

თამბაქოს მოწევის შეწყვეტის ევროპული სახელმძღვანელო (გაიდლაინი) და ხარისხის სტანდარტები

ნაწილი მეორე
თამბაქოზე დამოკიდებულების მკურნალობა

ლექცია 3

თამბაქოს მკურნალობის სტანდარტული ინტერვენციები

ჯანდაცვის ყველა სპეციალისტი დაინტერესებულია

- მრავალ კლინიცისტს აქვს ცუდი პრაქტიკა და ისინი მუდმივად არ იყენებენ მოწვევის შეწყვეტის მკურნალობას მათი პაციენტებისათვის³ და მხოლოდ დაახ. მწვევლთა 20% მზადაა ცადოს თავის დანებება ნებისმიერ დროს.⁴
- მწვევლები ხშირად არ მიმართავენ მტკიცებულებებზე დაფუძნებულ მკურნალობას და დაახლოებით 90%-დან 95%-მდე დახმარების გარეშე თამბაქოსათვის თავის დანებების მცდელობა მარცხით მთავრდება
- ადგილი აქვს მედიკამენტების და კონსულტაციის უგულვებელყოფას, რაც ამცირებს თამბაქოსათვის წარმატებით თავის დანებებას.
- პაციენტები იღებენ მედიკამენტების რეკომენდებული დოზების მხოლოდ დაახლოებით 50%-ს და ხშირ შემთხვევაში ასრულებენ გათვალისწინებული საკონსულტაციო სეანსების ნახევარზე ნაკლებს.⁵
- დახმარების გარეშე მცდელობამ შეიძლება მწვევლი მიიყვანოს წარმატებამდე და ექიმები არ უნდა შეეწინააღმდეგონ მწვევლებს, რომელთაც მოწვევის შეწყვეტის ძლიერი სურვილი გააჩნიათ.⁶
- პრაქტიკული სამედიცინო დახმარება უფრო ეფექტურია, ვიდრე არანაირი დახმარების გაწევა.⁷

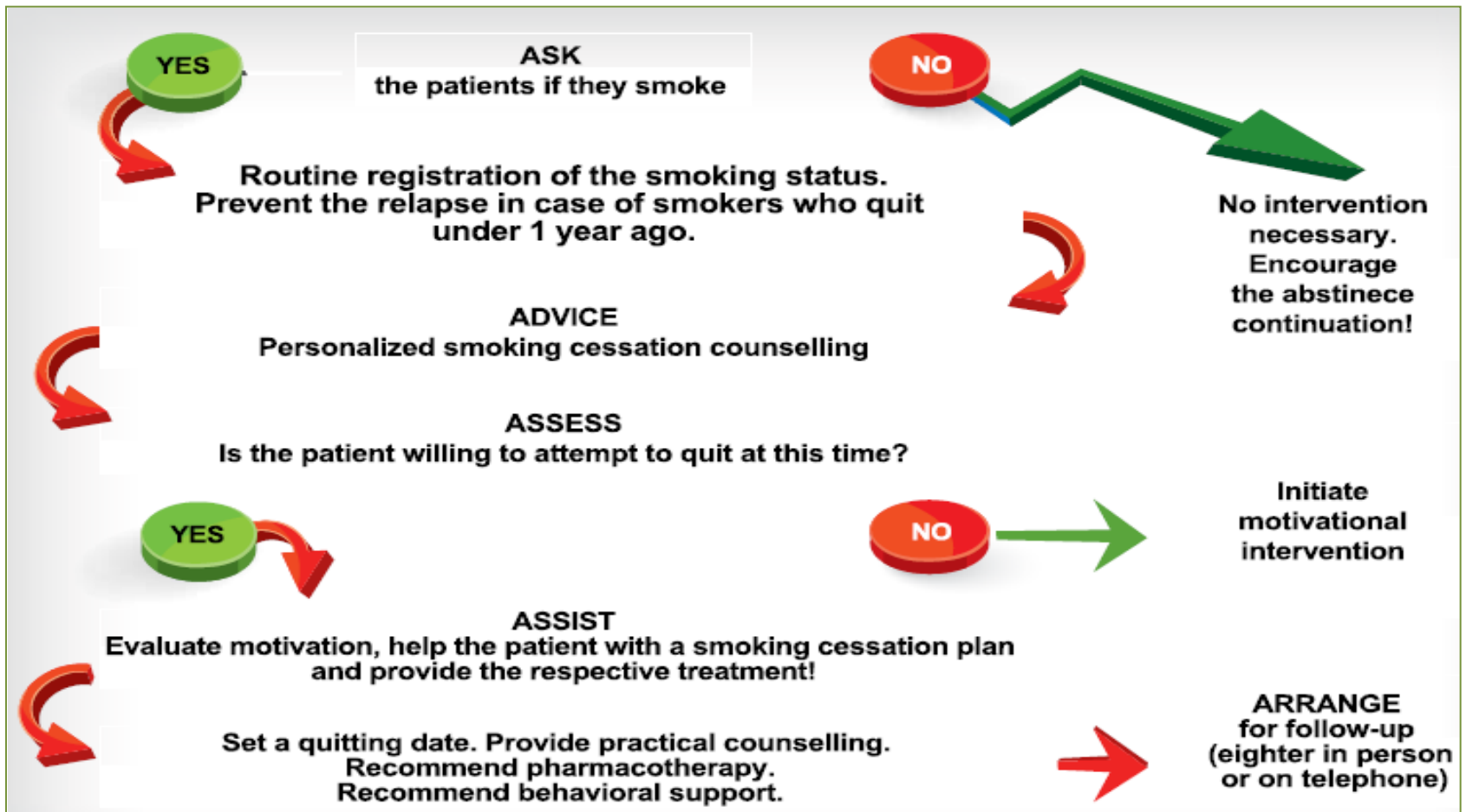
მოწევის შეწყვეტის სტანდარტული მიდგომა

5 A-ს მეთოდოლოგია გამოიყენება ყველა ტიპის მოწევის შეწყვეტის ინტერვენციებში - დაწყებული პირველადი ხანმოკლე რჩევიდან ინდივიდუალური ან ჯგუფური სპეციალიზებული კონსულტაციებით

5A: მტკიცებულებებზე დაფუძნებული სტრატეგია, რომელიც ზრდის მოწევის შეწყვეტის მაჩვენებელს.

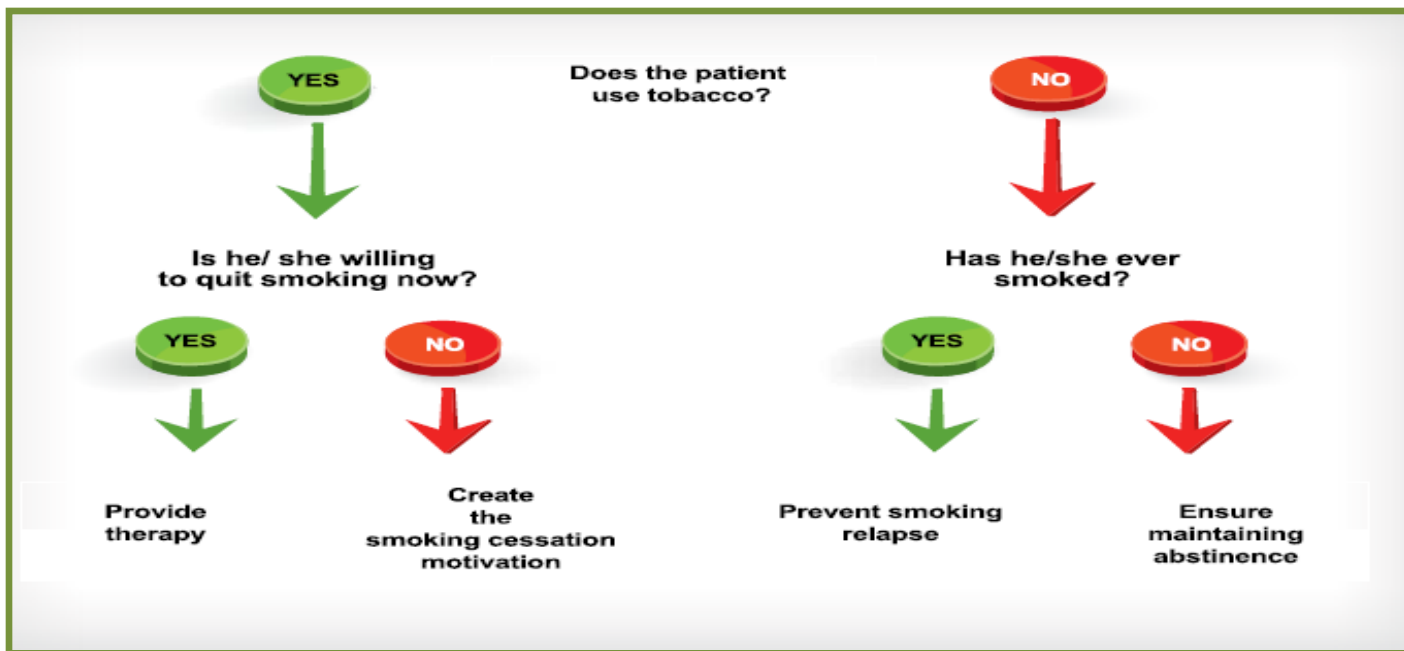
- 1. შეეკითხე (Ask), ყველა პაციენტის გამოკითხვა მოწევის სტატუსის შესახებ*
- 2. ურჩიე (Advise) პაციენტებისათვის რჩევის მიცემა მოწევის შესაწყვეტად*
- 3. შეაფასე (Assess), თავის დანებებისათვის მზადყოფნის შეფასება*
- 4. დაეხმარე (Assist), დახმარება სწრაფი მცდელობისათვის, მათ შორის ქცევითი კონსულტაციების გამოყენება და პირველი ხაზის მოწევის შესაწყვეტი მედიკამენტების დანიშვნა*
- 5. დაგეგმე (Arrange) შემდეგი ეტაპების დაგეგმვა*

დიაგრამა. 5A თამბაქოს მკურნალობის მიწოდების ალგორითმი კლინიკებში



მოწევის შეწყვეტის მზაობის ანალიზი

- ჯანდაცვის სპეციალისტები ყურადღებას უნდა აქცევდნენ ყველა მწეველს, არიან ისინი მოტივირებულები თუ არა. ყველა პაციენტმა უნდა მიიღოს სამედიცინო დახმარება მოწევის შესაწყვეტად.
- ამჟამინდელ პრაქტიკაში ოთხი ყველაზე ხშირად გავრცელებული სიტუაცია, რომლებიც დაკავშირებულია მწევლობის სტატუსთან და მოტივაციის საფეხურთან ნაჩვენებია დიაგრამაზე.



- თითოეული ამ შემთხვევისათვის მოცემულია მიდგომა:
 1. იმ მწველთათვის, რომელთაც შეფასებისას მოწვევის შეწყვეტა სურთ, მათთვის რეკომენდებულია ფარმაკოთერაპიისა 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 ანლიზმა აჩვენა:
 - სამოტივაციო ინტერვიუს ჩატარებამ დაახლოებით 30%-ით გაზარდა ექვსი თვით თავის დანებების მაჩვენებელი.
 - 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 საწინააღმდეგოდ.⁸
 - შეწყვეტის მაჩვენებელი იყო უფრო მაღალი
 - თუ მწველებმა მიიღეს ორი ან მეტი კონსულტაცია მხოლოდ ერთ კონსულტაციასთან შედარებით
 - თუ სესიები 20 წუთზე მეტი გრძელდებოდა.

5 R სტრატეგია

საკონსულტაციო სტრატეგია ფოკუსირებულია მოწევის შეწყვეტის პიროვნულ, რელევანტურ მიზეზებზე, მოწევის გაგრძელებასთან დაკავშირებულ რისკებზე, შეწყვეტის სარგებელზე და თამბაქოზე წარმატებით თავის დანებების ბარიერებზე ვიზიტებისას განმეორებითი კონსულტაციების მეშვეობით. 5R სტრატეგია, იმ მწველის შემთხვევაში, რომელსაც არ სურს თამბაქოსათვის დაუყოვნებლივ თავის დანებება მოიცავს შემდეგს:

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

ჩარევები, რომლებიც მიმართულია მოწევის შეწყვეტის მოტივაციის ამაღლებასთან და მოცემულია სამოტივაციო ინტერვიუების მეთოდებში:

- თანაგრძნობის (ემპათიის) გამოხატვა ღია კითხვების მეშვეობით სადაც ხდება მოწევასთან დაკავშირებული დამოკიდებულების კვლევა („რამდენად მნიშვნელოვანია მოწევის შეწყვეტა შენთვის პიროვნულად?“)
- ანალიზური მოსმენის ტექნიკის გამოყენება („ანუ ფიქრობ რომ მოწევა შენი წონის შენარჩუნებაში გეხმარება?“)
- მხარის დაჭერა პაციენტების უფლებისათვის რომ უარი თქვან ცვლილებაზე („მესმის რომ ეხლა მოწევის 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 („მოწევის შეწყვეტასთან დაკავშირებული სიმპტომები განერვიულებს?“)
- ნებართვის თხოვნა ინფორმაციის მისაწოდებლად („თანახმა ხარ რამოდენიმე ქცევითი სტრატეგიის შესწავლაზე ჩემთან ერთად რომლებიც დაგეხმარება დაუპირისპირდე სიტუაციებს რომლებიც მოწევას განდომებს?“)
- მარტივი გადაწყვეტილებების უზრუნველყოფა რომლებიც წარმოადგენენ მცირე ნაბიჯებს მოწევის შეწყვეტის გზაზე: ტელეფონის ნომერი (შეწყვეტის უფასო ზარი, ბროშურები სადაც მოცემულია ქცევის შეცვლასთან დაკავშირებული რჩევები და ა.შ.)

თამბაქოს მოხმარებლები რომელთაც ახლახან შეწყვიტეს

ვინც მოწევას თავი არც თუ ისე დიდი ხნის წინ დაანება განმეორების რისკის ქვეშ დგანან, განსაკუთრებით მკურნალობის დასრულებიდან პირველი სამი ან ექვსი თვის განმავლობაში, ამ მხრივ ძალიან მნიშვნელოვანია შემდეგი შეკითხვების დასმა:

- “კვლავ გაწუხებს მოწევის სურვილი?”;
- “რამდენად რთულია შენთვის თამბაქოს მოხმარებაზე უარის თქმა?”

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

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

▪ ყველა პაციენტმა, რომელთაც ახლახანს დაანებეს თავი მოწევას, უნდა ისარგებლოს ხარისხიანი დახმარებით შემდეგ პერიოდში რათა შეინარჩუნონ არამწევლის სტატუსი.

თამბაქოს მოხმარებისა და მასზე დამოკიდებულების მკურნალობის ეფექტურობა (ASSIST)

კომბინირებული კონსულტაციები და მედიკამენტებით მკურნალობა

- კონსულტაციებისა და ფარმაკოლოგიური ჩარევების კომბინირება უფრო ეფექტურია ვიდრე რომელიმე მათგანი ცალკე აღებული. შესაბამისად, სადაც ეს შესაძლებელია პაციენტებზე, ვინც ცდილობს მოწევის შეწყვეტას გამოყენებულ უნდა იყოს ორივე მეთოდი.
- არსებობს მჭიდრო კავშირი მედიკამენტებთან კომბინირებული კონსულტაციების რაოდენობასა და თამბაქოსათვის წარმატებით თავის დანებებას შორის.
- კლინიცისტებმა უნდა უზრუნველყონ საკონსულტაციო სესიები მედიკამენტებზე დამატებით იმ პაციენტებისათვის ვისაც მოწევის შეწყვეტა სურთ

მოწვევის შეწყვეტის შემდგომი პერიოდის მხარდაჭერა (ARRANGE)

- უფრო ეფექტურია ინტენსიური ჩარევები ნაკლებად ინტენსიურთან შედარებით და მათი გამოყენება უნდა მოხდეს შესაძლებლობისამებრ
- კლინიცისტებმა უნდა გაამხნევონ ყველა პაციენტი თამბაქოზე დამოკიდებულების სამკურნალოდ ეფექტური მედიკამენტების გამოსაყენებლად.
- კლინიცისტებმა უნდა უზრუნველყონ შეწყვეტის ყველა მსურველი მწველის მკურნალობა სულ მცირე ოთხი ინდივიდუალური ფორმატის კონსულტაციით.
- კონსულტაციისა და ფარმაკოთერაპიის კომბინაცია ნიკოტინზე დამოკიდებულების სამკურნალოდ უფრო ეფექტურია მოწვევის შესაწყვეტად ვიდრე ნებისმიერი ეს მეთოდი ცალკე აღებული. ამიტომ რეკომენდებულია ორივე მეთოდის შერწყმა შესაძლებლობისამებრ
- როდესაც ვერ ხერხდება ფარმაკოლოგიური მკურნალობის გამოყენება, რეკომენდებულია არაფარმაკოლოგიური მეთოდის გამოყენება რათა ყველა მწველმა მიიღოს თერაპიული დახმარება იმ შემთხვევაში, თუ თამბაქოზე დამოკიდებულების მკურნალობა ეფექტური აღმოჩნდა

მოწევის შეწყვეტის ინტერვენციების ტიპები

- 1. მინიმალური (ხანმოკლე რჩევა):** 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.
- 2. თამბაქოზე დამოკიდებულების მკურნალობა ზოგადი პრაქტიკის ექიმების მხრიდან:** უამრავი ქრონიკული დაავადების, როგორცაა დიაბეტის, ჰიპერტენზიის, და შესაძლოა თამბაქოზე დამოკიდებულების მკურნალობა უნდა ხდებოდეს, ისევე როგორც სხვა ქრონიკული დაავადებების შემთხვევაშია.
- 3. 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.
- 4. თამბაქოს შესაწყვეტი სპეციალური ჯგუფური ინტერვენციები:** უამრავი მოწევის შესაწყვეტი პროგრამა მოიცავს ჯგუფურ სტრატეგიებს რომლებიც ეფუძნება ინტერაქტიული განათლების მეთოდებს და მკურნალობასა და ფსიქოლოგიურ დახმარებაზე უკეთეს ხელმისაწვდომობას.

ქვევითი კონსულტაციები

ორი ეფექტური საკონსულტაციო ტექნიკა თამბაქოს მომხმარებელ პაციენტებში:

1. კოგნიტიურ ქვევითი კონსულტაცია
2. სამოტივაციო ინტერვიუები.

Psychological support for smoking cessation

ფსიქოლოგიური დახმარება ხორციელდება სისტემატიზირებული და სტანდარტიზირებული მიდგომით.

Table 1: პაციენტი ანალიზს საკუთარ თავს

თამბაქოზე დამოკიდებულება, რომლითაც მე ვიბრუნები, იწვევს:

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

Table 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 მოსდება თუ მოწვეას თავს არ დავანებებ?
------------------------------------	--

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 ქალაქის ფურცელზე მიზეზები, თუ რატომ სურს მას მოწევის შეწყვეტა და განვათავსოთ ის იოლად დასანახ ადგილას მაგ. მაცივრის კარზე, სააბაზანოში, კომპიუტერის ეკრანზე და ა.შ.
- განისაზღვროს თუ რით მოახდენს ის მოწევის შეწყვეტის ჩანაცვლებას. ეს შესაძლოა იყოს ჭიქა წყალი, ჩაი, ყავა, და ა.შ. და მიიღოს ის ყლუპებით. სხვა რჩევებიც შესაძლოა გამოსადეგი აღმოჩნდეს მოწევის გადასაადებად: სტრესის საწინააღმდეგო ბურთულების გამოყენება, სალექი 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, სასეირნოდ წასვლა და ა.შ.
- შეცვალოს საკუთარი ყოველდღიური ცხოვრება, ის ჩვეული ადგილები სადაც ის ეწეოდა ხოლმე



ცხრილი: ინტრა-მკურნალობის დამხმარე ინტერვენციების ზოგადი ელემენტები

მკურნალობის დამხმარე ელემენტები:	მაგალითები:
<p>პაციენტის წახადისება თავიდანვების მცდელობისას.</p>	<p>აღნიშნეთ, რომ თამბაქოს დამოკიდებულების მკურნალობა ხედმისანვდომია და მწვედეების ნახევარმა შეწყვიტა მოწევა. ჩაუნერგეთ რწმენა რომ პაციენტს აქვს უნარი შეწყვიტოს მოწევა</p>
<p>მზრუნველობით კომუნიკაცია.</p>	<p>შეეკითხეთ როგორ გრძნობს თავს თავის დანებების დროს. პირდაპირ გამოსატეთ მზრუნველობა და სურვილი რომ დაეხმაროთ იმდენჯერ რამდენჯერაც ეს აუცილებელი იქნება. კითხეთ პაციენტს მის შიშებზე და გაორებუდ შეგრძნებაზე შეწყვეტის შესახებ.</p>
<p>წახადისეთ პაციენტი ისაუბროს თავის დანებების პროცესზე.</p>	<p>შეეკითხეთ: მიზეზებზე, რატომ ანებებს მოწევას თავს, წუხილზე და დამოკიდებულებაზე დანებების შესახებ, ასევე მიღწეუდ წარმატებაზე და სირთუდეებზე სანამ თავს დაანებებდა.</p>

რეკომენდაცია

მოწევის შეწყვეტის ფსიქოლოგიური დახმარება ინტეგრირებული უნდა იქნას ნიკოტინზე დამოკიდებული პაციენტის სამედიცინო მკურნალობასთან

კოგნიტიურ ქცევითი თერაპია (CBT)

CBT პრინციპები:

- ექიმსა და პაციენტს შორის ურთიერთთანამშრომლობითი ურთიერთობის ჩამოყალიბება;
- კონფლიქტების თავიდან აცილება;
- აქტიური მოსმენა რომელიც გულისხმობს პაციენტის მიერ თქმულის სხვა სიტყვებით გამეორებას;
- წარმატების შეფასება;
- მოწვევის შეწყვეტის სარგებლიანობის შესახებ პოზიტიური შეფასების უნარის გამომუშავება.

აღნიშნული მკურნალობა მიზნად ისახავს პიროვნების არადააპტირებადი ქცევების შეცვლას და მათ მიმართვას ადაპტირებადი ქცევებისაკენ. მოწვევის შესაწყვეტ ცენტრებში CBT-ს გამოყენება ეხმარება მწვევლებს დააკვირდნენ საკუთარ მოწვევის ქცევას და შეაფასონ საკუთარი თავი

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

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

მკურნალობის კომპონენტი	მაგალითები
<p>გამოიცანით სახიფათო სიტუაციები- განსაზღვრეთ მოვლენები, შინაგანი მდგომარეობა ან მოქმედებები, რაც ზრდის რეციდივის ან მოწევის რისკებს</p>	<p>ნეგატიური ეფექტები და სტრესი. სხვა მწვევლების გარემოცვაში ყოფნა. ალკოჰოლის მოხმარება. მოწევის სურვილის განცდა. მოწევის მაგალითი ან სიგარეტზე ხელმისაწვდომობა.</p>
<p>მართვის, გამკლავების უნარების განვითარება - პრობლემის გადაწყვეტის და გამკლავების უნარების პრაქტიკა და განსაზღვრა. მსგავსი უნარები გამიზნულია სახიფათო სიტუაციების დასაძლევად.</p>	<p>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 მოწევის სურვილს. გონებრივი და ქვევითი ქმედებების ცოდნა მოწევის სურვილის დასაძლევად. (ყურადღების გადატანა და რუტინის შეცვლა).</p>
<p>ძირითადი ინფორმაციით უზრუნველყოფა- ინფორმაციის უზღუნველყოფა მოწევის და მასწავრობებით თავის დანებების შესახებ.</p>	<p>ფაქტი იმისა, რომ ნებისმიერი სახით თამბაქოს მოხმარება (ერთი შესუნთქვაც კი) ზრდის სრული რეციდივის სინამდვილეს. აღკვეთის სინდრომის სიმპტომები ძირითადად პიკს აღწევს შეწყვეტიდან 1-2 კვირის შემდეგ. თუმცა შეიძლება შენარჩუნდეს თვეობით. ეს სიმპტომები მოიცავს ნეგატიურ განწყობას, მოწევის ძლიერ სურვილს,</p>

როგორ ვმართოთ მოწვევის ქცევითი დამოკიდებულება

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. მწველთათვის პრაქტიკული კონსულტაციების უზრუნველყოფა (პრობლემის გადაჭრის უნარები, უნარების ტრენინგი);
 2. მხარდაჭერის და გამხნეების, როგორც მკურნალობის შემადგენელი ნაწილის უზრუნველყოფა (B მტკიცებულების დონე).
- აღნიშნული საკონსულტაციო ელემენტები უნდა იქნას ჩართული მოწვევის შეწყვეტის ინტერვენციებში (B მტკიცებულების დონე).

სამოტივაციო ინტერვიუ (MI)

- სამოტივაციო ინტერვიუ წარმოადგენს 1980-იანებში ამერიკელი ფსიქოლოგის უილიამ მილერის მიერ შემუშავებულ მეთოდს, რომელიც მკურნალობდა დამოკიდებული პაციენტების პრობლემებს.
- მილერმა აჩვენა, რომ თანაგრძნობით მოსმენას შეეძლო შეემცირებინა მომხმარებლის მიერ ალკოჰოლის მიღება.
- 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 პრინციპები:

- 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 ქცევის შეცვლის მამოძრავებელი ძალაა იმ შემთხვევაში თუ პაციენტს შესწევს ცვლილების მოხდენის უნარი. არ ეკამათოთ. ე.წ. დაპირისპირება მოსალოდნელია როგორც ცვლილების შესახებ არსებული ბრაზის 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.
- ამბივალენტურობა. ამბივალენტურობა ცვლილების ბუნებრივი ფაზაა.
- ღია კითხვები.
- საუბრის შეცვლა. კონსულტანტისათვის მნიშვნელოვანია აღიქვას „საუბრის შეცვლა“, პაციენტის მიერ გამოხატული სიტყვები და ფიქრები, რომლებმაც შესაძლოა გამოიწვიონ ცვლილება.
- კოზიტიური საუბრის და ქცევის დამტკიცება.
- მოსმენილის და ნანახის ასახვა.
- თქმულის შეჯამება. შეჯამება ასახვის სპეციალურ ფორმას წარმოადგენს.

სამოტივაციო ინტერვიუ კლინიკურ პრაქტიკაში

- სწრაფი ჩართულობა (RE)
- ცვლილების მნიშვნელობა.
- თავდაჯერებულობა.

Evidence of efficacy

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

მიწოდების ფორმატი

თამბაქოსათვის თავის დასაწებებლად საჭირო მეთოდების მოსაძიებლად მოისინჯა რიგი ფორმატები, მათ შორის:

- 1. ინდივიდუალური კონსულტაცია:** ინდივიდუალური თამბაქოს საწინააღმდეგო რჩევები უფრო ეფექტურია, ვიდრე ჩვეუბრივი კონსულტაცია
- 2. პროაქტიური სატელეფონო კონსულტაცია:** არსებობს კარგი მტკიცებულება რომ ეს მეთოდი ეფექტურია მოწვევის შესაწყვეტად (მტკიცებულების დონე A)
 - მინიმუმ ორი სატელეფონო კონსულტაცია მნიშვნელოვანია შეწყვეტის შესამცირებლად
 - ორჯერ მეტი დარეკვის სარგებელი არაა ნათელი (მტკიცებულების დონე B)
- 3. ჯგუფური კონსულტაციები:** ჯგუფური კონსულტაციები ეფექტურია მოწვევის შესაწყვეტად.
 - ჯგუფური კონსულტაცია ეფექტურია მოწვევისათვის თავის დაწებებისას. 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).
- 4. ვებზე დაფუძნებული:** პოტენციალი აქვს რომ შეფასდეს მწველი პოპულაციის დიდ ნაწილში. საჭიროა დამატებითი კვლევები.
- 5. თვითდახმარება:** მოიცავს ბუკლეტებს, ლიფლეტებს, სახელმძღვანელოებს, მედია მასალას, რეაქტიუ სატელეფონო დახმარების ხაზებს, კომპიუტერზე/ვებზე დაფუძნებულ პროგრამებს, და მრავალფეროვან სათემო პროგრამებს.

ცხრილი: მოწევის შესაწყვეტი პირველი რიგის მედიკამენტები

ფარმაცოთერაპია	მოწევისაგან თავის შეკავების OR (95% CI) მაჩვენებელი	მოწევისაგან თავის შეკავების მაჩვენებელი (95% CI)
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 საღეჭი რეზინი	1.5 (1.2 - 1.7)	19.0 (16.5 - 21.9)
ბუპროფიონი	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 + საღეჭი რეზინი	2.6 (2.5 - 5.2)	26.5 (28.6 - 45.3)
საფენი + ბუპროფიონი	2.5 (1.9 - 3.4)	28.9 (23.5 - 25.1)
საფენი (გრძელვადიანი; > 14 კვირა) + ad lib NRT (საღეჭი რეზინი ან სპრეი)	3.6 (2.5 - 5.2)	36.5 (28.6 - 45.3)

წყარო: Treating Tobacco Use and Dependence, U.S. Clinical Practice Guideline, 2008 Update.¹

83 შემთხვევითი ცდისაგან შემდგარმა მეტა ანალიზმა, რომელიც იკვლევდა სხვადასხვა მედიკამენტების ეფექტურობას მკურნალობის შემდეგ ექვსი თვის განმავლობაში თავის დანებების მაჩვენებელთან მიმართებაში, აჩვენა, რომ თამბაქოსათვის თავის დასანებებელი მედიკამენტების უმრავლესობამ (ნიკოტინის საფენი, საღეჭი რეზინი, ტაბლეტი, ნაზალური სპრეი, ინჰალატორი და ბუპროფიონი) დაახლოებით გააორმაგა თავის დანებების მიღწევის შანსები (იხ. ცხრილი 4.7).¹ მოწევისაგან თავის შეკავების მაჩვენებელმა ექვსი თვის მანძილზე იმ პაციენტებს შორის, რომლებსაც დანიშნული ქონდათ პლაცებო მკურნალობა, შეადგინა 14% ფარმაკოთერაპიების 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.

გამოყენებული ლიტერატურა

1. Stop Smoking Wales Annual Report 2010-2011, Stop Smoking Wales Editorial Group, 15/08/2011, stop. smoking@wales.nhs.uk
2. Gratziou C., Review of current smoking cessation guidelines, *Eur.Respir.Mon.*,2008, 42, 35 43 3
3. Shiffman S, Brockwell SE, Pillitteri JL, Gitchell JG, Use of smoking-cessation treatments in the United States, *Am J Prev Med* 2008;34:102-11
4. National Cancer Institute, Cancer trends progress report — 2009/2010 update, <http://progressreport.cancer.gov>
5. 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, doubleblind, placebo-controlled clinical trial simulating over-the-counter use in adult smokers. *Clin Ther* 2008;30:1852-8
6. Pierce JP, Cummins SE, White MM, Humphrey A, Messer K, Quitlines and nicotine replacement for smoking cessation: do we need to change policy? *Annu Rev Public Health.* 2012 Apr;33:341-56.
7. 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
8. Lai DT, Cahill K, Qin Y, Tang JL. Motivational interviewing for smoking cessation, *Cochrane Database Syst Rev* 2010; 1:CD006936
9. 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
10. Fagerstrom K.O., Assessment of the patient, in *Smoking Cessation European Respiratory Monograph*, 2008, 42, 44 50, ISSN 1025 448x
11. Larabie LC. To what extent do smokers plan quit attempts? *Tob Control* 2005; 14: 425–428
12. West R, Sohal T., ‘Catastrophic’ pathways to smoking cessation: findings from national survey. *BMJ* 2006; 332: 458–460
13. Wennike P, Danielsson T, Landfeldt B, Westin A, Tonnesen P. Smoking reduction promotes smokingcessation: results from a double blind, randomized, placebo-controlled trial of nicotine gum with 2-year follow-up, *Addiction* 2003; 98:1395-402
14. 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
15. Lancaster T, Stead L. Physician advice for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2004:CD000165
16. Lancaster T, Stead LF. Individual behavioral counselling for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2005; 2:CD001292 17 CDC: Cigarette smoking among adults—United States, 1995.
17. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 1997; 46: 1217–20
18. 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
19. Fiore M.C., Baker T.B., Treating Smokers in the Health Care Setting, *N Engl J Med* 2011;365:1222-31
20. Batra A. Treatment of Tobacco dependence, *Deutsches Ärzteblatt International* 2011; 108(33): 555–64)
21. 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
22. 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
23. 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
24. Trofor A., Mihaltan F., Mihalcuta 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
25. Fiore MC, McCarthy DE, Jackson TC, et al. Integrating smoking cessation treatment into primary care: an effectiveness study, *Prev Med* 2004;38:412-20
26. 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.]
27. Fagerstrom K.O., How to communicate with the smoking patient, *Eur.Respir.Mon.*,2008, 42, 57 60
28. Curry SJ, Grothaus LC, McAfee T, Pabiniak C. Use and cost effectiveness of smoking-cessation services under four insurance plans in a health maintenance organization. *N Engl J Med* 1998;339: 673-9
29. 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
30. 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 31 World Health Organization (WHO), Framework Convention on Tobacco Control. Geneva: WHO; 2003
31. West R., Mc Neill A., Britton J., Bauld L., Raw M., Hajek P., Arnott D., Jarvis M., Stapleton J., Should smokers be offered assistance with stopping? *Addiction*, 105, 1867–1869

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
6. NHS guided self help talking therapies, www.nice.org.uk/PH010
7. 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.
8. 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.
9. 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.
10. Batra A. Treatment of Tobacco dependence, *Deutsches Ärzteblatt International | Dtsch Arztebl Int.* 2011;108(33):555-64.
11. Sullivan et al., State of the Art Reviews: Smoking Cessation: A Review of Treatment Considerations, *American Journal of Lifestyle Medicine*, 2007;1:201-213.
12. Aubin H.J., Dupont P., Lagrue G. – How to quit smoking-recommendations, treatment methods, Tei Publishing House, București 2003.
13. 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.
14. 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
15. Fiore M.C., Baker T.B., Treating Smokers in the Health Care Setting, *N Engl J Med.* 2011;365:1222-31.
16. Martinet Y., Bohadana A., Wirth N., Spinosa A., Le traitement de la dépendance au tabac, *Guide Pratique* 2009.
17. 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.
18. NICE advice on the best way to quit smoking February 2008 National Institute for Clinical and Health Excellence, www.nice.org.uk.
19. 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.