული თამბაქოს კონტროლის პროგრამა, პაციენტების მკურნალობის ჩართვით, და შეამცირა თამბაქოს მოხმარება და სიკვდილიანობა თამბაქოს გამოყენების გამო.²

ტრენინგის პროგრამის მიზნები

სატრენინგო პროგრამის მიზანია ასწავლოს პრევენცია, დიაგნოზირება და მკურნალობა თამბაქოზე დამოკიდებულების პაციენტებში. ტრენინგის დასრულებისათვის, ივარაუდება, რომ მონაწილეებმა უნდა შეძლონ მოწვევის შეწყვეტის ცენტრის ოპერირება. ამ მიზნის მისაღწევად, შემდეგი თემები არის განხილული პროგრამის ფარგლებში:

- თამბაქოს ეპიდემია;
- თამბაქოს მოხმარების ინიცირების ფაქტორები;
- ფარმაცოლოგიური საფუძველი თამბაქოს დამოკიდებულებისა;
- თამბაქოს მოხმარების ჯანმრთელობის მავნებლობა;
- სხვა (გარემოს, ეკონომიკური და ა.შ.) შედეგები თამბაქოს მოხმარებიდან;
- თამბაქოს კონტროლის მიდგომები;
- ექიმების როლი თამბაქოს კონტროლში;
- თამბაქოს კონტროლის კანონმდებლობა (საერთაშორისო და ეროვნული);
- ქვეყანაში თამბაქოს კონტროლის სერვისები;
- მოწვევის შეწყვეტის ცენტრის დაარსება და მოქმედება.

ტრენინგის მეთოდები

ტრენინგი ტარდება ორ ნაწილად: დისტანციური

სწავლება და და პირისპირ სწავლება. სასწავლო მასალა ხელმისაწვდომია ვებგვერდზე, და მონაწილეებს შეუძლიათ შევიდნენ ვებგვერდზე თავიანთი პაროლის გამოყენებით განსაზღვრული დღეების რაოდენობით. მათ უნდა დაასრულონ საკითხავი მასალა და გამოიცადონ დასრულების შემდეგ. ისინი, ვინც ჩააბარებენ გამოცდას, მიიღებენ ორდლიან პირისპირ ტრენინგს. ეს პროგრამა ორგანიზებულია ჯანმრთელობის სამინისტროს ან უფლებამოსილი უნივერსიტეტის მიერ. მონაწილეთა მაქსიმალური რაოდენობა არის 25.

პირისპირ ტრენინგის პროგრამის დეტალები:

- პრე-ტესტი, მონაწილის მოლოდინები, პროგრამის ტრენინგის სამიზნეები;
- თამბაქოს მოხმარების ეპიდემიოლოგია, ეროვნული ნიშნები და ტენდენციები;
- თამბაქოს მოხმარება სპეციალურ ჯგუფებში: ბავშვები და ახალგაზრდები, ქალები, ფეხმძიმე ქალები, პაციენტები თანმხლები დაავადებებით, ჯანდაცვის პერსონალი;
- თამბაქოზე დამოკიდებულება, მექანიზმები, დამოკიდებულების დონის გაზომვა: ფაგერსტრომის ტესტი ნიკოტინის დამოკიდებულებისთვის (FTND), ევროპული მედიცინის ასოციაცია მოწვევის და ჯანმრთელობის (EMASH) კრიტერიუმი;
- მწვეკვლებთან ჩარევის მიდგომები: 5As და 5Rs;
- რეზისტენტულ/პრობლემური შემთხვევები, მძიმე მწვეკვლები, მსუბუქი მწვეკვლები, მწვეკვლები თანმხლები დაავადებებით და ა.შ.;
- ფსიქოსოციალური მხარდაჭერა;
- ფარმაკოლოგიური მკურნალობა, პირველი ფარმაკოთერაპიის ჩართვით;
- კანონმდებლობა: თამბაქოს კონტროლის კანონმდებლობა, თამბაქოს კონტროლის ცენტრებისათვის კანონმდებლობა (ფიზიკური შესაძლებლობა, ძალა და ა.შ.)
- შემთხვევების კვლევის როლი და ა.შ.;
- შეწყვეტის ცენტრების ვიზიტი;
- პოსტ-ტესტი და ტრენინგის შეფასება, მონაწილეების რეკომენდაციები სამომავლო პროგრამებისათვის.

შეფასება

წარმატება შეფასებულია პრე და პოსტ ტესტის საშუალებით და წარმატებული მონაწილეები მიიღებენ სერტიფიკატს ჯანმრთელობის სამინისტროდან ან სხვა მმართველობითი ორგანოდან. ასევე, გაიცემა ზეპირი შეფასება. სერტიფიცირებულ ექიმებს ნება ეძლევათ დააარსონ და ამუშაონ მოწვევის შეწყვეტის ცენტრი.

სატრენინგო პროგრამა გულმკერდის ექიმებისათვის

ERS-მა გამოაქვეყნა მონოგრაფია მოწვევის შეწყვეტაზე პაციენტებში COPD-ით 2007 წელს და ახალი ვერსია მალე იქნება ხელმისაწვდომი²⁴. ცხრილი 6.2 წარმოადგენს თურქეთის გამოცდილებას ამ სფეროში.

ცხრილი 6.2: ტრენინგის პროგრამის მაგალითი მოწვევის შეწყვეტაზე ჯანდაცვის პროფესიონალებისათვის თურქეთში

პროგრამა ჩატარდა თურქეთის თორაკალური საზოგადოების მიერ საერთაშორისო პფიზერის ფონდის ფინანსური მხარდაჭერით (თამბაქოს კონტროლი და პოლიტიკა მიგრირანტები). სტანდარტული "მოდულირებული" ტრენინგის პროგრამა მომზადებული იყო თამბაქოს კონტროლის სამუშაო ჯგუფის მიერ თურქეთის თორასის საზოგადოებაში. შემდეგ, 40 გულმკერდის ექიმების ჯგუფი დატრენინგდა, როგორც ტრენერები, და შექმნეს ცენტრალური სატრენინგო გუნდი. ტრენინგის პროგრამა შეიქმნა, რომ ყოფილიყო ხელმისაწვდომი საზოგადოების ყველა წევრისათვის ელექტრონული მედიით. მთლიანობაში 765-მა მონაწილემ დაასრულა ელ-ტრენინგის მოდული. ამ ელ-კურსის მიზანი იყო მოეხდინა პირველი ორი As (კითხვა და ურჩიე) 5A პრინციპის ინტეგრირება მათ ყოველდღიურ კლინიკურ პრაქტიკაში, ყოველი მოდულის დასასრულს, მონაწილეები პასუხობდნენ კითხვებზე მოდულის ძირითად საკითხებთან დაკავშირებით. ელ-ტრენინგის კურსის დასრულების შემდეგ, მონაწილეს სურდათ გაეუმჯობესებინათ თავიანთი პრაქტიკა ესწრებოდნენ რა პირისპირ ერთდღიან ტრენინგებს (რეალურად ყველა 765 მონაწილე დაესწრო პირისპირ ტრენინგს). ეს სატრენინგო პროგრამები ჩატარებული იქნა ცენტრალური სატრენინგო გუნდის წევრების მიერ თურქეთის 16 პროვინციაში. ამ სფეროში ტრენინგების პროგრამის დასრულებისას, მონაწილეებმა განავითარეს თავიანთი უნარი ემოქმედათ მწვეკვლებთან და დახმარებოდნენ მათ მოწვევისათვის თავის დანებებაში მეცნიერული მეთოდების გამოყენებით. პროგრამის ყველა მონაწილე შეფასდა როგორც ძალიან კარგი და კარგი, გამომდინარე შინაარსისა და კურსის შესაბამისობისა.

გამოყენებული ლიტერატურა

1. Rigotti NA, Bitton A, Richards AE, Reyen M, Wassum K, Raw M. An international survey of training programs for treating tobacco dependence. *Addiction*. 2009;104(2):288-96.
2. WHO Report on the Global Tobacco Control Report, 2008. The MPOWER Package. Geneva, World Health Organization, 2008.
3. European Commission, 2017. Special Eurobarometer 458 Report Attitudes of Europeans towards Tobacco and Electronic Cigarettes. Available at :<https://ec.europa.eu/commfrontoffice/publicopinion/index.cfm/ResultDoc/download/DocumentKy/79003>
4. Nardini S. Smoking Cessation. European Respiratory Society Monographs, 2008. 10.1183/1025448x.ERM4208. <http://erspublications.com/content/smoking-cessation>.
5. P. Tønnesen P., Carrozzi L., Fagerstrom KO., Gratzou C., Jimenez-Ruiz C., Nardinie S., Viegi G., Lazzaro, C., Campell IA., Dagli E., and R. West. Smoking cessation in patients with respiratory diseases: a high priority, integral component of therapy. *Eur Respir J*. 2007;29:390-417.

6.4 მოწვევის შეწყვეტის კურიკულუმის განვითარებისათვის რეკომენდაციები პროფესიონალთა სხვა კატეგორიებისათვის, ვინც ჩართულია მოწვევის შეწყვეტის მიწოდებაში ევროპაში: ფსიქოლოგები, ექთნები, ჯანმრთელობის პოლიტიკის შემმუშავებლები

ექიმების გარდა, პერსონალური მუშაობის ყველა კატეგორია თამბაქოს შეწყვეტის ცენტრებში ან მწვევლების დახმარებაში ჩართულები საჭიროებს ჰქონდეთ საბაზისო ცოდნა და უნარები თამბაქოს მოხმარებისა და დამოკიდებულების სამკურნალოდ. ეს აუცილებელია, რათა უზრუნველყოფილი იქნას საუკეთესო პრაქტიკა თამბაქოს თავის დანებებისთვის. საბაზისო მოწვევის შეწყვეტის სატრენინგო მოდული რეკომენდირებულია: ექთნების, ბებიქალების, ფსიქოლოგების, ფასილიტატორების, სოციალური მუშაკებისა და ფარმაცევტებისათვის ან ნებისმიერი სხვა კატეგორიის პერსონალისათვის, ვინც ეხმარება მწვევლის თავის დანებებაში, რაც დამოკიდებულია რეგულაციებზე ყველა ქვეყანაში.

კურიკულუმში უნდა მოიცავდეს მინიმუმ სასწავლო შინაარსს თამბაქოსთან დაკავშირებული დარღვევების თაობაზე, ნიკოტინის დამოკიდებულების ნევრობიოლოგია, თამბაქოს დამოკიდებულება (ფიზიოლოგიურ და ფსიქოსოციალურ ფაქტორებზე მიმართვა), მოწვევის და თავის დანებების პროცესები, შეწყვეტის ინტერვენციის სახეობები, მწვევლების შეფასება და მტკიცებულებაზე დაფუძნებული თამბაქოს გამოყენების თერაპიები.

ტრენინგები საჭიროებს მთავრობის სისტემების მხარდაჭერას, რაც უზრუნველყოფს იმას, რომ ჯანმრთელობის პროფესიონალებს აქვთ მასზე წვდომა. ეს არის ეროვნული ჯანმრთელობის უფლებამოსილი კომისრების და მენეჯერების საკითხი, ვინც უნდა დააფინანსოს მოწვევის შეწყვეტის ტრენინგები, როგორც უმთავრესი ჯანმრთელობის დაცვის აქტივობა. ამ საჭიროების უკეთესად გაგებისათვის და ასეთი პროგრამების უკეთესად დაგეგმვისათვის, ჩვენ ვიძლევიტ მკაცრ რჩევას, რომ მინიმუმ მოწვევის შეწყვეტის სატრენინგო მოდული უნდა იყოს შეთავაზებული ხელისუფლების პოზიციებზე მყოფი პროფესიონალებისათვისაც. თამბაქოსთან დაკავშირებული დაავადებებისა და სიკვდილიანობის ელემენტარული ცნებების, ასევე ღირებულებითი ეფექტურობის თამბაქოს პრევენციის ან შეწყვეტის თერაპიის გაცნობით, ჯანდაცვის პოლიტიკის შემქმნელები უფრო გათვითცნობიერებულები იქნებიან პრობლემის ხარისხით და დასახვეწ პრიორიტეტებს სიტუაციის გაუმჯობესების მიზნით.

ტრენინგის მეორე დონე მისაღებია ყველა ჯანმრთელობის პროფესიონალისათვის. ტრენინგის პირველი დონე შექმნილია იმათთვის, ვისაც სურს გახდეს თამბაქოს შეწყვეტის სპეციალისტი.

რეკომენდაციები

- მოწვევა და მოწვევის შეწყვეტა უნდა იყოს ძირითადი კურიკულუმის ნაწილი საბაზისო ტრენინგებში ჯანმრთელობის პროფესიონალებისათვის, ვინც მუშაობს მწვევლებთან
- ტრენინგი უნდა იყოს ძირითადი ნაწილი მოწვევის შეწყვეტის პროგრამაში ჯანმრთელობის უფლებამოსილი ორგანოებისათვის. დროისა და ფინანსების დაცვა უნდა იყოს გათვალისწინებული ამ

პროგრამაში (B მტკიცებულების დონე)

- მოწვევის შეწყვეტა დაფინანსებული უნდა იყოს და მიენიჭოს პრიორიტეტი არსებულ ტრეინინგის ბიუჯეტებში (B მტკიცებულების დონე).

გამოყენებული ლიტერატურა

1. West R, McNeill A, and M. Raw. Smoking cessation clinical guidelines for health professionals: an update. Thorax 2000;55:987-999.

6.5 > ტრეინინგის სტანდარტები ექიმებისათვის მოწვევის შეწყვეტაზე

წინარე ისტორია

თამბაქოს შეწყვეტა ხშირად კომპლექსური მკურნალობაა, და არსებობს ბევრი განსხვავებული ტრეინინგის მეთოდები შეწყვეტის უნარებისათვის. მიუხედავად იმისა, რომ თამბაქოზე დამოკიდებულებას აქვს ბევრი მახასიათებლები ზოგადად, სადაც არ უნდა იყოს ის აღწერილი მსოფლიოში, გარემო და კულტურა მომხმარებლის ირგვლივ შეიძლება განსხვავდებოდეს მნიშვნელოვნად. ასევე განსხვავდება ჯანდაცვის სისტემები, მათ რესურსებსა და პრიორიტეტებზე დამოკიდებულებით. მომდევნო სექციაში, ჩვენ შევხებით სიგარეტის მომხმარებლებს, რადგან თამბაქოს მოწვევა არის ყველაზე გავრცელებული გამოყენებული თამბაქოს პროდუქტი. თამბაქოს სხვა პროდუქტის შეწყვეტა ნაკლებად გამოკვლეულია კარგად, მაგრამ მეთოდები, გამოყენებული მოწვევის შეწყვეტასთან ჩვეულებრივ გამოიყენება, როცა თამბაქოს სხვა პროდუქტებზე დამოკიდებული მომხმარებლები მოითხოვენ თავის დანებებაში დახმარებას. თამბაქოს შეწყვეტა არ არის აუცილებლად იყოს ჯანდაცვის სერვისის ნაწილი, მაგრამ ტრეინინგის სქემა, აქ შემოთავაზებული, მიმართულია ჯანმრთელობის პროფესიონალებზე.

მოწვევის შეწყვეტის უნარები უნდა დატრენინგდეს ექიმებში, ვინც დროსა და რესურსებს უთმობს მოწვევის შეწყვეტას, დაკვირვების პერიოდის დროის ჩათვლით ექვსი თვე მაინც.

ტრეინინგის შინაარსი

ტრეინინგი შემოთავაზებულია სამ დღეზე:

1. საბაზისო სერტიფიკატი (2 დღე) ხარისხის გამო, დასწრება აუცილებელია კურსის პირველ ორ დღეს. შინაარსი: 50 % პრაქტიკა (ქცევით-შემეცნებითი თერაპია მოტივაციური ინტერვიუ და თამბაქოს შეწყვეტის პრაქტიკა).
2. გაუმჯობესებული სერტიფიკატი (მომდევნო 1 დღე) გაუმჯობესებული სერტიფიკატის კვალიფიკაციისათვის, აუცილებელია შემდეგი საბაზისო სერტიფიკატზე დამატებით:
 - ერთ დღიანი (მე-3 დღე) მომდევნო სამიდან ექვს თვემდე საბაზისო ტრეინინგის შემდეგ;
 - ცოდნის წერილობითი ტესტი, დაახლოებით 30 წუთი, მე-3 დღეს დანიშნული;
 - 3 პაციენტის შემთხვევა, წერილობითი კლინიკური ანგარიში, შაბლონის დაკვირვება;
 - 3 ზედამხედველობის სეანსი ჯგუფში ან ინდივიდუალური კონსულტაცია (პირდაპირი ან ტელეფონით).

გაუმჯობესებული სერტიფიკატი მიენიჭება იმ შემთხვევაში, თუ ყველა მხარე დაასრულებს წარმატებით, მაგ.. 2+1 დღე ტრეინინგის, წერილობითი ტესტი, სამი წერილობითი პაციენტის შეწყვეტის ანგარიში პლუს სამი ზედამხედველობის შემთხვევა (ჯგუფი ან ინდივიდი, პირისპირ ან ტელეფონით). მოწინავე სერტიფიკატმა უნდა უჩვენოს, რომ ტრეინინგი განხორციელდა ეროვნული სტანდარტის დაკვირვებით შეწყვეტის ტრეინინგისათვის. სპეციალური ლოგოტიპი შეიძლება გამოიცეს იმის დასამტკიცებლად, რომ ტრეინინგი იცავდა ეროვნულ სტანდარტს (დეტალური აღწერის ჩათვლით). ბაზისური ტრეინინგის სერტიფიკატი, თუ შესაძლებელია, უმჯობესია იყოს ნაკლებად შემმოუშავებელი და მკაფიოდ უნდა განსხვავდებოდეს მოწინავე სერტიფიკატისაგან.

ტრეინინგის კურიკულუმის

სავალდებულო შინაარსი

საბაზისო ტრეინინგის შინაარსი (დღე 1 და 2)

თ=თეორიას და პ=პრაქტიკას

თ: შესავალი: თამბაქოს მოხმარების, ღირებულების, დამოკიდებულების ჯანმრთელობის ძირითადი შედეგების მიმოხილვა, და თამბაქოს პრევენციის და თამბაქოს მოხმარების განსხვავებული ასპექტების მიმოხილვა.

თ: თამბაქოს გამოყენების რისკი უფრო დეტალურად და მოწვევის შეწყვეტის სარგებელი

თ: მეთოდები თამბაქოს შეწყვეტის (კოჰრანის ლაბორატორია, www.treatobacco.net) მეთოდები შედეგების შესაფასებლად

3: მეთოდები კონსულტაციებისათვის და ტრეინინგის სესიები.

3: თამბაქოს შეწყვეტა პრაქტიკაში, ინდივიდუალური კონსულტაციების პროცედურები, რეციდივის პრევენცია, დაკვირვების პერიოდი და ტრეინინგის სეანსი.

თ: თამბაქოს დამოკიდებულება, გამოდევნა, ფარმაკოთერაპია.

თ: მეთოდები სხვადასხვა ადგილების/ჯგუფებისათვის, მასალები და სხვა რესურსები.

თ: არჩევითი შინაარსი, როგორიცაა: კანონმდებლობა, თამბაქოს რეკლამირება და/ან გლობალური საკითხები.

დაკვირვების პერიოდის შინაარსი (დღე 3)

სავალდებულო საკითხები:

1 ცოდნის ტესტი: 0,5 სთ, 10 კითხვა, 5 მრავალ არჩევითი +5 ESE კითხვარი;

2 ჯგუფური მკურნალობა: კითხვებთან დაკავშირებით დისკუსიები და პასუხები 2,5 სთ დაგეგმვის, ჯგუფის ლიდერის როლის, შეხვედრის სტრუქტურის, დასაქმების საკითხის და ჯგუფის შექმნისათვის, დოკუმენტირებისათვის.

3 ინდივიდუალური მკურნალობა: გამოცდილების/ დისკუსიების გაცვლა მცირე ჯგუფებში პაციენტების შემთხვევებიდან და ქეის კვლევებიდან, სტუდენტების მიერ ჩატარებული (2 სთ).

არააუცილებელი დისკუსია:

4. დღის საკითხები (1 სთ), მაგ. ახალი რეგიონალური გამოკითხვის შედეგები, წყლის მილით მოწვევა,

სხვა თამბაქოს პროდუქცია, ახალი კანონმდებლობა, გარემოთამბაქოს მოწვევა, ფარმაკოლოგიური თერაპია, ახალგაზრდობა/სკოლები, სქესი, გლობალური საკითხები და ახალი მასალები.

ტრეინინგის შეფასება

მონაწილეებს უნდა მიეცეთ შესაძლებლობა, რათა შეაფასონ (ა) ტრეინინგის პირველი ორი დღე და შემდეგ (ბ) სამივე დღე მთელი კურსის მოცვით.

I. ტრეინინგის მოდულები, რომლებიც უნდა იყვნენ ნაწილი 1 და 2 დღეების შეფასებისა.

კითხვები :

1 გამოცდილების, ადგილის/პროფესიის შესახებ;

2 თეორიული ნაწილის შინაარსი.

3 პრაქტიკული ნაწილის შინაარსი

II. ტრეინინგის მოდულები, რომლებიც შეიძლება იყოს მე-3 დღის შეფასების ნაწილი.

კითხვები:

• თეორიული ნაწილის შეინაარსის, დღე 3 შესახებ;

• პრაქტიკული ნაწილის შინაარსი, დღე 3 შესახებ;

• წრთვანა 1-2 დღესა და მე-3 დღეს შორის - ორგანიზაციის და შინაარსის შესახებ;

• მთლიანად ტრეინინგის შესახებ

• რამდენ პაციენტს უმკურნალეთ საბაზისო ტრეინინგიდან (დღე 1 და 2)?

ტრეინინგში გამოყენებული მასალები:

• ცოდნის ტესტისათვის კითხვების ჩამოყალიბება;

• ნიმუშები საშინაო დავალებების პასუხობებისთვის და პაციენტების ჩაწერისათვის

• პაციენტების წერილობითი შემთხვევების გამოყენება დისკუსიებში

• ინფორმაცია (პრეზენტაცია) ფარმაცევტებზე

• ინფორმაცია (პრეზენტაცია) თუ როგორ მოხდეს დაკვირვება და შეფასება.

ექიმები, ვისაც სურს განაახლოს უნარები, შესთავაზებენ 3 დღიან ტრეინინგს და მოეთხოვებათ წარმოადგინონ სამი

წერილობითი პაციენტის შემთხვევა, რითაც მიიღებენ მოწინავე სერტიფიკატს.

უფლებამოსილების მინიჭება თამბაქოს შეწყვეტის ტრეინინგის კურსის ჩატარებისათვის

ექსპერტების ეროვნული საბჭო უნდა დაარსდეს უფლებამოსილებით, რათა შეაფასოს კურსის წინადადებები. დეტალური პროგრამა და აღწერა მასწავლებლების და ინსტრუქტორების კომპეტენციისა უნდა გამოიცადოს ეროვნული საბჭოს მიერ. ნებისმიერი აუცილებელი დამტკიცების შემდეგ, ახალი კურსი შეიძლება დამტკიცდეს.

6.6 > თამბაქოზე დამოკიდებულების მკურნალობის ხარისხის სტანდარტები

განსაზღვრება

თამბაქოს დამოკიდებულების მკურნალობის სპეციალისტი (TDTS)¹ არის პროფესიონალი, ვინც ფლობს უნარებს, ცოდნასა და ტრეინინგს, რათა უზრუნველყოს ეფექტური, მტკიცებულებაზე დაფუძნებული ინტერვენცია თამბაქოს დამოკიდებულების მკურნალობისათვის, ინტენსიურობის ნაირფეროვნებით. თამბაქოს დამოკიდებულების მკურნალობის სპეციალისტს შეიძლება ჰქონდეს სხვადასხვა პროფესიული მიკუთვებადობა და შეიძლება მუშაობდეს სხვადასხვა დაწესებულებაში შემდეგის ჩათვლით, მაგრამ არა შეზღუდვით, ჰოსპიტალებში, თემის ჯანმრთელობის ცენტრებში, ჯანმრთელობის შენარჩუნების ორგანიზაციებში, სამედიცინო და სტომატოლოგიურ დაწესებულებებში, საგანმანათლებლო დაწესებულებებში, სოციალური სერვისების სააგენტოებში, საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ორგანიზაციაში, თამბაქოს მკურნალობის ცენტრებში, ტელეფონით თავის დანებების, ნარკოტიკური დამოკიდებულების მკურნალობის პროგრამებში და მენტალური ჯანმრთელობის ცენტრებში. ეს

სპეციალისტები შეიძლება ჩართული იყვნენ არა მხოლოდ მკურნალობის მიწოდებაში, არამედ აგრეთვე სხვების განათლებაში (ჯანდაცვის პროფესიონალები, ადმინისტრატორები, მეცნიერები, მწეველები და არამწეველები) თამბაქოს დამოკიდებულების მკურნალობის შესახებ.

თამბაქოს დამოკიდებულების მკურნალობის სპეციალისტის როლი და პასუხისმგებლობა

თამბაქოზე დამოკიდებულება - ცოდნა და განათლება

წარმოადგინოს მკაფიო და ზუსტი ინფორმაცია თამბაქოს მოხმარების, თავის დანებების სტრატეგიების, და მოსახლეობაზე ჯანმრთელობის ზეგავლენის მასშტაბი, თამბაქოს მოხმარების მიზეზები და შედეგები.

1. თამბაქოს მოხმარების, დამოკიდებულების და შეწყვეტის გავრცელებისა და პარამეტრების აღწერა ქვეყნებსა და რეგიონებში, სადაც მკურნალობა ტარდება, და როგორ იცვლება ასეთი მაჩვენებლები დემოგრაფიული, ეკონომიკური და კულტურული ქვეჯგუფების მიხედვით.
2. თამბაქოს გამოყენების და დამოკიდებულების მკურნალობის როლის ახსნა საყოველთაო თამბაქოს კონტროლის პროგრამაში.
3. ეროვნული ანგარიშების, კვლევების და სახელმძღვანელოების აღმოჩენების გამოყენება თამბაქოს დამოკიდებულების მკურნალობაზე
4. სოციალური და გარემოს ფაქტორების ახსნა, რაც ხელს უწყობს და ზღუდავს თამბაქოს გამოყენების და დამოკიდებულების გავრცელებას.
5. თამბაქოს გამოყენების ჯანმრთელობის შედეგების ახსნა, მაგრამ აგრეთვე თავის დანებების სარგებლის და საბაზისო მექანიზმების თამბაქოსთან დაკავშირებული დარღვევების ახსნა
6. აღწეროს, თუ როგორ ვითარდება თამბაქოს დამოკიდებულება და შეეძლოს ახსნას ბიოლოგიური, ფსიქოლოგიური და სოციალური მიზეზები თამბაქოზე დამოკიდებულების.
7. შეაჯამოს და შეეძლოს წარადგინოს თამბაქოზე დამოკიდებულების ღირებული და დამაჯერებელი დიაგნოსტიკური კრიტერიუმები

8. აღწეროს ქრონიკული რეციდივის ბუნება თამბაქოს დამოკიდებულებაზე, ტიპიური რეციდივის პარამეტრების და ფაქტორების ჩათვლით
9. წარმოადგინოს ინფორმაცია სქესის, ასაკის და კულტურული სენსიტიური და შესაბამისი სწავლების სტილისათვის და უნარებისათვის.
10. განსაზღვროს მტკიცებულებაზე დაფუძნებული მკურნალობის სტრატეგიები და ყოველი სტრატეგიის დადებითი და უარყოფითი მხარეები
11. უნარი შესწევდეს განიხილოს ალტერნატიული თერაპიები, როგორიცაა მავნებლობის შემცირება, ჰიონიზი, ნემსის ჩხვლეტის თერაპია
12. აჩვენოს უნარი მიიღოს ინფორმაცია ზემოთნახსენებ თემებზე.

კონსულტაციების უნარები

კონსულტირების თეორიებისა და სტრატეგიების ეფექტური განაცხადის დემონსტრირება თანამშრომლობის და მკურნალობაში კლიენტთა ჩართულობის წახალისების დაარსება და ცვლილებებისკენ სწრაფვა.

1. ეფექტური კონსულტირების უნარების დემონსტრირება, როგორიცაა აქტიური მოსმენა და ემფატია, რაც წინ სწევს მკურნალობის პროცესს.
2. თბილი, თავდაჯერებული და არაგანმხილველი კონსულტირების გარემოს შექმნის დემონსტრირება.
3. მტკიცებულებაზე დაფუძნებული მეთოდის გამოყენების აღწერა და დემონსტრირება სწრაფი ჩარევისათვის თამბაქოს გამოყენების და დამოკიდებულების სამკურნალოდ, რაც განსაზღვრულის ამ სახელმძღვანელოში.
4. ქცევითი ცვლილებების მოდელის გამოყენების აღწერა, რაც მოიცავს მოტივაციურ ინტერვიუს, ქცევით-შემეცნებით თერაპიას და მხარდამჭერ კონსულტირებას.
5. კლინიკურად საჭირო სტრატეგიების გამოყენების ეფექტურობის დემონსტრირება მოტივაციის გასაძლიერებლად და ცვლილებისთვის ძალისხმევის წახალისება.
6. ემპირიულად მხარდაჭერილ ერთ-ერთ

კონსულტაციებში მაინც კომპეტენციის დემონსტრირება, როგორიცაა ინდივიდუალური, ჯგუფური, ტელეფონით კონსულტირება.

შეფასების ინტერვიუ

მკურნალობის დასაგეგმად საჭიროა შეფასების ინტერვიუს ჩატარება, რათა მოპოვებულ იქნას საყოველთაო და სწორი მონაცემები.

1. შეფასების ინტერვიუ მოიცავს:

- ა. თამბაქოს მოხმარების ისტორია;
- ბ. ღირებული მოტივაციის საზომები თავის დანებებისათვის;
- გ. ღირებული საზომები თამბაქოს მოხმარების და დამოკიდებულების გასაზომად;
- დ. მიმდინარე გამოწვევები და ბარიერები მუდმივი თავშეკავების შესანარჩუნებლად;
- ე. მიმდინარე ძლიერი მხარე თავშეკავების მხარდასაჭერად;
- ვ. წინასწარი თავის დანებების მცდელობა, მკურნალობის გამოცდილების, წარმატების და ბარიერების ჩათვლით;
- ზ. სოციალური მხარდაჭერის სისტემის ხელმისაწვდომობა;
- თ. მკურნალობისათვის პრეფერენციები; კულტურული ფაქტორები, რომლებიც ზემოქმედებენ თავის დანებების მცდელობაზე.
2. ბაზისური სამედიცინო ისტორიის ინფორმაციის შეგროვების უნარის დემონსტრირება და სწრაფი ფსიქიატრიული და ნივთიერებაზე დამოკიდებულების საკითხის სკრინინგის ჩატარება.
3. აღწეროს, როდის მოხდეს კონსულტირება პირველადი ჯანდაცვის პროვაიდერებისა და გაკეთდეს შესაბამისი მკურნალობის დაგეგმარების განხორციელება.
4. თამბაქოს მოხმარების არსებული ობიექტური საზომების აღწერა, როგორიცაა CO მონიტორინგი და ნიკოტინის დონის შეფასება.

მკურნალობის დაგეგმარება

1. ინდივიდუალური მკურნალობის გეგმის განვითარების უნარის დემონსტრირება

მტკიცებულებაზე დაფუძნებული მკურნალობის სტრატეგიების გამოყენებით;

2. პაციენტთან თანამშრომლობით, სპეციფიური და გაზომვადი მკურნალობის ობიექტების იდენტიფიცირება;
3. ინდივიდუალური მკურნალობის დაგეგმვა, რომელიც დაეყრდნობა პაციენტის შეფასების ფაქტორებს, რომლებიც განსაზღვრულის შიდა მიღების შეფასების დროს და ისტორიის გაერთიანებით.
4. თანამშრომლობით მკურნალობის გეგმის განვითარება, რაც გამოიყენებს მტკიცებულებაზე დაფუძნებულ სტრატეგიას, რათა დაეხმაროს პაციენტს თავის დანებების მცდელობის განვითარებაში და/ან თამბაქოსგან თავშეკავების გაგრძელებაში.
5. დაკვირვების პერიოდისათვის გეგმის აღწერა, უარყოფითი შედეგების პოტენციური საკითხებზე რეაგირების ჩათვლით
6. სხვა პროვაიდერების ან რეკომენდირებული დამატებითი მკურნალობის მიმართვის პროცესის დემონსტრირება.

ფარმაცოთერაპია

მკაფიო და ზუსტი ინფორმაციის წარმოდგენა ხელმისაწვდომი ფარმაცოთერაპიის სახეობების შესახებ და მათი თერაპიული გამოყენება.

1. კომბინირებული ფარმაცოთერაპიის და კონსულტირების სარგებლის აღწერა;
2. ახლანდელი გამოყენების, ზემოქმედების, გვერდითი მოვლენების, უკუჩვენებების, ცნობილი გვერდითი ეფექტების შესახებ ინფორმაციის წარმოდგენა ყველა თამბაქოს დამოკიდებულების მედიკამენტზე, რაც აღიარებულია ეროვნული სააგენტოების მიერ;
3. კლიენტის ახლანდელი და წარსული სამედიცინო, ფსიქიატრიული და მოწევის ისტორიის შესაბამისი ინფორმაციის იდენტიფიცირება (წარსული მკურნალობის ჩათვლით), რასაც შეუძლია გავლენა მოახდინოს ფარმაცოთერაპიულ გადაწყვეტილებაზე.
4. შესაბამისი პაციენტს მიეწოდოს განათლება თერაპიული არჩევანისათვის და დოზირება სხვადასხვა სიტუაციებისათვის.

5. ნიკოტინისგამოდევნის სიმპტომების, ხანგრძლივობის, ინციდენტის და მაგნიტუდის განხილვა;

6. მედიკამენტების და მაღალი დოზირების მედიკამენტების კომბინაციების გამოყენების აღწერა, თავშეკავების გასაძლიერებლად;
7. მეორე ხაზის მედიკამენტების იდენტიფიცირება და საჭიროების შემთხვევაში მათზე ინფორმაციის მოპოვება;
8. შესაძლო გვერდითი რეაქციების იდენტიფიცირება და სირთულეები, რაც დაკავშირებულია თამბაქოს დამოკიდებულების ფარმაცოთერაპიის გამოყენებასთან, სამედიცინო პროფესიონალებთან/ სერვისებთან დროული მიმართვა;
9. ამ ფარმაცოთერაპიებში მცირე და/ან არამუდმივ გვერდით ეფექტებზე რეაგირების უნარის დემონსტრირება;
10. სხვა ჯანდაცვის პროვაიდერებთან თანამშრომლობის უნარის დემონსტრირება, შესაბამისი მედიკამენტის გამოყენების კოორდინაციისათვის, განსაკუთრებით სამედიცინო ან ფსიქიატრიული თანმხლები დაავადებების არსებობისას.
11. ალტერნატიული თერაპიების შესახებ ინფორმაციის წარმოდგენა, რაც დაფუძნებულია აღიარებულ ეფექტიანობაზე.

რეციდივის პრევენცია

სხვა მეთოდები რეციდივის შემცირებისა და მიმდინარე მხარდაჭერით უზრუნველყოფა თამბაქოზე-დამოკიდებულ პირთათვის.

1. პერსონალური რისკ ფაქტორების განსაზღვრა და ჩართვა მკურნალობის გეგმაში
2. სტრატეგიებისა და დაძლევის უნარების აღწერა, რასაც შეუძლია რეციდივის რისკის შემცირება.
3. მკურნალობის გეგმის მოდიფიცირების სახელმძღვანელოს წარმოდგენა რეციდივის რისკის შესამცირებლად მკურნალობის კურსის განმავლობაში.
4. გაგრძელებული მკურნალობის შემდგომი მკურნალობის გეგმის აღწერა.
5. თუ როგორ შეიძლება დამატებითი რესურსებისადმი

მიმართვის აღწერა რეციდივის რისკის შესამცირებლად.

6. მკურნალობის სტრატეგიების განხორციელება მათთვის, ვისაც აქვს ხარვეზი ან რეციდივი.

მწველთა რთულ/განსაკუთრებულ კატეგორიასთან მიდგომა

სხვადასხვა პოპულაციის ქვე-ჯგუფებთან მუშაობის კომპეტენციის დემონსტრირება და იმ მწველების იმ კატეგორიებთან მუშაობა, ვისაც აქვთ სპეციალური ჯანმრთელობის პრობლემები.

1. კულტურულად კომპეტენტური კონსულტირების წარმოდგენა.
2. სპეციფიკური მკურნალობის მაჩვენებლების აღწერა განსაკუთრებული პოპულაციის ჯგუფისათვის (მაგ. ფეხმძიმე ქალები, მოზარდები, ახალგაზრდა ზრდასრულები, მოხუცები, ჰოსპიტალიზირებული პაციენტები, თანმხლები ფსიქიატრიული, ქრონიკული, რესპირატორული დაავადებების მქონე ადამიანები,)
3. მაღალი რისკის კლიენტების სიტუაციებზე რეაგირების უნარის დემონსტრირება;
4. ეფექტური მკურნალობის რეკომენდაციების შექმნა არა-სიგარეტის თამბაქოს მომხმარებლებისათვის.
5. რეკომენდაციების აღწერა იმათთვის, ვინც საფრთხის ქვეშ დააყენა გარემო თამბაქოს კვამლით.

დოკუმენტირება და შეფასება

მეთოდების დამოყენება და აღწერა ინდივიდუალური პროგრესის მისაღწევებლად, ჩანაწერების გაკეთება, პროგრამის დოკუმენტირება, შედეგების გაზომვა და ანგარიშის წარმოდგენა.

1. ზუსტი ჩანაწერების შენარჩუნება მისაღები კოდირების პრაქტიკის გამოყენებით, რომელიც შესაბამისია იმ ადგილისათვის, სადაც ხდება სერვისით უზრუნველყოფა.
2. კლიენტის დაკვირვების პერიოდის და პროგრესის თვალყურისდევნების პროტოკოლის იმპლემენტაცია და განვითარება
3. თამბაქოს დამოკიდებულების მკურნალობის

აღიარებული შედეგების გაზომვის სტანდარტიზირებული მეთოდების აღწერა ინდივიდებისა და პროგრამისათვის.

პროფესიული რესურსები

ხელმისაწვდომი რესურსების გამოყენება კლიენტების მხარდაჭერისათვის და პროფესიული განათლებისა ან კონსულტაციებისათვის.

1. ხელმისაწვდომი რესურსების აღწერა (ვებ, თემის, სახელმძღვანელო) თამბაქოს თავშეკავების ხელშეწყობისათვის პაციენტებში;
2. თემის რესურსების განსაზღვრა თანმხლები მედიკამენტის, ფსიქიატრიული ან ფსიქო-სოციალური პირობების მიმართვისათვის.
3. თამბაქოს დამოკიდებულების მკურნალობასთან და/ან კვლევასთან დაკავშირებული განხილული ჟურნალების, პროფესიული საზოგადოებების, ვებგვერდების და გაზეთების დასახელება და გამოყენება.
4. აღწერა იმის, თუ როგორ შეუძლიათ პაციენტებს მკურნალობის თანხების უკან დაბრუნება

კანონი და ეთიკა

მუდმივად გამოიყენებოდეს ეთიკის კოდექსი და მთავრობის რეგულაციები სპეციფიკურად ჯანმრთელობის დაცვის ადგილებში

1. თქვენი პროფესიული დისციპლინური დაწესებული ეთიკის კოდექსის გამოყენება და აღწერა თამბაქოს დამოკიდებულების მკურნალობის სპეციალისტებისათვის, თუ ხელმისაწვდომია.
2. რეგულაციების გამოყენების აღწერა, რაც მიესადაგება თამბაქოს მკურნალობის ადგილს (კონფიდენციალურობა, პირადულობა, სამუშაო ადგილის სპეციფიკური რეგულაციები).

პროფესიული განვითარება

გაგრძელებული პროფესიული განვითარებისათვის და სხვათა განვითარების ხელშეწყობისათვის პასუხისმგებლობის აღება.

1. პროფესიული სტანდარტის შენარჩუნება, რაც

მოთხოვნილია პროფესიული ლიცენზიით ან სერთიფიკატით.

2. თამბაქოს დამოკიდებულების მკურნალობის ცოდნისა და უნარების განვითარებისათვის ლიტერატურისა და სხვა ფორმატის წყაროების ინფორმაციის შეგროვება
3. მიმდინარე კვლევების გავლენის აღწერა თამბაქოს დამოკიდებულების მკურნალობის პრაქტიკაზე.
4. თამბაქოს მკურნალობის შესახებ ცოდნის და აღმოჩენების გავრცელება სხვებთან ფორმალური და არაფორმალური არხებით.

გამოყენებული ლიტერატურა

1. ATTUD Core competencies for evidence-based treatment of tobacco dependence. Association for the Treatment of Tobacco Use and Dependence, April 2005. <http://www.attud.org/docs/Standards.pdf>

6.7 > თამბაქოს შეწყვეტის სპეციალიზირებული სერვისის აკრედიტაციის მოთხოვნები

თამბაქოს შეწყვეტის სერვისი (TCS)¹ განსაზღვრულია, როგორც ნებისმიერი ადგილი, სადაც ჯანმრთელობის პროფესიონალი მკურნალობს თამბაქოს დამოკიდებულებას, როგორც მიზანს ან როგორც სერვისის ერთ-ერთი მიზანი.

e.SCCAN შეფასების მიხედვით, არსებობს 2500 თამბაქოს შეწყვეტის სერვისები ევროპაში². ყველა ეს სერვისი აფიქსირებს, რომ თამბაქოს შეწყვეტა არის ერთ-ერთი მიზანი ჯანმრთელობის სამსახურში. თამბაქოს შეწყვეტის სერვისებს აქვს როლი, გააკეთონ შემდეგი:

- უმკურნალონ თამბაქოს დამოკიდებულების შემთხვევებს და ფოკუსირდნენ უფრო რთულ შემთხვევებზე;
- მისცენ განათლება/დაატრენინგონ ჯანმრთელობის პროფესიონალები თამბაქოს შეწყვეტის შესახებ;
- გამოიკვლიონ/ შეაფასონ თამბაქოს შეწყვეტის ჩარევები;
- გაავრცელონ კარგი შემთხვევები მოწვევის შეწყვეტის

- შესახებ ჯანდაცვის პროფესიონალებსა და ძირითად მოსახლეობას შორის და აღმოფხვრან ცუდი პრაქტიკა;
- ხელი შეუწყონ ჯანმრთელობას.

6.7.1 თამბაქოს მოხმარების შეწყვეტის სერვისის სამი დონე

თამბაქოს მოხმარების შეწყვეტის სერვისის განსაზღვრება მოიცავს სამ ქვე-ჯგუფს:

- თამბაქოს შეწყვეტის ერთეულს;
- თამბაქოს შეწყვეტის სპეციალისტების პრაქტიკას;
- თამბაქოს შეწყვეტის კონსულტირების ცენტრები.

თამბაქოს მოხმარების შეწყვეტის სპეციალიზირებული ერთეულები (STCU)

STCU არის ცენტრი, მიძღვნილი მოწვევის შეწყვეტისადმი მინიმუმ ერთი ექიმით და ორი ჯანმრთელობის პროფესიონალით, ერთი მათგანი თამბაქოს შეწყვეტის სპეციალისტი, სრული ხელმისაწვდომობით მედიკამენტების გამოწერაზე და ქცევით მხარდაჭერაზე, CO მონიტორინგის ტესტირების ხელსაწყოებზე ყველა პაციენტისათვის, სტანდარტული სამედიცინო ჩანაწერების წარმოება, სტანდარტული პროცედურები დაკვირვების პერიოდზე და აქტივობების შეფასება.

თამბაქოს შეწყვეტის სპეციალისტების პრაქტიკა

TCSP არის სამედიცინო პრაქტიკა, რომელიც მიძღვნილია ნაწილობრივ ან მთლიანი დროით თამბაქოს დამოკიდებულების მკურნალობაზე, უნარით გამოწეროს მედიკამენტი, მაგრამ თამბაქოს შეწყვეტის კლინიკების მიერ შეთავაზებული მთლიანი არჩევანის გარეშე.

თამბაქოს მოხმარების შეწყვეტის კონსულტირების ცენტრი (TCCC)

TCCC არის ცენტრი, რომელიც მიძღვნილია თამბაქოს დამოკიდებულების სამკურნალოდ, სადაც თამბაქოს შეწყვეტის სპეციალისტების ყოფნა სავალდებულოა, მაგრამ არაა სავალდებულო სამედიცინო დოქტორის ყოფნა. იქ ჩვეულებრივ არის ფსიქოლოგი, ექთანი ან სხვა ჯანმრთელობის პროფესიონალი, რომლებიც მოქმედებენ, როგორც კონსულტანტები. მედიკამენტების გამოწერა არ

არის უზრუნველყოფილი, მაგრამ ფარმაკოლოგის რჩევის მხარდაჭერა ხელმისაწვდომია.

იხ. ცხრილი 6.3.

მსგავსად ყველა დანარჩენი ადგილისა, სადაც თამბაქოს მოხმარების შეწყვეტა ხორციელდება, როგორცაა ოჯახის ექიმთა პრაქტიკა, ფარმაცია და სხვ., TCS უნდა მიყვეს საუკეთესო პრაქტიკის სახელმძღვანელოს თამბაქოს დამოკიდებულების მკურნალობისათვის.

აკრედიტაციის მოპოვების მიზნით, როგორც სპეციალიზირებული თამბაქოს შეწყვეტის სერვისისა, სავალდებულოა ქვემოთ დეტალურად ჩამოყალიბებული მოთხოვნების დაკმაყოფილება.

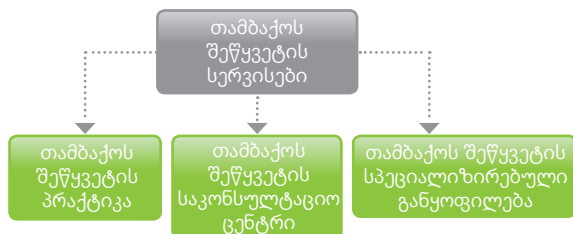
6.7.2 სპეციალიზირებული თამბაქოს მოხმარების შეწყვეტის ერთეულის აკრედიტაცია

ცენტრებს, როლებიც აკრედიტირებული არიან, როგორც სპეციალიზირებული თამბაქოს მოხმარების შეწყვეტის ერთეულები, მკაცრად ეძლევათ რჩევა, რომ ჰყავდეთ ოპტიმალური ადამიანური და მატერიალური რესურსები.³ ეს ერთეულები უნდა ავლენდნენ ჯანდაცვის, სწავლების და კვლევითი ურთიერთობის შესანიშნავ კრიტერიუმებს.

ადამიანური რესურსები

- მეცნიერული მტკიცებულებების მიხედვით გუნდი ან ერთზე მეტი ჯანმრთელობის პროფესიონალი ზრდის მოწვევის შეწყვეტის წარმატების მაჩვენებელს.³
- მულტიდისციპლინური გუნდი, ექიმების, ექთნების, ფსიქოლოგების, დიეტოლოგების ჩართვით,

ცხრილი 6.3: თამბაქოს შეწყვეტის სერვისების სამი დონე (მიღებული e.SCCAN-დან)²



ოპტიმალურია უმეტესობა თამბაქოს მომხმარებლის მოთხოვნების დასაკმაყოფილებლად შეწყვეტის განმავლობაში.

- თამბაქოს (მოწვევის) შეწყვეტის სპეციალისტი საჭიროა ყველა თამბაქოს შეწყვეტის სერვისში. მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაციის მიხედვით, თამბაქოს შეწყვეტის სპეციალისტი არის ის, ვინც დატრენინგებული და ანაზღაურებულია, რათა მიაწოდოს კვალიფიციური მხარდაჭერა მწვეკლებს, ვისაც ჭირდება დახმარება მოწვევის თავის დანებებისათვის; ჩართული პერსონალი არ საჭიროებს იყოს სამედიცინო თვალსაზრისით დატრენინგებული.
- სამედიცინო ექიმებმა შეიძლება მოიცვან ყველა ამოცანა თამბაქოს შეწყვეტის დაწესებულებაში.
- არასამედიცინო ჯანმრთელობის პროფესიონალებმა შეიძლება წარმოადგინონ ქვევითი მხარდაჭერა და თამბაქოს შეწყვეტის ტრენინგი სამედიცინო გუნდთან ან არასამედიცინო ერთეულში.
- არა-ჯანმრთელობის პროფესიონალები, რომლებიც დატრენინგებული არიან თამბაქოს დამოკიდებულებაზე, შეიძლება ითამაშონ განსაკუთრებული როლი ზედამხედველობის ქვეშ.
- სპეციალიზირებულმა ჯანდაცვის პროფესიონალებმა, როგორცაა ბებიჩალები სამშობიაროში, ანესთეზიოლოგები საოპერაციოში, ფსიქიატრები მენტალური დარღვევების მქონე თამბაქოს მომხმარებლებთან, შეიძლება ითამაშონ განსაკუთრებული როლი სპეციფიკურ პოპულაციაში.
- პერსონალი უნდა იყოს საკმარისი, რათა უზრუნველყოფილი იქნას პირველი ვიზიტი არაუგვიანეს ვიდრე სამი კვირისა თამბაქოს დამოკიდებულების მკურნალობის მოთხოვნის შემდეგ.
- ცენტრი დაკომპლექტებულია მულტი-დისციპლინური ჯანდაცვის პროფესიონალების გუნდით, რომელიც სპეციალიზირებულია თამბაქოს დამოკიდებულების მკურნალობაზე. ასეთი პროფესიონალები განსაზღვრულია, როგორც ამ

დარგში მაღალი კვალიფიკაციის ჯანდაცვის მუშაკები და ექპერტები, მოწვევის/თამბაქოს დამოკიდებულების მკურნალობის, პრევენციის, დიაგნოზირებისთვის, რომლებიც მუშაობენ სრული დატვირთვით და უნაზღაურდებათ ამ აქტივობისათვის შრომა.

- ჯანდაცვის პროფესიონალისათვის, ვინც ოპერირებს ამ სპეციალიზირებულ მოწვევის შეწყვეტის ერთეულში, აუცილებელია შეეძლოს მიიღოს ადეკვატური ტრეინინგი პრევენციის, დიაგნოზირებისა და მკურნალობის საკითხებში.
- იდეალურ შემთხვევაში, ცენტრს ასევე შეუძლია ჰყავდეს ადმინისტრაციული პერსონალი, პაციენტების ზარების, კორექსონდენციის, პაციენტების ჩანაწერების და სხვა ადმინისტრაციული ფუნქციების უზრუნველსაყოფად.
- ამ რესურსების ხელმისაწვდომობა შესაბამისად უნდა იქნას დოკუმენტირებული. სერტიფიკატი შეიძლება მოთხოვნილ იქნას ზოგიერთი კომპეტენტური ორგანოს მიერ, რაც უჩვენებს, მულტიდისციპლინარული გუნდის არსებობას სპეციფიკური მანსიათებლებით და სრული დროით მუშაობით ამ ცენტრში.

მატერიალური რესურსები

- შესაბამისი ოთახები ხელმისაწვდომი სრული დროით: კონსულტაციების ოთახი, ცდები ოთახი, ადმინისტრაციული ოფისი, მოსაცდელი ოთახი და შეხვედრების ოთახი
- კომპიუტერით მხარდაჭერილი მონაცემთა ბაზა და ფაილები სპეციფიკური დოკუმენტაციისათვის მოწვევისა და თამბაქოს მოხმარებაზე.
- სპეციფიკური მოწვევის/თამბაქოს მოხმარების კლინიკური ჩანაწერები.
- კინიკური ინტერვენციის პროტოკოლები;
- თვითდაზმარების მასალები;
- შესაბამისი ოფისის მასალები;
- აუდიო-ვიზუალური პროექტორის მასალები;
- კლინიკური მასალები: სტეტოსკოპი, სისხლის წნევის მზომელი, ამონასუნთქ ჰაერში CO გაზომვის ხელსაწყო, სპირომეტრი, ელექტროკარდიოგრაფა, პაციენტის სიმაღლის და სხეულის წონის გამზომველი

სისტემა (სხეულის მასის ინდექსის კალკულაციის ჩათვლით). მედიკამენტების ნიმუშები

- სხეულის ფლიუიდებში ნიკოტინის ან კოტინინის გაზომვის შესაძლებლობა
- საკონტაქტო ტელეფონის ნომერი

ამ რესურსების ხელმისაწვდომობა შესაბამისად უნდა იქნას დოკუმენტირებული. სერტიფიკირება სავალდებულოა კომპეტენტური უფლებამოსილი ორგანოს მიერ, რაც უჩვენებს კლინიკის მასალების და კომპიუტერის მონაცემთა ბაზის გამოყენების ხელმისაწვდომობას. ნიკოტინის და კოტინინის გაზომვის შესაძლებლობა სხეულის ფლიუიდებში, უნდა იქნას დოკუმენტირებული.

მოთხოვნილია ასევე სპეციფიკური მოწვევის კლინიკური ჩანაწერების პრეზენტაცია, სპეციფიკურ კითხვართან, კლინიკური ჩარევის პროტოკოლთან და თვითდაზმარების მასალებთან ერთად.

თამბაქოს მოხმარებლების კატეგორიები, რომლებმაც უნდა მიმართონ თამბაქოს შეწყვეტის სერვისებს

მაღალი რისკის თამბაქოს მოხმარებლები

თამბაქოს შეწყვეტის სერვისების ძირითადი მიზანია მაღალი სტანდარტის მკურნალობის უზრუნველყოფა

ცხრილი 6.3.: კითხვარი თამბაქოს შეწყვეტის სერვისებისათვის

თვითშეფასებით კითხვარი აუცილებელია:

თამბაქოს მოხმარების პროფილი.

თამბაქოზე დამოკიდებულების ტესტი: ფაგერსტრომის ტესტი.

თვითშეფასების კითხვარი რეკომენდირებულია:

ხასიათის შეფასების კითხვარი (HAD) ან სხვა

კითხვარი მოტივაციაზე თავის დანებების და /ან აღქმის ბარიერებზე.

არა თვით ადმინისტრირებული კითხვარი:

კითხვარი, როგორიცაა ბექის დეპრესიის შემქმნელი (BDI)

მაღალი რისკის თამბაქოს მომხმარებელისათვის, როგორცაა ფეხმძიმე ქალები, მწვევლები დაგეგმილი ოპერაციით, მწვევლები ფსიქოლოგიური, გულსისძარღვთა, რესპირატორული დაავადებებით და სიმსივნეიანი პაციენტები, თამბაქოს მომხმარებლები სხვა დამოკიდებულებებით (ალკოჰოლი და სხვანაირი ნივთიერებები), სოციალურად წარუმატებელი მწვევლები და მწვევლები, ვისაც ჰქონდა წარუმატებელი თავის დანებების ისტორია.

თამბაქოს ყველა მომხმარებელი

თამბაქოს ყველა მომხმარებელმა, ვისაც სჭირდება დახმარება თავის დანებების პროცესში, უნდა მიმართოს თამბაქოს შეწყვეტის სერვისებს ჯანდაცვის პროფესიონალების მიერ, თავის დანებების ხაზით ან სოციალური სერვისებით, ან თვითონ მიმართონ ამ სერვისებს.

სპეციფიკური საზოგადოება

თამბაქოს შეწყვეტის სერვისები შეიძლება სპეციალიზირებული იყოს ერთი სამიზნე ჯგუფისათვის, როგორცაა ფეხმძიმე ქალები, მოზარდები ან თამბაქოს მომხმარებლები დამოკიდებული სხვა ნივთიერებებზე. ამ შემთხვევაში, თამბაქოს შეწყვეტის სერვისზე უნდა იქნას მითითება გაკეთებული.

ჯანდაცვის აქტივობები

სპეციალიზირებული მოწვევის შეწყვეტის ერთეულის აკრედიტაცია დაფუძნებულია ძირითადად ჯანდაცვის ხარისხის კრიტერიუმზე. კრიტერიუმში, რომელიც განსაზღვრავს მოწვევის/თამბაქოზე დამოკიდებულების ხარისხს პრევენციის, დიაგნოზირების და მკურნალობაში არის შემდეგი:

ჯანდაცვა უნდა იყოს უზრუნველყოფილი სამ ფორმატში:

- ინდივიდუალიზირებული
- ჯგუფური
- ტელეფონზე-დაფუძნებული

ცენტრებს უნდა ჰქონდეთ ინდივიდუალიზირებული, ჯგუფური და ტელეფონზე დაფუძნებული მართვის პროტოკოლები. ეს პროტოკოლები უნდა შეიცავდეს მინიმუმ ვიზიტისას დაკვირვების პერიოდის კურსის

განმავლობაში, რომელიც გაგრძელდება დაახლოებით 12 თვეს თავის დანებების თარიღიდან.

- ჯგუფური კონსულტაციების შემთხვევაში, პაციენტი გამოჩნდება კურსის დროს 5-დან 9-მდე სეანსზე, რომლის ხანგრძლივობაა 45-დან 90 წუთი.
- ტელეფონზე დაფუძნებული კონსულტაციები უნდა ჩატარდეს იმ შემთხვევებში, სადაც პაციენტს აქვს სირთულეები მოვიდეს ცენტრში, იმ შემთხვევებში, სადაც მხოლოდ ნაკლებად ინტენსიური ჩარევებია საჭირო. ან იმ შემთხვევებში, სადაც პირდაპირი ინტერვენციაა საჭირო.

ჯანდაცვის აქტივობა გატარდება ექიმების, ექთნების და ფსიქოლოგების მულტიდისციპლინარული ჯგუფის მიერ. ყველა ისინი უნდა იყვნენ კვალიფიციური ექსპერტები მოწვევის პრევენციის, დიაგნოზირების და მკურნალობაში.

ამ ერთეულების ჯანდაცვის აქტივობები არ უნდა იყოს შესაბამისი ფაქტობრივ ცენტრებთან. შედეგად, ერთეულის პროფესიონალები უნდა იყვნენ მზად გადაამისამართონ და გამართონ კონსულტაციები სხვა ჯანდაცვის პროფესიონალების მიერ თამბაქოს მომხმარებლების მკურნალობის შესახებ.

საჭიროა პრევენტაცია აუცილებელი დოკუმენტაციებზე, რომელიც უჩვენებს ჯანდაცვის პროტოკოლის არსებობას, რაც დააკმაყოფილებს მახასიათებლებს. უნდა იქნას წარმოდგენილი დოკუმენტაცია, რომელიც გაცემული იქნება კომპეტენტური ორგანოს მიერ, და უჩვენებს შემდეგ მონაცემებს: წელიწადში ახალი პაციენტების რაოდენობა (მინიმალური მოთხოვნილი რაოდენობა = 300,), წელიწადში გასინჯვების რაოდენობა (მინიმალური მოთხოვნა $n = 1000$), CO გაზომვის რაოდენობა წელიწადში (მინიმალური რაოდენობა $n = 1000$), წელიწადში ნიკოტინისა და/ან კოტინინის რაოდენობის განსაზღვრა (მინიმუმი რაოდენობა $n = 100$), სპირომეტრული აჩმომჩენის რაოდენობა წელიწადში, და ECG კვლევის რაოდენობა წელიწადში.

თამბაქოს შეწყვეტის სერვისები აღიარებს საერთაშორისო და ეროვნულ საუკეთესო პრაქტიკის სახელმძღვანელოებს თამბაქოს შეწყვეტისათვის. თამბაქოს შეწყვეტის

ცხრილი 6.4: მოწვევის შეწყვეტის ვიზიტის ორგანიზების მაგალითი

პირველი ვიზიტი:
უნდა იყოს პირისპირ და /ან უნდა ჩატარდეს ჯგუფის ვიზიტის ჩარჩოში;
არის შემთხვევა თამბაქოს მომხმარებლების, მოხმარების ჩანაწერების და თამბაქოს პროდუქტზე განათლების , თამბაქოს მოხმარების ჯანმრთელობის შედეგების ხელმისაწვდომობის;
უნდა გაგრძელდეს: 30-60 წთ.
დაკვირვების შემდგომი ვიზიტები:
კვლევის შემდგომი დაკვირვების ვიზიტები ჩვეულებრივ 5-დან 9-მდეა, მაგ. მე-2, 4, 8, 12, 26 კვირაზე, მაგრამ სხვა სქემებიც არის შესაძლებელი, მაგ. დამატებითი ვიზიტი პირველ კვირას ან ვიზიტი 1 წლის შემდეგ;
ხანგრძლივობა არის 15-30 წთ;
შეიძლება გაუმჯობესებული იყოს ტელეფონით მხარდაჭერით, ინტერნეტით და ტესტირებით, ისევე, როგორც დაუფემავი ვიზიტი;
უნდა იყოს ადაპტირებული ხანგრძლივობაზე და მხარი დაუჭიროს ინდივიდის სიტუაციას და საჭიროებას.

სერვისები აღიარებს ძირითად კარგ პრაქტიკას ყველა პროცედურაში, პატივს სცემს პაციენტების უფლებებს და ასრულებს მონაცემთა დაცვის რეგულაციებს.

ასევე, დოკუმენტაცია უნდა იქნას წარმოდგენილი, რომელიც გაცემულია კომპეტენტური ორგანოების მიერ, რომელიც ნებას რთავს ცენტრის აქტივობების კოორდინაციას სხვა ცენტრებთან ან დეპარტამენტებთან მოწვევის პრევენციის ან მკურნალობასთან დაკავშირებულ საკითხებში.

თამბაქოს შეწყვეტის სერვისმა უნდა გაავრცელოს კარგი პრაქტიკა თამბაქოს დამოკიდებულების მკურნალობაზე და თამბაქოს პრევენციაზე სხვა ჯანმრთელობის სერვისებსა და საზოგადოებაში ზოგადად.

სწავლების აქტივობები

- მკაცრად რეკომენდირებულია ჯანმრთელობის

პროფესიონალებისათვის სპეციალიზირებულ მოწვევის შეწყვეტის ერთეულებში, ჰქონდეთ საკმარისი კვალიფიკაცია და აკრედიტაცია, რათა ჩაატარონ სწავლების აქტივობები, რაც დაკავშირებულია პრევენციასთან, დიაგნოზირებასთან და მკურნალობასთან მედიცინის, ფსიქიატრიულ და ჯანმრთელობის მეცნიერებებში, ისევე, როგორც საექტონო სკოლებში.

- ეს ერთეულები აგრეთვე უნდა აკმაყოფილებდნენ სხვა ჯანდაცვის დეპარტამენტების სატრენინგო მოთხოვნებს. პროფესიონალებს, ვინც ეკუთვნის ერთეულს, უნდა შეეძლოთ ტრენინგის კურსის ჩატარება
- ეს სპეციალიზირებული მოწვევის შეწყვეტის ერთეულები უნდა იყვნენ მომზადებული მიიღონ პასუხისმგებლობა ტრენინგის ჩატარებისათვის მოწვევის პრევენციის, დიაგნოსტიკის და მკურნალობის თაობაზე რეზიდენტებისათვის იმ სპეციალისტების ტრენინგისათვის, ვინც არის რესპირატორული მედიცინის, ოჯახის და თემის მკურნალობის მედიცინის, პრევენციული მედიცინის და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის, ან სხვა კლინიკურ-ქირურგიული სპეციალისტები, ასევე ფსიქოლოგიის რეზიდენტები.

საჭიროა აუცილებელი დოკუმენტაციის წარმოდგენა, რომელიც უჩვენებს, რომ ზოგიერთი ჯანდაცვის პროფესიონალი მუშაობს სრული დროით ცენტრში, და აქვს აკადემიური კვალიფიკაცია, რაც საჭიროა სტუდენტების სასწავლებლად. პატივცემული ლექტორები, კერძო უნივერსიტეტების ლექტორები, საკონტრაქტო ლექტორები, ასოცირებული პროფესორები, უნივერსიტეტის ასისტენტ პროფესორები და უნივერსიტეტის რექტორები განსაკუთრებულად ღირებულია ამ შემთხვევაში.

თამბაქოს შეწყვეტის სერვისმა უნდა გაავრცელოს კარგი პრაქტიკა თამბაქოს დამოკიდებულების მკურნალობაზე და თამბაქოს პრევენციაზე სხვა ჯანდაცვის სერვისებში და საზოგადოებაში ფართოდ.

საჭიროა დოკუმენტაციის წარმოდგენა, რომელიც

გაცემულია კომპეტენტური ორგანოების მიერ, და უჩვენებს რომ ცენტრი რუტინულად ატარებს სასწავლო აქტივობებს. კურსების, კონფერენციების და სხვა სასწავლო შეხვედრების რაოდენობა, ჩატარებული ცენტრის წევრების მიერ ბოლო ორ წელიწადში უნდა იყოს განსაზღვრული. ოთხი მიმდინარე სატრენინგო აქტივობა მაინც უნდა ჩატარდეს ყოველწლიურად, რომ მოპოვებულ იქნას სპეციალიზირებული მოწვევის შეწყვეტის ერთეულის აკრედიტაცია.

განსაკუთრებით ღირებული იქნება სერტიფიკატი ჯანდაცვის ცენტრის ან ჰოსპიტალის სასწავლო კომისიიდან, რომელიც ადასტურებს, რომ მედიცინაში და ფსიქოლოგიაში ტრენინგის რეზიდენტები იცვლებოდნენ ერთეულიდან.

კვლევითი აქტივობები

სპეციალიზირებული თამბაქოს მოხმარების შეწყვეტის ერთეულმა უნდა აჩვენოს შესაბამისი კვლევითი აქტივობა ეპიდემიოლოგიური და კლინიკური კვლევის ფორმით ან საბაზისო კვლევით ცდებში.

თამბაქოს თავის დანებების სერვისებმა უნდა შეაფასონ მათი აქტივობა და უზრუნველყოს მონაცემები. წარმოდგენილი მონაცემები ინფორმირებას მოახდენს შესაძლო პროექტების და გააუმჯობესებს თამბაქოზე დამოკიდებულების დიაგნოზირების, პრევენციისა და მკურნალობის პრაქტიკას.

თამბაქოს თავის დანებების სერვისებს შეუძლია მონაწილეობა მიიღონ აკადემიურ კვლევებში. აკრედიტირებული ორგანოს მხარდაჭერით, თამბაქოს შეწყვეტის სერვისებმა შეიძლება მიიღონ მონაწილეობა მენეჯმენტში ან აკადემიურ კვლევაში. თამბაქოს შეწყვეტის სერვისებმა უნდა წარადგინონ ანგარიში თავიანთი აქტივობების შესახებ ყოველწლიურად, განსაკუთრებულად უზრუნველყონ შემდეგი:

- ახალი პაციენტების რაოდენობა და კვლევის შემდგომი პერიოდის ვიზიტები უნდა დაფიქსირდეს;
- ექვსთვიანი შემოწმებული თამბაქოს შეწყვეტის სტატუსი დაფიქსირებულ იქნა ყველა იმ პაციენტისათვის, ვინც ესტუმრა თამბაქოს შეწყვეტის სერვისებს.

ოქროს დონის აკრედიტაციისათვის, აუცილებელი დოკუმენტაცია უნდა იქნას წარმოდგენილი ერთეულის კვლევის აქტივობის უკანასკნელი ხუთი წლის მანძილზე. წარმოდგენილი უნდა იქნას შემდეგი დოკუმენტაცია: სამეცნიერო პუბლიკაცია (არანაკლებ 3 ეროვნულ და საერთაშორისო ჟურნალებში), კომუნიკაციები საერთაშორისო კონგრესებთან (არანაკლებ 3), და კომუნიკაციები ეროვნულ ენაზე (არანაკლებ 6)

თამბაქოს თავის დანებების სერვისების როლი ჯანმრთელობის ხელშეწყობაში

თამბაქოს თავის დანებების სერვისებმა ხელი უნდა შეუწყონ ჯანსაღი ცხოვრების წესს თამბაქოს გარეშე ზოგადად საზოგადოებას შორის, თამბაქოს მომხმარებლებს შორის ასოცირებული დაავადებებით თუ მათ გარეშე. მათ ასევე უნდა გააკეთონ პაციენტებისათვის, ვინც ესწრებოდა სერვისებს თემის შიგნით.

რეკომენდაცია:

ძირითადად გავრცელებულ ENSP - ხარისხის სტანდარტებზე დაფუძნებული სტანდარტიზებული ევროპული სააკრედიტაციო სისტემის განხორციელებისას, უნდა გავითვალისწინოთ და პატივი უნდა ვცეთ ევროპის რეგიონის⁴ მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაციის 53 წევრ სახელმწიფოს განსხვავებულობას სხვადასხვა სტრუქტურებით და ორგანიზაციებით მათ ჯანდაცვის და საგანმანათლებლო სისტემებში.

გამოყენებული ლიტერატურა

1. Jiménez-Ruiz CA., Solano-Reina S., Rebollo-Serrano JC., Esquinas C. for the Executive Committee, Smoking Cessation Group., Spanish Respiratory Society (SEPAR). Guide for the Accreditation of Smoking Cessation Services. www.separ.es
2. eSCANN 2010 Report :The European Tobacco Cessation Clinics Assessment and Networking Project. www.ofta-asso.fr/escann
3. http://www.tabaccologia.it/filedirectory/PDF/4_2010/Tabaccologia_4-2010.pdf
4. <http://www.euro.who.int/en/where-we-work>

ცხრილი 6.5: მოწვევის შეწყვეტის თვითშეფასება

თამბაქოს შეწყვეტის სერვისი თვით აუდიტი		არა იმპლემენტაცია	ზოგიერთი იმპლემენტაცია (0)	ნახევრად იმპლემენტაცია (0)	თითქმის სრული იმპლემენტაცია (0)	დიახ სრული (0)	მიუღებელი (NA)	დაკვირვებები
1. თამბაქოს შეწყვეტის სერვისი აცხადებს მკაფიოდ, რომ სერვისი მიძღვნილია თამბაქოს მომხმარებლების სამკურნალოდა და თამბაქოს შეწყვეტის ჩასატარებლად								მიზანი
1.01	სიტყვა „თამბაქო“ წარმოდგენილია დაბეჭდილიდოკუმენტის სახით და გამოფენილია შენობის შესასვლელში	0	1	2	3	4	NA	
1.02	სიტყვა „თამბაქო“ წარმოდგენილის სერვისის ინტერნეტის პრეზენტაციაში	0	1	2	3	4	NA	
1.03	არსებობს სპეციალური ტელეფონის ნომერი თამბაქოს	0	1	2	3	4	NA	
1.04	თუ თამბაქოს შეწყვეტის სერვისის სია არსებობს რეგიონულ ან ეროვნულ დონეზე, თამბაქოს შეწყვეტის სერვისი ამ სიაშია	0	1	2	3	4	NA	
2. თამბაქოს შეწყვეტის სერვისი საუკეთესო ძალისხმევას ეწევა, ჰქონდეს საკმარისი ადამიანური და მატერიალური რესურსები მისი მისიის დასრულებისათვის								რესურსი
2.01	პერსონალის დრო საკმარისია პირველი ვიზიტის შეხვედრის გადადებისთვის 3 კვირაზე ნაკლები დროით	0	1	2	3	4	NA	
2.02	მთელი პერსონალი დატრენინგებულია მოწვევის შეწყვეტაზე	0	1	2	3	4	NA	
2.03	პერსონალის ნახევარზე მეტი სერტიფიცირებულია როგორც თამბაქოს შეწყვეტის სპეციალისტად	0	1	2	3	4	NA	
2.04	რეცეპტი სრულად ხელმისაწვდომია	0	1	2	3	4	NA	
2.05	არსებობს თავის დანებების ოთახი > 10მ ² კონსურტაციებისათვის	0	1	2	3	4	NA	
2.06	არსებობს ერთი CO-ს ტესტერი/600 ვიზიტი წელიწადში	0	1	2	3	4	NA	

Continued

ცხრილი 6.5: Continued

2.07	საკონსულტაციო ოთახში არის კომპიუტერი	0	1	2	3	4	NA	
2.08	თვითშეფასების კითხვარი, როგორიცაა ფაგერშტომის ნიკოტინზე დამოკიდებულების ტესტი	0	1	2	3	4	NA	
2.09	წამლები ხემისაწვდომია, ან თვალსაჩინოა პაციენტებისათვის	0	1	2	3	4	NA	
3. TCS იღებს ყველა მწვევლს, მაგრამ მკურნალობს ყველაზე მძიმე შემთხვევებს. თუ ცენტრი გადაწყვეტს მიიღოს მხოლოდ სპეციფიკური პოპულაცია, მაგ. ფეხმძიმე ქალები, ეს გადაწყვეტილება მკაფიოდ არის აღწერილი								საჯარო
3.01	>50% ახალი პაციენტებისას აქვს თანმხლები დაავადებები, თანადმოკიდებულება, ფეხმძიმობა ან დაბალი შემოსავალი	0	1	2	3	4	NA	
3.02	პოპულაციის სპეციფიკა, ვისაც ხელი მიუწვდება თამბაქოს შეწყვეტის სერვისებზე კმაფიოდ ჩამოყალიბებულია	0	1	2	3	4	NA	
4. თამბაქოს შეწყვეტის სერვისები პატივს სცემს საუკეთესო პრაქტიკას და ღირებულ სახელმძღვანელოებს მოწვევის შეწყვეტასთან დაკავშირებულს								საუკეთესო პრაქტიკა
4.01	კარგი პრაქტიკის რეკომენდაციები ჩამოთვლილი და მიღებულია	0	1	2	3	4	NA	
4.02	პირველი ვიზიტის დროის ხანგრძლივობა 1/2 საათია	0	1	2	3	4	NA	
4.03	თამბაქოს შეწყვეტა ავრცელებს კარგ პრაქტიკას ჯანმრთელობის პროფესიონალებისათვის, ვინც არ არის შეწყვეტის სპეციალისტი	0	1	2	3	4	NA	
5. თამბაქოს შეწყვეტის სერვისის მონაწილეობს მოწვევის შეწყვეტაზე პროფესიონალთა განათლებისა და ტრენინგისათვის								განათლება
5.01	TCS მონაწილეობს მედიკოს ექიმთა თამბაქოზე დამოკიდებულების შეფასების და თამბაქოს შეწყვეტაზე განათლებაში	0	1	2	3	4	NA	
5.02	TCS მონაწილეობს არა მედიკოს ჯანდაცვის პროფესიონალების განათლებასა და დატრენინგებაში	0	1	2	3	4	NA	

Continued

ცხრილი 6.5: Continued

6. TCS იწერს და უზრუნველყოფს მონაცემებს ადგილობრივი და/ან ეროვნული შეფასებისათვის								კვლევა
6.01	TCS იწერს და უზრუნველყოფს მონაცემებს ადგილობრივი და/ან ეროვნული შეფასებისათვის	0	1	2	3	4	NA	
6.02	TCS მონაწილეობს აკადემიურ კვლევაში თამბაქოს დამოკიდებულების შესახებ	0	1	2	3	4	NA	
7. თამბაქოს შეწყვეტის სერვისი ატარებს ჯანმრთელობის ხელშეწყობის რუტინულ ქმედებებს თემთან კავშირში								ჯანმრთელობის ხელშეწყობა
7.01	TCS ატარებს ამ წლის ან გასული წლის მოქმედებას ჯანმრთელობის ხელშეწყობაში	0	1	2	3	4	NA	
8. თამბაქოს შეწყვეტის სერვისი აფასებს მის აქტივობას და აგრძელებს გაუმჯობესებას შედეგების შეფასების								შეფასება
8.01	6 თვიანი თავშეკავება ჩაწერილია და შეფასებული	0	1	2	3	4	NA	
8.02	მოწვევის შეწყვეტის შედეგების სტატისტიკა ხელმისაწვდომია	0	1	2	3	4	NA	
მთლიანად/100								
ცენტრი					თარიღი		მთლიანად	

Published by:

