

მიღებულია “კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაციების (გაიდლაინები) და დაავადებათა მართვის სახელმწიფო სტანდარტების (პროტოკოლები) შემუშავების, შეფასებისა და დანერგვის ეროვნული საბჭოს” 2009 წლის 30 დეკემბრის №2 სხდომის გადაწყვეტილების შესაბამისად

დამტკიცებულია საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2010 წლის 24 აგვისტოს № 283/ო ბრძანებით

თამბაქოს ჯივის მიტოვება და პრევენცია

კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაცია

(გაიდლაინი)

თამბაქოს ჯივის მიტოვება და პრევენცია

1. დაავადების განმარტება, ტერმინოლოგია

ნიკოტინური დამოკიდებულება

დამოკიდებულების მედიცინის ამერიკის საზოგადოების მიერ დამოკიდებულების დაავადებები განიმარტება, როგორც პათოლოგიური პროცესი, რომელიც ხასიათდება სპეციფიკური ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მოხმარების გაგრძელებით მიუხედავად გამომწვეული მანერ ფიზიკური, ფიზიოლოგიური და/ან სოციალური შედეგებისა.

ნიკოტინური დამოკიდებულება არის სწრაფვა თამბაქოს პროდუქტების მიმართ, რომელიც გამომწვეულია თამბაქოს შემადგენელი ძირითადი ფსიქოაქტიური ინგრედიენტის – ნიკოტინის მოქმედებით. ნიკოტინი ფიზიკურად და ფსიქოლოგიურად მიჩვევას იწვევს. ეს ყველაზე დიდი გავლენის მქონე დამოკიდებულების გამომწვევი პრეპარატია მსოფლიოში და მისი მოხმარება ასოცირებულია ჯანმრთელობისთვის ბევრ სერიოზულ რისკთან.

ტოქსიკურ ეფექტები ძირითადად დაკავშირებულია არა ნიკოტინთან, არამედ თამბაქოს შემადგენლობაში შემავალი სხვა ნივთიერებებთან. ეს ნივთიერებებია:

- ბენზოპირენი – შეიცავს მანქანის გამონაბოლქვი;
- კუპრი – კიბოს გამომწვევი ნივთიერება;
- აცეტონი – საღებავის მოსაცილებელი ქიმიური ნივთიერება;
- კადმიუმი – გამოიყენება ელექტროენერგის აკუმულატორებში;
- დარიშხანი – საწამლაღი.

სიგარეტისგან, სიგარისგან და ჩიბუხისგან გამონაბოლქვი შეიცავს 4000-მდე ქიმიურ ნივთიერებას, რომელთაგანაც 40-ზე მეტი ცნობილია, როგორც კიბოს გამომწვევი (კანცეროგენი). მწვევლებს გულის პათოლოგიის, ინსულტის და კანცეროგენული დაავადებების განვითარების მნიშვნელოვნად მაღალი მაჩვენებელი აქვთ.

სიგარეტის მოწვევა, როცა ის ჩვევად იქცევა, შეესაბამება ნივთიერებებზე დამოკიდებულების სამედიცინო კრიტერიუმებს.

ნიკოტინური დამოკიდებულება ნიშნავს, რომ პირს არ შეუძლია შეწყვიტოს თამბაქოს მოხმარება მიუხედავად იმ ზიანისა, რომელსაც თამბაქოს წვევა აყენებს. დამოკიდებულების დამახასიათებელ ნიშნებს მიეკუთვნება თამბაქოს მოხმარების გაგრძელება მიუხედავად გაცნობიერებისა, რა სამედიცინო პრობლემები მოაქვს მოწვევას, აღკვეთის სიმპტომების განვითარება მოხმარების შეწყვეტისას და თავის დანებების წარუმატებელი მცდელობები. რეგულარული მწვევლების უმრავლესობას მიესადაგება თამბაქოს დამოკიდებულების დიაგნოსტიკური კრიტერიუმები დაავადებათა საერთაშორისო კლასიფიკაციის მე-10 გადასინჯვის – **DSM-10** ან ფსიქიკური დაავადებების დიაგნოსტიკური და სტატისტიკური სახელმძღვანელოს მე-4 განახლებული გამოცემის - DSM-IV-ს მიხედვით.

ძირითადი ტერმინების განმარტებანი

- **მწვავე ინტოქსიკაცია** – მდგომარეობა, რომლის დროსაც სახეზეა ფსიქოაქტიური ნივთიერების ახლახან მიღების აშკარა სიმპტომები და ნიშნები, რაც გამოიხატება ცნობიერების, კოგნიტური ფუნქციების, აღქმის, ემოციების, ქცევის და სხვა ფსიქოფიზიოლოგიური ფუნქციების დარღვევებში.
- **ნივთიერების არასწორი გამოყენება (misuse)** – ნივთიერების (მაგ., ნარკოტიკების) გამოყენება განსხვავებულად, ვიდრე გამოწერილია, როგორცაა არასწორი დოზებით მიღება ან დოზებს შორის ინტერვალებში დამატებით მიღება.
- **ნივთიერებების სახიფათო მოხმარება (hazardous use)** – ნივთიერებების (მაგ., ნარკოტიკების) მოხმარება, როცა იზრდება მომხმარებლის ჯანმრთელობისთვის დამღუპველი შედეგების განვითარების რისკი.
- **ნივთიერებების მავნედ მოხმარება (abuse)** – ნივთიერებების (მაგ., ნარკოტიკების) გამოყენება, რომელიც საფრთხეს უქმნის მომხმარებელს ან სხვა პირს; ან გამოყენება სხვა მიზნით, ვიდრე ამ ნივთიერების დანიშნულებაა; ან არალეგალური ნარკოტიკის გამოყენება¹.
- **ნივთიერების საზიანოდ მოხმარება (harmful use)** – ლსკ-მე-10-ს მიხედვით, ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მოხმარება, რომელიც საფრთხეს უქმნის ჯანმრთელობას. ზიანი შეიძლება იყოს ფიზიკური ან ფსიქიკური.
- **ტოლერანტობა** – უცვლელი დოზა აღარ იწვევს სასურველ ეფექტს ან იგივე ეფექტის მისაღწევად საჭიროა ნივთიერების დოზის გაზრდა.
- **დამოკიდებულება ნარკოტიკულ ნივთიერებაზე** – ალკეეთის სინდრომის (ფსიქოლოგიური და/ან ფიზიკური სიმპტომები) განვითარება ნივთიერების მოხმარების შეწყვეტისას (ასევე, იხ. თავი “დაავადების დიაგნოზი”).
- **მსუბუქი მწვევლი** – პირი, რომელიც დღეში 10 ღერზე ნაკლებს ეწევა. შესაძლებელია, ყოველდღიურად არც ეწეოდეს (ექსპერტთა ჯგუფის შეთანხმება).

¹ DSM-IV-ის მიხედვით თამბაქოს მავნედ მოხმარება არ არის ცალკე გამოყოფილი და კლასიფიცირებულია მხოლოდ ნიკოტინური დამოკიდებულება კოდით 305.1; ნიკოტინური ალკეეთა კოდით – 292 და ნიკოტინის მოხმარებით გამოწვეული დაავადებები (სხვაგვარად დაუზუსტებელი) კოდით – 292.9

- **პასიური მოწვევა** (მეორადი მოწვევა, გარემოთი განპირობებული ანუ ეკოლოგიური მოწვევა) – ინდივიდი ჩაისუნთქავს კვამლს არა უშუალოდ სიგარეტის, სიგარის ან ჩიბუხის მოქაჩვის შედეგად, არამედ მათი წვის შედეგად გარემოში გამოყოფილ გამონაბოლქვს და კვამლს, რომელიც მწვეველის ფილტვებიდან ამონასუნთქ ჰაერშია. ამ ნაზავს უნებურად ისუნთქავს არამწვეველი. დაბინძურებულ ჰაერი სიგარეტის ჩაქრობის შემდეგ რამდენიმე საათის შემდეგაც კი შეიძლება გახდეს მრავალი დაავადების განვითარებისა თუ გამწვავების მიზეზი, მათ შორის კიბოს, რესპირატორული ინფექციებისა და ასთმისა.
- **ჯვარედინი ტოლერანტობის უნარის მქონე ნარკოტიკი/ნივთიერება** – ნარკოტიკი, რომელიც ამსუბუქებს ალკეეთის სიმპტომატიკას იმ ნივთიერებასთან მსგავსი მოქმედების გამო, რომელზეც დამოკიდებული იყო პაციენტი (მაგ. ბენზოდიაზეპინები ჯვარედინ-ტოლერანტულია ალკოჰოლთან).
- **ალკეეთის სინდრომი** – ნიშნები და/ან სიმპტომები, რომლებიც ვითარდება ჩვეული ნივთიერების მიღების შეწყვეტის ან მისი რაოდენობის სწრაფი შემცირების შედეგად.
- **დეტოქსიფიკაცია** – ნივთიერების გამოდევნა პაციენტის ორგანიზმიდან თანდათანობითი შემცირების გზით ან მიღების შეწყვეტის გზით. შესაძლოა, საჭირო გახდეს ჯვარედინ-ტოლერანტული ნივთიერებების მიღება პაციენტის კომფორტული ან უსაფრთხო მდგომარეობისათვის.

გამოყენებული შემოკლებები

ღსკ მე-10-ე	– დაავადებათა საერთაშორისო კლასიფიკაცია, მე-10-ე გადასინჯვა
DSM-IV	– ფსიქიკური დაავადებების დიაგნოსტიკური და სტატისტიკური სახელმძღვანელოს მე-4 განახლებული გამოცემა
DALY	– სიცოცხლის განმავლობაში შრომის უუნარობის წლები (The disability-adjusted life-year)
ჯანდაცვის	– ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაცია
ცნს	– ცენტრალური ნერვული სისტემა
სმი	– სხეულის მასის ინდექსი
ნჩი	– ნიკოტინჩანაცვლებითი თერაპია

2. ეპიდემიოლოგია

მონაცემები მსოფლიოსთვის

თამბაქოს მოხმარება ერთერთი ყველაზე დიდი საშიშროებაა ჯანმრთელობისთვის. ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის- ჯანმო-ს მონაცემებით, მსოფლიოში დაახლოებით 1.3 ბილიონი რეგულარული მწვეველია 15 წლის და უფროსი ასაკის. მწვეველების 4/5 დაბალ და საშუალო შემოსავლების ქვეყნებში ცხოვრობენ.

გლობალურად ითვლება, რომ თითქმის 5-ჯერ მეტი მამაკაცი ეწევა, (48%) ვიდრე ქალი (10%). განსხვავებული მონაცემებია ჩინეთში, სადაც 63% მამაკაცების ეწევა შედარებით 3.8%-თან მწვეველი ქალებისა.

ეს საერთაშორისო მონაცემები სქესთა დარღვეული ბალანსის შესახებ დამახასიათებელია თამბაქოს ეპიდემიის ადრეული საფეხურებისთვის და უფრო მეტად გამოსატულია განვითარებად ქვეყნებში. მოგვიანებით, არსებული სხვაობა ქალებსა და მამაკაცებს შორის ამოივსება, რადგან მეტი ქალები იწყებენ მოწევას, ზრდიან რა ქალებში თამბაქოს მოწევასთან დაკავშირებული დაავადებების ტვირთს.

გლობალურმა კვლევამ ახალგაზრდების მიერ თამბაქოს მოხმარების შესახებ (The Global Youth Tobacco survey) აჩვენა, რომ მოწვევის სიხშირე დაახლოებით ერთნაირია ახალგაზრდა გოგონებსა და ბიჭებში მსოფლიოს ბევრ ქვეყანაში. რადგან ეს მოზარდები გაიზრდებიან, მოსალოდნელია, რომ ქალთა პოპულაციის 20% მოწვევს 2025 წლისათვის.

გლობალურად, თამბაქოს პროდუქტების მოხმარება იზრდება, თუმცა მაღალი შემოსავლის მქონე ქვეყნებში- მცირდება. ბოლო წლებში თამბაქოს მოხმარებაზე უარი თქვა ჩრდილო ამერიკისა და დასავლეთ ევროპის ბევრმა ქვეყანამ, მაგრამ გაიზარდა მისი მოხმარება სხვა ქვეყნებში, განსაკუთრებით- აზიაში. თითქმის 30% მსოფლიოს მწვეველებისა არის ჩინეთში. დაახლოებით 300 მილიონი ჩინელი მწვეველია, რაც მთელი აშშ-ს მოსახლეობის ტოლფასია. ეპიდემია ინაცვლებს განვითარებადი ქვეყნებისაკენ. მსოფლიოში მწვეველთა 80% დაბალი და საშუალო შემოსავლის მქონე ქვეყნების მაცხოვრებელია.

თამბაქო ერთერთი ყველაზე მოსაფრთხილებელი სიკვდილის მიზეზია მსოფლიო მაშტაბით. მე-20-ე საუკუნეში 100 მილიონი ადამიანი გარდაიცვალა თამბაქოს მოხმარების შედეგად. ამჟამად, 5.4 მილიონი ადამიანი კვდება ყოველწლიურად მსოფლიოში თამბაქოს მოხმარების შედეგად - საშუალოდ, 1 ადამიანი ყოველ 6 წამში და ყოველი 10 მოზრდილი ადამიანიდან 1-ის სიკვდილის მიზეზი თამბაქოს მოხმარება ხდება. თამბაქო მწვეველების ნახევარზე მეტის სიკვდილის მიზეზია. ის წარმოადგენს რისკ-ფაქტორს 8-დან 6 დაავადებისა, რომლებიც სიკვდილის წამყვან მიზეზების რიცხვშია მსოფლიო მაშტაბით.

თამბაქოს მოხმარებისაგან გამოწვეული გართულებებით გაცილებით მეტი ადამიანი იღუპება ვიდრე ერთიანად აღებული შიდსის, ავტოკატასტროფების, მკვლევლობების, თვითმკვლევლობების, ინფექციური დაავადებების, სხვა ნარკოტიკული ნივთიერებების მოხმარების შედეგად.

გარდაცვლილ ონკოლოგიურ ავადმყოფთა 30% თამბაქოს მოხმარდა, ფილტვის კიბოს დროს კი მწვეველთა ხვედრითი წილი 80%-ს აღწევს.

აშშ-ის პედიატრიის აკადემიისა და ფონდი „მემკვიდრეობა“-ს მიერ ჩატარებული გამოკვლევებით, თამბაქოს მოხმარებით გამოწვეული ავადობის ტვირთი ძირითადად ბავშვებზე მოდის. თითქმის ნახევარი მსოფლიოში მოსახლე ბავშვებისა ისუნთქავს თამბაქოს გამონაბოლქვით მოწამლულ ჰაერს. ე.წ. მეორადი მოწვევა სერიოზულ საფრთხეს უქმნის ბავშვთა ჯანმრთელობას. აქ იგულისმება მცირე წონა დაბადებისას, უეცარი სიკვდილის სინდრომი, ასთმა და შუაყურის ანთებები ბავშვებში, რასაც ემატება თამბაქოს მწვევლთა გარემოში გაზრდილი ბავშვების მიერ შემდგომში თამბაქოს მოხმარების მაღალი პროცენტი.

საყოველთაოდ ცნობილია მოწვევის უარყოფითი ზეგავლენა გულის იშემიური დაავადებისა და სხვა ათეროსკლეროზული დაავადებების განვითარების რისკზე. მოწვევა პასუხისმგებელია იმ სიკვდილობის 50%-ზე, რომელიც შესაძლებელი იყო აგვეცილებინა თავიდან. აქედან ნახევარი კარდიო-ვასკულარულ დაავადებებზე მოდის, სადაც დიდი წილი აქვს გულის იშემიურ დაავადებას. თუ მოწვევა დაწყებულია 15 წლამდე ასაკში, მომავალში გულის იშემიური დაავადებების განვითარების რისკი განსაკუთრებით მაღალია. უახლესი მონაცემებით პასიური მოწვევაც ზრდის კორონარულ და სხვა მასთან დაკავშირებულ დაავადებათა რისკს. მეორადი მოწვევა ყოველწლიურად თითქმის 50,000 სიკვდილის მიზეზია არამწვეველ მოზარდებში აშშ-ში და აქედან დაახლოებით 3,400 ფილტვის კიბოს ხარჯზე მოდის, ხოლო 22,700-69,699- გულის დაავადებებზე.

თამბაქოს მოხმარების ეკონომიკური ხარჯები გამოიწვევს. თამბაქოს მოხმარებით გამოწვეული დაავადებების მეურნეობაზე გაწეულ უზარმაზარ ხარჯებთან ერთად (პირდაპირი ხარჯები), თამბაქოს მოხმარებასთან დაკავშირებული სიკვდილიანობა მიზეზია უზარმაზარი ეკონომიკური პერსპექტივის დანაკარგისა (არაპირდაპირი ხარჯები) მას შემდეგ, რაც ნახევარი ამ სიკვდილის შემთხვევებისა მოდის საუკეთესო პროდუქტიულ წლებზე.

გლობალური ეკონომიკური დანაკარგი თამბაქოს მოხმარებასთან დაკავშირებით არ არის განსაზღვრული არასრული მონაცემების გამო, მაგრამ ცნობილია, რომ ეს ხარჯები რამოდენიმე ასეულ ბილიონ დოლარს შეადგენს ყოველწლიურად.

ნიკოტინური დამოკიდებულება, როგორც ქრონიკული დაავადება

ნიკოტინური დამოკიდებულება ქრონიკული დაავადების თვისებების მატარებელია. ნიკოტინის მოხმარებელთა მხოლოდ მცირე ნაწილი თუ ახერხებს მიაღწიოს მყარ აბსტინენციას პირველივე ცდაზე. მოხმარებელთა უმრავლესობა წლების მანძილზე მოხმარებლად რჩება და მეორდება ტიპური ციკლი მრავალჯერადი რემისი-რეციდივის პერიოდებისა. ეპიდემიოლოგიური მონაცემები მიუთითებენ, რომ აშშ-ში დღევანდელი მონაცემებით არსებული 45 მილიონი მწვევლიდან 70%-ზე მეტს სურს მოწვევისთვის თავის დანებება და დაახლოებით 44% აცხადებს, რომ ყოველწლიურად აქვს თავის დანებების მცდელობა. სამწუხაროდ, უმრავლესობა ასეთი მცდელობებისა წარუმატებელია. ასე, მაგ. 2005 წელს 19 მილიონი მოზრდილი ადამიანის მცდელობა, თავი დაენებებინათ მოწვევისათვის, სავარაუდოდ, მხოლოდ 4-7%-ისთვის დამთავრდა წარმატებით. სტატისტიკური მონაცემები შემაშფოთებელია როგორც მწვევლებისათვის, ასევე კლინიციისტებისთვის.

მონაცემები საქართველოსთვის

თამბაქოს მოხმარება საქართველოში საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ერთ-ერთ უმთავრეს პრობლემას წარმოადგენს. სხვადასხვა საბაზისო კვლევების მონაცემებით, სადღეისოდ თამბაქოს მოიხმარს ქვეყნის მოსახლეობის დაახლოებით 37-40%. მამაკაცებს შორის მწვეველია 50-65%, ხოლო ქალებს შორის 16-22%. ძალზე საყურადღებოა მდგომარეობა მოზარდებს შორის. სკოლის მოსწავლეების 22,1% მწვეველია, ხოლო ქალებს შორის მწვევლობის პროგრესი კატასტროფულია – იგი ბოლო 16 წლის განმავლობაში თითქმის 6-ჯერ გაიზარდა (მ.შ. თამბაქოს მოხმარების გაგრძელება გაზრდილია ორსულებში).

სხვადასხვა კვლევებით დადასტურდა, რომ საქართველოს მოსახლეობის უმეტესი ნაწილი იმყოფება თამბაქოს პერმანენტული და ინტენსიური ზემოქმედების ქვეშ. საქართველოში თამბაქოს მასიურ მოხმარებას ბიჭები იწყებენ 10-11 წლის ასაკიდან, გოგონები 12-13 წლის ასაკში. თუ ისინი გააგრძელებენ თამბაქოს მოხმარებას, ჩამოუყალიბდებათ თამბაქოსადმი ძლიერი დამოკიდებულება, რაც მრავალი სახის გართულების წინაპირობაა.

თამბაქოს მოხმარების სიხშირე როგორც მამაკაცებში, ასევე ქალებში ყველაზე მაღალია 26-59 წლის ასაკობრივ ჯგუფში, ისინი ეწევიან მთელი მოხმარებული სიგარეტის 60,5%-ს. მათზე მოდის სიგარეტის შექმნაზე დახარჯული მთელი თანხის ორი მესამედი. მონაცემები საქართველოში თამბაქოს მოხმარების პრევალენტობაზე მოცემულია ცხრილში №1.

ცხრილი. №1

თამბაქოს მოხმარების პრევალენტობა საქართველოს მოსახლეობაში 2003-2005 წლის გამოკვლევებით

ინდიკატორი (თამბაქოს მოხმარების)	%, წელი
პრევალენტობა 13-15 წლის მოზარდებში (ორივე სქესი)	24.6 (2003)
პრევალენტობა 13-15 წლის მოზარდებში (ქალები)	13.6 (2003)
პრევალენტობა 13-15 წლის მოზარდებში (მამაკაცები)	36.4 (2003)
პრევალენტობა 15≥ წლის მოზარდებში (ორივე სქესი)	31.9 (2005)
პრევალენტობა 15≥ წლის მოზარდებში (ქალები)	6.3 (2005)
პრევალენტობა 15≥ წლის მოზარდებში (მამაკაცები)	57.1 (2005)

წყარო: Core Health Indicators (WHO): http://apps.who.int/whosis/database/core/core_select_process.cfm#

დაავადების ტვირთი:

დაავადების ტვირთი პოპულაციაში შეიძლება განვიხილოთ, როგორც სხვაობა ამჟამინდელ ჯანმრთელობის მდგომარეობასა და იდეალურ სიტუაციას შორის, რომლის დროსაც ყველა ცხოვრობს ხანდაზმულ ასაკამდე, დაავადებებისა და ინვალიდობის გარეშე. ამ სხვაობის არ ადრეული გარდაცვალება, ინვალიდობა და გარკვეული რისკ-ფაქტორები, რომლებიც ხწლს უწყობენ დაავადების განვითარებას. ყოველივე ამის ანალიზის შედეგად კონკრეტდება დაავადების ტვირთი პოპულაციაში. სიცოცხლის განმავლობაში არაქმედიტუნარიანობის წლები (DALY) არის ჯამური მაჩვენებელი ავადობის, ინვალიდობის და სიკვდილიანობის გაგენისა პოპულაციის ჯანმრთელობაზე.

კარდიოვასკულური დაავადებების და ნეიროფსიქიატრიული კონდიციების წილზე მოდის დაავადების ტვირთის ყველაზე მაღალი პროცენტი ორივე სქესის წამომადგენლებაში საქართველოს მოსახლეობაში. ვინაიდან სიკვდილიანობა ნეიროფსიქიატრიული კონდინციების შედეგად მცირეა, ამ შემთხვევაში დაავადების ტვირთის დიდ წილი ინვალიდობაზე მოდის.

2001 წლის მონაცემებით, საქართველოში მოწვევაზე მოდის დაავადების ტვირთის სულ ცოტა 9% და 516 სიკვდილი 100 000 კაცზე.

ძირითადი რისკ-ფაქტორები:

ცხრილში №2 ნაჩვენებია პირველი 10 რისკ-ფაქტორი მათი შესაბამისი წვლილით დაღმავალი პრინციპით დაავადების ტვირთის ჩამოყალიბებაში მამაკაცებსა და ქალებში საქართველოს პოპულაციაში. DALY-ს მიხედვით, მაღალი არტერიული წნევა და თამბაქოს არის დაავადების ტვირთის მთავარი ფაქტორები საქართველოს მამაკაცთა პოპულაციაში, ხოლო მაღალი არტერიული წნევა და მაღალი სხეულის მასის ინდექსი (სმ0)- ქალთა პოპულაციაში. საქართველოში წლის განმავლობაში თამბაქოს მავნე ზემოქმედების შედეგად გულ-სისხლძარღვთა პათოლოგიებით ავადდება 100 ათასამდე თამბაქოს მომხმარებელი.

წამყვანი რისკ-ფაქტორები, როგორც დაავადების ტვირთის მიზეზები საქართველოში, გამოთვლილი DALY-ის მიხედვით (2002)

	მამაკაცები		ქალები	
	რისკ-ფაქტორები	ტოტალური DALY (%)	რისკ-ფაქტორები	ტოტალური DALY (%)
1	მაღალი არტერიული წნევა	24.4	მაღალი არტერიული წნევა	22.4
2	თამბაქო	15.1	მაღალი სმი ¹	13.3
3	მაღალი ქოლესტერინი	12.8	მაღალი ქოლესტერინი	11.0
4	მაღალი სმი ¹	10.7	ფიზიკური ინერტულობა	5.6
5	ალკოჰოლი	9.9	ხილისა და ბოსტნეულის სიმწირე რაციონში	5.4
6	ხილისა და ბოსტნეულის სიმწირე რაციონში	6.3	დაუცველი სქესობრივი კონტაქტი	2.8
7	ფიზიკური ინერტულობა	5.6	თამბაქო	2.5
8	არალეგალური ნარკოტიკები	3.8	არალეგალური ნარკოტიკები	1.4
9	ტყვია	2.0	ალკოჰოლი	1.2
10	ქალაქის ჰაერის გამონაბოლქვი	1.1	ტყვია	1.1

ღმთ – სხეულის მასის ინდექსი
 წყარო: *Background data from WHO (2003c)*

ჯანმოს მონაცემებით, „პასიური წვეის“ შედეგად საქართველოში ყოველწლიურად საშუალოდ 4000 უდანაშაულო ადამიანი იღუპება. ე.ი. თუ თამბაქოს მწვევლები, საკუთარ თავთან ერთად ზიანს აყენებენ გარშემომყოფებსაც, განსაკუთრებით ოჯახის წევრებს.

საქართველოში „პასიური წვეის“ მიზეზით ყოველწლიურად ავადდება 82000 არამწვეველი. თამბაქოს ნებისმიერი მომხმარებელი ავადებს მისთვის ყველაზე პატივსაცემ ხალხს.

თამბაქოთი გამოწვეული ავადობა და სიკვდილიანობა ხელს უწყობს საქართველოში ეკონომიკური კრიზისის განვითარებას. ამავე დროს, დიდ ზიანს აყენებს ოჯახის ბიუჯეტს.

პრობლემა

თუ სასწრაფო ზომები არ იქნება მიღებული, 2030 წლისთვის 8 მილიონი ადამიანი გარდაიცვლება ყოველწლიურად. 2030 წლისთვის, თამბაქოს მოხმარების მიზეზით გარდაცვლილთა 80% განვითარებადი ქვეყნების წილზე მოვა. 21-ე საუკუნეში ამ გათვლებით 1 მილიარდი ადამიანის გარდაცვალებაა მოსალოდნელი.

თანდათან, ქალებსა და მამაკაცებს შორის არსებული სხვაობა შემცირდება, რადგან მწვეველ ქალთა რაოდენობა იზრდება, რაც იწვევს ქალებში თამბაქოს მოწვევასთან დაკავშირებული დაავადებების ტვირთის ზრდას.

საქართველოში ქალებში მწვეველთა რაოდენობა იმდენად მაღალია, რომ თუ სასწრაფოდ არ შეჩერდა ეს პროცესი, მოსალოდნელია ახალი კატასტროფა საზოგადოებრივი ჯანდაცვისათვის.

გამოკვლევებით დადგინდა, რომ საქართველოს მოსახლეობის იმ ნაწილის ხარჯზე, რომელიც ამჟამად 0-19 ასაკობრივ ჯგუფში ერთიანდება, მწვეველებს 800 ათასი ადამიანი მოემატება, რომელთაგან 400 ათასი დაიღუპება თამბაქოს მავნე ზემოქმედების შედეგად; მათ შორის 200 ათასი დაიღუპება საშუალო ასაკში, ამდენივე ხანშიშესულობის ასაკში. 35 წლის ასაკის ქართველ მამაკაცებს შორის 5-დან ერთი თამბაქოსაგან გამოწვეული პრობლემებით გარდაიცვლება.

3. ეტიოპათოგენეზი

მწვეველობის დაწყებასა და მის შენარჩუნებაზე მოქმედი ძირითადი ფაქტორებია სოციალური, ინტერპერსონალური და პერსონალური ზეგავლენები:

- **სოციალური ზეგავლენა:** რეკლამა, ფასი, ხელმისაწვდომობა, თანატოლთა ზეწოლა, თვითშეფასება და სხვ.
- **ინტერპერსონალური ზეგავლენა:** ოჯახის წევრები, მეგობრები, პოპულარული ადამიანები, მასწავლებლები და სხვ.
- **პერსონალური ზეგავლენები:** წარმოდგენები, რა შეუძლია გამოიწვიოს მოწვეამ. მაგ. წონის კონტროლი, დამშვიდება, თვითდაჯერების მომატება, სიამოვნება, მომხიბვლელობა და ა.შ.

ზემოთ მოხსენიებული ფაქტორები სხვადასხვა ინტენსიურობით მოქმედებენ მწვეველობის სხვადასხვა ეტაპზე.

ნიკოტინის თვისება, გამოიწვიოს მიჩვევა და ფიზიკური სიმპტომები, აიხსნება ნიკოტინის კავშირით ცნს-ში ქოლინერგულ და ნიკოტინურ რეცეპტორებთან, თირკმელზედა ჯირკვლის ტვინოვან შრესთან, ნერვ-კუნთოვან სინაფსებთან და ვეგეტატიურ განგლიებთან. ტვინში ნიკოტინის ყველაზე დიდი შეკავშირების ადგილები აღინიშნება ჰიპოთალამუსში, ჰიპოკამპში, თალამუსში, შუა ტვინში, ტვინის ღეროში, ქერქში, ზოლიან სხეულსა და მეზოლიმბურ დოფამინერგულ ნეირონებში. მეზოლიმბური სისტემის დოფამინერგული ნეირონების სტიმულაცია და ნეიროადაპტაცია განაპირობებს ნიკოტინის მიმართ მიდრეკილებას, დამოკიდებულების, ტოლერანტობის და აღკვეთის სინდრომის განვითარებას. სიძნელეები, რომლებიც მოწვევის თავის დანებებასთანაა დაკავშირებული, სიგარეტის მოწვევის მოთხოვნილება და შეუჩერებელი მოწვევა შეიძლება იყოს ტვინის ზემოთ აღნიშნული უბნების ნეიროადაპტაციის შედეგი.

ნიკოტინის მოქმედება ნერვული სისტემის დანარჩენ ნაწილებზე ორფაზიანია: თავდაპირველად აღინიშნება სტიმულაცია, რომელსაც მოსდევს შეკავება. ვეგეტატიური განგლიები ნიკოტინის მოქმედების პირველადი სამიზნეებია. მცირე დოზებში ხდება განგლიების სტიმულირება, ხოლო დიდ დოზებში სტიმულაციის ხანმოკლე ფაზის შემდეგ დგება განგლიური ბლოკადის ფაზა. ნერვ-კუნთოვან სინაფსებში სტიმულაციური კომპონენტი მინიმალურია დოფამინერგულ სისტემასთან შედარებით.

4. კლინიკური სიმპტომატიკა

თამბაქოს მოხმარებით გამოწვეული მწვავე ინტოქსიკაცია²

- ა. უნდა აკმაყოფილებდეს მწვავე ინტოქსიკაციის (F1x.0) ზოგად კრიტერიუმებს: გარდამავალი მდგომარეობა ფსიქოაქტიური ნივთიერების (ამ შემთხვევაში, ნიკოტინის) მიღების შედეგად, რაც იწვევს ცნობიერების, კოგნიტური ფუნქციების, აღქმის, ემოციების, ქცევის და სხვა ფსიქოფიზიოლოგიური ფუნქციებისა და რეაქციების მოშლას.
- ბ. ადგილი უნდა ჰქონდეს დისფუნქციურ ქცევას ან პერცეპტუალურ (აღქმის) მოშლილობას, რომელიც დადასტურებულია სულ ცოტა, ერთ-ერთი ქვემოთჩამოთვლილით:
 - 1. ინსომნია;
 - 2. ექსცენტრული სიზმრები;
 - 3. გუნებ-განწყობის ლაბილობა;
 - 4. დერეალიზაცია;
 - 5. პერსონალურ ფუნქციონირებაში ხელის შეშლა.
- გ. სახეზე უნდა იყოს, სულ მცირე, ერთი ნიშანი ქვემოთჩამოთვლილთაგან:
 - 1. გულისრევა ან პირღებინება;
 - 2. ოფლიანობა;
 - 3. ტაქიკარდია;
 - 4. გულის არითმიები.

თამბაქოს მოხმარების სამედიცინო შედეგები

თამბაქოს მოხმარების მოკლევადიანი უარყოფითი შედეგები ვლინდება სიგარეტის მოწვეისთანავე – გულის ცემის გახშირება, არტერიული წნევის ზრდა, ყელის ლორწოვანი გარსის გაღიზიანება, ნახშირუხანგის სისხლში შეღწევა, ფილტვებში კანცეროგენების მოხვედრა, ჰაერის მოწამვლა, თვალის ლორწოვანი გარსის გაღიზიანება.

თამბაქოს მოხმარებით გამოწვეული სხვა უარყოფითი შედეგები: ტუჩის, ენის, სასის, საყლაპავის ლორწოვანი გარსის დაზიანება (რაც იწვევს გემოვნების შეგრძნების კლებას), მშრალი ხველა, პირის ღრუს ინფექციები, გამონაყარი სახეზე, კბილის მინანქრის დაზიანება, ნორმალური სუნთქვის დარღვევა, გამძლეობის, მეხსიერების და მხედველობის დაქვეითება, სხვადასხვა დაავადებების მიმართ ორგანიზმის ბრძოლისუნარიანობის შესუსტება.

ნიკოტინი ხემოქმედებს ტვინზე, რაც დროებით სასიამოვნო განცდებს იწვევს. ეს ეფექტი ადამიანს უბიძგებს თამბაქოს შემდგომი მოხმარებისკენ და საბოლოოდ, ფორმირდება დამოკიდებულება. ამასთან, თამბაქოს მოხმარების შეწყვეტა იწვევს ალკვეთის სიმპტომატიკას, გაღიზიანებისა და შფოთვის ჩათვლით. ნიკოტინის მოხმარებასთან მჭიდროდ ასოცირებული დაავადებების ნუსხა მოცემულია ცხრილში №3.

² მწვავე ნიკოტინური ინტოქსიკაცია - F17.0

წითელი დროშის დიაგნოზები

ნიკოტინის მოხმარებასთან მჭიდროდ დაკავშირებული დაავადებები	
სასუნთქი სისტემა	ემფიზემა, ქრონიკული ბრონქიტები, ასთმა და ფილტვების ქრონიკული ობსტრუქციული დაავადებები
გულ-სისხლძარღვთა სისტემა	გულის იშემიური დაავადება
ცნს	ინსულტი
კანცეროგენული დაავადებები	ფილტვების, ყელის, საყლაპავის, მკერდის, შარდის ბუშტის კიბო
სხვა	ქრონიკული ტკივილის სინდრომი
	ნაყოფის წონის შემცირება

თამბაქოს აღკვეთის მდგომარეობა³

- ა. უნდა აკამყოფილებდეს აღკვეთის მდგომარეობის (F1x.3) ზოგად კრიტერიუმებს (იხ. ძირითადი ტერმინების განმარტებანი)
- ბ. სასეზე უნდა იყოს რომელიმე ორი ნიშანი ქვემოთჩამოთვლილთაგან:
 1. ლტოლვა თამბაქოს მიმართ (ან ნიკოტინის შემცველი სხვა პროდუქტის მიმართ);
 2. დისკომფორტი ან სისუსტე;
 3. შფოთვა;
 4. დისფორიული განწყობა;
 5. გაღიზიანებადობა ან მოუსვენრობა;
 6. ინსომნია;
 7. გაზრდილი მადა;
 8. ხველის გახშირება;
 9. პირის დაწყლულება;
 10. ყურადღების კონცენტრაციის გაძნელება.

მოწვევის შეწყვეტამ შეიძლება ზეგავლენა იქონიოს სხვა წამლების მეტაბოლიზმზე ციტოქრომ P450 (CYP450) სისტემის მეშვეობით. ეს სისტემა წარმოადგენს ღვიძლის ენზიმური სისტემებიდან ერთერთს, რომელიც პასუხისმგებელია ბევრი მედიკამენტის მეტაბოლურ გარდაქმნაზე (დაშლაზე) ინაქტიურ შემადგენელ კომპონენტებად. რაც უფრო მაღალია CYP450 სისტემის მიმართ აფინიტეტი, მით უფრო სწრაფად ხდება ნივთიერებების ან მათი შემადგენელი ნაწილების დაშლა. ზოგ კომპონენტს შეუძლია სხვა დაბალაფინიტეტიანი წამლების მეტაბოლიზმის პროცესის შენელება და ამრიგად, ამ მედიკამენტის ან მისი კომპონენტის შეჩერება სხეულში.

³ F17.3

ნიკოტინური დეტოქსიკაციის დროს ზოგიერთ მედიკამენტის მეტაბოლიზმი იცვლება. მათ რიცხვშია: თეოფილინი, კოფეინი, ტაცრინი, იმიპრამინი, ჰალოპერიდოლი, პენტაზოცინი, პროპრანოლოლი, ფლეკაინიდი და ესტრადიოლი. უფრო ხშირად, ეს ეფექტები ხანმოკლეა. ნიკოტინი ასევე ამცირებს ბეტა-ბლოკერების უნარს, შეამციროს სისხლის წნევა და გულისცემის სისწორე და ამცირებს ბენზოდიაზეპინების სედაციის უნარს, ისევე როგორც ოპიოიდების ტკივილგამაყუჩებელ უნარს. ფსიქოტროპულ მედიკამენტების მეტაბოლიზმზე ნიკოტინური აღკვეთის ზეგავლენა შეჯამებულია ცხრილში №4.

ცხრილი №4

მოწევის შეწყვეტის ზეგავლენა სისხლში ფსიქოტროპული მედიკამენტების კონცენტრაციაზე

აბსტინენცია ზრდის სისხლში ამ ნივთიერებების შემცველობას	აბსტინენცია არ ზრდის სისხლში ამ ნივთიერებების შემცველობას	აბსტინენციის ეფექტი სისხლში ნივთიერების კონცენტრაციაზე ნათელი არის არის
<ul style="list-style-type: none"> ▪ კლომიპრამინი ▪ კლოზაპინი ▪ დეზიპრამინი ▪ დეზმეთილდიაზეპამი ▪ დოქსეპინი ▪ ფლუფენაზინი ▪ ჰალოპერიდოლი ▪ იმიპრამინი ▪ ოქსაზეპამი ▪ ნორტრიპტილინი ▪ პროპრანოლოლი 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ამიტრიპტილინი ▪ ქლორდიაზეპოქსიდი ▪ ეთანოლი ▪ ლორაზეპამი ▪ მიდაზოლამი ▪ ტრიაზოლამი 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ალპრაზოლამი ▪ ქლორპრომაზინი ▪ დიაზეპამი

5. დაავადების დიაგნოზი

სკრინინგი

თამბაქოს მოხმარება უნდა განიხილებოდეს, როგორც სერიოზული სამედიცინო პრობლემა და მის გამოვლენასა და მართვას სამედიცინო პერსონალმა, განსაკუთრებით, ოჯახის ექიმებმა და პირველადი ჯანდაცვის სხვა პროფესიონალებმა, ჯეროვანი ყურადღება უნდა დაუთმოს.

პირველადი ჯანდაცვის ექიმმა ანამნეზური მონაცემების შეკრებისას აუცილებლად უნდა განსაზღვროს პაციენტის მიერ თამბაქოს მოხმარების ფაქტი.

ოჯახის ექიმებს შეუძლიათ ნიკოტინური დამოკიდებულების დიაგნოსტიკა, შეფასება და მკურნალობა საკმაოდ შეზღუდულ დროში ოფისში ვიზიტების დროს. ამისთვის მათ უნდა შეაფასონ პაციენტების მოწვევასთან დაკავშირებული ქცევა რამდენიმე წუთში, სპეციალური კითხვარების მეშვეობით. **CAGE** კითხვარი მოწვევისთვის (მოდელიზებული ცნობილი ალკოჰოლიზმის **CAGE** კითხვარისაგან) და **“4 Cs”** ტესტი მოწოდებულია დიაგნოზის დასასმელად სტანდარტულ კრიტერიუმებზე დაფუძნებით (იხ. დანართები 1 და 2). კლინიციისტებს შეუძლიათ შეარჩიონ შეფასების კითხვარებიდან ერთერთი მათგანი, რომელსაც უკეთ მოირგებენ პრაქტიკაში და გამოიყენებენ მკურნალობის ინდივიდუალური გეგმის შესამუშავებლად.

ყველა პაციენტს უნდა ჰკითხოთ, ეწევა თუ არა თამბაქოს და რეგულარულად შეაგსოთ თამბაქოს მოხმარების სტატუსის ამსახველი დოკუმენტი. მტკიცებულებები ადასტურებს, რომ კლინიკური სკრინინგული სისტემები, როგორცაა ვიტალური ნიშნების გაფართოვება, რომლებიც თამბაქოს მოხმარების შესახებ შეკითხვებს შეიცავს (ცხრილი №5), ასევე სამახსოვროები (კომპიუტერული ან ბარათებით) მნიშვნელოვნად ზრდის კლინიკური ინტერვენციების ეფექტურობას (მტკიცებულების ხარისხი A).

ცხრილი №5

თამბაქოს მოხმარებლების იდენტიფიცირების სტრატეგია

ღონისძიება	სტრატეგია იმპლემენტაციისთვის
<p>დანერგე სისტემა, რომლის მიხედვითაც ყველა პაციენტი კლინიკაში ყოველი ვიზიტისას გამოკითხული იქნება თამბაქოს მოხმარების შესახებ, რაც სათანადოდ იქნება დოკუმენტირებული</p>	<p>„გააფართოვეთ“ ვიტალური ნიშნები და ჩართეთ თამბაქოს მოხმარება</p> <p>სასიცოცხლო ნიშნები</p> <p>სისხლის წნევა: _____</p> <p>პულსი: _____ წონა: _____</p> <p>ტემპერატურა: _____</p> <p>სუნთქვის სიხშირე: _____</p> <p>თამბაქოს მოხმარება (შემოხაზე ერთი):</p> <p>1. აუამად მოიხმარს; 2. წარსულში მოიხმარდა; 3. არახოდეს მოუხმარია</p>

რეკომენდაცია: სისტემატურად გამოავლინეთ თამბაქოს მომხმარებლები ყოველი ვიზიტისას. განმეორებითი გამოკითხვა არ არის აუცილებელი იმ მოზრდილი პირების შემთხვევაში, ვისაც არასდროს გაუსინჯავს თამბაქო, ან ვისაც მრავალი წლის მანძილზე აღარ მოუხმარია და რომელთა შესახებაც ინფორმაცია ნათლად არის ასახული სამედიცინო ჩანაწერებში (**რეკომენდაციის ხარისხი A**).

სადიაბნოზო კრიტერიუმები

საქართველოში ნარკოლოგიური დაავადებების დიაგნოსტიკისთვის გამოიყენება დსკ მე-10 გადასინჯვა, რომლის მიხედვითაც, ნიკოტინური დამოკიდებულების ქვეშ იგულისხმება ფსიქიკური და ქცევითი აშლილობები, რომლებიც ნიკოტინის მიღებითაა გამოწვეული და ზუსტდება კოდით **F17**.

დამოკიდებულების სინდრომი **დსკ მე-10** გადასინჯვის მიხედვით იხმება, თუ 1 წლის მანძილზე 6 ნიშნიდან აღენიშნება 3 ან მეტი:

- ფსიქოაქტიური ნივთიერების მიღების კომპულსიური სურვილი;
- ტოლერანტობა;
- კონტროლის დაკარგვა ნივთიერების მიღებისას, მისი მოხმარების დაწყების, დამთავრების ან მოხმარების ხასიათის თვალსაზრისით;
- აღკვეთის სინდრომის ფორმირება;
- მოხმარების გაგრძელება მიუხედავად დამღუპველი შედეგებისა;
- ალტერნატიული ინტერესების პროგრესული უკუგანვითარება ფსიქოაქტიური ნივთიერების მიღების სასარგებლოდ.

გამოირიცხება: 1. თამბაქოზე დამოკიდებულება წარსულში (Z87.82), თამბაქოს მოხმარება (სხვაგვარად დაუზუსტებელი) (Z72.0); 2. თამბაქოს მოხმარება (მოწევა) ფეხმძიმობის, შობადობის და ფეხმძიმობის შემდგომ (პუერპერულ) პერიოდში (დაახლოებით 6 კვირა) (O99.33-); ნიკოტინის ტოქსიკური ეფექტი (T65.2-).

ნიკოტინური დამოკიდებულების სინდრომის შემდგომი დაზუსტება თამბაქოს ნაწარმის მიხედვით ხდება კოდებით:

- F17.2 ნიკოტინური დამოკიდებულება;
- F17.2 1 ნიკოტინური დამოკიდებულება, სიგარეტი;
- F17.22 ნიკოტინური დამოკიდებულება, თამბაქოს დეჰვა;
- F17.29 ნიკოტინური დამოკიდებულება, თამბაქოს სხვა პროდუქტები.

დამოკიდებულების სიმძიმის განსაზღვრა Fagerström ტესტის მეშვეობით (იხ დანართი 3) დაეხმარება ექიმებს მკურნალობის შემდგომი ტაქტიკის შემუშავებაში; მაგ. საჭიროა თუ არა ნიკოტინური ჩანაცვლებითი თერაპიის ჩართვა მკურნალობაში. დამატებითი კითხვარები შეიძლება გამოყენებულ იქნეს პაციენტის ცვლილებისთვის მზაობის შესაფასებლად.

დიფერენციალური დიაგნოზი

კლინიკისტებისთვის ცნობილი უნდა იყოს, რომ აღკვეთის სიმპტომატიკამ შეიძლება მოახდინოს ფსიქიატრიული დაავადებების, განსაკუთრებით, შფოთვის და დეპრესიის იმიტაცია.

ნიკოტინური აღკვეთის სიმპტომატიკის სხვა მაგალითებს, რომელთა აღრევა შეიძლება მოხდეს სხვა ფსიქიატრიულ დაავადებებში, მიეკუთვნება:

- ძილის **REM**⁴ ფაზის გაზრდა;
- ინსომნია (უძილობა);
- გაღიზიანება;
- მოუსვენრობა;
- წონის მატება.

6. მკურნალობა

გაიდლაინის 10 ძირითადი რეკომენდაცია

ამ რეკომენდაციების ძირითადი მიზანია, კლინიცისტებმა მკაცრად ურჩიონ თამბაქოს მოხმარებელ პაციენტებს, ჩაიტარონ კონსულტაცია და მედიკამენტური მკურნალობა თამბაქოზე დამოკიდებულების თაობაზე.

1. თამბაქოზე დამოკიდებულება ქრონიკული დაავადებაა, რაც ხშირად საჭიროებს განმეორებით ინტერვენციებს და მრავალჯერად მცდელობებს თამბაქოს მოხმარების შესაწყვეტად. არსებობს ეფექტური მკურნალობის მეთოდები, რომელთა ჩატარების შედეგად აბსტინენციის ხანგრძლივობა შეიძლება მნიშვნელოვნად გაიზარდოს.
2. არსებითია, რომ კლინიცისტების და ჯანდაცვის სისტემის მიერ თანმიმდევრულად მოხდეს თამბაქოს მოხმარების იდენტიფიცირება და დოკუმენტირება; ასევე, თამბაქოს ყველა მოხმარებლის მკურნალობა, რომელიც ჯანდაცვის სისტემაში ხვდება.
3. თამბაქოზე დამოკიდებულების მკურნალობა ეფექტურია ფართო პოპულაციებისთვის. კლინიცისტებმა უნდა წაახალისონ თითოეული პაციენტის მცდელობა, შეწყვიტოს თამბაქოს მოხმარება ამ გაიდლაინში მოწოდებული კონსულტაციებისა და მედიკამენტური მკურნალობის დახმარებით.
4. თამბაქოზე დამოკიდებულების ხანმოკლე მკურნალობა ეფექტურია. კლინიცისტებმა თამბაქოს მწვეველ ყველა პაციენტს უნდა შესთავაზონ ხანმოკლე მკურნალობა მაინც, რომელიც ამ გაიდლაინშია მოწოდებული, როგორც მკურნალობის ეფექტური მეთოდი.
5. ინდივიდუალური, ჯგუფური და სატელეფონო კონსულტაცია ეფექტურია და მათი ეფექტურობის ხარისხი იზრდება მკურნალობის ინტენსიურობასთან ერთად. ონსულტაციის ქვემოთ მოცემული 2 კომპონენტი განსაკუთრებით ეფექტურია და კლინიცისტებმა ისინი უნდა გამოიყენონ მოხმარების შეწყვეტის მსურველი პაციენტების კონსულტირებისას:
 - პრაქტიკული კონსულტაცია (პრობლემის გადაჭრა/უნარ-ჩვევების გამომუშავება);
 - სოციალური მხარდაჭერის აღმოჩენა, როგორც მკურნალობის ნაწილი.

⁴ REM – Rapid Eye Movement: ტვალის სწრაფი მოძრაობა (ძილის ფაზა)

6. თამბაქოს დამოკიდებულების სამკურნალოდ მოწოდებულია მრავალი ეფექტური მედიკამენტი და თამბაქოს მოხმარების შეწყვეტის მცდელობებისას პაციენტებს კლინიცისტებმა უნდა ურჩიონ ამ მედიკამენტების გამოყენება გარდა იმ შემთხვევებისა, როცა მათი მიღება უკუნაჩვენებია, ან როცა არასაკმარისი მტკიცებულებებია გარკვეულ პოპულაციებში ამა თუ იმ მედიკამენტის ეფექტურობის შესახებ (მაგ. ფენმძიმე ქალებში, არამწვეველ თამბაქოს მომხმარებლებში, მსუბუქ მწვეველებში, და მოზარდებში).
- შემდეგი შვიდი პირველი რიგის მედიკამენტი (5 ნიკოტინის და 2 არა-ნიკოტინის) რეალურად ზრდის მოწვევის აბსტინენციის ხანგრძლივობას (ხანგრძლივ ვადიანი აბსტინენცია):
 1. ბუპროპიონი – Bupropion SR;
 2. ნიკოტინის საღეჭი რეზინი;
 3. ნიკოტინის ინჰალატორი;
 4. ნიკოტინის ტაბლეტი;
 5. ნიკოტინის ნაზალური სპრეი/პულვერიზატორი;
 6. ნიკოტინის სალბუნი/პლასტირი;
 7. ვარენიკლინი.
 - კლინიცისტებმა აგრეთვე უნდა განიხილონ ამ გაიდლაინში მოწოდებული მედიკამენტების ეფექტურად მიჩნეული კომბინაციების გამოყენების საკითხი.
7. კონსულტირება და მედიკამენტები ეფექტურია ნიკოტინზე დამოკიდებულების სამკურნალოდ, მაგრამ მათი კომბინაცია უფრო ეფექტურია, ვიდრე ცალ-ცალკე რომელიმე მათგანი. ამიტომ, ექიმებმა უნდა ურჩიონ პაციენტებს, მიმართონ ორივე მეთოდს.
8. ტელეფონით კონსულტაცია (მოწვევის შეწყვეტის ხაზი) ეფექტურია სხვადასხვა მოსახლეობაში და ფართო გავრცელება ჰპოვა. ამიტომ ექიმებმა და ჯანდაცვის სერვისებმა უნდა უზრუნველყონ პაციენტებისათვის ასეთი ხაზების ხელმისაწვდომობა.
9. თუ თამბაქოს მომხმარებელი ამჟამად არ არის მზად მოწვევის შეწყვეტის მცდელობისთვის, კლინიცისტმა უნდა გამოიყენოს მოტივაციური მკურნალობა, რაც ამ გაიდლაინის მიხედვით ეფექტურადაა მიჩნეული შემდგომში ასეთი მცდელობების გაზრდის თვალსაზრისით.
10. ნიკოტინდამოკიდებულების მკურნალობა კლინიკურად ეფექტურიც არის და ხარჯთეფექტურიც სხვა დაავადებების სამკურნალო ინტერვენციებთან შედარებით. ამ მკურნალობის ხარჯების დაფარვა სადაზღვევო კომპანიების მიერ ზრდის თამბაქოს მოხმარების შეწყვეტის სიხშირეს.

კონსულტირება და შესრულებული რეკომენდაციები

თამბაქოს წვევის შეწყვეტა ხანგრძლივი და რთული პროცესია. სტრატეგია თითოეულ პაციენტთან დაკავშირებით განსხვავებულია და ინდივიდუალურად უნდა შემუშავდეს.

თამბაქოს მომხმარებლების 70% ექიმთან ყოველწლიურად მიდის. აუცილებელია, რომ პირველადი ჯანდაცვის პროფესიონალებმა თამბაქოს მომხმარებლებთან ჩაატარონ ხანმოკლე ინტერვენციები (10 წუთზე ნაკლები).

რანდომიზირებული კონტროლირებადი კვლევების სისტემური მიმოხილვებისა და მეტა-ანალიზის შედეგად (Bala M., Lesniak W., 2007) დადგინდა, რომ ნიკოტინური დამოკიდებულების არაფარმაკოლოგიური მკურნალობის მეთოდები, როგორცაა მარტივი რჩევა, ინდივიდუალური და ჯგუფური კონსულტაციები მოწვევის შეწყვეტის ალბათობას და მოწვევისგან თავშეკავებას 12 თვის მანძილზე 1.5-2-ჯერ ზრდიან. ამასთან, 30 პაციენტის ინტენსიური მკურნალობის შედეგად დაახლოებით 1 ანებებს თავს მოწვევას, ხოლო მარტივი რჩევისას – 60-დან 1 მწვეველი.

2008 წლის სისტემური მიმოხილვის მიხედვით (Stead LF et al., 2008), სადაც განხილული იყო 1972-დან 2007 წლამდე ჩატარებული 41 კვლევა, რომელშიც ჩართული იყო 31, 000 მწვეველი, დადგინდა, რომ 17 კვლევის მიხედვით, მოკლე რჩევის შედეგად მნიშვნელოვნად იზრდება მოწვევის შეწყვეტის მაჩვენებელი, რჩევის არ მიცემასთან ან ჩვეულ მოვლასთან შედარებით (ფარდობითი რისკი 1.66, სარწმუნოების ინტერვალი 95% 1.42-დან 1.94-მდე). 11 კვლევიდან, სადაც უფრო ინტენსიური ინტერვენციები იყო ჩატარებული, ეფექტი უფრო მაღალი იყო (ფარდობითი რისკი 1.84, 95% სარწმუნოების ინტერვალი 1.60-დან 2.13-მდე); თუმცა, არ იყო სტატისტიკური სხვაობა ინტენსიური და მინიმალური ინტენსივობის ინტერვენციების ქვეჯგუფებს შორის. ინტენსიური ინტერვენციისა მინიმალურ რჩევასთან პირდაპირი შედარება ინტენსიური რჩევის მცირედ უპირატესობაზე მეტყველებს (ფარდობითი რისკი 1.37, 95% ს.ი. 1.20-დან 1.56-მდე). პირდაპირი შედარება ასევე მიუთითებს მომდევნო ვიზიტების მცირე უპირატესობას.

რეკომენდაციები თამბაქოს მოხმარების შეწყვეტის შესახებ შეჯამებულია ცხრილში №6.

რეკომენდაციები თამბაქოს მოხმარების შეწყვეტის თაობაზე

საკვანძო შიკითხვა	პასუხი	რეკომენდაციის ხარისხი და მტკიცებულების დონე
რა ასაკიდანაა მიზანშეწონილი თამბაქოს მოხმარებაზე სკრინინგის დაწყება?	12 წლის შემდეგ ყველა პაციენტს უნდა ჰკითხოთ თამბაქოს მოხმარების შესახებ.	რეკომენდაციის ხარისხი A, მტკიცებულების დონე I
როდის უნდა შეწყდეს სკრინინგი მწვევლობის სტატუსის დასადგენად?	ასაკი, რომლის ზემოთაც ჰიპერტენზიაზე სკრინინგი კარგავს თავის მნიშვნელობას ჯერ-ჯერობით დადგენილი არ არის.	არ მოიპოვება
რა პერიოდულობით უნდა მოხდეს პაციენტის მწვევლობის სტატუსის შეფასება?	გამოიყენეთ პაციენტთან კონტაქტის ყველა შესაძლებლობა და ჰკითხეთ მას თამბაქოს მოხმარების თაობაზე.	რეკომენდაციის ხარისხი C, მტკიცებულების დონე III
რომელ პაციენტებშია ყველაზე მაღალი თამბაქოს მოხმარებასთან ასოცირებული გართულებების აღმოცენების რისკი და როდისაა მოწვევის შეწყვეტის მოსალოდნელი სარგებელი მაქსიმალური?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ორსულები; 	რეკომენდაციის ხარისხი A, მტკიცებულების დონე I
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ მცირე ასაკისა და ჩვილ ბავშვთა მშობლები; ▪ პაციენტები მენტალური პრობლემებით; ▪ პაციენტები, რომელთაც აღენიშნებათ დამოკიდებულება სხვა ნივთიერებების მიმართაც; ▪ პაციენტები თამბაქოსთან ასოცირებული დაავადებებით; ▪ პაციენტები დიაბეტით ან სხვა კარდიო-ვასკულური რისკ-ფაქტორებით ▪ დაბალი სოციო-ეკონომიკური კლასის პირები 	რეკომენდაციის ხარისხი C, მტკიცებულების დონე III
რა მეოდეები უნდა გამოვიყენოთ სკრინინგისათვის?	მწვევლობის სტატუსის განსაზღვრა რუტინული ანამნეზის აუცილებელი კომპონენტი უნდა იყოს;	რეკომენდაციის ხარისხი A, მტკიცებულების დონე I
	მწვევლების იდენტიფიცირებას აიოლებს სამედიცინო დოკუმენტაციაში თამბაქოს მოხმარების აღსანიშნავად სპეციალური სექციის შემოღება, რომელსაც სამედიცინო პერსონალი პაციენტთან კონტაქტის დროს შეავსებს.	
რამდენად ეფექტურია ექიმის მიერ მწვევლი პაციენტის კონსულტირება, თამბაქოს მოხმარების შეწყვეტის თაობაზე?	პირველადი ჯანდაცვის ექიმის მიერ პაციენტის კონსულტირება, თუნდაც ერთ რუტინულ კონსულტაციაზე ბევრად უფრო ეფექტურია, ვიდრე ამ ფაქტის საერთოდ უგულებელყოფა.	რეკომენდაციის ხარისხი A, მტკიცებულების დონე I
	კონსულტირება საკმაოდ ეფექტურია იმ შემთხვევაში, როდესაც პაციენტი საკმარისად მოტივირებული და მომზადებულია მოწვევის შესაწყვეტად, ხოლო სამედიცინო პერსონალი მას მოწვევის შეწყვეტის „რთულ“ პერიოდში ქმედით დახმარებას შესთავაზებს.	

საკვანძო შეკითხვა	პასუხი	რეკომენდაციის ხარისხი და მტკიცებულების დონე
როდის უნდა გაიგზავნოს პაციენტი სპეციალიზებულ დაწესებულებაში, სადაც მას თამბაქოს მოწვევის შეწყვეტის სპეციფიკურ პროგრამას შესთავაზებენ?	მძიმე მწვეელი, რომელსაც აღენიშნება ფსიქოლოგიური და ფიზიკური დამოკიდებულება და, რომელიც საკმარისად მოტივირებულია ამისათვის.	რეკომენდაციის ხარისხი C, მტკიცებულების დონე III
რა შემთხვევაშია რეკომენდებული ნიკოტინ ჩანაცვლებითი თერაპია?	პაციენტებში, რომლებსაც აღენიშნებათ ნიკოტინზე ფიზიკური დამოკიდებულება.	რეკომენდაციის ხარისხი C, მტკიცებულების დონე III
როგორ შეიძლება შეფასდეს, მზადაა თუ არა პაციენტი თავი დაანებოს თამბაქოს მოწვევას?	ეს პაციენტის მიმართ კეთილგანწყობილი და არაგანმსჯელი დამოკიდებულებით შეიძლება მოხერხდეს, მაგ. "როგორ ფიქრობთ, იქნებ მოწვევისთვის თავი დაგეგნებებინათ?"	რეკომენდაციის ხარისხი A, მტკიცებულების დონე I
საჭიროა თუ არა არამწველების კონსულტირება პასიური მწველობის თაობაზე?	მართალია, პასიური მწველობის თაობაზე არამწველების კონსულტირების ეფექტურობის დამადასტურებელი მეცნიერული ფაქტები არ არსებობს, მაგრამ თუ გავითვალისწინებთ პასიური მწველობის მავნეობას, ამის თაობაზე პაციენტის კონსულტირება უდავოდ სასარგებლო უნდა იყოს, განსაკუთრებით ორსულებისა და ჩვილი და მცირე ასაკის ბავშვებისათვის.	რეკომენდაციის ხარისხი C, მტკიცებულების დონე III; რეკომენდაციის ხარისხი A, მტკიცებულების დონე I (ორსულებში)
პრევენციული ღონისძიებების სარგებელი და რისკი	თამბაქოს მოწვევის შეწყვეტა ამცირებს კიბოს, გულის იშემიური დაავადების, ფილტვის ქრონიკული ობსტრუქციული დაავადებისა და ინსულტის რისკს. თამბაქოს მოწვევის პრევენცია რაიმე რისკთან დაკავშირებული არ არის.	რეკომენდაციის ხარისხი C, მტკიცებულების დონე III

რჩევა მოწვევის შეწყვეტის თაობაზე

კლინიცისტებმა აუცილებლად უნდა ურჩიონ ყველა მწვეელ პაციენტს, შეწყვიტონ მოწვევა, რადგან მტკიცებულებებმა აჩვენა, რომ ექიმის რჩევა ზრდის მოწვევის თავის დანებების სიხშირეს (მტკიცებულების ხარისხი A).

ამ მხრივ დახმარების სტრატეგია შეჯამებულია ე.წ. „5A“-ს წესში.

პაციენტის მიერ თამბაქოს წვევის შეწყვეტის ხელშეწყობის სქემა:

- 1. გამოკითხეთ (Ask):** ყოველი ვიზიტის დროს მოახდინეთ მწვეელების იდენტიფიკაცია. დანერგეთ სისტემა, რომლის მიხედვითაც ყველა პაციენტს ყველა ვიზიტისას გამოკითხავთ თამბაქოს წვევის შესახებ და შეაფასებთ შესაბამის დოკუმენტაციას;
- 2. ურჩიეთ (Advise):** დაბეჯითებით ურჩიეთ ყველა მწვეელს თამბაქოს წვევის შეწყვეტა. რჩევა გასაგები, დამაჯერებელი და უშუალო უნდა იყოს;
- 3. შეაფასეთ (Assess):** განსაზღვრეთ, სურს თუ არა მწვეელს თამბაქოს წვევის შეწყვეტა ჰკითხეთ ყველა მწვეელს, სურს თუ არა სცადოს თამბაქოს წვევის შეწყვეტა ახლა (ანუ უახლოესი 30 დღის მანძილზე);

4. დაეხმარეთ (Assist):

პაციენტებისთვის, ვინც მზადაა მოწვევას თავი დაანებოს:

დაეხმარეთ პაციენტს თამბაქოს წვეის შეწყვეტის გეგმის შედგენაში; ჩაუტარეთ პრაქტიკული კონსულტაციები; უზრუნველყავით სოციალური მხარდაჭერა; საჭიროების შემთხვევაში ურჩიეთ ფარმაკოთერაპია; მიაწოდეთ დამხმარე მასალები;

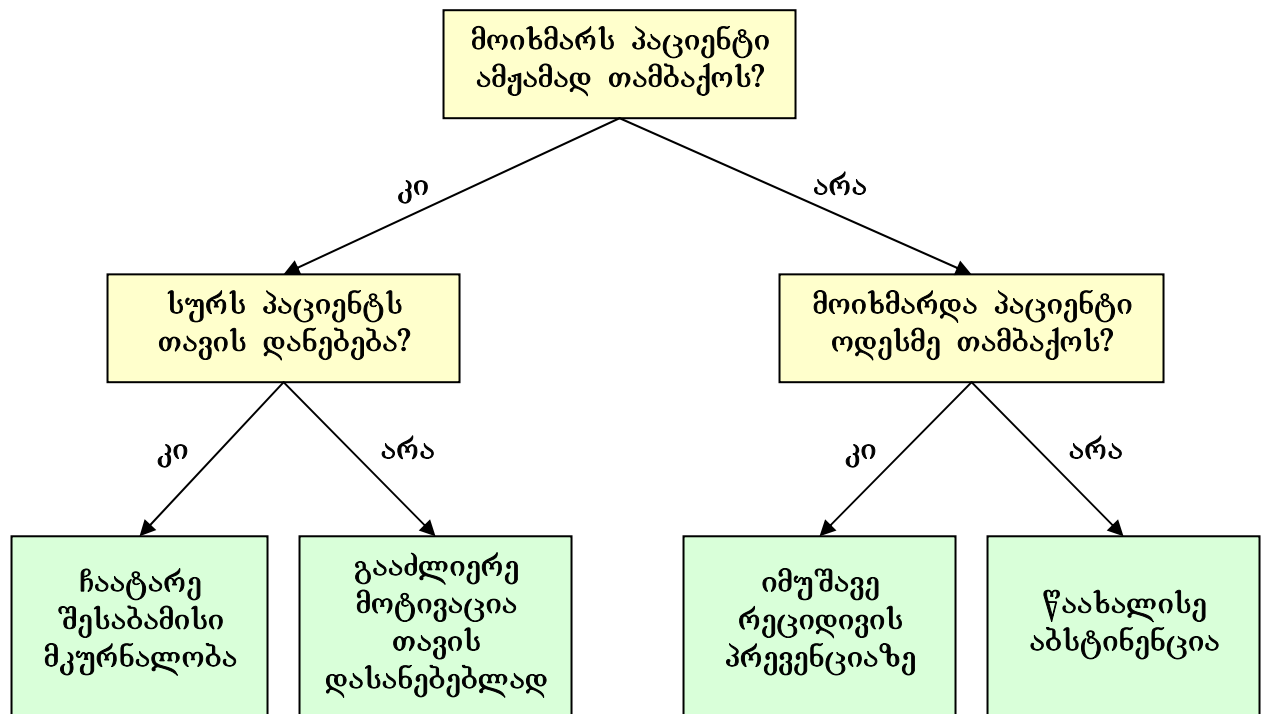
პაციენტებისთვის, ვინც მზადა არ არის მოწვევას თავი დაანებოს:

განიხილეთ პაციენტთან ერთად მოწვევისთვის თავის დანებების უპირატესობები, ასევე მასთან დაკავშირებული სიძნელეები; მიაწოდეთ საგანმანათლებლო მასალები; ურჩიეთ, არ მოსწიოს ოჯახის წევრების თანდასწრებით, რათა არ გახდნენ პასიური მწვევლები; დაარწმუნეთ თქვენს მზაობაში, დაეხმაროთ; შეეკითხეთ პაციენტს მოწვევისადმი მისი დამოკიდებულების შესახებ ყოველი შესხვედრისას.

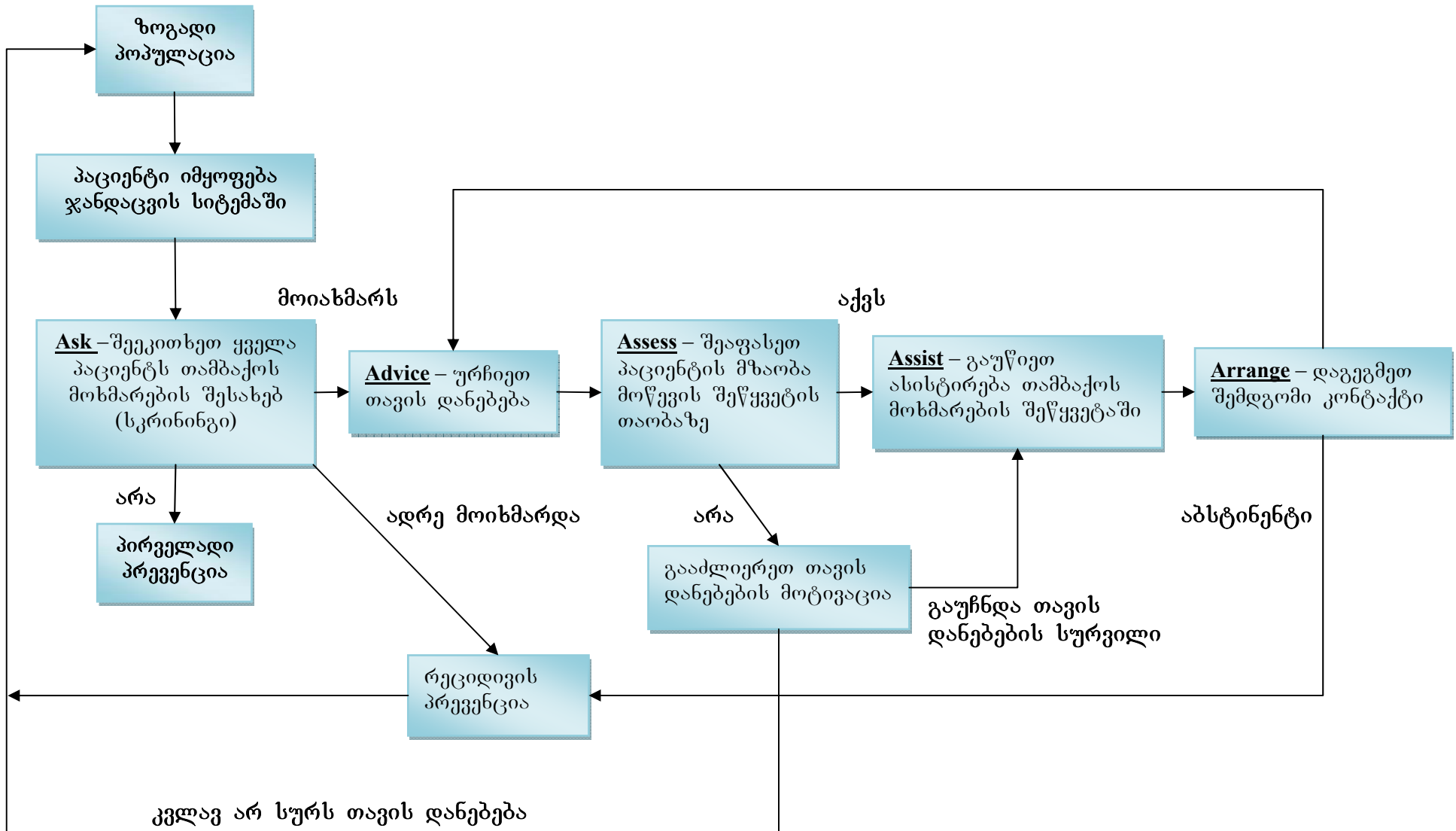
5. დაგეგმეთ (Arrange): დაგეგმეთ პაციენტზე შემდგომი დაკვირვება ვიზიტების ან სატელეფონო კონტაქტების გზით.

სკრინინგის სავარაუდო შედეგები შესაბამისი ინტერვენციების მიმართულებებით და თამბაქოზე დამოკიდებულების მკურნალობის მოდელები სქემატურად გამოსახულია ალგორითმებში (იხ. სქემებზე 1, 2):

სქემა 1. ალგორითმი თამბაქოს მოხმარების მკურნალობისთვის



სქემა 2. თამბაქოს მოხმარებისა და დამოკიდებულების მკურნალობის მოდელი (ალგორითმი)
(Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update)



ინტერვენციების ეფექტურობისთვის მნიშვნელოვანია ცვლილებისთვის მზაობის სტადიის დადგენა. ინტერვენციის მიზანი სხვადასხვა იქნება პაციენტის ცვლილებისადმი მზაობის მიხედვით. მიზანი შეიძლება იყოს პაციენტის ცოდნის გაღრმავება პაციენტის ქცევის უარყოფითი შედეგების შესახებ, ან მისი ქცევისადმი გაორებული დამოკიდებულების გაღრმავება, ან პაციენტის დახმარება, შეიმუშავოს გეგმა, როგორ შეცვალოს საკუთარი ქცევა.

მოწოდებულია (Prochaska & DiClemente) ცვლილების მზაობის კონცეფცია, რომელიც მოიცავს შემდეგ სტადიებს:

განაღიხების, გათვიცნობიერების წინა სტადია – ე.წ. “ბედნიერი მომხმარებლები”. ამ ჯგუფის წევრები არ არიან შეწუხებულები თავისი ქცევით (თამბაქოს წევით). მათთვის პოზიტიური მოტივები გადაწონის ნეგატიურს და ამიტომ ყურადღებას არ აქცევენ ან არ სჯერათ, რომ მათი ქცევა საზიანოა.

განაღიხების სტადია – ამ ჯგუფის პაციენტებს გაორებული დამოკიდებულება აქვთ თამბაქოს წევასთან დაკავშირებით. მათ სიამოვნებთ თამბაქოს წევა, მიუხედავად იმისა, რომ მას პრობლემები მოაქვს და საზღაურთანაა დაკავშირებული. ამ ჯგუფის პაციენტებს სურთ პრობლემების შემცირება, მაგრამ თამბაქოს წევის გარძელება.

გადაწყვეტილების სტადია – ამ ჯგუფის პაციენტებს გადაწყვეტილი აქვთ იმოქმედონ – შეამცირონ ან შეწყვიტონ თამბაქოს წევა. დგამენ საცდელ ნაბიჯებს.

მოქმედების სტადია – ახორციელებენ კონკრეტულ ქმედებებს და ცდილობენ დანერგონ ცვლილებები.

შენარჩუნება – ამ ჯგუფის წევრებმა წარმატებით შეცვალეს თავისი ქცევა და საკმარისი დროც გავიდა, რომ თავი იგრძნონ ექს-პრობლემურ მომხმარებლებად. ითვლება, რომ ეს სტადია საშუალოდ, მაინც ჩვევის მიტოვებიდან 12-18 თვის შემდეგ დგება.

რეციდივი – მრავალი იმათგან, ვინც გადაწყვიტა კონკრეტულ ქმედებაზე გადასვლა, ისევ იცვლის შეხედულებას და უბრუნდება თამბაქოს წევას. რეციდივის შემდეგ ისინი უბრუნდებიან წინა საფეხურებს.

კლინიკური ჩარევის ინტენსიურობა

მინიმალური ინტერვენცია – 3 წუთზე ნაკლები ხანგრძლივობისა ც კი – ზრდის თავის დანებების სიხშირეს. ყველა მწვევალს უნდა შესთავაზოთ მინიმალური ინტერვენცია მაინც, იმის მიუხედავად, შემდგომში ჩაუტარდება თუ არა მას ინტენსიური ინტერვენცია (მტკიცებულების ხარისხი A).

არსებობს მყარი დოზა-დამოკიდებული კავშირი ერთი-ერთზე კონსულტაციის ხანგრძლივობასა და მკურნალობის წარმატებულ შედეგებს შორის. ინტენსიური ჩარევები უფრო ეფექტურია, ვიდრე ნაკლებად ინტენსიური, ამიტომ სადაც შესაძლებელია ისინი უნდა გამოიყენოთ (მტკიცებულების ხარისხი A).

მკურნალობის ინდივიდუალური (ერთი-ერთზე) სეანსები 4 და მეტი რაოდენობით განსაკუთრებით ეფექტურია თავის დანებების სიხშირის გაზრდის თვალსაზრისით. ამიტომ, კლინიცისტები უნდა ეცადონ, 4-ჯერ მაინც შეხვდნენ პაციენტს თამბაქოსათვის თავის დანებების პროცესის განმავლობაში, თუკი ეს შესაძლებელია (მტკიცებულების ხარისხი A).

ფსიქოლოგიური მკურნალობის ფორმატი

პროაქტიური სატელეფონო კონსულტირება, ჯგუფური კონსულტირება და ინდივიდუალური კონსულტირება – ყველა ეს ფორმა ეფექტურია და უნდა გამოყენებული იქნეს თამბაქოს მოწვევის შეწყვეტის ინტერვენციების დროს (**მტკიცებულების ხარისხი A**).

სხვადასხვა ფორმატით ჩატარებული თამბაქოს მოწვევის შეწყვეტის ინტერვენციები ზრდის თავის დანებების სიხშირეს და რეკომენდებულია (**მტკიცებულების ხარისხი A**).

გამოვლინდა, რომ სპეციალური მასალები – ბეჭდური ან კომპიუტერული – ეფექტურია და ეხმარება ადამიანებს მოწვევის შეწყვეტაში. ამიტომ კლინიციკებმა უნდა უზრუნველყონ თვით-დახმარების მასალების მიწოდება იმ პაციენტებისთვის, ვისაც მოწვევის შეწყვეტა სურს (**მტკიცებულების ხარისხი B**).

შემდგომი დაკვირვება - შეფასება და პროცედურები:

ყველა პაციენტი, რომელიც იტარებს თამბაქოზე დამოკიდებულების მკურნალობას, უნდა შეფასდეს მკურნალობის დამთავრების შემდეგ და ყოველი მომდევნო ვიზიტის დროს. (1) პაციენტები, რომლებმაც წარმატებით დაანებეს თავი მოწვევას, წახალისებული უნდა იქნენ კლინიციკტის მიერ, ხოლო მათ, ვისაც პრობლემები აქვთ მოწვევის შეწყვეტასთან დაკავშირებით, კლინიციკებმა უნდა შესთავაზონ დახმარება/ასისტირება. (2) პაციენტები, რომლებმაც ვერ შეძლეს თავის დანებება, უნდა შეფასდნენ, აქვთ თუ არა განმეორებითი მცდელობის სურვილი (**მტკიცებულების ხარისხი C**).

კონსულტირების და ძველი თერაპიის ტიპები:

განსაკუთრებით კარგი შედეგებით (თამბაქოსთვის თავის დანებების მაღალი სიხშირით) გამოირჩევა კონსულტირების და ქცევითი თერაპიის შემდეგი ორი ტიპი: (1) მწვევლებისთვის პრაქტიკული ტრენინგის ჩატარება (პრობლემის მოგვარების უნარ-ჩვევები/უნარ-ჩვევებზე ტრენინგი), და (2) მხარდაჭერა და გამხნელება, როგორც მკურნალობის შემადგენელი ნაწილი. კონსულტირების ეს ორი ტიპი ჩართული უნდა იყოს მოწვევის შეწყვეტის ინტერვენციებში (**მტკიცებულების ხარისხი B**).

კონსულტირების და მედიკამენტური მკურნალობის კომბინაცია

კონსულტირების და მედიკამენტური მკურნალობის კომბინაცია უფრო ეფექტურია, ვიდრე თითოეული მათგანი ცალ-ცალკე. ამიტომ, სადაც შესაძლებელია, მოწვევის შეწყვეტის მსურველ პაციენტებს უნდა გაუწიონ კონსულტირებაც და მედიკამენტური მკურნალობაც (**მტკიცებულების ხარისხი A**).

არსებობს მყარი უთიერთკავშირი მედიკამენტურ მკურნალობასთან კომბინირებულ კონსულტირების რაოდენობასა და მოწვევის შეწყვეტის წარმატების ალბათობას შორის. ამიტომ, შესაძლებლობის ფარგლებში, კლინიციკებმა უნდა ჩაატარონ რამდენიმე კონსულტაცია მედიკამენტურ მკურნალობასთან ერთად (**მტკიცებულების ხარისხი A**).

პაციენტები, ვისაც ამჟამად არ სურს მოწვევის შეწყვეტა

პაციენტები, რომელთაც არა აქვთ ამჟამად სურვილი მოწვევას თავი დაანებონ, შესაძლებელია, აქვთ ინფორმაციის ნაკლებობა იმ მავნე ზეგავლენის შესახებ, რომელსაც მოწვევა ახდენს ჯანმრთელობაზე და იმ დადებითი მხარეების შესახებ, რაც მოაქვს მოწვევისთვის თავის დანებებას, აქვთ თავის დანებების შიში ან წარუმატებელი მცდელობები წარსულში.

ასეთმა პაციენტებს შეიძლება რეკცია ჰქონდეთ მოტივაციურ ინტერვენციებზე, რომლებიც დაფუძნებულია მოტივაციური ინტერვიუს პრინციპებზე.

მოტივაციური ინტერვიუ არის დირექტიული, კლიენტზე-ორიენტირებული კონსულტაცია, რომელიც მიმართულია არსებული ქცევის შეცვლისაკენ და გულისხმობს კლიენტის დახმარებას გაანალიზოს და დაძლიოს ორჭოფობა და მიაღწიოს გარკვეული პრობლემური ქცევების მყარ ცვლილებას.

მოტივაციის გაძლიერების თერაპია არის სისტემატური ინტერვენციის მეთოდი ცვლილებების მისაღწევად. ის დაფუძნებულია მოტივაციური ფსიქოლოგიის პრინციპებზე და მიზნად ისახავს გამოიწვიოს სწრაფი, შინაგანად-მოტივირებული ცვლილებები. მკურნალობის აღნიშნული სტრატეგია უშუალოდ გამოჯანმრთელებას არ იწვევს, მაგრამ ეხმარება პაციენტს გადაწყვეტილების მიღებასა და საკუთარი ძალების მობილიზებაში, რათა შეცვალოს არასასურველი ქცევა (თამბაქოს წვევასთან დაკავშირებული).

არსებობს მტკიცებულებები, რომ მოტივაციური ინტერვიუ ეფექტურია მოწვევის შეწყვეტის მცდელობების გაზრდის თვალსაზრისით. თუმცა, არ არის ნათელი, რამდენად წარმატებულია აბსტინენციის შენარჩუნების თვალსაზრისით იმ პირებში, რომლებიც მოტივირებულნი არიან, თავი დაანებონ მოწვევას.

მოტივაციური ინტერვიუების ძირითადი პრინციპები:

- **Develop** – გამოავლინეთ შეუსაბამობა საქციელსა და მიზნებში;
- **Avoid** – მოერიდეთ კამათს;
- **Roll** – რწვევა (ლავირება) რეზისტენტობასთან ერთად (პაციენტი პირდაპირი წყაროა გადაწყვეტილებების და გამოსავლის მოძებნაში, თავს ნუ მოახვევთ თქვენს აზრებს);
- **Express** – გამოხატეთ ემპათია;
- **Support** – მხარი დაუჭირეთ თვითაქტივობას;

ეფექტურია მოტივაციური ინტერვენციები, რაც ზრდის იმის ალბათობას, რომ პაციენტს მომავალში გაუჩნდება სურვილი და ექნება თავის დანებების მცდელობა. ასე რომ, კლინიცისტებმა უნდა გამოიყენონ მოტივაციური მეთოდები იმ პაციენტების კონსულტირებისას, რომელთაც ამჟამად არა აქვთ მოწვევისთვის თავის დანებების სურვილი (**მტკიცებულების ხარისხი B**).

მედიკამენტური მკურნალობა

თამბაქოს შეწყვეტის მედიკამენტური მკურნალობისათვის სადღეისოდ არსებობს 7 ძირითადი პირველი რიგის მედიკამენტი – ბუპროპიონ-**SR**, ნიკოტინის შემცველი საღეჭი რეზინი, ნიკოტინ-ინჰალატორი, ნიკოტინის შემცველი ნახალური სპრეი,

ნიკოტინის შემცველი პლასტიკი, რიმონაბანდი და ვარენიკლინი და 2 ძირითადი მეორე რიგის პრეპარატი – კლონიდინი და ნოტრიპტილინი.

2008 წლის მეტა-ანალიზის მიხედვით (Eisenberg MJ et al., 2008), შედარებულ იქნა 7 ნებათაართული ფარმაკოლოგიური ინტერვენცია ნიკოტინდამოკიდებულების სამკურნალოდ. განიხილეს 69 პლაცებო-კონტროლირებადი, ორმაგი-ბრმა მეტოდით ჩატარებული რანდომიზებული კონტროლირებადი კვლევა სულ 32 908 პაციენტით. 6 ინტერვენცია 7-დან ჩაითვალა პლაცებოზე ეფექტურად: ვარენიკლინი, ნიკოტინის ნაზალური სპრეი, ბუპროპიონი, ტრანსდერმალური ნიკოტინი, ნიკოტინის აბი და ნიკოტინის საღეჭი რეზინი. ნიკოტინის ინჰალატორის მანვენებელი შანსების თანაფარდობის მიხედვით აღემატებოდა პლაცებოს (2.17), თუმცა ეს რეზულტატი არ იყო გადამწყვეტი, რადგან სარწმუნო ინტერვალი მოიცავდა ერთეულს (95% სარწმუნოების ინტერვალი 0.95-5.43). კვლევამ დაადგინა, რომ ვარენიკლინის ეფექტურობა აღემატება ბუპროპიონისას (OR 2.18, 95% CrI 1.09-4.08). მკვლევარები ასკვნია, რომ ვარენიკლინი, ბუპროპიონი და დანარჩენი 5 ნიკოტინის ჩანაცვლებითი თერაპია არის პლაცებოზე ეფექტური მოწვევის თავის დანებების თვალსაზრისით 6-დან 12 თვემდე.

აღნიშნული პრეპარატები გამოიყენება როგორც მონოთერაპიის სახით (ერთი მედიკამენტით მკურნალობა), ისე 2-ის ან მეტის კომბინაციით. უმჯობესია მკურნალობა ექიმის დანიშნულებით. მეორე რიგის პრეპარატები ინიშნება იმ შემთხვევაში, როცა პირველი რიგის პრეპარატები ვერ გამოიყენება მათი უკუჩვენების ან გვერდითი მოვლენების გამო, ან მათი მოხმარება არაეფექტური გამოდგა.

ჩვეულებრივ, თამბაქოს მოხმარების შეწყვეტისათვის მედიკამენტური მკურნალობა გამოიყენება როგორც ერთ-ერთი კომპონენტი მკურნალობის მთლიან კურსში; მედიკამენტები ძირითადად ამსუბუქებს თამბაქოს გადაგდების შემდგომ სიმპტომებს და ამგვარად აადვილებს მის შეწყვეტას, მაგრამ მთლიანობაში მოწვევის გადაგდებისათვის მხოლოდ პრეპარატების მიღება საკმარისი არ არის.

რეკომენდაციები ცალკეული მედიკამენტების შესახებ:

პირველი რიგის მედიკამენტები

პირველი რიგის მედიკამენტებს მიეკუთვნება ისეთი მედიკამენტები, რომლებიც უსაფრთხოა და მაღალ-ეფექტური ნიკოტინზე დამოკიდებულების სამკურნალოდ და მათი გამოყენება კანონმდებლობით არის დაშვებული (წამლის რეგისტრაცია). პირველი რიგის მედიკამენტების გამოყენება რეკომენდებულია ყოველთვის, გარდა იმ შემთხვევებისა, როდესაც ისინი უკუნაჩვენებია ან პაციენტი განსაკუთრებულ ჯგუფს განეკუთვნება (მაგ.: ორსულები, მსუბუქი მწვევლები, მოზარდები, აგრეთვე, პირები, რომლებიც თამბაქოს სხვა ფორმით იყენებენ – არა მოწვევის სახით), რომლებისთვისაც არ არის საკმარისი მტკიცებულებები ამ მედიკამენტების გამოყენების ეფექტურობის შესახებ.

ბუპროპიონი

ბუპროპიონი-SR (გახანგრძლივებული მოქმედების) ანტიდეპრესანტი. ამცირებს ნიკოტინის აღკვეთის სინდრომს. არ შეიცავს ნიკოტინს. მოქმედებს ტვინის იმ რეცეპტორებზე, რომლებიც ნიკოტინის “მოთხოვნაზე” არიან პასუხისმგებელი.

იგი შეიძლება გამოყენებულ იქნეს როგორც მონოთერაპიის (ერთი პრეპარატით მკურნალობა) სახით, ასევე ნიკოტინ ჩამნაცვლებელ საშუალებებთან კომბინაციაში (ნიკოტინის შემცველ პლასტირთან, ან ხანმოკლე მოქმედების ნიკოტინის შემცველ საღებავ რეზინთან და ნიკოტინის შემცველ აბებთან ერთად).

დოზირება: პრეპარატის მიღება უნდა დაიწყოს მოწვევის შეწყვეტამდე ერთი ან ორი კვირით ადრე. ინიშნება მზარდი დოზით - 1 აბი (150 მგ) დღეში ერთხელ, დილით, სამი დღის განმავლობაში, შემდეგ ერთი აბი 2-ჯერ დღეში. ტაბლეტი უნდა გადაიყლაპოს და არ დაიღუჭოს. პრეპარატის მიღების ხანგრძლივობა შეადგენს 7-12 კვირას. თუ პაციენტმა ვერ მიაღწია შესამჩნევ ეფექტს, მე-7 კვირიდან მკურნალობა წყდება.

გვერდითი მოვლენები: ძილის დარღვევა (ინსომნია), პირის სიმშრალე.

უკუჩვენება: აპოპლექსია, ალკოჰოლიზმი, ქალა-ტვინის მძიმე ტრავმა, კვებითი აშლილობები (ანორექსია, ბულემია).

ბუპროპიონი SR მოწვევის საწინააღმდეგო ეფექტური სამკურნალო საშუალებაა და პაციენტებს უნდა ურჩიოთ მისი გამოყენება (**მტკიცებულების ხარისხი A**).

ნიკოტინჩამნაცვლებითი თერაპია

ა) ნიკოტინის შემცველი საღებავ რეზინი

წარმოადგენს სწრაფად მოქმედ ნიკოტინის შემცველ საშუალებას. ნიკოტინი შეიწოვება პირის ღრუს ლორწოვანი გარსიდან.

დოზირება: დღეში ერთ კოლოფ სიგარეტზე მეტის მოწვევისას 4 მგ-იანი, ხოლო ერთ კოლოფზე ნაკლების- 2 მგ-იანი ნიკოტინის შემცველი საღებავ რეზინი.

არ შეიძლება დღეში 24 საღებავ რეზინზე მეტის დაღებვა. პრეპარატის გამოყენების ხანგრძლივობა შეადგენს 1-3 თვეს.

გვერდითი მოვლენები: ცუდი გემო პირში, ხახისა და პირის ღრუს ლორწოვანის გაღიზიანება (წყლული), სლოკინი, გულისრევა, ტაქიკარდია.

უკუჩვენება: ორსულობა, ძუძუთი კვება, არითმია, სტენოკარდია, ინფარქტი, 18 წელზე ნაკლები ასაკი, არამწვეველობა, ალერგია.

ნიკოტინის საღებავ რეზინი მოწვევის საწინააღმდეგო ეფექტური სამკურნალო საშუალებაა და პაციენტებს უნდა ურჩიოთ მისი გამოყენება (**მტკიცებულების ხარისხი A**).

მძიმე მწვევლებში უმჯობესია დანიშნოს 4 მგ-იანი ნიკოტინის საღებავ რეზინი 2 მგ-იანის ნაცვლად (**მტკიცებულების ხარისხი B**).

ბ) ნიკოტინ-ინჰალატორი

პრეპარატი წარმოადგენს თხელ პლასტიკურ ტუმბოს, ნიკოტინის კარტრიჯით. მისი ინჰალაცია იძლევა სიგარეტის მოწვევის სიმულაციას, რადგანაც ნიკოტინის ორთქლი გროვდება პირში და არ აღწევს ფილტვებამდე.

დოზირება: მკურნალობა იწყება 6-16 ინჰალაციით დღეში 3 თვის მანძილზე. შემდეგ დოზა მცირდება საფეხურეობრივად.

მკურნალობის ხანგრძლივობა: 6 თვე.

გვერდითი მოვლენები: ხველა, ხახისა და პირის ღრუს ლორწოვანას გაღიზიანება, დისკომფორტი კუჭის არეში.

ჟგუზვნება: ინსტრუქციის მიხედვით მიღებისას ჟგუზვნება არ გააჩნია.

ნიკოტინის ინჰალატორი მოწვევის საწინააღმდეგო ეფექტური სამკურნალო საშუალებაა და პაციენტებს უნდა ურჩიოთ მისი გამოყენება (**მტკიცებულების ხარისხი A**).

გ) ნიკოტინის ტაბლეტები

ნიკოტინის შემცველი პრეპარატების შედარებით ახალი ფორმაა. არსებობს მისი 2 და 4 მგ-იანი ფორმები.

დოზირება: დოზის შერჩევა ხდება იმის მიხედვით, თუ გაღვიძებიდან რამდენ ხანში ეწვეიან სიგარეტს. პირველი 6 კვირის განმავლობაში - 1 ტაბლეტი ყოველ 1-2 სთ-ში, მე-7-9 კვირას 1 ტაბლეტი 2-4 სთ-ში, ხოლო მე-10-12 კვირას 1 ტაბლეტი ყოველ 4-8 სთ-ში.

ნიკოტინის ტაბლეტების მიღების რეკომენდაციები: კურსის დაწყებისთანავე უნდა შეწყდეს ნიკოტინის გამოყენება, მიღებამდე 15 წთ-ით ადრე პაციენტმა არ უნდა მიიღოს საკვები და სითხე, არ დაღუჭოს და გადაყლაპოს იგი, უნდა წუწნოს დაახლოებით 20-30 წთ-ის განმავლობაში. არ გამოიყენება 5 ტაბლეტზე მეტი 6 სთ-ის განმავლობაში, ან 20 ტაბლეტზე მეტი დღის განმავლობაში. ტაბლეტების მიღება წყდება 12 კვირის მერე. არ უნდა გაგრძელდეს მისი მიღება, თუ ამ პერიოდის მანძილზე პაციენტი პარალელურად აგრძელებს ნიკოტინის მიღებას და/ან იყენებს ნიკოტინის შემცველ სხვა პრეპარატებს.

გვერდითი მოვლენები: მოუსვენარი ძილი, გულისრევა, ხველა, თავის ტკივილი, სლოკინი, შებერილობა.

ნიკოტინის საწუწნი ტაბლეტები მოწვევის საწინააღმდეგო ეფექტური სამკურნალო საშუალებაა და პაციენტებს უნდა ურჩიოთ მისი გამოყენება (**მტკიცებულების ხარისხი B**).

დ) ნიკოტინის შემცველი ნაზალური სპრეი

სპრეი მომენტალურად აქრობს აღკვეთის სიმპტომებს, რადგან ცხვირის ლორწოვანი გარსიდან სწრაფად შეიწოვება სისხლში. ასევე იძლევა ნიკოტინის სურვილის რეგულირების საშუალებას და პრაქტიკულია მოსახმარად.

დოზირება: 8-40 დოზა დღეში.

მიღების ხანგრძლივობა: 3-6 თვე. არ არის რეკომენდირებული 6 თვეზე მეტი ხნით გამოყენება.

გვერდითი მოვლენები: ცხვირის ღრუსა და ხახის ლორწოვანი გარსის გაღიზიანება, რინიტი, ცრემლდენა, ხველა, ცემინება. შეიძლება გამოიწვიოს შეჩვევა.

ჟგუზვნება: ასთმა, ალერგია, ცხვირის პოლიპი, სინუსიტი.

ნიკოტინის ნაზალური სპრეი მოწვევის საწინააღმდეგო ეფექტური სამკურნალო საშუალებაა და პაციენტებს უნდა ურჩიოთ მისი გამოყენება (**მტკიცებულების ხარისხი A**).

ე) ნიკოტინის შემცველი პლასტირი

პლასტირი იკვრება დილით მშრალ, სუფთა, ნაკლებად თმიან კანზე კისრისდან წელის დონემდე. ძილის წინ რეკომენდირებულია პლასტირის მოშორება.

დოზირება: სხეულის მასის მიხედვით პლასტირის გამოყენება უნდა დაიწყო მაღალი დოზიდან – 15მგ/16 სთ-იანი პლასტირით ყოველ დღე 8 კვირის განმავლობაში; შემდეგ დოზა მცირდება 10მგ/16 სთ-მდე 2 კვირის განმავლობაში, ბოლოს 5 მგ/16სთ-იანი 2 კვირა.

მძიმე მწვევლებში ეფექტურია პრეპარატის კომბინირება ნიკოტინის შემცველ ინჰალატორთან ან საღებავ რეზინასთან.

გვერდითი მოვლენები: კანის გაღიზიანება (სიწითლე, ქავილი), თავბრუსხვევა, ტაქიკარდია, ინსომნია (ძილის დარღვევა, უცნაურ სიზმრები), თავის ტკივილი, გულირევა, ღებინება, დისკომფორტი მუცლის არეში.

უკუჩვენება: პლასტირის გამოყენების პერიოდში აკრძალულია სიგარეტის მოწევა.

ნიკოტინის პლასტირი მოწვევის საწინააღმდეგო ეფექტური სამკურნალო საშუალებაა და პაციენტებს უნდა ურჩიოთ მისი გამოყენება (**მტკიცებულების ხარისხი A**).

ვარენიკლინი

ვარენიკლინი ახალი პრეპარატია, მოქმედებს ტვინის ნიკოტინის რეცეპტორებზე და იწვევს, ერთი მხრივ, იმგვარი ფიზიკური სიამოვნების განცდას, რომელსაც მწვეველი მოწვევისას განიცდის, და მეორეს მხრივ, აღკვეთის სინდრომის შემცირებას.

გვერდითი მოვლენები: თავის ტკივილი, გულისრევა, ღებინება, მშფოთვარე ძილი, უჩვეულო სიზმრები, შებერილობა, გემოს შეცვლა.

არაა შესწავლილი მისი მოქმედება სხვა ნიკოტინის შემცველ პრეპარატებთან კომბინაციაში.

ვარენიკლინი მოწვევის საწინააღმდეგო ეფექტური სამკურნალო საშუალებაა და პაციენტებს უნდა ურჩიოთ მისი გამოყენება (**მტკიცებულების ხარისხი A**).

ციტიზინი

ნიკოტინჩანაცვლებით თერაპიის (**ნჩთ**) შედარებით ახალი ფორმაა მცენარეული წარმოშობის ციტიზინი, რომლის თერაპიული ეფექტი ეფუძნება იმას, რომ მოწვევის ფონზე ის იწვევს ნიკოტინის დოზის გადაჭარბების არასასიამოვნო ეფექტს, რაც აიძულებს მწვეველს შეამციროს მოწვეული სიგარეტის რაოდენობა ან გადააგდოს იგი.

დოზირება: პირველი სამი დღის განმავლობაში ინიშნება 1 აბი 6-ჯერ დღეში, ყოველ 2 საათში. თუ ამ ხნის განმავლობაში რეზულტატი არ შეინიშნება, მკურნალობა უნდა განახლდეს 2-3 თვის შემდეგ, ხოლო დადებითი რეზულტატის შემთხვევაში კურსი გრძელდება შემდეგი სქემით:

- მე-4-12 დღის ჩათვლით – 1 ტაბლეტი ყოველ 2,5 სთ-ში (სულ დღე-ღამეში 5 ტაბლეტი);
- მე-13-16 დღის ჩათვლით – 1 ტაბლეტი ყოველ 3 სთ-ში (სულ 4 ტაბლეტი).

- მე-17-20 დღის ჩათვლით – 1 ტაბლეტი ყოველ 5 სთ-ში (სულ 3 ტაბლეტი).
- 21-25-ე დღეს – 1 ტაბლეტი 6-8 სთ-ში (სულ 2 ტაბლეტი დღეში).

გვერდითი მოვლენები: თუ კურსის მიმდინარეობისას დოზირება სწორადაა დაცული, გვერდითი მოვლენები სუსტადაა გამოხატული. შესაძლოა გამოვლინდეს გემოსა და მადის შეცვლა, პირის სიმშრალე, გულისრევა და ღებინება, შეკრულობა, თავის ტკივილი, გაღიზიანებადობა, წნევის მომატება, ტაქიკარდია.

უკუჩვენება: არტერიული ჰიპერტენზია, გამოხატული ათეროსკლეროზი, სისხლდენა მსხვილი კალიბრის სისხლძარღვებიდან, ფილტვების შეშუპება, მომატებული მგრძნობელობა იმ ნივთიერებების მიმართ, რომელსაც შეიცავს აღნიშნული პრეპარატი.

რეკომენდებული არ არის ორსულებსა და მეძუძურ ქალებში.

რიმონაბანტი

რიმონაბანტი წარმოადგენს კანაბინოიდ-1 რეცეპტორის ბლოკერს.

სიგარეტის გადაგდება რთული პროცესია და ხშირად მას თან სდევს წონაში მატება. რიმონაბანტი აადვილებს სიგარეტის გადაგდების პროცესს და ამასთანავე ხელს უშლის ჭარბი წონის განვითარებას შემდეგი მექანიზმით: მოქმედებს ტვინის ენდოკანინბანოიდურ სისტემაზე, კერძოდ, CB-1 რეცეპტორებზე, რომლებიც პასუხისმგებელი არიან ნიკოტინისა და საკვებისადმი ლტოლვაზე. რიმონაბანტი ამცირებს რა მათ აქტივობას, სხეულიდან წამოსულ იმპულსებზე ტვინი ადეკვატურად ვერ რეაგირებს, შესაბამისად, ორგანიზმი ნაკლებად განიცდის შიმშილს და ნიკოტინისადმი ლტოლვას.

დოზირება: ჭამის შემდეგ 120 მგ-იანი ტაბლეტი დღეში ერთხელ. არ შეიძლება ტაბლეტის დაღეჭვა და დაქუცმაცება.

გვერდითი მოვლენები: გულის რევა, ღებინება, ძილის დარღვევა.

უკუჩვენება: მეორე ტიპის დიაბეტი, გულის დაავადებები, ორსულობა, ძუძუთი კვება.

მეორე რიგის პრეპარატები

II რიგის მედიკამენტებს მიეკუთვნება ისეთი მედიკამენტები, რომელთა ეფექტურობის მტკიცებულებები არსებობს, მაგრამ მათი როლი ნიკოტინდამოკიდებულების მკურნალობაში უფრო შეზღუდულია, ვიდრე I რიგის პრეპარატებისა, რადგან პოტენციური გვერდითი ეფექტების ალბათობა უფრო მაღალია. II რიგის პრეპარატები გამოიყენება კონკრეტულ შემთხვევებში მაშინ, როდესაც I რიგის პრეპარატები (ცალკე ან კომბინაციაში) არაეფექტური აღმოჩნდა ან ისინი წინააღმდეგნაჩვენებია.

კლონიდინი

კლონიდინი მოქმედებს ნერვულ სისტემაზე და შესაძლოა შეამსუბუქოს აღკვეთის სიმპტომები სხვადასხვა სახის დამოკიდებულების დროს, მათ შორის თამბაქოს მოხმარება, ალკოჰოლიზმი, ოპიოიდებზე დამოკიდებულება. ეს მედიკამენტი აუცილებლად ექიმის მიერ უნდა დაინიშნოს. თვითმკურნალობა სახიფათოა.

დოზირება: 0,15-0,75 მგ დღეში 3-10 კვირის განმავლობაში.

გვერდითი მოვლენები: პირის სიმშრალე, ძილიანობა, თავბრუსხვევა, სედაცია.

უკუჩვენება: ჰიპოტენზია.

კლონიდინი მოწვევის საწინააღმდეგო ეფექტური სამკურნალო საშუალებაა. ის მიღებული უნდა იყოს ექიმის მეთვლეყურეობის ქვეშ, როგორც II რიგის მედიკამენტი ნიკოტინდამოკიდებულების სამკურნალოდ (**მტკიცებულების ხარისხი A**).

ნორტრიპტილინი

ნორტრიპტილინი მეორე თაობის ტრიციკლური ანტიდეპრესანტია. ამცირებს აღკვეთის სინდრომს და ამგვარად, მწვევლობის შეწყვეტა ადვილდება.

დოზირება: 75-100 მგ დღეში, 12 კვირის განმავლობაში.

გვერდითი მოვლენები: სედაცია, პირის სიმშრალე, ორთოსტატული ჰიპოტენზია, არარეგულარული და მომატებული გულისცემა, ზოგიერთი სექსუალური პრობლემა. აღკოპოლის მომხარებამ შესაძლოა გააძლიეროს ეს მოვლენები.

უკუჩვენება: არითმია, მიოკარდიუმის ინფარქტის რეაბილიტაციის პერიოდი.

ნორტრიპტილინი მოწვევის საწინააღმდეგო ეფექტური სამკურნალო საშუალებაა. ის მიღებული უნდა იყოს ექიმის მეთვლეყურეობის ქვეშ, როგორც II რიგის მედიკამენტი ნიკოტინდამოკიდებულების სამკურნალოდ (**მტკიცებულების ხარისხი A**).

მედიკამენტების კომბინაცია

პირველი რიგის მედიკამენტების ზოგიერთი კომბინაცია საკმაოდ ეფექტური აღმოჩნდა მოწვევის საწინააღმდეგო მკურნალობისას. ამიტომ, კლინიცისტებმა უნდა განიხილონ ამ კომბინაციების გამოყენების საკითხი. ეს კომბინაციებია:

- გრძელვადიანი გამოყენება (>14 კვირაზე) ნიკოტინის პლასტირის + სხვა რომელიმე **ნჩთ** (სადეჭი რეზინი ან აეროზოლი);
- ნიკოტინის პლასტირი + ნიკოტინის ინჰალატორი;
- ნიკოტინის პლასტირი + ბუპროპიონ SR (**მტკიცებულების ხარისხი A**).

დაგროვდა საკმარისი ოდენობის სათანადო სტატიები, მედიკამენტების 5 კომბინაციის ეფექტურობის შესაფასებლად პლაცებოსთან შედარებით. მხოლოდ ნიკოტინის პლასტირი + ბუპროპიონის კომბინაციამ მიიღო სათანადო დადასტურება ამერიკის კვებისა და წამლის სააგენტოს მიერ (FDA). ეს კომბინაციები იყო:

- ნიკოტინის პლასტირი + ბუპროპიონ-SR ;
- ნიკოტინის პლასტირი + ნიკოტინის ინჰალატორი;
- ნიკოტინის პლასტირი (ხანგრძლივი მოქმედების) + რომელიმე **ნჩთ**;
- ნიკოტინის პლასტირი + ნორტრიპტილინი;
- ნიკოტინის პლასტირი + მეორადი გენერაციის ანტიდეპრესანტები.

რა არ არის რეკომენდებული თამბაქოს მოხმარების შეწყვეტისათვის

თამბაქოს წვევის მიტოვებისთვის არ არის რეკომენდებული შემდეგი წამლების და მდიკამების გამოყენება⁵:

- ანტიდეპრესანტები (ბუპროპიონ-**SR** და ნორტრიპტილინის გარდა);
- სეროტონინის უკუჩაქერის ინჰიბიტორები (**SSRI**);
- ანქსიოლიტიკები/ბენზოდიაზეპინები/ბეტა-ბლოკერები;
- ოპიოიდების ანტაგონისტები/ნალტრექსონი;
- ვერცხლის აცეტატი;
- მეკამილამინი;
- მედიკამენტების ხანგრძლივი გამოყენება;
- **ნწმ** გულ-სისხლძაღვთა სისტემის პათოლოგიის მქონე პაციენტებში.

ნიკოტინდამოკიდებულების სამკურნალო ინტერვენციების ხარჯთეფექტურობა

ნიკოტინდამოკიდებულების მკურნალობის ზემოთაღნიშნული ეფექტური მეთოდები (როგორც კონსულტირება, ასევე მედიკამენტური) ძალზედ ხარჯთეფექტური აღმოჩნდა მკურნალობის სხვა მეთოდებთან შედარებით და მიზანშეწონილია მიეწოდოს ყველა მწვეველს (მტკიცებულების ხარისხი **A**).

ნიკოტინდამოკიდებულების მკურნალობა როგორც სადაზღვევო პროგრამების ნაწილი

სადაზღვევო პროგრამების მიერ ნიკოტინდამოკიდებულების მკურნალობის მიწოდება (როგორც კონსულტირების, ასევე მედიკამენტების) და ამ მკურნალობის ხარჯების დაფარვა ზრდის იმ პაციენტების პროცენტს, ვინც ცდილობს თავი დაანებოს თამბაქოს, იტარებს მკურნალობას და ვინც წარმატებით შეწყვიტა მოწვევა. ამიტომ, რეკომენდებულია ამ მკურნალობის შეყვანა როგორც სახელმწიფო, ასევე კერძო სადაზღვევო პროგრამებში (მტკიცებულების ხარისხი **A**).

ბანსაკუთრებული პოპულაციები

ამ გაიდლაინში აღწერილი ეფექტური ინტერვენციები ეფექტური აღმოჩნდა სხვადასხვა პოპულაციაში გამოყენებისას. მრავალი კვლევა ჩატარდა თამბაქოს მომხმარებლების სხვადასხვა ჯგუფებზე. აქედან გამომდინარე, მოწოდებული ინტერვენციები რეკომენდებულია ყველა თამბაქოს მომხმარებლისთვის, გარდა იმ შემთხვევებისა, როდესაც მედიკამენტი უკუნაჩვენებია ან სპეციფიკური პოპულაციებისა, რომლებშიც ამ მედიკამენტების გამოყენების ეფექტურობა არ დადასტურდა – ორსულები, პირები, რომლებიც თამბაქოს არა მოსაწვევის ფორმით იყენებენ, მსუბუქი მწვეველები და მოზარდები (მტკიცებულების ხარისხი **B**).

⁵ გაიდლაინის “Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 update” ექსპერტთა პანელი

ბავშვები და მოზარდები

კლინიცისტებმა უნდა ჰკითხონ ბავშვებს და მოზარდებს თამბაქოს მოხმარების შესახებ და კარგად აუხსნან მათ, თუ რა მნიშვნელოვანია თამბაქოს მოწვევისგან თავის შეკავება (მტკიცებულების ხარისხი C).

კონსულტირება ეფექტური აღმოჩნდა მოზარდების მკურნალობისთვის, ამიტომ მოზარდ მწვევლებს უნდა ჩაუტარდეს ინტერვენცია კონსულტირებით, რომლის მიზანია მოწვევის შეწყვეტა (მტკიცებულების ხარისხი B).

პასიური მწვევლობა მავნეა ბავშვებისთვის. ეფექტური აღმოჩნდა მწვევლი მშობლებისთვის თამბაქოს მოწვევის შესახებ კონსულტირება პედიატრიულ დაწესებულებებში – გაიზარდა მწვევლ მშობლებში თავის დანებების სიხშირე. ამიტომ, პასიური მწვევლობისგან ბავშვების დასაცავად, კლინიცისტები უნდა შეეკითხონ მშობლებს თამბაქოს მოხმარების შესახებ, ურჩიონ მათ მოწვევის შეწყვეტა და შესთავაზონ დახმარება (მტკიცებულების ხარისხი B).

მსუბუქი მწვევლები

საჭიროა მსუბუქი მწვევლების იდენტიფიცირება, დაბეჯითებით რჩევა, დაანებონ თავი მოწვევას და მოწვევის შეწყვეტისკენ მიმართული ინტერვენციების (კონსულტირება) ჩატარება (მტკიცებულების ხარისხი B).

მომხმარებლები, რომლებიც თამბაქოს მოსაწვეის ფორმით არ იყენებენ

საჭიროა მათი იდენტიფიცირება და დაბეჯითებით რჩევა, დაანებონ თავი თამბაქოს გამოყენებას; ასევე აუცილებელია ინტერვენციების (კონსულტირება) ჩატარება (მტკიცებულების ხარისხი A).

სტომატოლოგებმა უნდა ჩაუტარონ მოკლე კონსულტირება ყველა მომხმარებელს, რომლებიც თამბაქოს მოსაწვეის ფორმით არ იყენებენ (მტკიცებულების ხარისხი A).

საჭიროა სიგარის, ჩიბუხის მწვევლების და სხვა არა სიგარეტის ფორმით თამბაქოს მომხმარებლების იდენტიფიცირება, დაბეჯითებით რჩევა, დაანებონ თავი მოწვევას. აუცილებელია მოწვევის შეწყვეტისკენ მიმართული ინტერვენციების (კონსულტირება) ჩატარება (მტკიცებულების ხარისხი C).

ორსული მწვევლები

რადგან მოწვევა სერიოზულ რისკს წარმოადგენს ორსულისა და ნაყოფისთვის, რეკომენდებულია ყველა მწვევლი ორსული ქალისთვის, როდესაც კი შესაძლებელია, ერთი-ერთზე ფსიქოსოციალური ინტერვენციის შეთავაზება, რომელიც სცილდება მხოლოდ მარტივი რჩევის ფარგლებს (მტკიცებულების ხარისხი A).

როგორც ნაყოფისთვის, ასევე დედისთვის ბევრად უკეთესია ორსულობის ადრეულ ვადაზე თამბაქოს მოწვევის შეწყვეტა, მაგრამ ორსულობის ნებისმიერ პეროდში თავის დანებებას მაინც მოაქვს დადებითი შედეგები. ამიტომ კლინიცისტებმა ორსულებს უნდა შესთავაზონ თამბაქოს საწინააღმდეგო ეფექტური ღონისძიებები,

პირველი პრენატალური ვიზიტიდან დაწყებული, მთელი ორსულობის განმავლობაში (მტკიცებულების ხარისხი **B**).

წონაში მომატება

იმ პაციენტებისთვის, რომლებიც დედავენ მოწვევის შეწყვეტის შემდეგ წონაში მომატების თაობაზე, ყველაზე გამართლებულია ბუპროპიონ SR ან **ნჩთ** (კერძოდ, ნიკოტინის საღებავი რეზინი ან ნიკოტინის საწუწნი აბი). დადგენილია, რომ ეს პრეპარატები აფერხებენ წონის მატებას მოწვევის შეწყვეტის შემდეგ (მტკიცებულების ხარისხი **B**).

7. მართვის სქემა

ქვემოთმოცემულ გაიდლაინში მოწოდებულია მოწვევის შეწყვეტის სპეციფიკური ინტერვენციები ამჟამად თამბაქოს მომხმარებლებისთვის			
სამიზნე მოსახლეობა	საკვანძო საკითხები	რეკომენდაციები და მტკიცებულების ხარისხი	სიხშირე
ყველა პაციენტი 12 წლის და ზევით (წარსული მოწვევის სტატუსის მიუხედავად)	თამბაქოს მწველობის სტატუსის (არასოდეს მოუწვია, ყოფილი მწველი, ამჟამად ეწევა) და ტიპის (იყენებს თამბაქოს ყველა ფორმით, ჩიბუხი, თამბაქოს ყნოსვა, სიგარა) დადგენა	შეკითხეთ: ჩაწერეთ მწველობის სტატუსი პაციენტის სამედიცინო ბარათში	ყოველ ამულატორიულ ვიზიტზე და სტაციონარში შესვლისას.
ყველა ამჟამად თამბაქოს მომხმარებელი/ მწველი პაციენტი	თამბაქოს მოწვევის შეწყვეტის ხელშემწყობი ინტერვენცია	სურს მოწვევის შეწყვეტა	არ სურს მოწვევის შეწყვეტა
		<ul style="list-style-type: none"> • Advise – ურჩიეთ მოწვევის შეწყვეტა • Assess – შეაფასეთ პაციენტის სურვილი, თავი დაანებოს თამბაქოს • Assist – დაეხმარეთ დაადგინოს შეწყვეტის თარიღი. მიაწოდეთ მასალები თვითდახმარების თაობაზე. შესთავაზეთ რეფერალი თამბაქოს მიტოვების პროგრამაში, შესთავაზეთ ფარმაცოლოგიური მკურნალობის ვარიანტები: <ul style="list-style-type: none"> a. ნიკოტინჩანაცვლებითი თერაპია b. ბუპროპიონი c. ვარენიკლინი (chartix) • Arrange – ორგანიზება გაუკეთეთ შემდგომ მეთვალყურეობას, პირადად ან ტელეფონით. გაითვალისწინეთ რეფერალი ქცევითი თერაპიის სპეციალისტთან: <ul style="list-style-type: none"> ○ შეწყვეტის თარიღიდან I კვირის განმავლობაში; ○ შეწყვეტის თარიღიდან I თვის განმავლობაში. 	<ul style="list-style-type: none"> • Relevance – აქტუალობა: ჰკითხეთ პაციენტს, რამდენად აქტუალურია პირადად მისთვის მოწვევის შეწყვეტა • Risks – რისკი: სთხოვეთ პაციენტს, ჩამოთვალოს რა პოტენციური უარყოფითი შედეგები აქვს მოწვევას • Rewards - სარგებელი: სთხოვეთ პაციენტს, ჩამოთვალოს რა პოტენციური სარგებელი აქვს თამბაქოს წვევის მიტოვებას • Roadblocks – ბარიერები: სთხოვეთ პაციენტს, ჩამოაყალიბოს თამბაქოს წვევის მიტოვების შემაფეხებელი ფაქტორები • Repetition – გამეორება: კვლავ შეახსენეთ პაციენტს, რომ მას შეუძლია წვევის მიტოვება
<p>ბანსაქპითრებული ბარემოებები:</p> <p>ორსული მწველები: დედისა და ნაყოფისთვის სერიოზული რისკის არსებობის გამო, მწველ ორსულებს უნდა შესთავაზოთ თამბაქოს წვევის მიტოვების პროგრამაში მონაწილეობა.</p> <p>პოსპიტალიზირებული მწველები: ექიმებმა უნდა ჩაუტარონ ასეთ პაციენტებს სათანადო ფარმაცოთრაპია და კონსულტირება საავადმყოფოში ყოფნის პერიოდში, ნიკოტინის აღკვეთის სიმპტომების შესამცირებლად და დაეხმარონ მწველებს თავი დაანებონ თამბაქოს.</p> <p>მწველები, თანმხლები ფსიქიატრიული დაავადებებით: ნიკოტინის აღკვეთის სიმპტომებმა შეიძლება დაამძიმონ დეპრესია ანამნეზში აფექტური აშლილობის მქონე პაციენტებში. თამბაქოს წვევის შეწყვეტამ შეიძლება შეცვალოს ზოგიერთი ფსიქოტროპული პრეპარატის ფარმაცოკინეტიკა. ექიმებმა ხშირი მონიტორინგი უნდა გაუწიონ ფსიქოტროპული მედიკამენტების გვერდით ეფექტებს მწველებში/თამბაქოს მომხმარებლებში, რომლებიც ცდილობენ შეწყვიტონ მოწვევა.</p>			

8. დანართები

სკრინინგის ინსტრუმენტები ნიკოტინური დამოკიდებულების გამოსავლენად და დამოკიდებულების სიმძიმის განსასაზღვრავად

- დანართი 1. CAGE კითხვარი,
- დანართი 2. “4 Cs” ტესტი,
- დანართი 3. Fagerstrom-ის ტესტი

დანართი 1. CAGE კითხვარი, მოდიფიცირებული მოწევის ძველის შესაფასებლად

კითხვები:	ინტერპრეტაცია
<p>ოდესმე თუ C: გიფიქრიათ, რომ თქვენ უნდა შეამციროთ ან გააკონტროლოთ თქვენი მოწევა, მაგრამ გქონიათ სიძნელეები?</p>	<p>დადებითი პასუხი რომელიმე 2 შეკითხვაზე არის პოზიტიური სკრინინგი და სასურველია დასაზუსტებლად შემდგომი შეკითხვების დასმა მოხმარებული თამბაქოს რაოდენობის, ხანგრძლივობის და თანმხლები უარყოფითი შედეგების თაობაზე.</p>
<p>A: გაუღიზიანებიათ ან გაუბრალებიათ ხალხის კრიტიკას თქვენი მოწევის თაობაზე ან რჩევას, რომ თავი დაანებოთ მოწევას?</p>	
<p>G: თავი გიგრძნიათ ცუდად ან დამნაშავედ მოწევის ან სხვა რამის გამო, რაც გააკეთეთ მოწევისას?</p>	
<p>E: მოგიწევიათ თვალის გახელისთანავე დილით 1/2-1 საათის განმავლობაში?</p>	

დანართი 2. “4 C”-ს ტესტი

დაფუძნებულია DSM-IV სადიაგნოზო კრიტერიუმებზე და 4 პუნქტისგან შედგება:

1. კომპულსია – ინტენსივობა, რომლითაც სწრაფვა ნივთიერების მოხმარების მიმართ თრგუნავს პაციენტის ფიქრებს, გრძნობებს და განსჯის უნარს;
2. კონტროლი – ხარისხი, რომლითაც პაციენტს შეუძლია (ან არ შეუძლია) ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მოხმარების გაკონტროლება, რაკიდა დაიწყო;
3. შემცირება – ქიმიური ნივთიერების მოხმარების შემცირების შედეგები; აღკვეთის სიმპტომატიკა;
4. შედეგები – უარყოფა ან ზიანის მიღება, რომელიც გამოიწვია ფსიქოაქტიური ნივთიერების მოხმარებამ.

შეკითხვები თითოეული ამ პუნქტის შესახებ შეიძლება დაისვას შემდეგი სახით:

ნიკოტინური დამოკიდებულების შეფასება “4 C” ტესტის მეშვეობით

კომპულსია – Compulsion

- ოდესმე თუ მოგიწევიათ იმაზე უფრო მეტი, ვიდრე აპირებდით?
- ოდესმე თუ გითქვიათ უარი თქვენს მოვალეობებზე იმის გამო, რომ ეწეოდით ან მოწვევის საშუალება მოგცემოდათ?

კონტროლი – Control

- გიგრძნობთ ოდესმე საჭიროება, გაგეკონტროლებინათ რამდენს ეწევით, მაგრამ აღვილად ვერ მიგიღწევიათ ამისთვის?
- ოდესმე დაპირება მიგიციათ, რომ შეწყვიტავთ მოწევას და იმავე დღესვე გიყიდიათ კოლოფი სიგარეტი?

შემცირება (და აღკვეთის სიმპტომები) – Cutting down (and withdrawal symptoms)

- ოდესმე გიცდიათ მოწვევისთვის თავის დანებება? რამდენჯერ? რამდენი ხნით?
- გქონიათ ოდესმე რომელიმე ამ სიმპტომთაგან, როცა რაღაცა დროით უსიგარეტოდ დარჩენილხართ: აგზნება, შფოთვა, გაღიზიანება, კონცენტრაციის გაძნელება, ემოციური ლაბილობა?
- თუ ასეა, სიმპტომები ქრებოდა სიგარეტის მოწვევის შემდეგ?

შედეგები – Consequences

- რამდენი ხანია იცით, რომ მოწვევა ვნებს თქვენს ორგანიზმს?
- თუ გააგრძელებთ მოწევას, როგორ გგონიათ, რამდენ ხანს იცოცხლებთ?
- რომ შეგეძლოთ მოწვევისთვის თავის დანებება დღესვე სამუდამოდ, როგორ გგონიათ, რამდენ ხანს იცოცხლებდით?

დანართი 3. Fagerstrom-ის ნიკოტინდამოკიდებულების შესაფასებელი ტესტი

1. გაღვიძებიდან რამდენ ხანში ეწევით პირველ სიგარეტს?
• 60 წუთის შემდეგ (0) • 31-60 წუთში (1)
• 6-30 წუთში (2) • 5 წუთის მანძილზე (3)
2. ძნელია თქვენთვის თავშეკავება ადგილებში, სადაც მოწვევა აკრძალულია?
• არა (0) • დიახ (1)
3. რომელი სიგარეტისთვის გეძნელებათ ყველაზე მეტად უარის თქმა?
• დილით პირველის (1) • ნებისმიერი დანარჩენის (0)
4. რამდენ ღერ სიგარეტს ეწევით დღეში?
• 10 ან ნაკლები (0) • 11-20 (1) • 21-30 (2) • 31 და მეტი (3)
5. გაღვიძებიდან პირველ საათებში უფრო მეტს ეწევით, ვიდრე დღის მანძილზე დასვენების დროს?
• არა (0) • დიახ (1)
6. ეწევით იმის მიუხედავად, რომ ისე ავად ხართ, რომ დღის უმეტესი ნაწილი წევხართ საწოლში?
• არა (0) • დიახ (1)

ჯამური ქულა: _____

ინტერპრეტაცია:

0-2	ძალიან სუსტი დამოკიდებულება
3-4	სუსტი დამოკიდებულება
5	საშუალო ხარისხის დამოკიდებულება
6-7	ძლიერი დამოკიდებულება
8-10	ძალიან ძლიერი დამოკიდებულება

კლინიცისტის რეკომენდებული პასუხი:

5 ქულაზე დაბალი: “თქვენი ნიკოტინზე დამოკიდებულების ხარისხი ჯერ კიდევ დაბალია. მასურველია, იმოქმედოთ ახლა, სანამ დამოკიდებულების ხარისხი გაიზრდება.”

5 ქულა: “თქვენი ნიკოტინზე დამოკიდებულება საშუალო სიმძიმისაა. თუ არ შეწყვეტთ მოწევას მოკლე ხანში, თქვენი დამოკიდებულების ხარისხი გაიზრდება სერიოზული ავადობის ნიშნულამდე.”

5 ქულაზე მეტი: “თქვენი ნიკოტინზე დამოკიდებულების ხარისხი მაღალია. თქვენ ვერ აკონტროლებთ მოწევას, ის გაკონტროლებთ თქვენ! როდესაც თქვენ მიიღებთ გადაწყვეტილებას, მოწვევის შეწყვეტის შესახებ, ჩვენ შეგვიძლია ვისაუბროთ ნიკოტინჩანაცვლებით თერაპიაზე ან სხვა მედიკამენტების თაობაზე, რათა დავამარცხოთ თქვენი მიდრეკილება.”

წყარო: Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, Fagerstrom KO. The Fagerstrom Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. Br J Addict. 1991; 86: 1119-1127.

9. პრაქტიკაში აღკვეთის და პროტოკოლის შემუშავების რეკომენდაციები

მომზადებულია გაიდლაინის შესაბამისი პროტოკოლი „თამბაქოს წვეის მიტოვება და პრევენცია“.

რეკომენდაციები გაიდლაინის იმპლემენტაციის შესახებ

გაიდლაინის კლინიკურ პრაქტიკაში იმპლემენტაციისთვის საჭიროა შემდეგი ღონისძიებები:

- გაიდლაინის და თანმხლები მასალების ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა:
 - გაიდლაინის ნაბეჭდი და კომპიუტერული ვერსიების გავრცელება საქართველოს პირველადი ჯანდაცვის ქსელში;
 - საოჯახო მედიცინის პროფესიონალთა კავშირის და შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ვებ-გვერდებზე გაიდლაინის ელექტრონული ვერსიის განთავსება;
- თამბაქოს მომხმარებლების იდენტიფიკაციის პროგრამის დანერგვა პირველადი ჯანდაცვის ყველა ცენტრში;
- ადეკვატური ტრენინგის, რესურსების და უკუკავშირის (feedback) უზრუნველყოფა ეფექტური მართვის განხორციელებისთვის;
- სამედიცინო პერსონალის მოტივაცია ნიკოტინდამოკიდებულების მკურნალობის ჩატარებისთვის;
- ნიკოტინდამოკიდებულების გამოვლენისა და მართვის (კონსულტირება და მედიკამენტური მკურნალობა) ხარისხის მონიტორინგი აუდიტის საშუალებით;
- მეორეული ღონის დაწესებულებებთან რეფერალური კავშირის უზრუნველყოფა.

კლინიკური პრაქტიკის აუდიტის კრიტერიუმები:

პირველად ჯანდაცვაში ნიკოტინური დამოკიდებულების მართვის აუდიტისათვის რეკომენდებულია შემდეგი კრიტერიუმები:

პროცესი:

- რამდენ პაციენტს ჩაუტარდა სკრინინგი თამბაქოს მომხმარებლობის გამოსავლენად;
- რამდენ პაციენტს დაუდგინდა მწვევლის სტატუსი;
- რამდენ მწვევლ პაციენტს ჩაუტარდა კონსულტირება;
- რამდენმა პაციენტმა გამოთქვა სურვილი, თავი დაენებინა თამბაქოსთვის კონსულტირების შემდეგ;
- რამდენ მწვევლ პაციენტს ჩაუტარდა ხანმოკლე ინტერვენცია;
- რამდენ პაციენტს ჩაუტარდა თამბაქოს მოწვევის შეწყვეტის მედიკამენტური თერაპია;
- რამდენი პაციენტი გაიგზავნა რეფერალზე სპეციალისტთან;

შედეგი

- რამდენმა პაციენტმა შეწყვიტა მოწვევა;
- ხანმოკლე აბსტინენციის სიხშირე;
- ხანგრძლივი აბსტინენციის სიხშირე.

10. გაიდლაინის მიღების ხერხი/წყარო

გაიდლაინი წარმოადგენს სხვადასხვა გაიდლაინების (იხ. ლიტერატურა) შეჯვრების და ადაპტაციის შედეგს.

11. ალტერნატიული გაიდლაინი არ არსებობს

12. მტკიცებულების დონე, რეკომენდაციების ხარისხი

მტკიცებულების დონე და რეკომენდაციების ხარისხი

დონე	მტკიცებულების დონე	ხარის- ხი	რეკომენდაციის ხარისხი
I	ძლიერი მტკიცებულება, ეყრდნობა მინიმუმ ერთ სისტემურ მიმოხილვას, რომელიც ეფუძნება სწორი დიზაინის მქონე რანდომიზებულ კონტროლირებად კვლევას	A	ეყრდნობა I დონის მტკიცებულებას და შესაბამისად მტკიცედ რეკომენდებულია
II	ძლიერი მტკიცებულება, ეყრდნობა მინიმუმ ერთ სწორი დიზაინის მქონე რანდომიზებულ კონტროლირებად კვლევას	B	ეყრდნობა II დონის მტკიცებულებას და შესაბამისად რეკომენდებულია
III	კლინიკური კვლევა რანდომიზაციის გარეშე, კოჰორტული და შემთხვევა-კონტროლის კვლევები	C	ეყრდნობა III დონის მტკიცებულებას, შეიძლება ჩაითვალოს შესაბამისად
IV	არაექსპერიმენტული მულტიცენტრული კვლევები	D	ეყრდნობა IV და V დონის მტკიცებულებას, საჭიროებს კონსულტაციას
Vა	ავტორიტეტულ პროფესიონალთა მოსაზრება		
Vბ	კლინიკური გამოცდილება, აღწერილობითი კვლევები ან ექსპერტთა ანგარიში		

13. გამოყენებული ლიტერატურა

1. გულის იშემიური დაავადების პრევენცია პირველად ჯანდაცვაში. სასწავლო პროგრამა პირველადი ჯანდაცვის ექიმებისათვის
www.gfma.ge/documents/Gulis%20ishemiuri%20daavadeba.doc
2. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო. ეროვნული მოხსენება საქართველოს მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ -2003 წელი; თბილისი, 2004. 113 გვერდი Chapter 23 Nicotine. Joy M. Schmitz and Katherine A. Delaune.pp387-403
http://www.moh.gov.ge/ge_pdf/mohseneba/erovnuli_moxseneba_2003.pdf

3. American Lung Association. Secondhand Smoke Fact Sheet
<http://www.lungusa.org/site/pp.asp?c=dvLUK9O0E&b=35422>
4. American Lung Association. International Tobacco Use Fact Sheet
http://www.lungusa.org/site/c.dvLUK9O0E/b.39860/k.3FE0/International_Tobacco_Use_Fact_Sheet.htm
5. Bala Malgorzata M., Lesniak Wiktoria. Efficacy of non-pharmacological methods used for treating tobacco dependence: meta-analysis. POLSKIE ARCHIWUM MEDYCYNY WEWNĘTRZNEJ 2007; 117(11-12) pp. 504-511
6. Bala Małgorzata M., Leśniak Wiktoria, Strzeszyński Łukasz. Efficacy of pharmacological methods used for treating tobacco dependence: meta-analysis ORIGINAL ARTICLES. POLSKIE ARCHIWUM MEDYCYNY WEWNĘTRZNEJ 2008; 118 (1-2) pp 20-28
7. Cahill K, Stead LF, Lancaster T. [Nicotine receptor partial agonists for smoking cessation](#). Cochrane Database Syst Rev. 2008 Jul 16;(3):CD006103. Review. PMID: 18646137 [PubMed - indexed for MEDLINE]
8. Chapter 33 Diagnosis and Classification: DSM-IV-TR and ICD-10. John Cacciola and George E. Woody pp559-564.
http://books.google.ge/books/Ns_HmvedaeGTviW0xLbKD9wEE&hl=ka&ei=OkOqSracGYXgnAOIh5WpBQ&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=10#v=onepage&q=&f=false
9. California Environmental Protection Agency. Identification of Environmental Tobacco Smoke as a Toxic Air Contaminant. Executive Summary. June 2005.
10. Centers for Disease Control and Prevention. Department of Health and Human Services. The Health Consequences of Involuntary Exposure to Tobacco Smoke: A Report of the Surgeon General, 2006. 6 Major Conclusions of the Surgeon General Report. Available at the [Surgeon General's website](#). Accessed on January 8, 2009.
11. Core Health Indicators. The latest data from multiple WHO sources.
http://apps.who.int/whosis/database/core/core_select_process.cfm# The WHO Core Health Indicators database is updated at May 2008.
12. Eisenberg MJ, Filion KB, Yavin D, Bélisle P, Mottillo S, Joseph L, Gervais A, O'Loughlin J, Paradis G, Rinfret S, Pilote L.. [Pharmacotherapies for smoking cessation: a meta-analysis of randomized controlled trials](#). CMAJ. 2008 Jul 15;179(2):135-44. Review. Erratum in: CMAJ. 2008 Oct 7; 179(8):802. PMID: 18625984 [PubMed - indexed for MEDLINE]
13. Encyclopedia of Mental Disorders . [Mental Disorders](#) » [Kau-Nu](#) » Nicotine and related disorders. Read more: <http://www.minddisorders.com/Kau-Nu/Nicotine-and-related-disorders.html#ixzz0QoRSTIPP>
14. [Etter JF](#). Cytisine for smoking cessation: a literature review and a meta-analysis. [Arch Intern Med](#). 2006 Aug 14-28;166(15):1553-9.
15. Guideline title: Treating tobacco use and dependence: 2008 update.
http://www.guideline.gov/summary/summary.aspx?doc_id=12520 Status: current release.
16. Guideline title: Treating tobacco use and dependence: 2008 update. Rockville (MD): U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service; 2008 May. 257 p.
17. Guideline title: Smoking cessation services in primary care, pharmacies, local authorities and workplaces, particularly for manual working groups, pregnant women and hard to reach communities. Status: current release.
http://www.guideline.gov/summary/summary.aspx?doc_id=12286
18. Guideline title: Brief interventions and referral for smoking cessation in primary care and other settings. Status: current release. http://www.guideline.gov/summary/summary.aspx?doc_id=9740
19. Guideline title: Counseling and interventions to prevent tobacco use and tobacco-caused disease in adults and pregnant women: U.S. Preventive Services Task Force reaffirmation recommendation statement. Status: current release. http://www.guideline.gov/summary/summary.aspx?doc_id=14339
20. Guideline title: Tobacco control. Status: current release.
http://www.guideline.gov/summary/summary.aspx?doc_id=11552
21. Guideline title: Smoking cessation. Status: current release.
http://www.guideline.gov/summary/summary.aspx?doc_id=9800

22. Goldstein A;Gwyther R; Ripley-Moffitt C. Essentials of Family Medicine. Fifth Edition. 2007- Psychiatric Problems and Substance Abuse. Chapter 46. Addictions.http://sutlib2.sut.ac.th/sut_contents/H114878.pdf
23. Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, Fagerstrom KO. The Fagerstrom Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. Br J Addict. 1991; 86: 1119-1127.
24. Kaplan& Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry. Tenth Edition, 12.9 Nicotine-Related Disorders. 2007 by Lippincott Williams &Wilkins <http://books.google.ge/books?id=u-ohbTxCeYC&pg=PA440&lpg=PA440&dq=nikotine+abuse+and+dependence+DSM-IV&source=bl&ots=9fxztjc4tS&sig=w->
25. Lowinson . Joyce H., Ruiz Pedro, Millman Robert B., Langrod John G. Substance Abuse: A Comprehensive Textbook. Fourth Edition. 2005 by Lippincott Williams &Wilkins
26. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Brief interventions and referral for smoking cessation in primary care and other settings. London (UK): National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE); 2006 Mar. 36 p. (Public health intervention; no. 1).
27. Nicotine Dependence. By Mayo Clinic staff <http://www.mayoclinic.com/health/nicotine-dependence/DS00307>
28. Rustin Terry A. Assessing Nicotine Dependence. Copyright © 2000 by the American Academy of Family Physicians <http://www.aafp.org/afp/20000801/579.html>
29. Shiffman S, Ferguson SG.[Nicotine patch therapy prior to quitting smoking: a meta-analysis.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18339101)Addiction. 2008 Apr;103(4):557-63. Review.PMID: 18339101 [PubMed]
30. Stead LF, Bergson G, Lancaster T.[Physician advice for smoking cessation.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18425860) Cochrane Database Syst Rev. 2008 Apr 16;(2):CD000165. Review. PMID: 18425860 [PubMed - indexed for MEDLINE]
31. TIP 45: Detoxification and substance abuse treatment: SAMSHA; 2006 Jan 18, p 41-111; <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/bv.fcgi?rid=hstat5.section.85492#toptop> [AHCPR Archived reports, Put Prevention Into Practice and Minnesota Health Technology Advisory Committee](http://www.aahr.org/ahcpr/ahcpr_archived_reports/put_prevention_into_practice_and_minnesota_health_technology_advisory_committee_samhsa_csat_treatment_improvement_protocols) →SAMHSA/CSAT Treatment Improvement Protocols →45. [TIP 45. Detoxification and Substance Abuse Treatment](http://www.samhsa.gov/tip45)
32. TIP 24: A Guide to Substance Abuse Services for Primary Care Clinicians. Center of Substance Abuse Treatment (CSAT); SAMSHA 1997; <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/bv.fcgi?rid=hstat5.chapter.45293> [AHCPR Archived reports, Put Prevention Into Practice and Minnesota Health Technology Advisory Committee](http://www.aahr.org/ahcpr/ahcpr_archived_reports/put_prevention_into_practice_and_minnesota_health_technology_advisory_committee_samhsa_csat_treatment_improvement_protocols) →SAMHSA/CSAT Treatment Improvement Protocols A Guide to Substance Abuse Services for Primary Care Clinicians; *Treatment Improvement Protocol (TIP) Series24*
33. WHO-Europe-Georgia.WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2008 - The MPOWER package <http://www.euro.who.int/countryinformation/CtryInfoRes?COUNTRY=GEO&CtryInputSubmit=>
34. World Health Organization. WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2008: The MPOWER package. 2008. Available [here](http://www.who.int/tobacco/mpower/en/). Accessed on July 30, 2008 <http://www.who.int/tobacco/mpower/en/>
35. WHO- Europe- Highlights on health in Georgia 2005 <http://www.euro.who.int/document/E88548.pdf>

14. ავტორთა ჯგუფი

კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაცია (გაიდლაინი) მომზადდა საქართველოს ოჯახის ექიმთა ასოციაციის მიერ

ავტორები:

⇒ გვანცა ფირალიშვილი, ეკატერინე გემაზაშვილი, გივი ჯავაშვილი, ზურა სისარულიძე, თამარ ზურაშვილი; გურამ კიკნაძე (რედაქტორი).

ექსპერტები:

- ⇒ საქართველოს საოჯახო მედიცინის პროფესიონალთა კავშირი.
- ⇒ ლელა წოწორია – საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ჯანმრთელობის დაცვის დეპარტამენტი;
- ⇒ თეა თავიდაშვილი – საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ჯანმრთელობის დაცვის დეპარტამენტი;