

ԾԽԵԼԸ ԴԱԴԱՐԵՑՆԵԼՈՒՆ ՈՒՂՂՎԱԾ ԲՈՒԺՈՒՄ ԵՎ
ԽՈՐՀՐԴԱՏՎԱԿԱՆ ԾԱՌԱՅՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

ՁԵՌՆԱՐԿ-ՈՒՂԵՑՈՒՅՑ

Առողջության առաջնային պահպանման օղակի բուժաշխատողների համար

Ներածություն	3
Ուսուցման նպատակներ և կարողությունների զարգացում	4
Կառուցվածքը և բովանդակությունը	5
Մոդուլ 1. Առողջության առաջնային պահպանման օղակի բուժաշխատողների դերը ծխախոտի դեմ պայքարի և ծխախոտից կախվածության բուժման գործընթացում	6
Մոդուլ 2. Ծխախոտի օգտագործման և ծխախոտային կախվածությունից բուժման հիմնական դրույթները	7
Մոդուլ 3. Ծխախոտի դեմ պայքարի կարճատև միջամտություններ	19
Մոդուլ 4. Ծխելը թողնելու պատրաստակամության գնահատում և ծխելը թողնելու խորհրդատվության տրամադրում	22
Մոդուլ 5. Ծխելը դադարեցնելու ցածր մոտիվացիայի հաղթահարման մոտեցումները	25
Մոդուլ 6. Բուժօգնության կազմակերպում և հետագա գործունեության պլանավորում	31
Մոդուլ 7. Չծխողների շրջանում երկրորդային ծխի ազդեցության նվազեցում	35
Մոդուլ 8. Ծխախոտային կախվածության դեղորայքային բուժում	37
Մոդուլ 9. Զուգակցված դեղորայքային բուժում	41
Ծխելը դադարեցնելու առաջին շարքի դեղամիջոցների նկարագրություն	54
Հավելված. Մասնակցի գնահատման ձևաթուղթ	58
Գրականության ցանկ	60

Առողջության առաջնային պահպանման օղակի բուժաշխատողները առանցքային դերակատարում ունեն բնակչության առողջության բարելավման, ամրապնդման, առողջ ապրելակերպի խթանման գործում: Առողջության պահպանմանը նպաստող կարևոր գործընթացներից մեկը ծխախոտի դեմ պայքարն է և բժիշկները կարող են նպաստել, որպեսզի չծխողները չսկսեն ծխել, ծխողները թողնեն ծխելը և պաշտպանեն չծխողներին երկրորդային ծխի ազդեցությունից:

Ծխախոտի դեմ պայքարում հիմնական խոչընդոտներից մեկը հակածխախոտային գործողությունների, խորհրդատվության համար համապատասխան գիտելիքների և հմտությունների պակասն է: Ըստ ԱՀԿ տվյալների, ցածր և միջին եկամուտ ունեցող երկրներում ԱԱՊ օղակի բուժաշխատողների ավելի քան 50%-ը ծխախոտի տարածվածությունը նվազեցնելու համար խորհրդատվական ծառայություններ չի իրականացնում:

Բժշկական մասնագիտությունների ուսանողների գլոբալ հետազոտությունը (ԲՈՒԳՀ) ցույց է տվել, որ չնայած բժշկական կրթություն ստացողների 90% -ը ցանկանում է համապատասխան գիտելիքներ և հմտություններ ձեռք բերել հակածխախոտային պայքարին մասնակցելու, ծխողներին ծխելուց հրաժարվելու հարցում օժանդակություն ցուցաբերելու նպատակով, նման դասընթացներին մասնակցությունը կազմել է ընդամենը 33%:

Քանի որ ծխախոտային կախվածությունը հիվանդություն է համարվում, այն պետք է ախտորոշել և բուժել նույն կերպ, ինչպես քրոնիկական այլ հիվանդությունները: Ռիսկերը կարող են տարբեր լինել, սակայն առողջապահության ոլորտի մասնագետների արձագանքը պետք է միանշանակ լինի՝ բուժել ծխախոտային կախվածությունը: Բուժաշխատողները պետք է ծխելը դադարեցնելու վերաբերյալ առնվազն համառոտ խորհրդատվություն տրամադրեն ծխախոտ օգտագործող բոլոր պացիենտներին: Ծխելով, անհատը ոչ միայն նիկոտին է ներմուծում օրգանիզմ՝ պահպանելով կամ ուժեղացնելով ծխախոտային կախվածությունը, այլ նաև խոցելի է դառնում ծխախոտի մեջ պարունակվող թունավոր նյութերով պայմանավորված բազմաթիվ ծանր հիվանդությունների նկատմամբ, որոնցից շատերը մահացու են: Որքան վաղ է պացիենտը հրաժարվում ծխելուց, բուժվում ծխախոտամոլությունից, այնքան նրա առողջական վիճակն ավելի արագ է բարելավվում:

ԱԱՊ օղակի բուժաշխատողների գործառույթները

1. Հմտությունների և մասնագիտական կարողությունների զարգացում, միջոցառումների իրականացում, որոնց նպատակն է աջակցել ծխախոտ օգտագործողներին թողնել ծխելը:
2. Ունակությունների և մասնագիտական կարողությունների զարգացում, միջոցառումների իրականացում, որոնց նպատակն է աջակցել չծխողներին, պաշտպանվել երկրորդային ծխի բացասական ազդեցությունից:

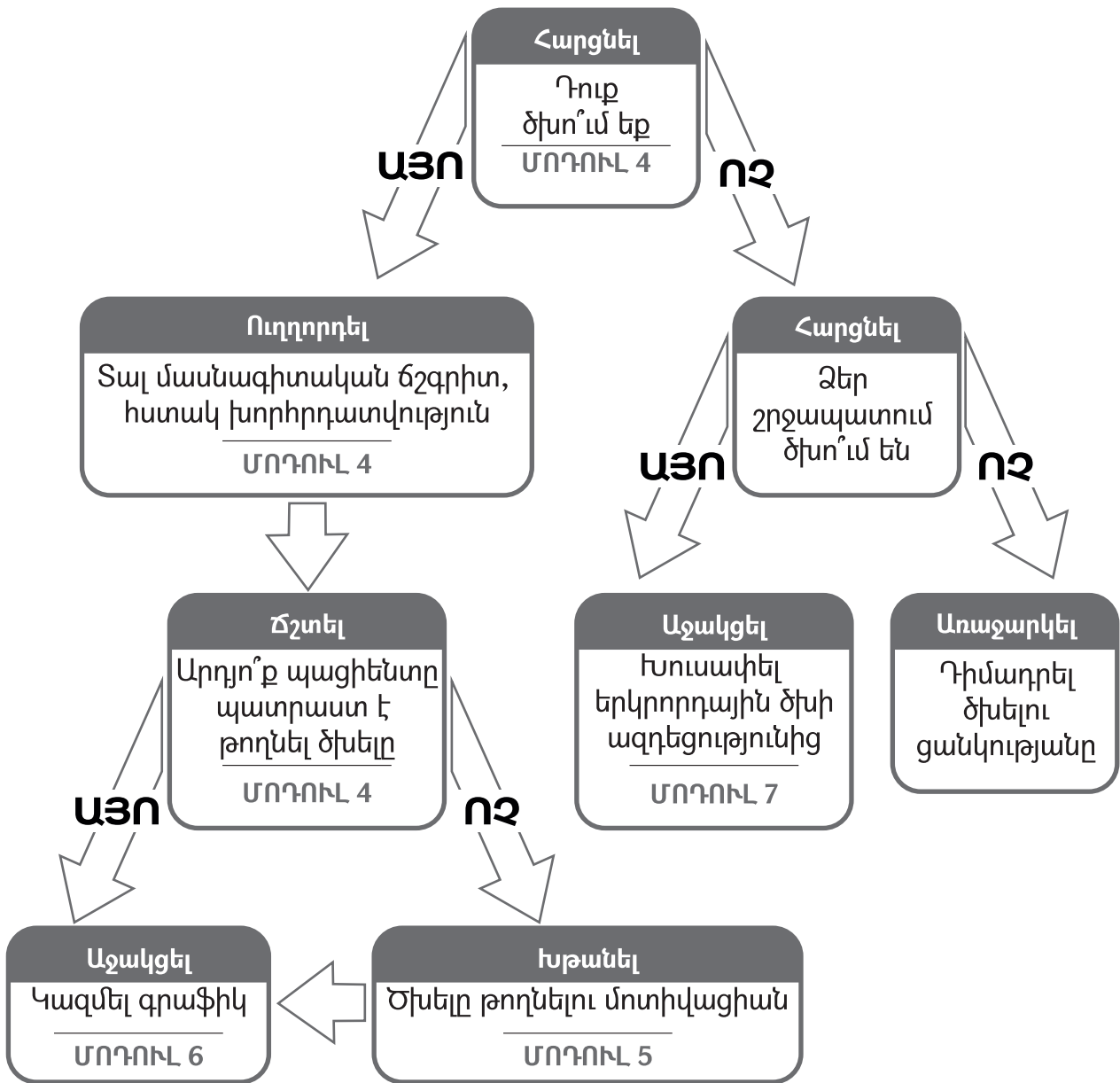
Ուսուցման նպատակները

- Հստակեցնել ԱԱՊ օղակի բուժաշխատողների դերը ծխախոտի դեմ պայքարի և ծխախոտից կախվածության բուժման գործընթացում:
- Տրամադրել համառոտ տեղեկատվություն ՀՀ-ում ծխախոտի օգտագործման տարածվածության, վիճակագրության և օրենսդրության վերաբերյալ:
- Նկարագրել ծխախոտի օգտագործման առողջական, սոցիալական և տնտեսական հետևանքներն ու ծխելը թողնելու առավելությունները:
- Բացատրել ծխախոտից կախվածության կենսաբանական, հոգեբանական-վարքային և սոցիալական պատճառները:
- Թվարկել ծխախոտից կախվածության բուժման առկա արդյունավետ մեթոդները:
- Նկարագրել և պարբերաբար անցկացնել կարճատև միջոցառումներ՝ ըստ 5A և 5R մոդելների:
- Նկարագրել և անցկացնել կարճատև միջոցառումներ երկրորդային ծխի ազդեցությունը նվազեցնելու համար՝ ըստ 5A մոդելի:
- Կիրառել գործիքներ՝ ծխախոտ օգտագործողների նիկոտինային կախվածության մակարդակը գնահատելու համար:
- Կազմել արդյունավետ դեղամիջոցների ցանկ՝ ծխախոտի օգտագործումը դադարեցնելու նպատակով, ընտրել նիկոտինային փոխարինող թերապիայի (ՆՓԹ) միջոցները:

Հմտությունների զարգացումը

- Ծխախոտի օգտագործման և դրա վնասակար հետևանքների վերաբերյալ գիտելիքների կիրառում:
- 5A մոդելի բաղադրիչների կիրառում՝ ծխողներին օգնելու համար, ովքեր պատրաստ են թողնել ծխելը:
- 5R մոդելի բաղադրիչների կիրառում՝ ծխողներին օգնելու համար, ովքեր չեն ցանկանում նույնիսկ փորձել թողնել այն (բացատրել, քաջալերել, մոտիվացնել):
- 5A մոդելի բաղադրիչների կիրառում՝ չծխողներին օգնելու համար, որպեսզի խուսափեն երկրորդային ծխի բացասական ազդեցությունից:
- Արդյունավետ դեղամիջոցների վերաբերյալ խորհուրդներ տալու ունակություն՝ ծխախոտի օգտագործումը դադարեցնելու և ՆՓԹ դեղամիջոցները ճիշտ ընտրելու համար:

Ուղեցույցը բաղկացած է 9 մոդուլից: Դրանք նախատեսված են ԱԱՊ օղակի բուժաշխատողների վերապատրաստման համար, տրամադրվում են գիտելիքներ, հմտություններ և արդյունավետ միջոցառումների մոդելներ, որոնք կարող են օժանդակել ինչպես ծխախոտ օգտագործողներին, այնպես էլ չծխողներին (տես Գծապատկեր 1):



Գծապատկեր 1. Ծխախոտի դեմ պայքարի կարճատև միջամտությունների իրականացման ավգորիթմ

ԱՌՈՂՋՈՒԹՅԱՆ ԱՌԱՋԱՅԻՆ ՊԱՀՊԱՆՄԱՆ ՕՂԱԿԻ ԲՈՒԺԱՇԽԱՏՈՂՆԵՐԻ ԴԵՐԸ ԾԽԱԽՈՏԻ ԴԵՄ ՊԱՅՔԱՐԻ ԵՎ ԾԽԱԽՈՏԻՑ ԿԱԽՎԱԾՈՒԹՅԱՆ ԲՈՒԺՄԱՆ ԳՈՐԾԸՆԹԱՑՈՒՄ

Այս մոդուլի ավարտից հետո բուժաշխատողները.

- հստակեցնում են իրենց դերը ծխախոտի դեմ պայքարի և ծխախոտից կախվածության բուժման մեջ.
- ծանոթանում են ծխախոտից կախվածության բուժման առկա արդյունավետ մեթոդներին.
- ուսումնասիրում են ծխախոտի դեմ պայքարի կարճատև միջոցառումների սահմանումները և բովանդակությունը, սովորում են ինչպես հստակ բացատրել դրանց արդյունավետությունն ու իրագործելիությունը.
- շեշտադրում են դասընթացի կարևորությունը:

Ծխախոտ օգտագործելուց հրաժարվելը կյանքի տևողությունը երկարացնելու գործոններից է: Բուժաշխատողները պետք է կարողանան իրականացնել ծխախոտի դեմ պայքարի հնարավոր բոլոր միջոցառումները՝ ՈՎՀ-ների տարածվածության և մահացության ցուցանիշները նվազեցնելու համար:

Ծխախոտի դեմ պայքարի համապարփակ միջոցառումներում բուժաշխատողների պարտականությունն է նաև.

- Հորդորել չծխողներին՝ երբեք չսկսել:
- Աջակցել ծխողներին՝ ծխելը դադարեցնել:
- Պաշտպանել մարդկանց երկրորդային ծխի ազդեցությունից:

ԱԱՊ օղակի ծառայություններից հիմնականում օգտվում է միջին և ցածր եկամուտ ունեցող բնակչությունը, որն ավելի խոցելի է ծխախոտային արդյունաբերության համար, այդ իսկ պատճառով ԱԱՊ օղակի բուժաշխատողների դերը շատ կարևոր է ծխախոտի օգտագործման դեմ պայքարում:

Խորհրդատվության տևողությունը	Բուժման խմբերի մասնակիցների քանակը	Հնարավորությունների հաշվարկային հարաբերակցություն (95% վստահության միջակայք)	Ախտադարձի հաշվարկային ցուցիչ (95% վստահության միջակայք)
Առանց խորհրդատվության	30	1,0	10,9
Նվազագույն տևողությամբ խորհրդատվություն (առնվազն 3 րոպե)	19	1,3 (1,01-1,6)	13,4 (10,9-16,1)
Ոչ շարունակական խորհրդատվություն (3-10 րոպե)	16	1,6 (1,2-2,0)	16,0 (12,8-19,2)
Շարունակական խորհրդատվություն (10 րոպեից ավելի)	55	2,3 (2,0-2,7)	22,1 (19,4-24,7)

Աղբյուր՝ Fiore MC et al. Ծխախոտի օգտագործման և կախվածության բուժում. թարմացված է 2008 թվականին: Կլինիկական պրակտիկայի ուղեցույց, 2008թ.

Աղյուսակ 1. Մեթավերլուծություն. զրկանքի արդյունավետության և հաշվարկային ցուցանիշներն ըստ անհատական շփման ինտենսիվության տարբեր մակարդակների (n = 43 ուսումնասիրություններ)

Բուժաշխատողների կողմից անցկացվող երեք րոպեանոց միջոցառումները կարող են աջակցել պացիենտին ծխելը դադարեցնելու գործընթացում (Աղյուսակ 1):

Ծխախոտի դեմ պայքարի կարճաժամկետ միջոցառումները, որոնք կարող են արտահայտվել խորհրդատվության ձևով, սահմանված են ԱՀԿ Ծխախոտի դեմ պայքարի շրջանակային կոնվենցիայի 14-րդ հոդվածում. «Ցանկացած ծխող այցելու ստանում է ծխելը դադարեցնելու խորհրդատվություն, որը սովորաբար տևում է մի քանի րոպե»: Ծխախոտի դեմ պայքարի կարճատև միջոցառումները, որպես ամենօրյա պրակտիկայի մաս, իրագործելի և ռեսուրսախնայող միջոցներ են, որոնք նպաստում են ծխողների թվաքանակի նվազեցմանը:

Աղյուսակ 1-ում ներկայացված է ծխելու դեմ պայքարի երեք րոպեանոց կարճատև միջամտության կիրառումը: Այն զգալիորեն մեծացնում է ախտադարձով անձանց թիվը, համեմատած այն խմբի հետ, ովքեր բժշկի կողմից խորհրդատվություն չեն ստացել:

Ամփոփում

ԱԱՊ օղակի բուժաշխատողների կատարած կարճաժամկետ միջոցառումները, որոնց նպատակն է օգնել մարդկանց ծխախոտից հրաժարվել, կարող են լինել նպատակաուղղված, արդյունավետ և իրագործելի՝ դառնալով պրակտիկայի մի մասը:

Կարճաժամկետ խորհրդատվությունը, որը տևում է 3-5 րոպե, ներկայացված է 5A ստանդարտ սխեմայում:

ՄՈԴՈՒԼ 2

ԾԽԱԽՈՏԻ ՕԳՏԱԳՈՐԾՄԱՆ ԵՎ ԾԽԱԽՈՏԱՅԻՆ

ԿԱՏՎԱԾՈՒԹՅՈՒՆՆԻՑ ԲՈՒԺՄԱՆ ՀԻՄՆԱԿԱՆ ԴՐՈՒՅԹՆԵՐԸ

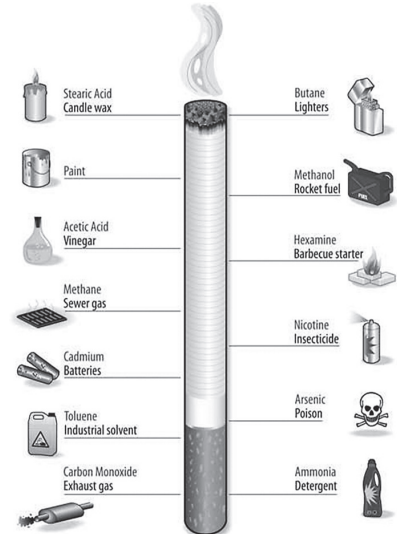
Այս մոդուլի ավարտից հետո մասնակիցները պետք է կարողանան.

- գնահատել ծխողների տարածվածության վիճակագրական տվյալները (տեղային, ազգային, միջազգային),
- բացատրել ծխախոտի ազդեցությունը և հետևանքները ծխողների և այլոց առողջության վրա, ինչպես նաև դրանց սոցիալական և տնտեսական հետևանքները,
- պարզաբանել ծխախոտ օգտագործողների կողմից ընդունված ընդհանուր սխալ պատկերացումները,
- բացատրել ծխելը թողնելու առավելությունները,
- բացատրել, թե ինչու են մարդիկ ծխում և չեն թողնում ծխելը:

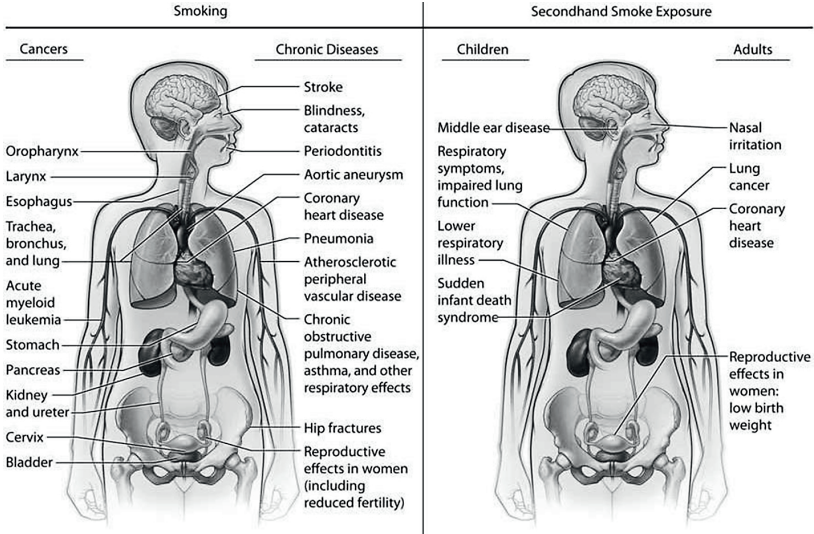
ՀՀ ԱՆ ԱԱԻ-ի կողմից իրականացված «STEPS» ազգային հետազոտության շրջանակում, ՀՀ-ում 18-69 տարեկան բնակչության շրջանում ծխախոտի օգտագործումն ուսումնասիրվել և գնահատվել է ըստ ԱՀԿ-ի կողմից ընդունված սահմանումների՝ ամեն օր (կանոնավոր) ծխողներ, պարբերաբար (ոչ ամեն օր), նախկինում և երբևէ չծխողներ, ինչպես նաև ծխելու հաճախականությունը, ծխախոտային արտադրանքի տեսակը, երկրորդային ծխի ազդեցությունը տանը և աշխատավայրում: Հետազոտության տվյալները վկայում են, որ ծխախոտի օգտագործման տարածվածությունը (ամեն օր և պարբերաբար) կազմում է 27.9%: Հայաստանում յուրաքանչյուր երկրորդ տղամարդը ծխում է, մինչդեռ, կանանց դեպքում ծխախոտի օգտագործման ցուցանիշն անհամեմատ փոքր է (տղամարդիկ՝ 51.5%, կանայք՝ 1.8%): Կանանց շրջանում ծխախոտի

օգտագործման ցածր ցուցանիշը պայմանավորված է այն հանգամանքով, որ հաճախ այդ վարքագիծը կրում է թաքնված բնույթ: Տարբեր հետազոտությունների արդյունքները (ԱՀԳԳ 2007, 2009, 2012, 2016) փաստում են, որ կանայք չեն ցանկանում նշել իրենց ծխելու փաստը՝ ծխող կանանց նկատմամբ հայկական ավանդական դիրքորոշումների պատճառով: Ներկայում ծխող կանանց մասնաբաժինը 18-44 տարիքային խմբում կազմում է 1.1%, որը կտրուկ աճում է 45-69 տարիքային խմբում՝ կազմելով 3%: Ծխախոտի օգտագործման տարածվածության ցուցանիշները տղամարդկանց 18-44 և 45-69 տարիքային խմբերում միմյանցից առանձնապես չեն տարբերվում, կազմելով՝ 50.3% և 53.6%:

Հետազոտության արդյունքները վկայում են, որ տղամարդիկ սկսել են ծխել ավելի վաղ տարիքում, քան կանայք (տղամարդկանց միջին տարիքը կազմել է 17.9, իսկ կանանցը՝ 26.2): Քանի որ մեր հասարակության մեջ ընդունված վարքագիծ է տանը կամ հյուր գնալիս ծխել, բնակչության մեծամասնությունը համարվում է պասիվ ծխող: Յուրաքանչյուր երկրորդ հարցված (56.4%) նշել է, որ վերջին 30 օրերի ընթացքում, ամեն օր տանը ենթարկվել է երկրորդային ծխի ազդեցությանը: Հարկ է նշել, որ պասիվ ծխողների, մասնավորապես, երեխաների մոտ ավելի հաճախ են զարգանում Թ-ԲՕՀ և ասթմա, քան նրանց, ովքեր չեն ենթարկվում երկրորդային ծխի ազդեցությանը: Չնայած, «Ծխախոտի իրացման, սպառման և օգտագործման սահմանափակումների մասին» ՀՀ օրենքն արգելում է ծխելը կրթական, մշակութային, առողջապահական հաստատություններում, բոլոր այլ հիմնարկների, կազմակերպությունների շենքերի տարածքներում, բացառությամբ դրա համար նախատեսված վայրերի, այն վայրերում, որտեղ ծխելն արգելված է՝ համաձայն հակահղեհային անվտանգության կանոնների, քաղաքային տրանսպորտում և փոխադրամիջոցներում, այնուամենայնիվ, հետազոտության արդյունքները փաստում են, որ հարցվածների 26.6%-ը վերջին 30 օրերի ընթացքում ենթարկվել է երկրորդային ծխի ազդեցությանն աշխատավայրում: Բացի ընթացիկ առողջապահական համակարգի և ֆինանսական բարեփոխումներից, Կառավարությունը քայլեր է ձեռնարկում ՈՎՀ-ի բեռի կրճատման ուղղությամբ: Դրանցից է՝ «Ծխախոտային արտադրատեսակների օգտագործման բացասական ազդեցության նվազեցման և կանխարգելման մասին» օրենքը, որն ընդունվել է 2020թ-ին: Հարկ է նշել, որ Օրենքի հիմնական նպատակն է պաշտպանել հանրապետության բնակչությանը, մասնավորապես, երիտասարդներին, առողջության վրա ծխախոտի և երկրորդային ծխի վնասակար ազդեցությունից:



Նկար 1. Ծխախոտի ծխի քիմիական կազմը



Նկար 2. Հավանական հիվանդություններ, որոնք առաջանում են ծխելու և պասիվ ծխի հետևանքով

Ծխախոտի օգտագործումն ունի և առողջական, և ոչ առողջական հետևանքներ թե՛ ծխողների, և թե՛ շրջակա միջավայրի համար:

Ծխելը վնասակար է առողջության համար, քանի որ ծխախոտի ծուխը պարունակում է ավելի քան 7000 քիմիական նյութ, որոնցից առնվազն 250-ը համարվում է վտանգավոր, իսկ 69-ը՝ քաղցկեղածին:

Նկար 1-ում ցույց է տրված ծխախոտի ծխի քիմիական կազմը: Նկար 2-ում նշված են այն հավանական հիվանդությունները, որոնք առաջանում են ծխելու և պասիվ ծխի հետևանքով:

Անծուխ ծխախոտը նույնպես մեծ կախվածություն է առաջացնում և գլխի, պարանոցի, կերակրափողի, ենթաստամոքսային գեղձի քաղցկեղի, ինչպես նաև բազմաթիվ այլ հիվանդությունների զարգացման պատճառ է հանդիսանում:

ԽԵԺԻ ՔԻՉ ՊԱՐՈՒՆԱԿՈՒԹՅԱՄԲ ԾԽԱԽՈՏ ԾԽԵԼՆ ԱՆՎՏԱՆԳ Է

Անվտանգ ծխախոտ գոյություն չունի: Խեժի քիչ պարունակությամբ ծխախոտը նույնքան վնասակար է, որքան մյուս ծխախոտային արտադրատեսակները: Խեժի քիչ պարունակությամբ ծխախոտները ծխողների շրջանում օգտագործվում են ավելի հաճախակի և նրանք ծուխը ներքաշում են ավելի խորը, համոզված լինելով, որ այն վտանգ չի ներկայացնում և թողնում են միայն ծխուկը:

ԻՆՔՆԱՇԵՆ ԳԼԱՆԱԿՆԵՐՆ ԱՆՎՏԱՆԳ ԵՆ

Գլանակը պարունակում է բազմաթիվ քիմիական նյութեր, ինչպես և սովորական ծխախոտը: Հետազոտությունները ցույց են տվել, որ ինքնաշեն գլանակն առնվազն նույնքան վնասակար է և, հնարավոր է, ավելի վնասակար, քան սովորական արտադրության ծխախոտը: Ուսումնասիրությունները ցույց են տվել նաև, որ ինքնաշեն գլանակը, որպես կանոն, պարունակում է մեծ քանակությամբ խեժ, նիկոտին և չունի գտիչ: Այն ծխողները, ովքեր օգտագործում են միայն ինքնաշեն գլանակներ, ավելի խորն ու երկար են ներքաշում ծուխը, քան գործարանային արտադրության ծխախոտ օգտագործողները:

ՔՉԱՑՆԵԼՈՎ ԾԽԱԽՈՏԻ ԳԼԱՆԱԿՆԵՐԻ ՔԱՆԱԿԸ, ՆՎԱԶՈՒՄ Է ՌԻՍԿԻ ԳՈՐԾՈՆՆԵՐԻ ԱԶԴԵՑՈՒԹՅՈՒՆԸ

Ծխախոտի անվտանգ օգտագործման չափանիշ գոյություն չունի: Կան մարդիկ, ովքեր մտածում են, որ կարող են իրենց պաշտպանել ավելի քիչ ծխախոտ ծխելով, բայց մեծամասնության շրջանում այն չի հաջողվում և արագ վերադառնում են իրենց նախկին ռիսկին, գլանակների քանակին:

ԾԽԵԼՈՒ ՀԵՏԵՎԱՆՔՈՎ ՀԻՎԱՆԴԱՆՈՒՄ ԵՆ ՄԻԱՅՆ ԾԵՐԵՐԸ

Ծխելու հետևանքով առաջացող հիվանդությունները զարգանում են դանդաղ: Հիվանդությունների զարգացումը պայմանավորված է ծխախոտի օգտագործման տարիների քանակով, որքան երկար են ծխում, այնքան ոչ վարակիչ հիվանդությունների զարգացման հավանականությունը մեծանում է:

ԲՈԼՈՐԸ, ՈՎՔԵՐ ԹՈՂՆՈՒՄ ԵՆ ԾԽԵԼԸ, ԱՎԵԼՈՐԴ ՔԱՇ ԵՆ ՈՒՆԵՆՈՒՄ

Ծխախոտից հրաժարվողները շատ հաճախ զրկանքի զգացումը հազեցնում են սննդով: Կարելի է խուսափել քաշի ավելացումից՝ կատարելով ֆիզիկական վարժություններ և առողջ սննդակարգին հետևելով:

ԾԽԱԽՈՏԻ ՕԳՏԱԳՈՐԾՄԱՆ ՏՆՏԵՍԱԿԱՆ ՀԵՏԵՎԱՆՔՆԵՐԸ

Ծխախոտի օգտագործումը հանրային առողջապահության կարևորագույն խնդիրներից է: Ամբողջ աշխարհում տարեկան 6 միլիոն մարդ է մահանում ծխախոտ օգտագործելու հետևանքով: Կանխատեսվում է, որ այս թիվը 2030 թ. կհասնի 8 միլիոնի: Հետազոտությունները ցույց են տվել, որ ներկայիս ծխողների կեսը կմահանա ծխախոտով պայմանավորված առողջական խնդիրներից, ընդ որում, նրանցից շատերի մահը կլինի վաղաժամ: Բացի մահացությունների պատճառ լինելուց, ծխախոտի օգտագործումը վնաս է հասցնում շրջակա միջավայրին և կարևոր տնտեսական բեռ է առաջացնում: Արդյունավետ մոտեցումներից մեկը ծխողներին աջակցելն է ծխելը թողնելու հարցում: Շատ երկրներ ներդրել են ծխախոտի դեմ պայքարի հաջողված ծրագրեր (ներառյալ՝ ծխախոտային կախվածությամբ հիվանդների բուժումը) և նվազեցրել են ծխախոտի օգտագործումն ու դրա պատճառով մահացության թիվը:

Ծխախոտի հետ կապված տնտեսական ծախսերը ներառում են.

■ Ուղղակի ծախսեր.

- Ծխախոտի հետևանքով մահացության ցուցիչ
- Արտադրողականության կորուստ

■ Անուղղակի ծախսեր.

- Ծխողների և երկրորդային ծխի ենթարկված մարդկանց առողջության պահպանման ծախսեր
- Աշխատանքից բացակայություն և արտադրողականության անկում
- Անզգույշ ծխողների կողմից առաջացած հրդեհներից վնաս
- Սանիտարական մաքրման հետ կապված ծախսեր
- Անտառահատման, թունաքիմիկատների և պարարտանյութերի օգտագործման պատճառով շրջակա միջավայրի աղտոտում:

Դրանք նվազեցնում են մարդկանց աշխատունակությունը միկրոֆոնտեսական մակարդակում՝ խաթարելով մարդու լիարժեք մասնակցությունն աշխատանքային գործընթացին՝ բացասաբար ազդելով մարդու, նրա խնամողների, ինչպես նաև պետության վրա: Մարդու վաղաժամ մահվան հետևանքով նվազում է ընդհանուր արտադրանքի ծավալը:

Ծխախոտի օգտագործման հետևանքով մեկ այլ բեռ է հանդիսանում տնային տնտեսությունների սոցիալական և առողջական վիճակը: «Ծխելն ավելի է աղքատացնում աղքատներին. դա խլում է ոչ միայն առողջությունը, այլև հարստությունը» (դոկտոր Բիլ Օնիլ, Բրիտանական բժշկական ասոցիացիայի շոտլանդական գրասենյակի քարտուղար, 2004 թ.):

Ծխախոտային արտադրատեսակների գները բազմազան են, սակայն օրինակ «Marlboro» ծխախոտային ապրանքատեսականու արժեքով կարելի է գնել.

- Պանամայում 1 տասնյակ ձու
- Ֆրանսիայում մեկ կիլոգրամ ձուկ
- Չինաստանում չորս զույգ բամբակյա գուլպա
- Բանգլադեշում 6 կգ բրինձ
- Հայաստանում 1 կգ կարտոֆիլ և 1 հաց

Ծխախոտի օգտագործումը կազմում է տնային տնտեսության ընդհանուր եկամտի 5-15%-ը: Աղքատ մարդիկ հաճախ ստիպված են լինում կրճատել իրենց սննդի և կրթության վրա ծախսերը:

ԾԽԱՆՈՏԻՑ ՀՐԱԺԱՐՎԵԼՈՒ ԱՌՎԵԼՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ

Անհատի՝ անցյալում ծխելը դադարեցնելու փորձի ուսումնասիրությունը կարևոր է հետագայում ծխելը դադարեցնելու փորձի արդյունավետության գնահատման համար. դա թույլ է տալիս կանխատեսել և ուղղորդել բուժման գործընթացը:

ԱԱՊ օղակի բուժաշխատողները պետք է գնահատեն.

- անցյալում ծխելը դադարեցնելու փորձերի թիվը,
- ծխելուց հրաժարվելու ամենաերկար ժամանակահատվածը,
- ծխելը դադարեցնելու նպատակով իրականացված որևէ նախկին բուժում և ինչ է ներառել բուժումը,
- նախկինում ունեցած զրկանքի ախտանշանները,
- ախտադարձի հանգամանքները որպես ռիսկային գործոններ,
- ծխելուց հրաժարվելու/զրկանքի ընթացքում նկարագրված դրական փոփոխությունները:

Այս հատկանիշները կարևոր են բուժման հաջողությունը և ձախողման ռիսկի գործոնները, ինչպես նաև բուժման համապատասխանությունը և հիվանդների զրկանքը հաղթահարելու կարողությունը կանխատեսելու համար:

ԾԽԵԼԸ ԴԱԴԱՐԵՑՆԵԼՈՒ ՄՈՏԻՎԱՑԻԱ¹

Առողջապահության ոլորտի մասնագետները պետք է կարողանան գնահատել հիվանդների ծխելը դադարեցնելու մոտիվացիան: Այդ նպատակով կիրառվում են տարբեր մեթոդներ, որոնք ներկայացված են այս ձեռնարկում: Մոտիվացիան կարող է գնահատվել հետևյալ ուղղակի հարցերի օգնությամբ.

- **Ուզո՞ւմ եք թողնել ծխելը (հիմա):**
- **Եթե որոշեք թողնել ծխելը, համոզված եք, որ կհասնեք հաջողության:**
- **Որո՞նք են ծխելը թողնելու ձեր դրդապատճառները:**
- **Որքա՞ն է կարևոր ձեզ համար ծխելը թողնելը:**

Ջ. Օ. Պրոչասկայի և Կ. Կ. Դի Կլեմենտի վարքագծի փոփոխության տրանստեսական հայտնի մոդելի համաձայն (SSU)¹ ծխելը դադարեցնելու հոգեբանական գործընթացն անցնում է 5 փուլով:

- **Նախամտորումների շրջան:** Հիվանդը լիովին բավարարված է ծխելու իր վարքագծով և որևէ փոփոխության անհրաժեշտություն չի զգում:
- **Մտորումների շրջան:** Հիվանդը զգում է փոփոխության անհրաժեշտություն, բայց ոչ այն չափով, որը բավական կլինի նրան ուղղորդել գործողության կամ գործողության պլանավորման:
- **Նախապատրաստում:** Հիվանդը որոշել է փորձել փոխել իր ծխելու վարքագիծը և պատրաստ է այդ փոփոխությանը մոտ ապագայում:
- **Գործողություն:** Հիվանդը սկսում է ծխելը դադարեցնելու փորձը:
- **Պահպանում:** Ծխելու դադարեցում 6 ամսվա կամ ավելի երկար ժամանակահատվածի ընթացքում:

Որպես կանոն, փոփոխության փուլը գնահատվում է հետևյալ հարցի միջոցով. **«Ի՞նչ եք զգում/մտածում ծխելը դադարեցնելու վերաբերյալ այս պահին»:**

Պատասխանի տարբերակներն են.

- ա)** Կցանկանայի թողնել ծխելն առաջիկա 30 օրվա ընթացքում,
- բ)** Կցանկանայի թողնել ծխելն առաջիկա 6 ամսվա ընթացքում,
- գ)** Չեմ պլանավորում թողնել ծխելն առաջիկա 6 ամսվա ընթացքում:

1 http://elearning-ensp.eu/assets/guides/guidelines_2018_armenia.pdf

Կարևոր է նշել, որ փոփոխության փուլերը ոչ բոլորի մոտ են ընթանում հստակ հաջորդականությամբ: Հաճախ հիվանդները հետ ու առաջ են շարժվում՝ անցնելով մի փուլից մյուսին՝ պայմանավորված մոտիվացիայով, պատրաստակամությամբ և այլ գործոններով: Կլինիկական պրակտիկայում բժիշկները կարող են առաջարկել հիվանդներին ծխելը թողնելու իրենց մոտիվացիան գնահատել 1-10 միավոր պարունակող պարզ սանդղակի օգնությամբ: Գոյություն ունեն նաև մոտիվացիան գնահատելու այլ գործիքներ, այդ թվում՝ ծխելը դադարեցնելու մոտիվացիայի սանդղակը (Motivation to Stop Smoking Scale): Անկախ հիվանդի՝ ծխելը թողնելու պատրաստակամության աստիճանից և մոտիվացիայից՝ բժիշկը պետք է ծխող բոլոր հիվանդների շրջանում նախաձեռնի ծխելը դադարեցնելու խորհրդատվություն: Ուղեկցող հիվանդություններով ծխողներին և ծխախոտային կախվածությամբ հիվանդներին բժիշկը պետք է տեղեկացնի ծխախոտի շարունակական օգտագործման ռիսկերի և անմիջապես ծխելը դադարեցնելու անհրաժեշտության մասին: Ինչպես բժշկական բոլոր որոշումների դեպքում, այս դեպքում ևս հիվանդները կարող են հրաժարվել բուժումից, սակայն առողջապահության ոլորտի մասնագետը ծխելը դադարեցնելու բուժումը պետք է առաջարկի նույն համոզվածությամբ, ինչ համոզվածությամբ կառաջարկեր, օրինակ, շաքարային դիաբետի կամ զարկերակային արյան բարձր ճնշման բուժումը:

Աղյուսակ 2. Ծխելը դադարեցնելու առավելության ապացուցողական թերթիկ

Ա. Ծխելը դադարեցնելու երկարաժամկետ և կարճաժամկետ օգուտները

Ծխելը դադարեցնելուց հետո ժամանակահատվածը	Առողջական վիճակի փոփոխությունների նկարագիր
20 րոպեի ընթացքում	Կարգավորվում են զարկերակային արյան ճնշումն ու սրտի զարկերի հաճախականությունը
12 ժամվա ընթացքում	Կայունանում է զարկերակային արյան մեջ ածխաթթու գազի մակարդակը
2-12 շաբաթվա ընթացքում	Բարելավվում է արյան շրջանառությունը և թոքերի ֆունկցիան
1-9 ամսվա ընթացքում	Նվազում է շնչահեղձությունը, հևոցը և հազը
12 ամսվա ընթացքում	Ծխելը թողնելուց մեկ տարի անց սրտի իշեմիկ հիվանդության զարգացման ռիսկը կիսով չափ նվազում է
5 տարվա ընթացքում	Ծխելը թողնելուց 5-15 տարի անց կաթվածի զարգացման ռիսկը նվազում է՝ հասնելով չծխողի առողջական վիճակին
10 տարվա ընթացքում	Ծխելը թողնելուց 10 տարի անց քթի, բերանի խոռոչի, լեզվի, կերակրափողի, միզապարկի, արգանդի վզիկի և ենթաստամոքսային գեղձի քաղցկեղի զարգացման ռիսկը նվազում է կիսով չափ
15 տարվա ընթացքում	Ծխելը թողնելուց տասնհինգ տարի անց սրտի իշեմիկ հիվանդության վտանգը հավասարվում է չծխող մարդուն սպառնացող վտանգին

Բ. Ծխելու հետևանքով առողջական խնդիրներ ունեցող անձանց օգուտներն ըստ տարիքային խմբի: Ծխելը դադարեցնելը կարող է դրական ազդեցություն ունենալ առողջության բարելավման առումով

Ծխելը դադարեցնելուց հետո ժամանակահատվածը	Առավելությունները և օգուտները համեմատած նրանց հետ, ովքեր շարունակում են ծխել
Մոտ 30 տարեկանում	Կյանքի միջին տևողության ավելացում 10 տարով
Մոտ 40 տարեկանում	Կյանքի միջին տևողության ավելացում 9 տարով
Մոտ 50 տարեկանում	Կյանքի միջին տևողության ավելացում 6 տարով
Մոտ 60 տարեկանում	Կյանքի միջին տևողության ավելացում 3 տարով
Կյանքի համար վտանգավոր հիվանդության ախտորոշումից հետո	Նախկին ծխողների մոտ առողջության բարելավում, սրտամկանի կաթվածից հետո կրկնակի կաթվածի հավանականության նվազում 50%-ով

Գ. Ծխելուց հրաժարվելը նվազեցնում է երեխաների շրջանում տարբեր հիվանդությունների զարգացման ռիսկը: Դա վերաբերում է նաև երկրորդային ծխի բացասական ազդեցությանը, որը կարող է առաջացնել շնչառական համակարգի տարբեր հիվանդություններ (օրինակ, ասթմա) և ականջի բորբոքային ախտընթացներ:

Դ. Ծխելուց հրաժարվելը նվազեցնում է սեռական անկարողության, հղիանալու խնդիրների, վաղաժամ ծննդաբերության, անհաս երեխաներ ունենալու և վիժելու հավանականությունը:

ՏՆԱՅԻՆ ՏՆՏԵՍՈՒԹՅԱՆ ՕԳՈՒՏՆԵՐԻ ՀԱՇՎԱՐԿ

Ծխելը դադարեցնելն, անկասկած, կապված է տնտեսական օգուտների հետ: «Հրաժարվիր և փրկիր» վարժությունը կօգնի հասկանալ, թե որքան գումար կարելի է խնայել այդ սովորույթից հրաժարվելով:

«Հրաժարվիր և փրկիր»

ԱԱՊ օղակի բուժաշխատողները խորհրդատվության և աջակցման ընթացքում կարող են տալ հետևյալ հարցերը և թողնել, որպեսզի ծխողն ինքը հաշվարկներ անի:

Աղյուսակ 3. Որքան գումար կարող եք խնայել ծխելը թողնելով

Օրական որքան եք ծախսում ծխախոտ գնելով	
Ամսական ծխախոտային ծախսերի հանրագումար	
Տարեկան ծխախոտային ծախսերի հանրագումար	
10 տարվա ընթացքում ծխախոտային ծախսերի հանրագումար	
Ինչ կարող էի անել այդ գումարով	

ԱՆԾՈՒԽ ԾԽԱԽՈՏ

Անծուխ, բայց ոչ անվնաս ծխախոտն ամբողջ աշխարհում օրեցօր ավելի մեծ տարածում է գտնում, հատկապես, դեռահասների շրջանում: Այդպիսի միտում է արձանագրվում նաև Հայաստանում:

Անծուխ ծխախոտի տեսակները

1. **Ծամախոտ** - չծխելու ծխախոտային արտադրատեսակ, նախատեսված է ծամելու համար, պատրաստված է ծխախոտի տերևների մամլած կտորներից՝ ոչ ծխախոտային հումքի և այլ բաղադրիչների ավելացմամբ կամ առանց: Կարելի է օրվա ընթացքում ծամել ըստ ցանկության:
2. **«Սնաֆֆ» քթախոտ** - չծխելու ծխախոտային արտադրատեսակ, նախատեսված է ներշնչելու համար, պատրաստված է մաքրված ծխախոտի փոշուց և (կամ) կտրատած ծխախոտի մանր թորամասերից: Այս անծուխ ծխախոտը մանրացնում և քթով ներշնչում են:
3. **Ծխախոտ - «սնյուս»** - չծխելու ծխախոտային արտադրատեսակ, նախատեսված է բերանում պահելու համար, պատրաստված է մաքրված ծխախոտի փոշուց և (կամ) կտրատած ծխախոտի մանր թորամասերից: Այս նոր ծխախոտը դնում են հիմնականում վերին շրթունքի և լնդի արանքում ու ընդամենը 1-4 րոպեում այն տարածվում է օրգանիզմում:
4. **«Գուրխա»** - օգտագործվում է Հնդկաստանում և Հարավարևելյան Ասիայում:

Անծուխ ծխախոտը նույնքան բացասական ազդեցություն է թողնում առողջության վրա, նպաստելով տարատեսակ հիվանդությունների ռիսկի զարգացմանը, ինչպիսիք են մյուս ծխախոտային արտադրատեսակները: Անծուխ ծխախոտը նպաստում է վերին շնչուղիների, բերանի խոռոչի և կերակրափողի քաղցկեղի զարգացմանը, օրինակ, Հնդկաստանում բերանի խոռոչի քաղցկեղից հիվանդացության վիճակագրությունը կազմում է ընդհանուր հիվանդացության մեկ երրորդը, քանի որ այնպեղ մեծ տարածում ունի ծամախոտը: Անծուխ ծխախոտի սպառումը մեծ տարածում ունի նաև Սկանդինավյան երկրներում և ԱՄՆ-ում, թեպետ շատ երկրներում վաճառքն արգելված է:

ԻՆՉՈՒ ԵՆ ՄԱՐԴԻԿ ՍԿՍՈՒՄ ԾԽԵԼ ԿԱՄ ՉԵՆ ԹՈՂՆՈՒՄ ԱՅՆ

Բոլոր բժիշկներին խորհուրդ է տրվում պատշաճ կերպով գնահատել ծխախոտ օգտագործելու կարգավիճակը տվյալ պահին և նախկինում: Ծխելու կարգավիճակը որոշելու համար օգտագործվում են հետևյալ բնորոշումները.

- **Չծխող է համարվում այն անձը, ով իր կյանքի ընթացքում չի ծխել 100 գլանակից ավելի (կամ 100գ ծխախոտ՝ ծխամորճերի, սիգարների կամ այլ ծխախոտային արտադրատեսակների տեսքով):**
- **Կանոնավոր ծխողն այն անձն է, ով ամենաքիչը երեք ամիս շարունակ ամեն օր ծխել է:**
- **Անկանոն ծխողն այն անձն է, ով ծխում է, բայց ոչ ամեն օր:**
- **Նախկին ծխողն այն անձն է, ով դադարեցրել է ծխելն առնվազն վեց ամիս առաջ:**

Ծխախոտամոլությունը ծխախոտից կախվածություն է՝ պայմանավորված նիկոտինով: Ծխախոտային կախվածությունից տառապող ծխողը չի կարողանում դադարեցնել ծխախոտի օգտագործումը՝ չնայած դրա պատճառած վնասը գիտակցելուն: Նիկոտինը համարվում է

թմրանյութ, որը կարող է առաջացնել նույնքան ուժեղ կախվածություն, որքան հերոինը կամ կոկաինը: Ծխախոտ օգտագործողները, ովքեր սկսել են ծխել դեռահաս տարիքից, սովորաբար ավելի հակված են կախվածության, քան նրանք, ովքեր հասուն տարիքում են սկսել ծխել:

Ծխողը կարող է հանգամանալից բացատրել, թե ինչու է նա ծխում:

Այդ պատճառները հետևյալն են.

- սոցիալական գործունեություն
- սթրեսի հաղթահարում
- հուզական աջակցություն
- ձանձրույթ
- շրջապատում հեղինակություն (բոլորն էլ ծխում են)
- հաճույքի զգացում թեյ կամ սուրճ խմելիս
- կախվածության զգացում

Այս պատճառները հաշվի առնելով, եզրակացվում է, որ կա երեք տեսակի կախվածություն.

- ֆիզիկական/ֆիզիոլոգիական
- հուզական/ հոգեբանական/վարքագծային
- սովորույթներ և սոցիալական կապ/կոգնիտիվ երևույթներ

ՖԻԶԻԿԱԿԱՆ/ՖԻԶԻՈԼՈԳԻԱԿԱՆ ԿԱԽՎԱԾՈՒԹՅՈՒՆ

Նիկոտինը թմրանյութ է համարվում, որը կարող է առաջացնել նույնքան ուժեղ կախվածություն, որքան հերոինը կամ կոկաինը: Այն հոգեբանական ակտիվ հատկություններով օժտված նյութ է, սիգարետ, սիգար, ծխամորճ, ծխելու ցանկություն է առաջացնում՝ ծխողներին անկարող դարձնելով հեշտությամբ դադարեցնել ծխելը, իսկ ծխելուց հրաժարվելու դեպքում առաջացնում է ֆիզիկական և ֆիզիոլոգիական ախտանշաններ: Չնայած նիկոտինային կախվածության պատճառը ծխախոտում պարունակվող նիկոտինն է, այնուամենայնիվ, մասսակար ազդեցությունը հիմնականում պայմանավորված է ծխախոտի ծխի մեջ պարունակվող այլ նյութերով:

Գրեթե բոլոր չափահաս ծխողների մոտ ծխելը պայմանավորված է դեռահաս տարիքում ձեռք բերված հիվանդությամբ՝ ծխախոտային կախվածությամբ, որը քրոնիկական հիվանդություն է և չունի լիարժեք բուժում: Այդուհանդերձ, ծխախոտից հնարավոր է հրաժարվել՝ ամբողջ կյանքի ընթացքում նպաստելով առողջական վիճակի զգալի բարելավմանը:

ԾԽԱԽՈՏԱՅԻՆ ԿԱԽՎԱԾՈՒԹՅԱՆ ԱՌԱՋԱՑՄԱՆ ՄԵԽԱՆԻԶՄՆԵՐԸ

Ներշնչած նիկոտինը 7-10 վայրկյանում թոքերից անցնում է զարկերակային արյան շրջանառության մեջ և հասնում գլխուղեղին: Նիկոտինը կապվում է ացետիլխոլինի հատուկ ընկալիչների հետ (հիմնականում ալֆա4 բետա2 ացետիլխոլինի նիկոտինային ընկալիչին): Առաջնային ուղեղում տեղակայված ստրիալ կոմպլեքսի բաղադրիչ սահմանակից կորիզների (nucleus accumbens) դոֆամինի ու դոֆամիներգիկ նյութերի արտադրության ակտիվացումը կարևոր դեր ունի բնական գոհացման զգացման և կախվածությունների ձևավորման հարցում: Նիկոտինը խթանում է նյարդահաղորդիչների արտազատումը, ինչպիսիք են դոֆամինը և նորադրենալինը, ինչը ծխախոտ օգտագործողի կողմից ընկալվում է որպես հաճույք: Ծխախոտային կախվածությամբ անհատի ծխելուց ստացած հաճույքը, ըստ էության, «զրկանքի»

ախտանշանների թեթևացումն է, երբ նիկոտինի մակարդակը բարձրանում է և տեղի է ունենում նիկոտինային ընկալիչների խթանում:

Նիկոտինից առաջացող «հաճույքը» զգալիորեն կրճատվում է վերջին ծխելուց 1-2 ժամ անց (նիկոտինի ազդեցության տևողությունը կազմում է 120 րոպե), որից հետո ծխողը նոր նիկոտինի կարիք է ունենում:

ՆԻԿՈՏԻՆԸ ԾԽԱԽՈՏԱՅԻՆ ԿԱԽՎԱԾՈՒԹՅՈՒՆ ԱՌԱՋԱՑՆՈՂ ՄԻԱԿ ԳՈՐԾՈՆԸ ՉԷ

Նիկոտինային կախվածությունն ունի երկու բաղադրիչ՝ ֆիզիկական և հոգեբանական: Ի հավելումն ֆիզիկական կախվածության, ծխախոտային արտադրատեսակների օգտագործումը կարող է դառնալ սովորություն: Սոցիալական շփումը, առօրյալի հետ կապված որոշակի իրադրությունները կարող են խթանել ծխախոտի օգտագործումը, ինչը ժամանակի ընթացքում կարող է վերաճել սովորության և ամրապնդվել առօրյա կյանքում: Հետևաբար, խորհուրդ է տրվում ծխախոտային կախվածության բուժման մեջ ներառել և՛ դեղորայքային բուժում՝ ֆիզիկական ախտանշանները մեղմելու նպատակով, և՛ վարքաբանական խորհրդատվություն՝ ծխախոտի օգտագործման հետ կապված սովորությունները վերացնելու համար:

Նիկոտինային զրկանքի համախտանիշը, երբ նիկոտինն օրգանիզմ է թափանցում ներշնչելու միջոցով, առաջացնում է նիկոտինային կախվածություն, իսկ երբ նիկոտինային կախվածություն ունեցող անհատն այլևս չի ստանում նիկոտին, ի հայտ է գալիս նիկոտինային զրկանքի համախտանիշը:

Ախտանշանները հետևյալն են.

- ծխելու ուժեղ/անվերահսկելի ցանկություն,
- դյուրագրգռություն/ազրեսիա/զայրույթ,
- նյարդայնություն,
- անհանգստություն,
- հոգնածություն,
- ախորժակի խթանում,
- կենտրոնանալու դժվարություն,
- դեպրեսիա,
- գլխացավ,
- գիշերային անքնություն,
- հավասարակշռության թեթևակի խանգարումներ/գլխապտույտ:

Նիկոտինային զրկանքի ախտանշաններն առաջանում են նիկոտինի մատակարարման հանկարծակի դադարեցման պատճառով և կարող են արտահայտվել ծխելը դադարեցնելուց հետո՝ առաջին 4-12 ժամվա ընթացքում: Նիկոտինային կյանքի ամբողջական դադարումը տևում է 2-4 շաբաթ, որի ընթացքում տեղի է ունենում ֆիզիկական և հոգեբանական հարմարվողականություն: Ծխելը դադարեցնելու համար նախատեսված բոլոր ուղեցույցներում նիկոտինային կախվածության բուժման լավագույն ռազմավարություն է համարվում դեղորայքային բուժման և հոգեբանական վարքաբանական թերապիայի զուգակցումը:

ՀՈՒՋԱԿԱՆ/ՀՈԳԵԲԱՆԱԿԱՆ/ՎԱՐՔԱՅԻՆ

Ծխախոտային կախվածության բուժումը երկարատև, կանոնավոր և հետևողական բուժական միջամտություններ է պահանջում: Ախտադարձի կանխարգելման նպատակով կարևոր է նաև հիվանդներին ուսուցանելը, ինչպես նաև հոգեբանական-վարքային աջակցություն

տրամադրել: Ծխելուց հրաժարվողների շրջանում ծխախոտային կախվածության ախտադարձը կանխելու համար արդյունավետ բուժման որևէ ընդհանուր մեթոդ դեռևս չի մշակվել: Անհրաժեշտ է միշտ հիշել, որ նախկին ծխող լինելը չի երաշխավորում ծխախոտային կախվածությունից վերջնականապես ազատվելը: Բազմաթիվ բժիշկներ հաջողությամբ բուժում են այնպիսի քրոնիկական հիվանդություններ, ինչպիսիք են զարկերակային արյան բարձր ճնշումը, թոքերի քրոնիկական օբստրուկտիվ հիվանդությունը և այլն, սակայն անվստահությամբ են գործում ծխախոտային կախվածությունը բուժելիս, քանի որ չեն դիտարկում այն որպես քրոնիկական հիվանդություն: Մինչդեռ, ծխախոտի օգտագործումը քրոնիկական հիվանդություն համարելու դեպքում կարելի է արագացնել բուժման գործընթացը՝ մեծացնելով ծխելը դադարեցնելուն ուղղված դեղորայքային բուժման արդյունավետությունը և, հետևաբար, նվազեցնելով ախտադարձի հավանականությունը: Ծխելուն նպաստող հոգեբանական գործոն է կոգնիտիվ ընկալումների և համոզմունքների ամբողջությունը, որն առաջնահերթ է դառնում անհատի համար՝ անտեսելով մյուս վարքագծերը, որոնք նախկինում արժեքավոր են եղել նրա համար:

Սովորաբար ծխելը դադարեցնելու հարցերով վերապատրաստված թիմի (բժիշկ, բուժքույր և հոգեբան (ընտրովի) մասնագիտացված միջամտությունը ենթադրում է արդեն իսկ համառոտ խորհրդատվություն ստացած հիվանդին որակյալ օգնության տրամադրում: Այս գործընթացում գլխավոր դերը պատկանում է բժշկին, քանի որ նա է պատասխանատու դեղորայքային բուժման և խորհրդատվության համար: Բուժքույրն օգնում է լրացնել փաստաթղթերը և տվյալների բազան, լաբորատոր թեստերը, նա նույնիսկ կարող է նվազագույն խորհրդատվություն տրամադրել: Հոգեբանն օժանդակում է միջամտությանը՝ ավելացնելով հոգեբանական աջակցության բաղադրիչներ և կոգնիտիվ-վարքագծային տեխնիկաներ: Լավագույն տարբերակ է համարվում, երբ ծխելը դադարեցնելու անհատական ռազմավարությունները միավորում են խորհրդատվությունը (այսինքն՝ ծխելը թողնելու առաջարկությունները), դեղորայքային բուժումը (վարենիկին, բուպրոպիոն, նիկոտինային փոխարինող թերապիա և այլն) և կոգնիտիվ վարքագծային թերապիան: Բուժումը սովորաբար բաղկացած է 9-12 շաբաթվա ընթացքում անցկացվող 20-45 րոպե տևողությամբ մի քանի (նվազագույնը՝ 4) հանդիպումից: Առաջին խորհրդատվական հանդիպման ժամանակ պացիենտին համառոտ ներկայացնում են բուժման հասանելի մեթոդները, զգուշացնում են զրկանքի ախտանշանների մասին և քննարկում բուժման կազմակերպման ամենահարմար տարբերակները: Առաջին շփումը պետք է օգտագործել նաև ծխելը դադարեցնելու հաջողության հնարավորությունները և ախտադարձի ռիսկերը գնահատելու համար: Ստանդարտ բուժման 9-12 շաբաթների ընթացքում, անկախ նշանակված բուժումից, խորհուրդ է տրվում բոլոր պացիենտների նկատմամբ հետևողական լինել (նշանակելով առնվազն 2 այց): Այցերի ընթացքում անհրաժեշտ է համոզվել, որ պացիենտը հետևում է ճիշտ բուժմանը, դեղորայքային բուժման դեպքում՝ ստանդարտ չափաբաժիններին, ստուգել՝ արդյոք կան դեղորայքի կողմնակի ազդեցություններ, ինչպես նաև անդրադառնալ հոգեբանական-վարքագծային բարդություններին կամ զրկանքի ախտանշաններին: Վերահսկող այցերը բժշկին թույլ են տալիս վերազնահատել ծխողների ծխելու կարգավիճակը, վերահսկել ծխախոտի օգտագործման կենսամարկերները և կանխել ճախողումներն ու ախտադարձերը: Այս այցելությունները հնարավորություն են տալիս շտապ աջակցություն տրամադրել. բժիշկը կարող է միջամտել ճիշտ ժամանակին այն դեպքում, երբ ծխողը հուսալքված է կամ սայթաքել է կարճատև ժամանակավոր զրկանքից հետո: Ամենակարևոր այցելությունն առաջինն է, ուստի, խորհուրդ է տրվում այն կազմակերպել ծխելը դադարեցնելու թիրախ հանդիսացող օրվանից անմիջապես հետո: Մասնագետների մեծ մասը խորհուրդ է տալիս ծխելը դադարեցնելու օրը նշանակել բուժման երկրորդ շաբաթվա ընթացքում: Սակայն, պայմանավորված բժշկի փորձառությամբ և ծխողի անհատական առանձնահատկություններով, մասնագետը կարող է առաջարկել ծխելը

թողնելու մեկ այլ ամսաթիվ, օրինակ, 3-6-րդ շաբաթների ընթացքում: Բուժման վերջնական խորհրդատվությունն իրականացվում է բուժման ավարտից հետո, սովորաբար, նախնական խորհրդատվությունից երկու կամ երեք ամիս անց և նպատակ ունի գնահատել ծխախոտային զրկանքը՝ որպես բուժման արդյունք: Պետք է գնահատել ծխելու ցանկությունը, ինչպես նաև ծխելը դադարեցնելու ընթացքում առաջացած բոլոր բարդ իրավիճակները: Անհրաժեշտ է կրկին ստուգել զրկանքի ախտանշանները և դեղորայքային բուժման կողմնակի ազդեցությունները: Միևնույն ժամանակ, ծխելը դադարեցրած պացիենտը պետք է խորհրդատվություն ստանա զրկանքի պահպանման և ծխելը վերսկսելու կանխարգելման նպատակով: Այն պացիենտները, ովքեր չեն կարողացել դադարեցնել ծխելը, պետք է վերագնահատվեն՝ ծխելը թողնելու մեկ այլ փորձ սկսելու նպատակով:

Ծխողները, ովքեր չեն ցանկանում թողնել ծխելը, կարող են բերել հազարավոր փաստարկներ և ունենալ իրենց համոզմունքները, ինչպիսիք են.

- «Դա օգնում է ինձ հանգստանալ»,
- «Դա ամենևին էլ վնասակար չէ»,
- «Ծխելը թրենդային է»,
- «Դրա շնորհիվ քաշը չի ավելանում»:

ՍՈՎՈՐՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ ԵՎ ՍՈՑԻԱԼԱԿԱՆ ԿԱՊ/ԿՈԳՆԻՏԻՎ ԵՐԵՎՈՒՅԹՆԵՐ

Ի հավելումն ֆիզիկական կախվածության՝ ծխախոտային արտադրատեսակների օգտագործումը կարող է դառնալ սովորություն: Սոցիալական շփումը, առօրյա որոշակի իրադրությունները կարող են խթանել ծխախոտի օգտագործումը, որը ժամանակի ընթացքում վերաճում է սովորության և ամրապնդվում կյանքում: Հետևաբար, խորհուրդ է տրվում, որպեսզի ծխախոտի օգտագործման բուժումը ներառի և՛ դեղորայքային բուժում՝ ֆիզիկական ախտանշանները մեղմելու, և՛ վարքագծային խորհրդատվություն՝ ուղղված ծխախոտի օգտագործման հետ կապված սովորությունները վերացնելուն, օրինակ, արթնանալուց հետո մեկ բաժակ սուրճի հետ ծխելը, հեռուստացույց դիտելիս, կամ մեքենա վարելիս ծխելը և այլն:

Ծխել սկսելը կամ հենց այդ գործընթացը ենթակա է նաև սոցիալական ազդեցությունների: Հիմնականում դեռահասները սկսում են ծխել, որպեսզի ընդունվեն սոցիումի կողմից: Նրանց համար ծխելը ընկերներ ձեռքբերելու կամ նրանց հետ շփվելու միջոց է:

Ամփոփում

Ծխախոտի օգտագործումը և երկրորդային ծուխը բացասական ազդեցություն են թողնում տնային տնտեսությունների և երկրի տնտեսության վրա: Ծխախոտից հրաժարվելը փրկում է կյանքեր և խնայում է ֆինանսներ: Ամբողջ աշխարհում առողջապահական համակարգերը, ելնելով առկա տեղային հնարավորություններից և միջոցներից, փորձում են ծխելը դադարեցնելու համար նվազագույն պայմաններ ապահովել (ծխողների բացահայտում, ծխելը դադարեցնելուն ուղղված խորհրդատվություն, բուժման հասանելիության ապահովում): Գոյություն ունեն գիտական ապացույցներ, որ ծխելը հաջողությամբ դադարեցնելու ցուցանիշներն ավելի բարձր են, երբ առողջապահական համակարգը տրամադրում է անվճար բուժում:

ԾԽԱԽՈՏԻ ԴԵՄ ՊԱՅՔԱՐԻ ԿԱՐՃԱՏԵՎ ՄԻՋՈՑԱՌՈՒՄՆԵՐ

Մոդուլի ավարտից հետո ԱԱՊ օղակի բուժաշխատողները պետք է կարողանան.

1. Սահմանել հակաժխախտային կարճաժամկետ միջոցառումների նպատակները և հետևանքները
2. Բնութագրել միջոցառումների առնվազն երեք մոդել
3. Կիրառել ծխելը դադարեցնելու 5A ստանդարտ մոտեցումը

Կարճարև հակաժխախտային միջոցառումների հիմնական նպատակն է աջակցել պացիենտին գնահատել ծխախոտի օգտագործման ռիսկերը, ծխելը դադարեցնելու առավելությունները և մոտիվացնել գործոնները:

5A-Ի ՌԱԶՄԱՎԱՐՈՒԹՅՈՒՆ

Բուժհաստատություններում ծխելը դադարեցնելուն աջակցելու նպատակով առաջարկվում է 5A-երի ռազմավարությունը².

1. **հարցնել՝** բոլոր հիվանդներին ծխելու կարգավիճակի մասին (**Ask**),
2. **խորհուրդ տալ՝** հիվանդներին դադարեցնել ծխելը (**Advise**),
3. **գնահատել՝** ծխելը դադարեցնելու պատրաստակամությունը (**Assess**),
4. **աջակցել՝** ծխելուց հրաժարվելու փորձին (այդ թվում՝ տրամադրել վարքային խորհրդատվություն և ծխելը դադարեցնելու առաջնային դեղորայք նշանակել) (**Assist**),
5. **կազմակերպել՝** շարունակական վերահսկողություն (**Arrange**):

Այս մոդելը ծխելը դադարեցնելու արդյունավետ մոտեցում է՝ հիմնված ապացուցողական տվյալների վրա: Պատկերը ներկայացնում է 5A-երի ալգորիթմը: Բժիշկը յուրաքանչյուր այցի ժամանակ հիվանդին պետք է հարցնի ծխելու կարգավիճակի մասին և այն գրանցի հիվանդի բժշկական քարտում: Բժիշկը բոլոր ծխող հիվանդներին պետք է խորհուրդ տա դադարեցնել ծխելը, գնահատի հիվանդի ծխելը թողնելու պատրաստակամությունը և ծխելը դադարեցնելու փորձի ընթացքում աջակցի նրան (եթե համապատասխան վերապատրաստման փորձ ունի) կամ ուղղորդի ծխելը դադարեցնելուն աջակցող մասնագիտացված կենտրոն: Առողջապահության ոլորտի մասնագետները պետք է բժշկական աջակցություն տրամադրեն մոտիվացված և չմոտիվացված բոլոր ծխողներին: Պայմանավորված ծխելու կարգավիճակով և մոտիվացիայի փուլով՝ գործնականում առավել հաճախ հանդիպում են հետևյալ իրավիճակները:

Այս իրավիճակներից յուրաքանչյուրի համար խորհուրդ տրվող մոտեցումները նկարագրված են ստորև:

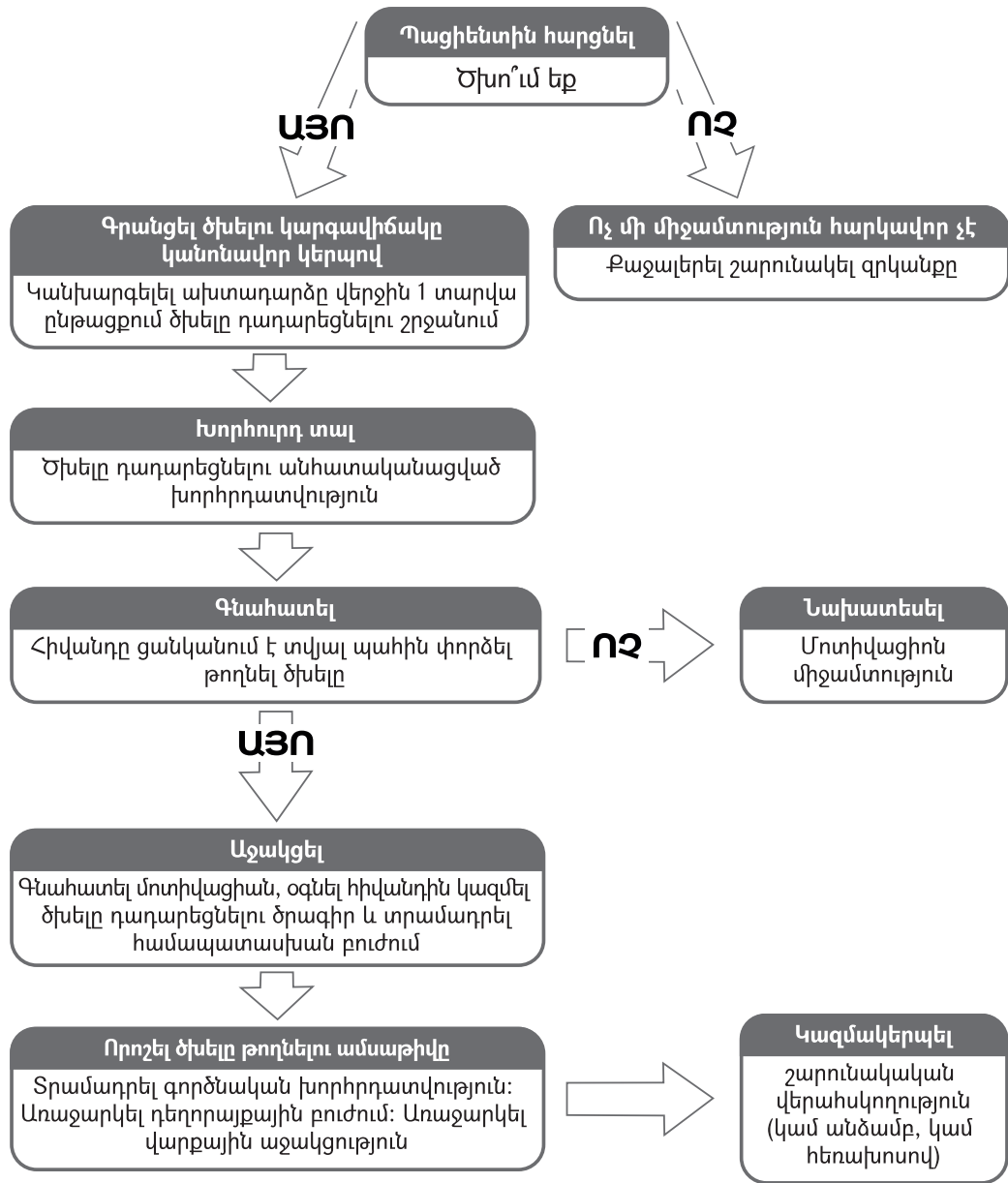
1. Գնահատման պահին դեղորայքային բուժման և կոգնիտիվ-վարքագծային խորհրդատվություն տրամադրել ծխելը դադարեցնել ցանկացող յուրաքանչյուր պացիենտի:
2. Գնահատման պահին ծխելը դադարեցնել չցանկացող հիվանդների դեպքում խորհուրդ է տրվում կիրառել մոտիվացնող հարցազրույցի ռազմավարություն, որի հիմնական նպատակն է խրախուսել ծխելը թողնելը, խթանել ծխելը դադարեցնելու նախնական մոտիվացիան, որքան հնարավոր է արագ խթանել մոտ ապագայում ծխելը դադարեցնելու որոշման կայացումը:

2 http://elearning-ensp.eu/assets/guides/guidelines_2018_armenia.pdf

ՕԳՆԵԼ ՉՄՈՏԻՎԱՑՎԱԾ ԾԽՈՂՆԵՐԻՆ ԾԽԵԼԸ ԴԱԴԱՐԵՑՆԵԼ

Ծխելը դադարեցնելու մոտիվացիան շատ կարևոր է ծխախոտային կախվածության բուժման մեթոդի ընտրության համար: Որոշ մասնագետներ կարծում են, որ նախընտրելի է բուժում տրամադրել միայն մոտիվացված հիվանդներին: Ներկայումս շատ մասնագետներ աջակցում են հիվանդներին ծխելը թողնելու հարցում՝ առանց հաշվի առնելու ծխելը դադարեցնելու նախնական փորձերը կամ, այսպես կոչված, «աղետալի ուղին» (catastrophic pathway): Այս տեսության կողմնակիցները (Larabie, West & Sohal) փաստում են, որ ծխելը դադարեցնելու չճանաչող փորձերն ավելի հաջող են, քան նախօրոք ճանաչողները: Նրանք նաև պնդում են, որ, հատկապես, շնչառական համակարգի հիվանդություններ ունեցողների մոտ այս ամենը նպաստում է լարվածության կուտակմանը և արդյունքում նույնիսկ ոչ շատ բացասական իրադարձությունները կարող են նպաստել ծխելը դադարեցնելու որոշման կայացմանը: Հանրային առողջապահության տեսանկյունից ծխախոտային կախվածության բուժումը, առանց մոտիվացիան հաշվի առնելու, շատ ավելի արդյունավետ է, քան փոքր մաս կազմող մոտիվացված ծխողների բուժումը: Եթե բժշկի աջակցությամբ հիվանդը հաջողությամբ դադարեցնում է ծխելը, ապա հիվանդի կողմից ի սկզբանե մոտիվացված չլինելն արդեն իսկ դառնում է ոչ կարևոր:

Գծապատկեր 2. Պացիենտի խորհրդատվության քայլերը



5R-ի ՌԱԶՄԱՎԱՐՈՒԹՅՈՒՆԸ

5R-ի ռազմավարությունն ուղղված է ծխելը դադարեցնելուն առնչվող անհատական պատճառներին, կանոնավոր ծխելու հետ կապված ռիսկերին, ծխելը դադարեցնելու օգուտներին և ծխելը հաջողությամբ դադարեցնելու խոչընդոտներին: 5R-ի ռազմավարությունը, որը կիրառվում է այն դեպքում, երբ ծխողը չի ցանկանում անմիջապես դադարեցնել ծխելը, ներառում է հետևյալը:

- **Կարևորություն/հրատապություն (Relevance).** պացիենտի հետ քննարկման ժամանակ բժիշկը պետք է փորձի պատասխանել հետևյալ հարցին. «Ինչո՞ւ է կարևոր անձնական ծրագրում ունենալ ծխելը դադարեցնելու հարցը»:

- **Ռիսկեր (Risks).** բժիշկը պետք է փորձի բացահայտել ծխողի մոտ առկա հնարավոր առողջական ռիսկերը և դասակարգի որպես սուր (թոքերի քրոնիկական օբստրուկտիվ հիվանդության սրացումներ) և երկարատև (անպտղություն, քաղցկեղ) ռիսկեր:

- **Օգուտներ (Rewards).** բժիշկը պացիենտին պետք է ներկայացնի ծխելը դադարեցնելու առողջական օգուտները:

- **Խոչընդոտներ (Roadblocks).** բժիշկը պետք է խնդրի հիվանդին թվարկել այն խոչընդոտները և արգելքները, որոնք կարող են խանգարել ծխելը դադարեցնելու փորձի հաջողությանը:

- **Կրկնություն (Repetition).** ծխելը դադարեցնելու միջամտությունները պետք է շարունակաբար կրկնվեն բոլոր այն դեպքերում, երբ բժիշկը զգում է, որ հիվանդը բավականաչափ չի ցանկանում/պատրաստ չէ թողնել ծխելը:

ԱԱՊ ՕՂԱԿԻ ԲՈՒԺԱՇԽԱՏՈՂՆԵՐԻ ԿՈՂՄԻՑ ՊԱՑԻԵՆՏԻ ԾԽԵԼՈՒ ԿԱՐԳԱՎԻՃԱԿԸ ՍՏՈՒԳԵԼՈՒ ՏԱՐԲԵՐ ՄՈՏԵՑՈՒՄՆԵՐԻ ՆԿԱՐԱԳՐՈՒԹՅՈՒՆ

Մոդել «ASK»

Հարցնել՝ ASK

Խորհրդատվություն՝ Advice

Ուղղորդել՝ Refer

Այս մոդելը հանդիսանում է այլընտրանքային, որն ավելի քիչ միջոցներ է պահանջում և ավելի իրագործելի է: ԱԱՊ օղակի բուժաշխատողներն իրենց հաճախորդներին հարցնում են ծխելու կարգավիճակի, հաճախականության մասին, տրամադրում են խորհրդատվություն և ուղղորդում դիմել ծխախոտից կախվածության համար նախատեսված թեժ գիծ կամ տրամադրում են առկա դեղամիջոցներ:

«AAA» մոտեցում

Հարցնել՝ Ask – Հարցնել, արդյոք, օգտագործում է ծխախոտային արտադրատեսակներից որևէ մեկը: *ԱԱՊ օղակում պետք է գործի համակարգված համակարգ, որտեղ կգրանցվի յուրաքանչյուր այցի ժամանակ ծխողների կարգավիճակը և հաճախականությունը:*

Խորհրդատվություն՝ Advice – Խորհուրդ տալ դադարեցնել ծխելը: *Յուրաքանչյուր ծխողին հստակ մոտիվացված և անհատականացված մոտեցմամբ հրահանգել, որպեսզի դադարեցնի ծխելը:*

Գործակցություն՝ Act – պացիենտի պատասխանից ելնելով, մշակել դադարեցման և աջակցման պլանը, որը ժամանակի ընթացքում կօգնի նրան դադարեցնել ծխելը:

«ABC» մոտեցում³

A (Ask) – Հարցնել – Ծխո՞ւ՞մ է արդյոք պացիենտը

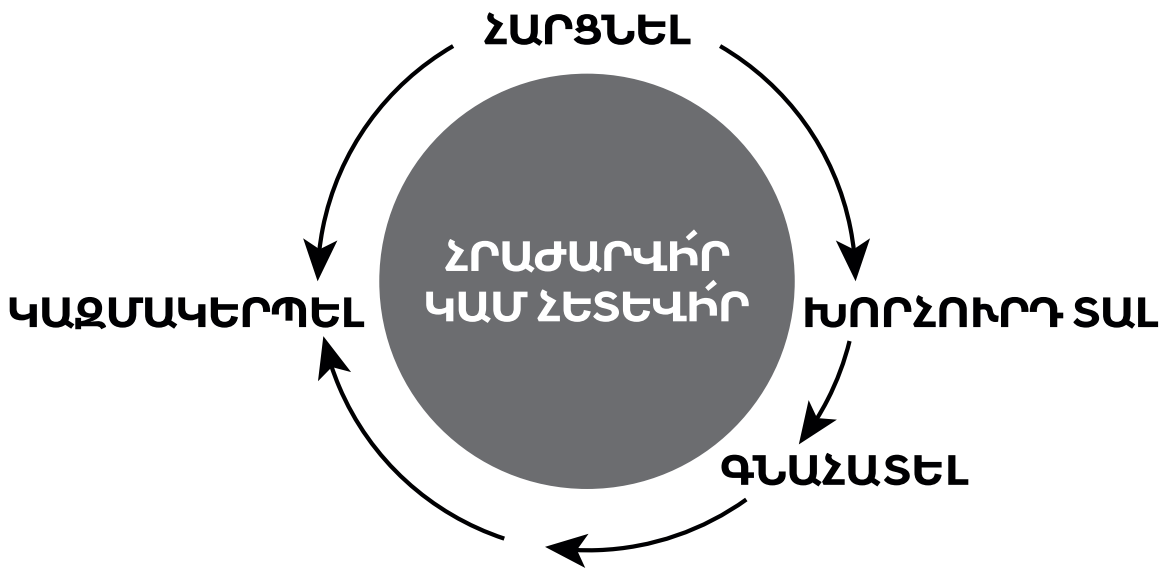
B (Brief advice) – Ծխախոտի դադարեցմանն ուղղված կարճատև խորհրդատվության տրամադրում

C (Cessation support) – Ծխախոտային կախվածության բուժման աջակցություն:

Ամփոփում

Ծխելը դադարեցնելուն ուղղված միջոցառումները պետք է իրականացվեն յուրաքանչյուր այցի ժամանակ, բժիշկը բոլոր ծխող պացիենտներին պետք է խորհուրդ տա թողնել ծխելը, գնահատի պացիենտի ծխելը թողնելու պատրաստակամությունը և ծխելը թողնելու փորձի ընթացքում աջակցի նրան կամ ուղղորդի ծխելը դադարեցնելուն աջակցող կենտրոն: Առողջապահության ոլորտի մասնագետները պետք է բժշկական աջակցություն տրամադրեն մոտիվացված և չմոտիվացված բոլոր ծխողներին: Պայմանավորված ծխելու կարգավիճակով և մոտիվացիայի փուլով՝ գործնականում կարելի է կիրառել 5A մոդելը: Պարբերաբար և մոտիվացնող խորհրդատվության տրամադրումը կնպաստի ծխելը դադարեցնողների թվաքանակի ավելացմանը:

Գծապատկեր 3. Պացիենտի վարման քայլերը



ՄՈԴՈՒԼ 4

ԾԽԵԼԸ ԴԱԴԱՐԵՑՆԵԼՈՒ ՊԱՏՐԱՍՏԱԿԱՄՈՒԹՅԱՆ ԳՆԱՀԱՏՈՒՄ ԵՎ ԽՈՐՀՐԴԱՏՎՈՒԹՅԱՆ ՏՐԱՄԱԴՐՈՒՄ

Խնդիրներ

1. Ծխող պացիենտներին հարցնել իրենց ծխելու կարգավիճակի մասին և տրամադրել համապատասխան խորհրդատվություն:
2. Աջակցությունից հրաժարվելու դեպքում գործարկել կիրառելի մեթոդներ:

ԱԱՊ օղակի բուժաշխատողի կողմից ծխելու դադարեցման խորհրդատվությունը չպետք է սահմանափակվի միայն ցուցումներով կամ դեղորայքի նշանակմամբ, այն պետք է անհատականացնել, համապատասխանեցնել ծխող պացիենտի խնդիրներին և համոզմունքներին: ԱԱՊ բուժաշխատողները պետք է հարգալից հարաբերություններ ունենան յուրաքանչյուր ծխող պացիենտի հետ: Աջակցության և բուժման սխեման պետք է համապատասխանեցնել ծխող պացիենտի վարքագծային մոտեցումներին: Յուրաքանչյուր- ոք պետք է համոզված լինի, որ ձեռնարկված միջոցառումները կհաջողվեն:

ԾԽԵԼՈՒ ԿԱՐԳԱՎԻՃԱԿԻ ՎԵՐԱԲԵՐՅԱԼ ՀԱՐՑՄԱՆ ՀՄՏՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

ԱԱՊ օղակի բուժաշխատողը յուրաքանչյուր այցի ժամանակ պետք է տեղեկանա ծխելու կարգավիճակի վերաբերյալ և այն գրանցի համապատասխան անհատական քարտում: Հարցադրումը կարելի է կատարել հետևյալ ստանդարտ հարցերով, որոնք օգնում են գնահատել ծխելու կարգավիճակը:

1. **Դուք երբևէ ծխել եք սիգարետ կամ օգտագործել եք ծխախոտային այլ արտադրատեսակներ (օրինակ, ծխամորճ, սիգար և այլն):**

2. **Դուք ծխում եք ամեն օր /որոշակի օրեր/ հատուկ իրավիճակներում: Որո՞նք են այդ իրավիճակները: Ընդհանուր առմամբ, քանի տարի է, ինչ ծխում եք ամեն օր:**

3. **Դուք համարվում եք պասիվ ծխող, այսինքն, ենթարկվում եք երկրորդային ծխի ազդեցությանը:**

Ծխախոտի օգտագործման կարգավիճակի վերաբերյալ տեղեկատվությունը և գրանցումը կարևոր քայլ է՝ օգնելու ծխող-հիվանդներին դադարեցնել ծխելը: Բուժաշխատողը պետք է ծխելու հավաստիությունն ու պարբերականությունը, ինչպես նաև պացիենտի առողջական վիճակը գնահատող մոնիտորինգ անցկացնի և արդյունքները գրանցի հատուկ գրանցաթերթիկում:

ԱՌՂՋՈՒԹՅԱՆ ՆՇԱՆՆԵՐ

Ջարկերակային ճնշում	<input style="width: 90%; height: 20px;" type="text"/>
Անոթազարկ	<input style="width: 90%; height: 20px;" type="text"/>
ՄՁԳ	<input style="width: 90%; height: 20px;" type="text"/>
Ջերմաստիճան	<input style="width: 90%; height: 20px;" type="text"/>
Շնչառության հաճախականություն	<input style="width: 90%; height: 20px;" type="text"/>

Ծխախոտի օգտագործման կարգավիճակ

Օգտագործում է	Չի օգտագործում	Երբեք չի օգտագործել
<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>

ԾԽԱԽՈՏ ՕԳՏԱԳՈՐԾՈՂ ԲՈԼՈՐ ՊԱՅԻՆՏՆԵՐԻՆ ԱՆՀԱՏԱԿԱՆ ԽՈՐՀՐԴԱՏՎՈՒԹՅԱՆ ՏՐԱՄԱԴՐՄԱՆ ԳՈՐԾԸՆԹԱՑ

(յուրաքանչյուր հանդիպումը՝ 20 րոպեից ավելի)

Բուժաշխատողների կողմից ծխելը դադարեցնելուն ուղղված հստակ, բայց համառոտ խորհրդատվությունը զգալիորեն բարձրացնում է պացիենտների ծխելը թողնելու մոտիվացիան և ծխելուց հրաժարվելու/զրկանքի ցուցանիշները: Խորհրդատվությունը պետք է լինի.

1. **Հստակ** - «Շատ կարևոր է, որ դուք այժմ դադարեցնեք ծխելը: Ես կարող եմ ձեզ օգնել հրաժարվել այդ սովորությունից», «Ժամանակ առ ժամանակ կամ քիչ ծխելը նույնպես վտանգավոր է»:

2. **Հստակեցված/համառ** - «Որպես ձեր բժիշկ, պետք է տեղյակ պահեմ, որ ծխելը թողնելն ամենակարևորն է, ինչը կարող եք անել ձեր առողջությունը պահպանելու համար այժմ և ապագայում: Ես և կլինիկայի աշխատակիցները ձեզ կօգնենք»:

3. **Անհատականացված** - Ծխախոտի օգտագործումը վերահսկելի է:

■ Ժողովրդագրական գործոն. օրինակ, կանայք ավելի շատ են հետաքրքրվել հղիության և պտղի զարգացման վրա ծխելու հետևանքներով, քան տղամարդիկ:

■ Առողջական խնդիրներ. քանի որ ծխախոտի օգտագործումն ասթմայի սրացման վրա ազդող և վերահսկման կարևոր գործոն է, ծխելը դադարեցնելն առանցքային դեր ունի

ասթմատիկ ծխողների շրջանում: Ասթմայով հիվանդներին պետք է տեղեկացնել շնչառական օրգանների վրա ծխախոտի բացասական ազդեցության վերաբերյալ, իսկ հարատամնաբորբով հիվանդներին տեղեկացնել բերանի խոռոչի քաղցկեղի դիսկի զարգացման գործոնի վերաբերյալ: «Ծխելով դուք ավելի եք բարդացնում ձեր հիվանդությունը, իսկ ծխելը դադարեցնելով կարող եք բարելավել ձեր առողջությունը»:

■ Սոցիալական գործոն. փոքր երեխաներ ունեցող ծնողներին պետք է տեղեկացնել, որ ծխախոտի երկրորդային ծուխը բացասաբար է անդրադառնում երեխաների առողջության վրա:

■ Ֆինանսական գործոն. «Դադարեցնելով ծխելը, դուք խնայում եք ձեր երեխաների առողջությունը և ձեր տնային տնտեսության շահույթը»:

Շատ հաճախ դժվար է լինում անհատներին տրամադրել ծխելը դադարեցնելու վերաբերյալ խորհրդատվություն և անհրաժեշտություն է առաջանում ցուցաբերել առանձնահատուկ մոտեցում: Կարելի է պացիենտին տալ հետևյալ հարցը. «Ինչը ձեզ դուր չի գալիս ծխելու ընթացքում»: Հաշվի առնելով ծխող պացիենտի պատասխանները, կարող եք մանրամասնել այն և տալ անհատական խորհրդատվություն:

Օրինակ. «Ինչը ձեզ դուր չի գալիս ծխելու ընթացքում»:
Պատասխան. «Ինձ դուր չի գալիս, թե որքան գումար եմ ծախսում ծխախոտի վրա»:
Բժիշկ. «Այո, ծխախոտային արտադրատեսակների գները բարձրանում են: Եկեք տեսնենք, թե դուք ինչ կարող եք գնել այդ տնտեսված գումարով»:

Հետագայում ֆինանսական գործոնը կարող է հիմք հանդիսանալ անհատական խորհրդատվություն տրամադրելու և բուժումը կազմակերպելու համար:

ԻՆՉՊԵՍ ԳՆԱՀԱՏԵԼ ԾԽԵԼԸ ԹՈՂՆԵԼՈՒ ՊԱՏՐԱՍՏԱԿԱՄՈՒԹՅՈՒՆԸ

(յուրաքանչյուր հանդիպումը՝ 20 րոպեից ավելի)

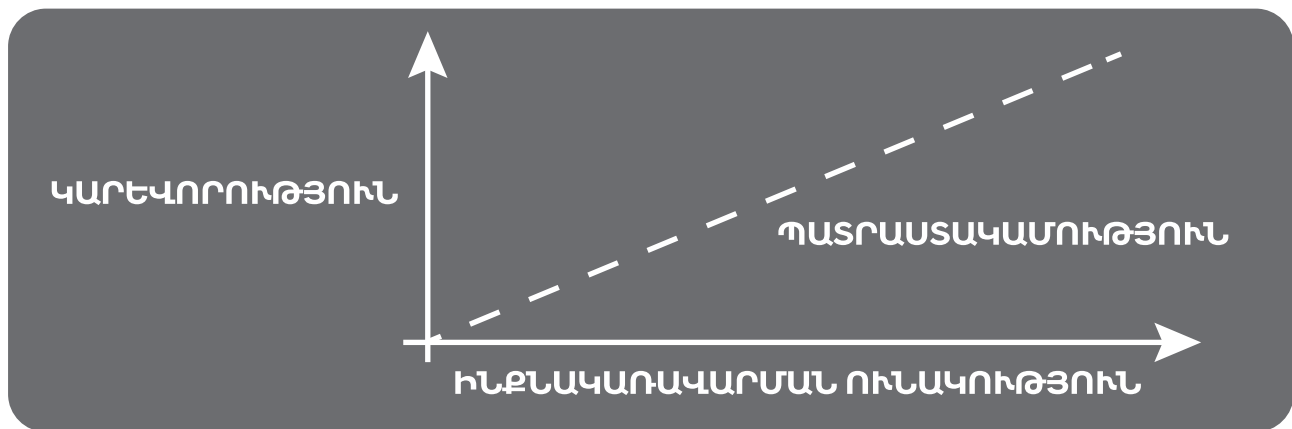
Ծխող պացիենտի պատրաստակամության գնահատում:

Ծխելը դադարեցնելու կարողությունը և պատրաստակամությունը դիտարկվում է 2 գործոնով՝ կարևորություն և ինքնակառավարման ունակություն (ինքնավստահությունը հաջողության հասնելու երաշխիք է): Ծխելը դադարեցնելու համար պետք է վստահ լինել, որ հաջողություն կարձանագրվի:

1. Ամենայն հավանականությամբ, ծխողը, ով հավատում է, որ «ծխելը թողնելը կարևոր է», ցանկություն կհայտնի դադարեցնել ծխելը և կհայտարարի. «Ես չեմ ուզում ծխել»:

2. Ամենայն հավանականությամբ, ծխողը, ով վստահության բարձր մակարդակ ունի ծխելը թողնելու իր կարողության մեջ, կհայտարարի. «Ես կկարողանամ դա անել»:

Նկար 3. Ծխելը դադարեցնելու գործոններ



ԾԽԵԼԸ ԹՈՂՆԵԼՈՒ ՊԱՏՐԱՍՏԱԿԱՄՈՒԹՅԱՆ ԳՆԱՀԱՏՈՒՄ

Մոտեցում 1. Պետք է երկու հարց տալ՝ կարևորության և ինքնակառավարման ունակության վերաբերյալ:

«Ցանկանում եք, արդյոք թողնել ծխելը», «Ինչ եք կարծում, հնարավորություն ունե՞ք ծխելը թողնել հաջողությամբ»:

Յուրաքանչյուր պատասխան, որը հստակ չի շարադրված, կարող է դիտարկվել, որ ծխող պացիենտը պատրաստ չէ այն անել: Այդ դեպքում պետք է կիրառել 5R ստանդարտ մոտեցումը (տես մոդուլ 5):

Աղյուսակ 4. Պացիենտի ծխելը դադարեցնելու պատրաստակամության գնահատում

Ցանկանում եք արդյոք թողնել ծխելը	ԱՅՈ	ՎՍՏԱՀ ՉԵՄ	ՈՉ
Ինչ եք կարծում, հնարավորություն ունե՞ք ծխելը թողնել հաջողությամբ	ԱՅՈ	ՎՍՏԱՀ ՉԵՄ	ՈՉ

Մոտեցում 2. Տալ հետևյալ հարցը. «Ցանկանում եք դադարեցնել ծխախոտի օգտագործումն առաջիկա 30 օրվա ընթացքում»: Բացասական պատասխանի դեպքում նույնպես կիրառել 5R ստանդարտ մոտեցումը (տես մոդուլ 5):

Ամփոփում

Մեթոդ 2-ը ծխախոտից հրաժարվելու պատրաստակամությունը գնահատելու ավելի պարզ մոտեցում է, բայց երկակի ստուգումը, որը նկարագրված է մեթոդ 1-ում հնարավորություն է տալիս ԱԱՊ օղակի բուժաշխատողին ծխող պացիենտի ընկալած կարևորության և ինքնակառավարման ունակության վերաբերյալ ամբողջական տեղեկատվություն ստանալ: Հիմնվելով այդ փաստարկների վրա, բուժաշխատողը մշակում է անհատական մոտիվացնող աջակցող մոտեցում նրանց համար, ովքեր հրաժարվում են թողնել ծխելը: Ծխողների հրաժարվելու պատրաստակամությունը պայմանավորված է նրանց ընկալումներով՝ հրաժարվելու կարևորության և հաջողության հասնելու նրանց վստահության մակարդակով և պատրաստակամությամբ: Կարելի է օգտագործել երկու մեթոդ ծխախոտից հրաժարվելու պատրաստակամությունը գնահատելու համար:

ՄՈԴՈՒԼ 5

ԾԽԵԼԸ ԴԱԴԱՐԵՑՆԵԼՈՒ ՑԱԾԻ ՄՈՏԻՎԱՑԻԱՅԻ ՀԱՂԹԱՀԱՐՄԱՆ ՄՈՏԵՑՈՒՄՆԵՐԸ

Խնդիրներ

1. Բնութագրել կարճատև միջոցառումների 5R մոդելը:
2. Ծխելը դադարեցնելու վերաբերյալ բացասական արձագանքի գնահատում և հակազդեցությունը 5R մոդելի միջոցով:
3. Մերժման և ցածր մոտիվացման դեպքում համապատասխան կերպով արձագանքում՝ օգտվելով հենց մոտիվացիայի մեթոդներից:

Ինչ է իրենից ներկայացնում մոտիվացիան՝ այն շարժառիթ է, ներքին և արտաքին գործոններ, որոնք դրդում են մարդկանց նպատակին հասնելու համար իրականացնել գործողություններ: Այստեղ «դրդապատճառ» բառը վերաբերում է «ներքին շարժառիթին»՝ վարքահո-

գեբանական փոփոխությամբ: Վարքագծային գիտությունների փորձագետների կարծիքով, ներքին շարժառիթը ներքին ինքնազգացողությունն է, որը որոշում է վարքի գործունեությունը, կողմնորոշումը և հստակեցումը՝ ուղղված առաջադրված նպատակների իրագործմանը:

Այստեղ մոտիվացիան բնորոշվում է որպես փոփոխությունների պատրաստակամության վիճակ:

Մոտիվացնող հարցազրույցի մեթոդները հիմնված են ծխելը դադարեցնելու մոտիվացիայի բարձրացմանն ուղղված միջամտությունների վրա, որոնք ներկայացված են ստորև:

■ Բաց հարցերի միջոցով բացահայտել ծխելու նկատմամբ պացիենտի վերաբերմունքը («Որքան կարևոր է ձեզ համար ծխելը թողնելը»):

■ Կիրառել լսելու հայելային արտացոլման տեխնիկան («Ինչ եք կարծում, ծխելն օգնում է ձեզ պահպանել ձեր ներկայիս մարմնի քաշը»):

■ Հարգել պացիենտի իրավունքը, երբ նա հրաժարվում է թողնել ծխելը («Ես հասկանում եմ, որ դուք հիմա պատրաստ չեք դադարեցնել ծխելը: Երբ ցանկանաք փորձել, պատրաստ եմ օգնել ձեզ»):

■ Հակասություններ առաջացնել պացիենտի ներկա վարքագծի և արժեքների միջև («Դուք ասում եք, որ ձեր ընտանիքը շատ կարևոր է ձեզ համար: Ինչ եք կարծում, ձեր ծխելն ազդում է ձեր կնոջ և երեխաների վրա»):

■ Հետևողականություն ձևավորել փոփոխության նկատմամբ («Ես փորձում եմ օգնել ձեզ խուսափել սրտի կաթվածից, ինչը պատահել է ձեր հայրիկի հետ»):

■ Հոգատար/կարեկցող վերաբերմունք դրսևորել («Դուք անհանգստացած եք հնարավոր արատիներնտային ախտանշաններից»):

■ Տեղեկություններ տրամադրելու թույլտվություն հարցնել («Համաձայն եք ինձ հետ սովորել վարքագծային որոշ տեխնիկաներ, որոնք կօգնեն դիմակայել այն իրավիճակներին, երբ ստիպված եք ծխել»):

■ Պարզ լուծումներ առաջարկել, օրինակ, հեռախոսահամար (ծխելը դադարեցնելուն աջակցող անվճար թեժ գիծ), վարքագծի փոփոխության վերաբերյալ խորհուրդներ պարունակող թռուցիկներ և այլն:

Առողջապահության ոլորտի մասնագետներից շատերը գտնում են, որ անհնար է դրական երկխոսություն ստեղծել մոտիվացիա չունեցող ծխող հիվանդների հետ նրանց վարքի ձևերի վերաբերյալ: Հաճախ, երբ փորձում են անպաշտպան պացիենտներին խորհուրդներ տալ, նրանք զայրանում են և ստիպված են լսել ամեն տեսակի արդարացումներ. ինչու է դա անընդունելի: Այդ դեպքում պետք է կիրառել 5R մոդելը, ինչպես նաև այլ մեթոդներ, որոնք կօգնեն կանոնակարգել ջմոտիվավորված կամ հրաժարվող հիվանդների շարժառիթները:

5R-ի մոդելը կարճատև մոտիվացիոն միջոցառում է, որը հիմնված է **մոտիվացնող հարցազրույցի (ՄՀ)** սկզբունքների, հրահանգների, խորհրդատվության տրամադրման վրա՝ ուղղված ծխող պացիենտին:

Մոտիվացիոն հարցազրույցը մշակվել է 1980-ականներին Ուիլյամ Միլլերի և Սթիվեն Ռոլնիկի կողմից՝ ավրոհոլի չարաշահման հետ կապված խնդիրներ ունեցող մարդկանց հետ աշխատելու իրենց փորձի հիման վրա:

Սա համեմատաբար նոր ճանաչողական - վարքագծային մոտեցում է, որի նպատակն է բարձրացնել մարդու ներքին մոտիվացիան՝ պայմանավորված անձի առջև դրված նպատակներով և արժեքներով:

խորհրդատվության ավանդական փորձագիտական-խորհրդատվական մեթոդների համեմատ, ՄՀ-ն ներկայացնում է պացիենտի հետ շփվելու տարբեր մոտեցումներ:

■ Սա հարցազրույցի տեսակ է՝ հարցերի և պատասխանների տեսքով, երկու կողմերն էլ

հարցեր են տալիս և ուշադիր լսում միմյանց, ինչպես նաև տեղեկատվություն են փոխանակում առանց քննադատության:

- Ընթանում է օժանդակող մթնոլորտում, որտեղ պացիենտը բավականաչափ հարմարավետ է զգում, որպեսզի ուսումնասիրվի իրականությունը և առկա խոչընդոտները:

- Այն կրում է մոտիվացիոն բնույթ, պացիենտը չի հակադարձում: Հակառակվելու կամ ընդդիմանալու փոխարեն, բուժաշխատողը գործնականում զրույցը վարում է անկեղծ, դրական և ուղղորդված:

- Ընթանում է պացիենտի ներքին հսկողության և գրգիռների ավելացում: Դա միմիայն պացիենտի ընտրությունն է, այլ ոչ թե բժշկի:

ՄՀ գործառույթներն են.

1. Կարեկցանքի արտահայտում
2. Հակասությունների զարգացում
3. Դիմադրության նվազում
4. Ինքնավստահություն

Աղյուսակ 5. Պացիենտին խորհրդատվություն տրամադրելու մոտեցումներ

<p>Կարեկցանքի արտահայտում</p>	<p>Օգտագործել անկեղծ հարցեր, խրախուսել և աջակցել, լսել մտորումները, կարեկցել: Պետք է առանց քննադատելու, մեղադրելու կամ հակառակվելու լսել և հասկանալ հիվանդի ապրումները: Օրինակներ, «Ինչ եք կարծում, որքանով է կարևոր և անհրաժեշտ ձեզ համար ծխելը թողնելը»: «Ինչ կարող է պատահել, եթե թողնեք ծխելը»: «Այսպիսով, կարծում եք, որ ծխելն օգնում է պահպանել ձեր քաշը»: «Ինչպես հասկացա, ծխելը ձեզ հաճույք է պատճառում, միևնույն ժամանակ, անհանգստացնում է այն հանգամանքը, որ ծխախոտը զարգացնում է տարբեր հիվանդությունների առաջացման հավանականությունը»: Ընդունել պացիենտին այնպես՝ ինչպես նա կա, իր դիրքորոշումներով: Օրինակ, «Այսպիսով, դուք ասում եք, որ այժմ պատրաստ չեք թողնելու ծխելը, ինչևէ, ես այստեղ եմ ձեզ օգնելու համար և պատրաստ եմ աջակցել երբ դուք ինքներդ պատրաստ կլինեք այդ քայլին»:</p>
<p>Հակասությունների զարգացում</p>	<p>Օգտագործել ռազմավարություններ՝ հիվանդին օգնելու համար հակադրությունները բացահայտելու համար և, միևնույն ժամանակ, շարունակել աշխատել վարքագծային փոփոխության վրա: Կենտրոնանալ այն փաստի վրա, թե ինչպես է հիվանդի ներկայիս պահվածքը տարբերվում իր կողմից ներկայացված առաջնահերթություններից, արժեքներից և նպատակներից: Օրինակ, «Ըստ երևույթին, դուք շատ կապված եք ձեր ընտանիքին: Ինչ եք կարծում, ինչպես է ծխելն ազդում ձեր երեխաների վրա»:</p>
<p>Դիմադրության նվազում</p>	<p>Օգտագործել պատրաստակամությունը գնահատելու և ռեֆլեկտիվ լսելու ունակության ռազմավարությունը: Օրինակ, «Դուք անհանգստացած եք, թե ինչպես եք հաղթահարելու զրկանքի ախտանշանները»: Շեշտադրել անհատի առջև դրված նպատակը և ինքնակառավարման անհրաժեշտությունը: Օրինակ, «Գոյություն ունեն որոշակի մեթոդներ, որոնք ձեզ կաջակցեն ծխելը դադարեցնելու գործում»:</p>

Օգնել հիվանդին բացահայտել և հիմնվել անցյալի հաջողությունների վրա: Օրինակ, «Ձեր վերջին ծխելը թողնելու փորձը բավական հաջողված է եղել»:
Առաջարկել հաջողության հասնելու համար քայլ առ քայլ մոտեցման հետևյալ եղանակները.

- կարդալ ծխելը թողնելու առավելությունների մասին,
- փոխել ծխելու մոդելը (օրինակ, չծխել տանը),
- արտահայտել ծխելը թողնելու վերաբերյալ մտահոգությունները,
- փորձել չծխել մեկ-երկու օր:

Հիվանդին պատմել հաջողված փորձ ունեցող մարդկանց մասին և առաջարկել հետևել նրանց օրինակին: Խրախուսել և համոզել հիվանդին, որ հաջողությունն ինքնուրույնության արդյունք է: Օրինակ, «16 անգամ փորձել եմ թողնել ծխելը»:

«Վայ, պարզվում է, որ դուք բազմիցս փորձել եք դադարեցնել ծխելը: Դա հիանալի է: Շատ կարևոր է, որ դուք պատրաստ եք նորից փորձել»:

Ծանոթացրեք հիվանդին սթրեսի հաղթահարման և տրամադրությունը բարձրացնելու մեթոդներին:

«5R» մոդելի ռազմավարություն

5R ռազմավարությունը կիրառվում է այն դեպքում, երբ ծխողը չի ցանկանում անմիջապես թողնել ծխելը, այն ներառում է հետևյալը քայլերը.

1. **Կարևորություն –Relevance**
2. **Ռիսկեր-Risks**
3. **Օգուտներ – Rewards**
4. **Խոչընդոտներ - Roadblocks**
5. **Կրկնություն - Repetition**

Հետևյալ աղյուսակն ամփոփում է 5R մոդելի բաղադրիչները և օրինակները, որոնք անհրաժեշտ կլինեն ոչ մոտիվացված ծխող պացիենտին օգնելու համար:

Աղյուսակ 6. 5R մոդելի բաղադրիչները և իրագործման սխեման

5R մոդելի բաղադրիչները և իրագործման սխեման	
Կարևորություն / Relevance	Օրինակ
<p>Հորդորել պացիենտին, պատմել, թե որքանով է կարևոր նրա համար ծխելուց հրաժարվելը: Մոտիվացիոն տեղեկատվությունն առավելագույն ազդեցություն է ունենում, եթե այն առնչվում է պացիենտի առողջական վիճակի, ռիսկի գործոնների, ընտանեկան կամ սոցիալական կարգավիճակի (օրինակ, տանը երեխաներ ունենալը), առողջության հետ կապված մտահոգությունների, տարիքի, սեռի և հիվանդի այլ կարևոր հատկորոշիչների հետ (օրինակ, ծխելը թողնելու նախկին փորձը և անձնական խոչընդոտներ):</p>	<p>Բ. Որքանով է ծխելը թողնելը անհրաժեշտ հենց ձեզ համար: Հ. Կարծում եմ, որ ծխելը վատ է իմ առողջության համար:</p>

Ռիսկեր / Risks

Առաջարկել պացիենտին նշել ծխելու հավանական բացասական հետևանքները: Օրինակներ.

- բարձր ռիսկ. շնչահեղձություն, ասթմայի սրացում, շնչառական վարակների ռիսկի ավելացում, հղիության ընթացքի բարդացումներ, իմպոտենցիա և անպտղություն: Երկարատև ռիսկեր. սրտանոթային համակարգի հիվանդություններ, ախտանշաններ, թոքերի և այլ օրգանների՝ կոկորդի, բերանի խոռոչի, կերակրափողի, ստամոքսի, երիկամի, միզապարկի, արգանդի պարանոցի և այլն քաղցկեղի առաջացում, թոքերի քրոնիկական օբստրուկտիվ հիվանդություններ, քրոնիկական բրոնխիտ և էմֆիզեմա, օստեոպորոզ, երկարատև անաշխատունակություն և անընդհատ խնամքի կարիք:

* Շրջակա միջավայրի ռիսկեր. թոքերի քաղցկեղի և սրտանոթային համակարգի հիվանդությունների զարգացման հավանականություն ամուսինների մոտ, ցածր քաշով երեխաների ծնելիության հավանականություն, նորածինների մահացության համախտանիշի, ասթմայի, միջին ականջի հիվանդությունների և շնչառական համակարգի հիվանդությունների զարգացում երեխաների շրջանում:

- Բ. «Տեղեկացված եք, արդյոք, ձեր առողջության հետ կապված ծխելու ռիսկերի մասին: Ինչն է ձեզ անհանգստացնում»:
- Հ. «Գիտեմ, որ ծխելը քաղցկեղ է առաջացնում: Ահավոր է»:
- Բ. «Այո, դա ճիշտ է: Ծխողների շրջանում քաղցկեղի զարգացման ռիսկը շատ ավելի բարձր է»:

Օգուտներ / Rewards

Առաջարկել պացիենտին նշել ծխելը դադարեցնելու հնարավոր, իր համար նշանակալի օգուտները.

- առողջության բարելավում,
- համային և հոտային զգացողությունների բարելավում,
- ֆինանսների խնայում,
- ինքնագնահատականի բարձրացում,
- տանից, մեքենայից, հագուստից, բերանի տհաճ հոտից ձերբազատում:
- լինել լավ օրինակ երեխաների համար և նվազեցնել հավանականությունը, որ երեխաները հետագայում կսկսեն ծխել,
- լինել ֆերտիլ և ունենալ առողջ երեխաներ,
- ֆիզիկական ինքնագացողության լավացում,
- ֆիզիկական ակտիվության ցուցանիշի լավացում,
- արտաքին տեսքի լավացում, ներառյալ կնճիռների և մաշկի ծերացման ընթացքի դանդաղում, գեղեցիկ ժպիտի գրավական:

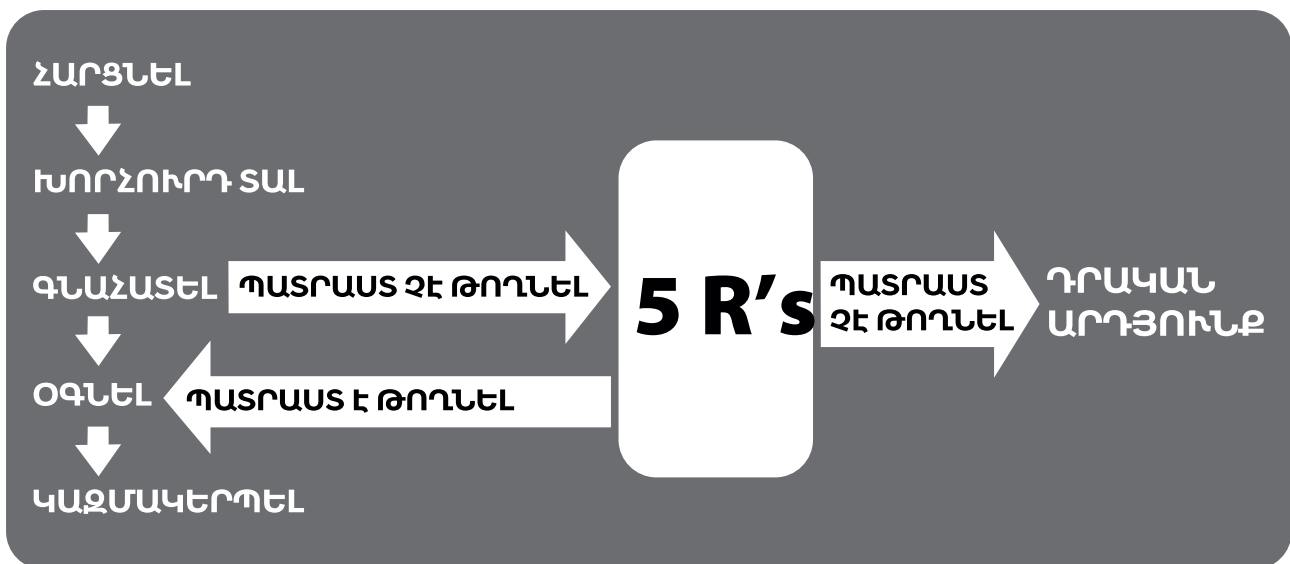
- Բ. «Գիտե՞ք, որ դադարեցնելով ծխելը, դուք կնվազեցնեք քաղցկեղով հիվանդանալու ռիսկը»:
- Հ. «Կարծում եմ, եթե ես դա անեմ, ապա ռիսկը կնվազի»:
- Բ. «Այո, և դա երկար չի տևում ռիսկի նվազման առումով: Բայց կարևոր է, որ որքան հնարավոր է շուտ դադարեցնեք ծխելը»:

<p>խոչընդոտներ / Roadblocks</p>	<p>Առաջարկել պացիենտին խոսել ծխելը դադարեցնելու խոչընդոտների մասին և նշանակել համապատասխան բուժում (խորհրդատվություն խնդիրները հաղթահարելու գործում, դեղորայքային բուժում): Հնարավոր խոչընդոտները՝</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ նյութափոխանակության խանգարում, ■ ձախողման վախ, ■ քաշի ավելացում, ■ աջակցության բացակայություն, ■ դեպրեսիա, ■ հաճույք ծխելուց, ■ ծխողների շրջանում գտնվելը, ■ սահմանափակ գիտելիքներ բուժման արդյունավետ տարբերակների մասին: 	<p>Բ. «Այսպիսով, ինչն է ձեզ խանգարում ծխելը թողնել»: Հ. «Ծխելու սարսափելի ցանկությունը»: Բ. «Մենք ձեզ կօգնենք, միասին կընտրենք նիկոտինային փոխարինող թերապիան (ՆՓԹ), ինչը կնվազեցնի ախտադարձը»: Հ. «Դա իսկապես կօգնի ինձ»: Բ. «Պետք է կամքի ուժ ունենալ, սակայն հետազոտությունների համաձայն, ՆՓԹ-ն կարող է կրկնապատկել ծխելը թողնելու ձեր շանսերը»:</p>
<p>Կրկնություն / Repetition</p>	<p>Իրականացնել պատրաստակամության կրկնակի գնահատում: Եթե պացիենտը պատրաստ չէ, ապա փորձել հաջորդ այցի ժամանակ: Մոտիվացնող միջոցառումները պետք է կրկնել ամեն այցի ժամանակ, եթե զգում եք, որ պացիենտը դրա կարիքն ունի:</p>	<p>Բ. «Մենք արդեն քննարկել ենք ձեզ հետ այդ թեման, փոխվել է, արդյոք, ձեր կարծիքը կամ համոզմունքները: Կարո՞ղ եք, արդյոք կրկին պատասխանել հետևյալ հարցերին»: Վերադառնալ 5A –ի գնահատման փուլին: Եթե պացիենտը պատրաստ է ծխելը թողնել, ապա շարունակել 5A-ն: Եթե պատրաստ չէ ծխելը թողնել, դրական տրամադրվածությամբ միջամտությունն ավարտել:</p>

ԵՐԲ Է ՕԳՏԱԳՈՐԾՎՈՒՄ 5R ՄՈԴԵԼԸ

Ինչպես արդեն նշեցինք, 5R- ի ռազմավարությունը կիրառվում է նրանց համար, ովքեր դեռ պատրաստ չեն թողնել ծխելը: Այն կիրառվում է 5A «Գնահատման» փուլից հետո, ինչը համառոտ նկարագրված է ստորև.

Գծապատկեր 4. 5R մոդելի նկարագրություն



Մոդելի իրականացման վերաբերյալ հուշումներ.

- Չընդհատել պացիենտին, թողնել խոսի:
- Եթե ծխող պացիենտը չի ցանկանում դադարեցնել ծխելը, ապա ավելի շատ ժամանակ տրամադրել «Ռիսկեր» և «Օգուտներ» քայլերը մանրամասնելու համար:
- Եթե ծխող պացիենտը ցանկանում է թողնել, բայց կասկածում է, որ դա նրան կհաջողվի, ապա ավելի մանրամասն պարզաբանել «Խոչընդոտներ» քայլը:
- Եթե պացիենտը դեռ պատրաստ չէ հրաժարվել ծխախոտից, ավարտել հանդիպումը դրական տրամադրվածությամբ և խնդրել նրան այցելել այն ժամանակ, երբ նա կփոխի կարծիքը կամ կցանկանա դա անել:

ՄՈՏԻՎԱՑԻՈՆ ԳՈՐԾԻՔՆԵՐ (15 րոպե)

Խորհրդատվության ժամանակ պետք է մոտիվացնել հիվանդին: Այն կարելի է անել մի քանի մեթոդներով.

- ծախսերի հաշվում (ծխախոտի ծախսի հաշվիչ, անձնական խնայողությունների հաշվիչ),
 - ծխախոտի հետ կապված հիվանդությունների լուսանկարներ,
 - տեսողական մոտիվացիոն գործիքներ, ինչպիսիք են.
 - ածխածնի մոնոքսիդի մոնիտորինգ,
 - սպիրոմետրիա՝ շնչառական օրգանների ֆունկցիայի հետազոտություն,
 - «թոքերի տարիքի» ցուցիչ (գրաֆիկով ցույց տալ միջին առողջ մարդու թոքերի և ծխողի թոքերի տարբերությունը):
 - ռիսկերի գծապատկեր (հեշտացնում է բժշկի և պացիենտի քննարկումը հիվանդության ռիսկի վերաբերյալ, օրինակ, ԱՀԿ-ի ռիսկերի կանխատեսման գծապատկերները):
- Յուրաքանչյուր մոտիվացիոն գործիք ունի իր առավելություններն ու թերությունները: Գործիքը, որը կօգտագործեն ԱԱՊ օղակի բուժաշխատողները, պայմանավորված է նրանով, թե որքան է այն իրագործելի և հասանելի:

Ամփոփում

Կան մի շարք մոտեցումներ, որոնք կարող են օգտագործվել ԱԱՊ օղակի բուժաշխատողներում՝ օգնելու այն մարդկանց, ովքեր չեն ցանկանում դադարեցնել ծխելը:

5R մոդելը կարող է օգնել ԱԱՊ օղակի բուժաշխատողներին կիրառել մոտիվացիոն խորհրդատվության սկզբունքներն ու հմտությունները՝ կարճատև միջոցառումների շնորհիվ փոխել անձի վարքահոգեբանական մոտեցումները և բարձրացնել մոտիվացիան: Կարող են նաև կիրառվել մոտիվացիոն գործիքները, որոնք հասանելի և իրագործելի են վերջիններիս կողմից:

ՄՈԴՈՒԼ 6

ԲՈՒԺՕՓԼՈՒԹՅԱՆ ԿԱԶՄԱԿԵՐՊՈՒՄ ԵՎ ՀԵՏԱԳԱ ԳՈՐԾՈՒՆԵՈՒԹՅԱՆ ՊԼԱՆԱՎՈՐՈՒՄ

Խնդիրներ

- Աջակցել հիվանդներին ծխախոտից հրաժարվելու գործընթացում՝ կազմելով դադարեցման, սոցիալական աջակցության ծրագիրը, եթե այդպիսին կա և տրամադրել համապատասխան լրացուցիչ նյութեր:
 - Կազմել հետագա այցերի և հետադարձ կապի ժամանակացույց:
 - Ուղղորդել հիվանդին դիմել մասնագիտացված հաստատություններ, եթե այդպիսիք կան:
 - Իրականացնել կարճաժամկետ հակածխախոտային միջոցառումներ՝ համաձայն 5A և 5R մոդելների:
- Ծխող պացիենտներին, ովքեր ցանկանում են թողնել ծխելը, աջակցել.
- Միասին մշակել ծխելը թողնելու ծրագիրը:

- Անցկացնել գործնական խորհրդատվություն:
- Տրամադրել սոցիալական աջակցություն, եթե այդպիսին կա:
- Նշանակել նիկոտինային կախվածության դեղորայքային բուժում կամ ուղղորդել մասնագիտացված կենտրոն:
- Տրամադրել լրացուցիչ տեղեկատվական թերթիկ:

ՄԻԱՍԻՆ ՄՇԱԿԵԼ ԾԽԵԼԸ ԹՈՂՆԵԼՈՒ ԾՐԱԳԻՐԸ

Այս տեսակի միջոցառումների ռազմավարությունը կարելի է ամփոփել STAR հապավումով:

Set - սահմանել ծխելը թողնելու ամսաթիվը (լավագույնը երկու շաբաթվա ընթացքում):

Tell - տեղեկացնել ընտանիքի անդամներին, ընկերներին, աշխատակիցներին որոշման մասին և հայցել նրանց աջակցությունը:

Anticipate – կանխատեսել առաջին մի քանի շաբաթվա ընթացքում առաջացող խնդիրները և խոչընդոտները, որոնք որոշիչ են, ներառյալ՝ զրկանքի համախտանիշի զարգացումը:

Remove - հեռացնել, վերացնել ծխախոտի առկայությունը տանը, մեքենայում և աշխատավայրում ու հաստատել կանոններ, որ նշված վայրերում չծխեն: Տունը և շրջապատը դարձնել ծխից ազատ գոտիներ:

ԾԽԵԼԸ ԴԱԴԱՐԵՑՆԵԼՈՒ ԸՆԹԱՑՔՈՒՄ ԽՆԴԻՐՆԵՐԻ ԿԱՄ ԴԺՎԱՐՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ՀԱՂԹԱՀԱՐՄԱՆ ՀԱՄԱՐ ԳՈՐԾՆԱԿԱՆ ԽՈՐՀՐԴԱՏՎՈՒԹՅԱՆ ՏՐԱՄԱԴՐՈՒՄ

Գործնական խորհրդատվության հիմնական դրույթներն ամփոփված են ԱՄՆ-ի կլինիկական պրակտիկայի «Ծխախոտի օգտագործման և կախվածության բուժում» ուղեցույցում, 2008թ.: Դրույթներն ամփոփված են աղյուսակում:

Աղյուսակ 7. Գործնական խորհրդատվության ընդհանուր դրույթներ

Գործնական խորհրդատվության դրույթներ - (խնդիրների լուծում/ հմտությունների զարգացում)	Օրինակներ
Վտանգավոր իրավիճակների ճանաչում՝ իրադարձությունների, ներքին իրավիճակների կամ պայմանների բացահայտում, որոնք մեծացնում են ծխելու կամ ախտադարձի ռիսկը	<ul style="list-style-type: none"> ■ բացասական ազդեցություն և սթրես ■ գտնվել ծխողների շրջանում ■ ակոհոլային խմիչքի օգտագործում ■ ծխելու ախտադարձ ■ գործոններ, որոնք դրդում են ծխել, օրինակ, ծխախոտի գլանակի առկայություն
Հաղթահարման հմտությունների ձևավորում՝ հաղթահարման հմտությունների հայտնաբերում և զարգացում Սովորաբար այդ հմտությունները նախատեսված են վտանգավոր իրավիճակները հաղթահարելու համար	<ul style="list-style-type: none"> ■ գայթակղիչ և սադրիչ իրավիճակների կանխատեսման, խուսափելու խորհուրդների տրամադրում ■ ճանաչողական/կոգնիտիվ մոտեցումների տիրապետում վատ տրամադրությունը բարձրացնելու համար ■ կենսակերպի փոփոխություններ՝ սթրեսը նվազեցնելու, կյանքի որակի բարելավման և ծխելու գործոնների ազդեցության նվազեցման համար ■ ծխելու նախասիրությունները հաղթահարելու համար ճանաչողական և վարքագծային հմտությունների ուսումնասիրություն (օրինակ, ուշադրության շեղում, կարծրատիպերի փոփոխություն)
Ծխելու և ծխելը դադարեցնելու մասին հիմնական տեղեկատվության տրամադրում	<ul style="list-style-type: none"> ■ ցանկացած քանակությամբ ծխելը (նույնիսկ մեկ ծուխ ներս քաշելը) մեծացնում է լիարժեք ախտադարձի հավանականությունը ■ ախտանիշը. սովորաբար գազաթնակետին է հասնում թողնելուց 1-2 շաբաթվա ընթացքում, բայց կարող է տևել ամիսներ (այդ ախտանիշները ներառում են վատ տրամադրություն, ծխելու ցանկություն և կենտրոնանալու դժվարություն) ■ ծխախոտից կախվածություն

Շատ հաճախ ծխող հիվանդների մոտ առաջանում են հետևյալ հարցերը, որոնց ԱԱՊ օղակի բուժաշխատողները պետք է կարողանան հիմնավոր պատասխանել.

1. Ինչ անել, եթե ես դեռ ծխելու ցանկություն ունեմ:

2. Ինչ կլինի, եթե ես նորից ծխեմ/սայթաքեմ/վրիպեմ:

ԱԱՊ օղակի բուժաշխատողներն առաջին հարցին կարող են պատասխանել.

■ *Ծխելու ցանկությունը և ձգտումները տեղի են ունենում նույնիսկ ծխելիս: Սովորաբար այն տևում է 1-2 րոպե: Դրա լուծման մի քանի եղանակ կա, որոնց թվում պետք է նշել «4D» կոչվող արդյունավետ մոտեցումը:*

■ **Հետաձգում Delay** - երբ ցանկություն է առաջանում, փորձել ազատվել դրանից հնարավորինս երկար ժամանակ:

■ **Խորը շնչառություն Deep breathing** - խորը ներշունչ/արտաշունչը և մեղիտացիան կարող են օգնել հանգստանալ ծխելու ավտադարձի դեպքում:

■ **Ջուր խմել Drink water** - ջուրը թարմացնում է օրգանիզմը և դուրս բերում թունավոր նյութերը:

■ **Զբաղվել ուրիշ գործով/շեղել ուշադրությունը - Do something else**- օրինակ, ցնցուղ ընդունել, կամ զբաղվել ֆիզիկական վարժություններով:

Ժամանակի ընթացքում ցանկության գրգիռների հաճախականությունը և ինտենսիվությունը

կապկասեն:

Երկրորդ հարցին ԱԱՊ օղակի բուժաշխատողները կարող են պատասխանել.

Ախտադարձ/ռեցիդիվ - ծխելը կարող էր թողնել մի քանի անգամից, առաջին անգամ կարող է չհաջողվել:

Եթե դուք սկսեք նորից/ վրիպեք, ապա.

■ մի մեղադրեք ձեզ, կատարյալ մարդիկ չկան,

■ ավտադարձն ընկալեք որպես փորձ, այլ ոչ թե պարտություն,

■ պարզապես կրկին փորձեք,

■ սայթաքումը (lapse) կամ վրիպումը (slip) զրկանքի ժամանակահատվածից հետո ծխախոտի օգտագործումն է, ինչը չի նշանակում վերադարձ կանոնավոր ծխելու վարքագծին:

Բուժօգնության շրջանակում հարկավոր է ապահովել սոցիալական աջակցություն:

Աղյուսակ 8. Բուժօգնության տրամադրման համար հիմնական բաղադրիչների բնութագրումներ

Բուժմանն օժանդակող բաղադրիչներ	Օրինակներ
Խրախուսել ծխող հիվանդին դադարեցնել ծխելը	<ul style="list-style-type: none"> ■ շեշտել, որ ներկայումս կա ծխախոտից կախվածության արդյունավետ բուժում: ■ նշել, որ ծխողների մեծամասնությունն այժմ դադարել է ծխել ■ ներշնչել պացիենտին, որ նա կարող է դա անել
Արտահայտել հոգատարություն և մտահոգություն	<ul style="list-style-type: none"> ■ հարցնել, ինչպես է հիվանդը ընկալում ծխելը թողնելու գաղափարը ■ ուղղակիորեն արտահայտել անհանգստություն և պատրաստակամություն՝ օգնություն տրամադրելու գործում ■ հարցնել պացիենտին իր մտավախությունների և երկշտության մասին
Սայթաքած/վրիպած պացիենտներ	<ul style="list-style-type: none"> ■ հարցնել ծխելը թողնելու պատճառների մասին ■ անհանգստությունների և մտահոգությունների մասին ■ ձեռքբերված հաջողությունների մասին ■ դժվարությունների մասին

ԻՆՉՊԵՍ ԿԱԶՄԱԿԵՐՊԵԼ ՊԱՑԻԵՆՏԻ ՀԵՏ ՀԵՏԱԴԱՐՁ ԿԱՊԸ (15 րոպե)

Երբ

Շատ հաճախ ախտադարձը տեղի է ունենում ծխելը դադարեցնելու առաջին երկու շաբաթվա ընթացքում: Հետևաբար, առաջին հանդիպումը պետք է նշանակել ծխելը թողնելու օրից հաջորդող օրերի՝ առաջին շաբաթվա ընթացքում: Երկրորդ հանդիպումը խորհուրդ է տրվում կազմակերպել ծխելը թողնելու օրից մեկ ամսվա ընթացքում:

Ինչպես/միջոցներ

Մոնիտորինգի և հսկողության համար կարելի է կիրառել գործնական մեթոդներ, ինչպիսիք են հեռախոսային շփումը, այցերը, կամ էլ նամակագրությունը: Խորհուրդ է տրվում կազմակերպել խմբային հանդիպումներ/ քննարկումներ:

Բովանդակություն

Աղյուսակում նկարագրված է ԱԱՊ օղակի բուժաշխատողների բոլոր անհրաժեշտ գործողությունները, որոնք անհրաժեշտ են ծխող պացիենտներին աջակցելու համար:

Աղյուսակ 9. ԱԱՊ օղակի բուժաշխատողների անհրաժեշտ գործողությունները ծխող պացիենտներին աջակցելու համար

Ծխող պացիենտներ	<ul style="list-style-type: none"> ■ Բացահայտել առկա խնդիրները և պարզել հետագա դժվարությունները ■ Հիշեցնել հիվանդներին, որ բուժման ծրագրից դուրս առկա է սոցիալական աջակցություն ■ Բացատրել նիկոտինային փոխարինող թերապիայի արդյունավետությունը ■ Նշանակել հաջորդ ստուգիչ այցի ամսաթիվը
Նախկին ծխողներ	<ul style="list-style-type: none"> ■ Շնորհավորել նրանց հաջողության կապակցությամբ
Բուժման գործընթաց	<ul style="list-style-type: none"> ■ Հարցնել, ինչպես է հիվանդը ընկալում ծխելը թողնելու գաղափարը ■ Ուղղակիորեն արտահայտել անհանգստություն և պատրաստակամություն՝ օգնություն տրամադրելու գործում ■ Հարցնել հիվանդին իր մտավախությունների և երկչոտության մասին
Վրիպած կամ սայթաքած պացիենտ	<ul style="list-style-type: none"> ■ Հիշեցնել նրանց, որ ախտադարձը պետք է որպես փորձ դիտարկել ■ Վերանայել հանգամանքները և խորհուրդ տալ նորից փորձել ■ Ուղղորդել ավելի ինտենսիվ բուժման, եթե այդպիսին կա: Ինտենսիվ աջակցությունը պետք է ներառի դեղորայքային բուժման առաջարկ կամ խրախուսանք և դեղերի ընդունման վերաբերյալ պարզ խորհրդատվություն ու ցուցումներ

ԱԱՊ օղակի բուժաշխատողները կարող են առաջարկել հիվանդներին ծխելը դադարեցնելու իրենց ինքնավստահությունը գնահատել 1-10 միավոր պարունակող պարզ սանդղակի օգնությամբ: Եթե վստահության մակարդակը 7-ից ցածր է, դա նշանակում է, որ հարկավոր է ավելի շատ փորձառություն և գործողությունների կիրարկման լիարժեքություն: Իսկապես վստահ կարելի է լինել իրական միջամտություններ անցկացնելուց հետո:

Գծապատկեր 5. Ծխելը թողնելու ինքնավստահության գնահատման սանդղակ



Ամփոփում

ԱԱՊ օղակի բուժանձնակազմը պետք է ուշադրություն դարձնի ծխելը դադարեցնող յուրաքանչյուր հիվանդի մտահոգություններին և գանգալներին, միասին կազմի դադարեցման ծրագիր և հեփազա այցելությունների ժամանակացույց:

Որպեսզի ծխելու դեմ պայքարի կարճափուլ միջոցառումն արդյունավետ լինի, ըստ 5A և 5R մոդելների, շար կարևոր է, որ ԱԱՊ օղակի բուժաշխատողը ծանոթանա 5A և 5R- ի յուրաքանչյուր քայլին և դրանք իրագործելի դարձնի իրական կյանքում:

ՉԾԽՈՂՆԵՐԻ ՇՐՋԱՆՈՒՄ ԵՐԿՐՈՐԴԱՅԻՆ ԾԽԻ ԱԶԴԵՑՈՒԹՅԱՆ ՆՎԱԶԵՑՈՒՄ

- Խնդիրներ**
- Երկրորդային ծխի սահմանում
 - Բնութագրել դրա հետ կապված վտանգները
 - Երկրորդային ծխի ազդեցության նվազեցման վերաբերյալ կարճաժամկետ միջոցառումների կիրառում

ՉԾԽՈՂՆԵՐԻ ՇՐՋԱՆՈՒՄ ԵՐԿՐՈՐԴԱՅԻՆ ԾԽԻ ԱԶԴԵՑՈՒԹՅԱՆ ՄԱԿԱՐԴԱԿՆԵՐԸ (15 րոպե)

Երկրորդային ծխի ազդեցությանը ենթարկվելն առողջական լուրջ խնդիրների աղբյուր է և երեխաների, և չծխող մեծահասակների համար: Չծխողների պաշտպանության համար պետք է արգելել ծխել: Առողջապահության ոլորտի աշխատողները պետք է ոչ միայն աջակցեն աշխատավայրում և հասարակական վայրերում ծխելու դեմ ուղղված համապարփակ օրենքների կատարմանը, ծխողներին, ովքեր ցանկանում են թողնել ծխելը, այլ նաև ուսուցանել բոլոր չծխողներին, ովքեր հաճախում են աշխատավայրեր և հասարակական վայրեր, բացատրել երկրորդային ծխի վտանգների մասին և օգնել նրանց խուսափել երկրորդային ծխի ազդեցությունից:

ԵՐԿՐՈՐԴԱՅԻՆ ԾԽԻ ՍԱՀՄԱՆՈՒՄԸ ԵՎ ՏԱՐԱԾՎԱԾՈՒԹՅԱՆ ՎԻՃԱԿԱԳՐՈՒԹՅՈՒՆԸ

Պասիվ ծխելը կամ երկրորդային ծուխը տեղի է ունենում այն ժամանակ, երբ մարդը ստիպված է շնչել (գիտակցաբար և անգիտակից) այլ մարդկանց ծխախոտի գլանակից կամ այլ արտադրատեսակներից արտամղած ծուխը: Դա կարող է ընթանալ թե տանը, թե ավտոմեքենայում, թե հանրային տրանսպորտում և նույնիսկ կանգառներում: Ծխախոտի ծուխը պարունակում է թունավոր նյութեր, որոնք կարող են վնասել այն շնչող ցանկացած մարդու, մասնավորապես, մանկահասակ և ավելի մեծ երեխաների, հղի կանանց առողջությանը:

Ծխախոտի ծուխն առաջանում է ծխախոտի այրվող գլանակներից, ծխամորճից և ծխախոտային այլ արտադրատեսակներից:

Էլ.գլանակների կամ «վեյփերի» գոլորշին նույնը չէ, ինչ պասիվ ծխելը, քանի որ այն պարունակում է ծխախոտի ծուխը: Այնուամենայնիվ, պասիվ գոլորշին, միևնույնն է, կարող է վնասել առողջությունը, քանի որ էլ.գլանակների գոլորշին պարունակում է նիկոտին և այլ թունավոր նյութեր, այդ թվում՝ ֆորմալդեհիդ, նիտրոզամիններ, որոնք կապված են թոքային հիվանդությունների և քաղցկեղի առաջացման ռիսկի հետ:

ՊԱՍԻՎ ԾԽԻ ԱԶԴԵՑՈՒԹՅՈՒՆՆ ԱՌՈՂՋՈՒԹՅԱՆ ՎՐԱ

Պասիվ ծխի ազդեցությունը բացասաբար է անդրադառնում երեխաների և մեծահասակների առողջության վրա: Գծապատկերը ցույց է տալիս, որ երկրորդային ծուխը երեխաների և մեծահասակների մոտ կարող է առաջացնել հետևյալ հիվանդությունները:

Աղյուսակ 10. Երկրորդային ծխի բացասական ազդեցությունն առողջության վրա

Հիվանդություններ երեխաների մոտ	Հիվանդություններ մեծահասակների մոտ
<ul style="list-style-type: none"> ■ նորածնի հանկարծամահության համախտանիշ ■ սուր շնչառական հիվանդություններ ■ միջին ականջի հիվանդություն ■ քրոնիկական շնչառության անխտանիշներ 	<ul style="list-style-type: none"> ■ սրտանոթային համակարգի հիվանդություններ ■ քթի խոռոչի հիվանդություններ ■ թոքերի քաղցկեղ ■ կանանց մոտ վերարտադրողական ֆունկցիայի խանգարում (անհաս երեխաների ծնելիություն)

ԱԱՊ օղակի բուժաշխատողները կարող են կիրառել 5A մոտեցումը չժխողների շրջանում երկրորդային ծխի ազդեցությունը գնահատելու համար:

Հարցնել - Ask – բացահայտել պասիվ ծխողներին յուրաքանչյուր այցի ժամանակ և գրանցել նրանց:

Խորհուրդ տալ- Advise –խորհուրդ տալ հիվանդին խուսափել երկրորդային ծխի բացասական ազդեցությունից:

Գնահատել - Assess - գնահատել հիվանդի պատրաստակամությունը՝ երկրորդային ծխի ազդեցությունը կրճատելու գործում:

Աջակցել - Assist – աջակցել հիվանդին՝ իր ամենօրյա միջավայրը դարձնել ծխից ազատ գոտի:

Համակարգել – Arrange - հետագա այցերի ժամանակացույցի կազմում:

Հարցնել - ԱԱՊ օղակի բուժաշխատողները պետք է հարցնեն իրենց բոլոր պացիենտներին, արդյոք նրանք ենթարկվում են երկրորդային ծխի ազդեցությանը և արձանագրեն նրանց պատասխանները: Սա պետք է լինի ամենօրյա գործողություն:

ՈՒՂՂՈՐԴՈՒՄ/ԽՈՐՀՐԴԱՏՎՈՒԹՅՈՒՆ

ԱԱՊ օղակի բուժաշխատողները պետք է հիվանդներին տեղեկացնեն երկրորդային ծխի վտանգների մասին և խորհուրդ տան, որ նրանք խուսափեն երկրորդային ծխի ազդեցությունից: Խորհուրդը պետք է լինի պարզ, դրական և անհատականացվի յուրաքանչյուր հիվանդի համար՝ ելնելով նրան բնորոշ յուրահատկություններից: Օրինակ, «Ազդեցության անվտանգ մակարդակ չկա, կարևոր է խուսափել երկրորդային ծխի ազդեցությունից, ինչը կարող է էապես բարելավել ձեր շնչառական հիվանդության ախտանիշները»:

ԳՆԱՀԱՏՈՒՄ

ԱԱՊ օղակի բուժաշխատողները պետք է գնահատեն հիվանդի պատրաստակամությունը երկրորդային ծխի ազդեցության նվազեցման գործում: Միասին կարող են գնահատել ենթարկվածության աստիճանը, մակարդակը և ինչպես կարելի է խուսափել դրանից: Օրինակ, եթե տվյալ պացիենտի տանը ծխում են և նա ենթարկվում է երկրորդային ծխի ազդեցության, ապա նա կկարողանա նվազեցնել ազդեցությունը՝ առաջարկելով, որ ընտանիքի անդամները թողնեն ծխելը կամ ծխեն տանից դուրս կամ պատշգամբում:

ԱԶԱԿՑՈՒԹՅՈՒՆ

Այն պացիենտները, ովքեր պատրաստ են փորձել նվազեցնել պասիվ ծխի ազդեցությունը, բուժաշխատողների օգնության կարիքը կունենան: Առողջապահության ոլորտի աշխատողները պետք է օգնեն հիվանդներին՝ իրենց համար իրագործելի գործողությունների ծրագրեր մշակելու հարցում: Ահա հիվանդների խորհրդատվության մի քանի օրինակ՝ «MAD-TEA»:

- Հանդիպել «MEET» – հանդիպել ընկերների հետ այն վայրերում, որտեղ ծխելն արգելված է:
- Խնդրել «ASK»- խնդրել ընտանիքի անդամներին և հյուրերին ծխել դրսում:
- Հայտարարել «DECLARE» - հայտարարել, որ ձեր տունը կամ մեքենան համարվում է ծխից ազատ գոտի:
- Խոսել «TALK» - խոսել ընտանիքի անդամների և աշխատանքային գործընկերների հետ՝ պասիվ ծխի ազդեցության ռիսկերի մասին:
- Քաջալերել «ENCOURAGE» - հորդորել ծխողներին, ընտանիքի անդամներին, ընկերներին և աշխատանքային գործընկերներին դադարեցնել ծխելը:
- Պարզաբանել «ADVOCATE» - իրազեկել համապարփակ օրենքներում/ ակտերում կիրարկման դրույթները, որտեղ ամփոփված է, որ փակ և հանրային նշանակության տարածքներում արգելվում է ծխելը:

ԿԱԶՄԵԼ ԺԱՄԱՆԱԿԱՑՈՒՅՑ

ԱԱՊ օղակի բուժաշխատողը պետք է գնահատի հիվանդի պատրաստակամության աստիճանը և կազմակերպի հետագա այցերի ժամանակացույց, որպեսզի տրամադրի աջակցություն և խորհրդատվություն:

Ամփոփում

Բնակչության առողջության վրա երկրորդային ծխի բացասական ազդեցության նվազեցումը հանդիսանում է բազմաթիվ երկրների առողջապահական գերակայություններից մեկը: ԱԱՊ օղակի բուժաշխատողները պետք է շարունակաբար բացահայտեն և համակարգեն բոլոր պասիվ ծխողներին և տրամադրեն խորհրդատվություն և աջակցություն՝ օգտվելով մոդուլում նկարագրված մոդելներից:

ՄՈԴՈՒԼ 8

ԾԽԱԽՈՏԱՅԻՆ ԿԱԽՎԱԾՈՒԹՅԱՆ ԴԵՂՈՐԱՅՔԱՅԻՆ ԲՈՒԺՈՒՄ

Խնդիրներ

- Սահմանել արդյունավետ դեղորայքային միջոցներ, որոնք կօգնեն ծխող պացիենտներին բուժման գործընթացում:
- Նշանակել ՆՓԹ հասանելի դեղորայք:
- Տալ համապատասխան խորհրդատվություն՝ բուսրոպիոն և վարենիկլին դեղամիջոցների օգտագործման դեպքում:
- Կիրառել գործիքներ ծխողների մոտ նիկոտինային կախվածությունը գնահատելու համար:

Նիկոտինային կախվածությունն ունի երկու բաղադրիչ՝ ֆիզիկական և հոգեբանական: Ի հավելումն ֆիզիկական կախվածության՝ ծխախոտային արտադրատեսակների օգտագործումը կարող է դառնալ սովորություն: Սոցիալական շփումը, առօրյայի հետ կապված որոշակի իրադրությունները կարող են խթանել ծխախոտի օգտագործումը, ինչը ժամանակի ընթացքում կարող է վերաճել սովորության և ամրապնդվել առօրյա կյանքում: Հետևաբար, խորհուրդ է տրվում ծխախոտային կախվածության բուժման մեջ ներառել և՛ դեղորայքային բուժում՝ ֆիզիկական ախտանշանները մեղմելու նպատակով, և՛ վարքաբանական խորհրդատվություն՝ ծխախոտի օգտագործման հետ կապված սովորությունները վերացնելու համար: Հետազոտությունների արդյունքները վկայում են, որ խորհրդատվության և դեղորայքային բուժման զուգակցումն արդյունավետ է ու նպաստում է ծխելը թողնել ցանկացող հիվանդների մոտ ծխելը դադարեցնելու ցուցանիշների բարձրացմանը: Ծխելը դադարեցնելու համար խորհրդատվության և դեղորայքային բուժման զուգակցումն ավելի արդյունավետ է, քան դրանցից յուրաքանչյուրի առանձին կիրառումը: Հետևաբար, հնարավորության դեպքում ծխելը թողնել փորձող հիվանդներին պետք է և՛ դեղորայքային բուժում նշանակել, և՛ խորհրդատվություն տրամադրել:

ԱԱՊ օղակի բուժաշխատողը պետք է իմանա, որ գոյություն ունեն երկու տեսակի դեղամիջոցներ.

1. Նիկոտինային փոխարինող թերապիա. նիկոտինային փոխարինող բուժումը հասանելի է տրանսդերմալ ձևով (սպեղանի), օրալ (մաստակ, բերանում լուծվող հաբեր, ենթալեզվային հաբեր, ներշնչակ), որոշ երկրներում՝ ներքթային ցողացրի ձևով:

2. Նիկոտին չպարունակող դեղորայքային միջոցներ. բուսրոպիոն, վարենիկլին, ցիտիզին, կլոնիդին, տրիպտիլին:

Աղյուսակ 12-ում ներկայացված է այդ դեղերի արդյունավետության մասին տեղեկատվություն, որոնք կօգնեն դադարեցնել ծխելը: Ըստ ԱՄՆ-ի կլինիկական ցուցումների, ՆՓԹ-ը, բուպրոպիոնը և վարենիկլինը հանդիսանում են ծխախոտից կախվածության բուժման հիմնական և առաջնային դեղամիջոցներ: Ներկայումս ՆՓԹ-ն ապահովում է արդյունավետության, ծախսերի և անվտանգության լավագույն հավասարակշռություն: Արդյունքում, ՆՓԹ-ի երկու ձև (նիկոտին պարունակող մաստակը և նիկոտինային սպեղանին) ներառվել են ԱՀԿ հիմնական դեղերի ցանկում:

Նիկոտինին փոխարինող միջոցների կիրառմամբ ծխելը նվազեցնելը խորհուրդ է տրվում միայն նիկոտինային կախվածություն ունեցողներին, որոնց մոտ նիկոտինային ընկալիչների մեծ քանակը և դրանց զգայունության նվազեցումն էական գործոն են ծխախոտի սպառման համար:

Ծխողների նիկոտինային կախվածությունը գնահատելը կարող է օգնել ԱԱՊ օղակի բուժաշխատողներին նշանակել կամ առաջարկել դեղաքանակ: Նիկոտինային կախվածությունը գնահատելու երկու եղանակ կա:

ՕԳՏԱԳՈՐԾԵԼ «ՖԱԳԵՐՍՏՐՈՄԻ» ԹԵՍՏԸ

«Ֆագերստրոմի» թեստը նիկոտինից ֆիզիկական կախվածության ինտենսիվությունը գնահատելու գործիք է:

Աղյուսակ 11. Նիկոտինային կախվածության «Ֆագերստրոմի թեստի» դրույթները և գնահատման սանդղակը⁴

Արթնանալուց հետո որքան ժամանակ է անցնում մինչև առաջին գլանակը ծխելը:	Մինչև 5 րոպե	3
	6-30 րոպե	2
	31-60 րոպե	1
	60 րոպեից ավելի	0
Դժվար է գերծ մնալ ծխելուց այն վայրերում, որտեղ ծխելն արգելված է (օրինակ, եկեղեցի, կինոթատրոն, գնացք, ռեստորան և այլն):	Այո	1
	Ոչ	0
Ո՞ր սիգարետից հրաժարվելն է ամենադժվարը:	Առավոտյան առաջին գլանակից	1
	Ցանկացած հաջորդ գլանակներից	0
Քանի սիգարետ եք օրական ծխում:	10 կամ պակաս	0
	11-20	1
	21-30	2
	31 կամ ավելի	3
Արթնանալուց հետո առաջին ժամերի ընթացքում ավելի հաճախ եք ծխում, քան օրվա մյուս ժամերին:	Այո	1
	Ոչ	0
Ծխում եք, երբ հիվանդ եք և ստիպված եք օրվա մեծ մասն անցկացնել անկողնում:	Այո	1
	Ոչ	0

** Հիվանդը կարող է ուղղակիորեն լրացնել հարցաթերթիկը: Միավորների միջակայքը 0-10 է: Դա հնարավոր է դարձնում նիկոտինային կախվածության ճշգրիտ գնահատումը, որի հիման վրա որոշվում է բուժման ծրագիրը:*

4 Աղբյուր՝ Heatherton TF et al. The Fagerstrom Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire.

Միավորային համակարգ

0–2 = շատ ցածր կախվածություն

3–4 = ցածր կախվածություն

5 = միջին կախվածություն

6–7 = բարձր կախվածություն

8–10 = շատ բարձր կախվածություն

5 միավորից պակաս. «Նիկոտինային կախվածության ձեր մակարդակը դեռևս ցածր է: Գործեք հիմա, քանի դեռ ձեր կախվածության մակարդակը չի ավելացել»:

5 միավոր. «Նիկոտինային կախվածության ձեր մակարդակը չափավոր է: Եթե անհապաղ միջոցներ չձեռնարկեք, ձեր կախվածությունը նիկոտինից կարող է լուրջ մակարդակի հասնել: Գործեք հիմա և վերջ դրեք նիկոտինային կախվածությանը»:

Ավելի քան 5 միավոր. «Ձեր կախվածության մակարդակը բարձր է: Դուք չեք վերահսկում ձեր ծխելու հաճախականությունը, այլ այն է ձեզ կառավարում: Խորհրդակցեք ձեր բժշկի հետ նիկոտինային փոխարինող թերապիայի միջոցների կամ այլ դեղամիջոցներ ընդունելու մասին, որոնք կարող են օգնել ձեզ ազատվել կախվածությունից»:

Ծխողներին, որոնց մոտ կախվածությունը բարձր և շատ բարձր մակարդակում է, խորհուրդ է տրվում նշանակել ՆՓԹ:

ԿԱՐՃ ԹԵՍՏ՝ ԵՐԿՈՒ ՊԱՐԶ ՀԱՐՑԵՐԻ ՄԻՋՈՑՈՎ

1. Քանի՞ սիգարետ եք օրական ծխում

- Ա. օրական <10 գլանակ
- Բ. օրական 10-20 գլանակ
- Գ. օրական 10-20 գլանակ
- Դ. 40 և ավելի

2. Երբ եք ծխում ձեր առաջին գլանակը

- Ա. արթնանալուց մինչև 30 րոպեի ընթացքում:
- Բ. արթնանալուց 30 րոպե անց:

ԽՈՐՀՐԴԱՏՎՈՒԹՅՈՒՆ

Ծխող պացիենտին որևէ ՆՓԹ նշանակելիս կամ առաջարկելիս պետք է տրվեն հստակ ցուցումներ և դեղաչափեր: Օգտագործման և չափաքանակների առաջարկությունների հրահանգները կարելի է գտնել աղյուսակ 10-ում:

Ամփոփում

Ծխախոտային կախվածությունը բուժելու համար կան մի շարք միջոցներ: Ներկայումս ՆՓԹ-ն ապահովում է արդյունավետության, ծախսերի և անվտանգության լավագույն հավասարակշռություն: Արդյունքում, ԱՀԿ-ի հիմնական դեղամիջոցների ցուցակի մեջ ավելացվել են ՆՓԹ երկու ձևեր (նիկոտինային մասսալը և նիկոտինային սպեղանին): ՆՓԹ-ի համար դեղաչափերի առաջարկությունները պետք է հիմնված լինեն ծխախոտ օգտագործողների ծխախոտային կախվածության գնահատման աստիճանի վրա:

ԾԽԱԽՈՏԱՅԻՆ ԿԱԽՎԱԾՈՒԹՅԱՆ ԼԱԲՈՐԱՏՈՐ ԱԽՏՈՐՈՇՈՒՄԸ

Ծխելու կարգավիճակը որոշվում է ըստ կլինիկական չափանիշների, սակայն հնարավոր է գնահատել նաև կենսաքիմիական լաբորատոր թեստերի միջոցով՝ ծխախոտի ծխի ազդեցության կենսամարկերների՝ ածխածնի մոնօքսիդի խտության և կոտինինի մակարդակի (նիկոտինի նյութափոխանակության արգասիք է) գնահատման միջոցով: Կենսաքիմիական վավերացումն օգտագործվում է հիմնականում գիտական հետազոտությունների ընթացքում կամ հիվանդների՝ չծխելու վերաբերյալ պնդումը հաստատելու նպատակով, մինչդեռ, խորհուրդ չի տրվում կիրառել բուժման մեթոդների և դեղաչափերի ընտրության առօրյա կլինիկական պրակտիկայում:

Ածխածնի մոնօքսիդ (CO). արտաշնչած CO-ն ամենահեշտ վերահսկվող կենսամարկերն է և շրջակա միջավայրում CO-ի բացակայության պայմաններում հաճախ է կիրառվում որպես ծխելու փաստը հաստատող չափորոշիչ: Արտաշնչած CO-ն չափելու համար ծխողին խնդրում են արտաշնչել ձեռքի CO անալիզատորի մեջ: CO-ն չափվում է մկգ-ներով (ppm (parts per million)), չափման միավոր, որը կարող է փոխարկվել որպես կարբօքսիհեմոգլոբինի համարժեք: CO-ի կիսատրոհման պարբերությունը մոտավորապես 2-6 ժամ է: Ծխողի արտաշնչած օդում CO-ի մակարդակը կարող է հասնել 10-20 մկգ-ի (ppm) (այսինքն՝ 2-5% կարբոհեմոգլոբինի): Օրական օգտագործված սիգարետների քանակի և CO-ի չափի միջև գոյություն ունի որոշակի կապ, սակայն այն խիստ անհատական է: CO-ի մակարդակի վրա ազդում են նաև ֆիզիկական լարումները: Վերջին ծխախոտն օգտագործելուց 24 ժամ հետո CO-ի քանակը վերադառնում է նորմային: Սովորաբար CO-ի խտությունը չծխողի արտաշնչած օդում չի գերազանցում 4 մկգ-ը: CO-ի քանակը կարող է փոխվել նաև պասիվ ծխելու արդյունքում՝ որոշակի սահմաններում: Ծխողներին չծխողներից տարանջատելու առաջարկվող սահմանային միավորը 9 մկգ-ն է: 10 մկգ և ավելի ցուցանիշն արձանագրում է ծխելու փաստը: Խորհուրդ է տրվում CO-ի մակարդակը չափել կեսօրին՝ ծխախոտի ներգործության իրական ցուցանիշը ստանալու համար: Պարզվել է, որ թոքերի քրոնիկական օբստրուկտիվ հիվանդությամբ ծխողների մոտ CO-ի խտությունն ավելի բարձր է: Սա բացատրվում է կամ թոքերի քրոնիկական օբստրուկտիվ հիվանդության առկայության հետևանքով շնչառական ուղիների բորբոքային գործընթացների արդյունքում ածխածնի մոնօքսիդի արտադրությամբ, կամ պարզապես ինտենսիվ ծխելու արդյունք է, ինչը բնորոշ է հիվանդների այս դասին:

ԿՈՏԻՆԻՆ

Կոտինինը նիկոտինի գլխավոր մետաբոլիտն է և ծխախոտի ծխի ազդեցության կենսամարկեր է: Օրգանիզմում կոտինինի խտությունը չափելով՝ կարելի է գնահատել անհատի՝ ծխախոտի ծխի ներգործությանը ենթարկվելու չափը: Կոտինինը կարող է չափվել արյան, մազերի, թքի և մեզի մեջ: Որպես սահմանային արժեք, առաջարկվում է < 15 նգ/մլ-ը՝ թքի նմուշի և 50 նգ/մլ՝ մեզի նմուշի համար: Նիկոտինային փոխարինող բուժում ստացող անհատների ծխելու փաստի հաստատման նպատակով կոտինինի քանակի որոշումը չի կարող կիրառվել և նախընտրելի մեթոդ է CO-ի մոնիտորինգը: Մինչև օրս արված գիտական հետազոտությունները չեն հաստատել նիկոտինային փոխարինող բուժման չափաբաժինների ընտրության համար կոտինինի ցուցանիշների որոշման առավելությունը կլինիկական ախտանշանների գնահատման մեթոդի նկատմամբ: Ներկայումս կոտինինի գնահատումը չի կիրառվում որպես կլինիկական գործելակարգում առաջնորդվելու միջոց:

ԱՆՀԱՏԱԿԱՆԱՑՎԱԾ ԲՈՒԺՄԱՆ ՍԻՆՏՄԱՆԵՐ

Կլինիկական պրակտիկայում դեղամիջոցների ընտրության և դեղաչափերի մասին որոշումները կայացվում են գրականության տվյալների և սեփական կլինիկական փորձի հիման վրա: Ներկայումս հայտնի են կլինիկական պրակտիկայում կիրառվող՝ ծխելը դադարեցնելու առանձին դեղամիջոցների ստանդարտ դեղաչափերի կամ կիրառության սխեմաների որոշակի սահմանափակումներ: Այդ իսկ պատճառով, չափազանց կարևոր է, որ բժիշկներն անհատականացնեն դեղամիջոցների դեղաչափերը ծխախոտային կախվածությունից բուժվող հիվանդների համար: Ծխելու զրկանքի ցուցանիշների բարձրացման և զրկանքի ախտանշանների նվազեցման նպատակով, հնարավոր է իրականացնել զուգակցված դեղորայքային բուժում: Առաջին շարքի դեղամիջոցների որոշ զուգակցումներ ավելի արդյունավետ են, քան մոնոթերապիաները. դրանք են՝ նիկոտինային սպեղանու երկարաժամկետ (այսինքն՝ 14

շաբաթ և ավելի) զուգակցումը նիկոտինային մաստակի կամ նիկոտինի ներքթային ցողացրի հետ, նիկոտինային սպեղանու և նիկոտինային ներշնչակի, նիկոտինային սպեղանու և բուպրոպիոնի զուգակցումները: Դեռևս պարզ չէ՝ արդյոք, զուգակցված թերապիայի առավելությունը պայմանավորված է մատակարարման երկու տեսակի համակարգերի գործարկմամբ, թե այն հանգամանքով, որ մատակարարման երկու համակարգերը նպաստում են արյան մեջ նիկոտինի խտության ավելացմանը: Զուգակցված դեղորայքային բուժումը կամ բարձր դեղաչափով նիկոտինային փոխարինող բուժումն ավելի արդյունավետ կերպով է մեղմացնում նիկոտինի զրկանքի ախտանշանները, հատկապես՝ ավելի մեծ կախվածությամբ ծխողների մոտ: Իրականում մասնագետները հաճախ են զուգակցում դեղամիջոցները: Ծանր ծխախոտային կախվածությամբ հիվանդներին ցուցված է զուգակցված բուժում՝ երեք կամ ավելի դեղամիջոցների միաժամանակյա կիրառմամբ: Նախնական դեղամիջոցի նկատմամբ հիվանդի մասնակի ռեակցիայի դեպքում կարող է լինել դեղամիջոցների հետագա հարմարեցման կարիք: Օրինակ, եթե հիվանդը նվազեցրել է ծխելը, օգտագործելով 1մգ վարենիկլին օրական 2 անգամ, և հեշտությամբ է տարել դեղամիջոցը, դեղաչափը կարող է բարձրացվել մինչև 1մգ՝ օրական 3 անգամ: Հնարամտություն է պահանջվում նաև այն դեպքերում, երբ հիվանդները դադարեցնում են ծխելը՝ օգտագործելով նիկոտինային սպեղանի և կարճատև ազդեցությամբ նիկոտինային փոխարինող բուժում, սակայն երեկոյան ժամերին զրկանքի ախտանշաններն ուժեղանում են: Ուշ կեսօրին 14մգ նիկոտինային սպեղանի կիրառելով՝ կարելի է նվազեցնել երեկոյան ժամերին զրկանքի ախտանշանների զարգացումը: Վարենիկլինով բուժման նախնական փուլում վատ վերահսկվող զրկանքի ախտանշաններն ավելի լավ հաղթահարելու համար Հարթը և մյուսները վարենիկլինով բուժման ծրագրում օգտագործել են նաև սպեղանի, քանի որ հիվանդները ստիպված են եղել թողնել ծխելը ծրագրում ընդգրկվելու ժամանակ, իսկ վարենիկլինի միջոցով կայուն խտությունների հասնելու համար պահանջվում է մի քանի օր:

ԶՈՒԳԱԿՑՎԱԾ ԴԵՂՈՐԱՅՔԱՅԻՆ ԲՈՒԺՈՒՄ⁵

Զուգակցված դեղորայքային բուժման ընդհանուր սկզբունքները

Ծխողների շրջանում զրկանքի ցուցանիշների բարձրացման համար գնահատվել է զուգակցված դեղորայքային բուժման 2 հիմնական տեսակ.

1. Նիկոտինային փոխարինող բուժման տարբեր կիրառության ձևերի և դեղակիներտիկ պրոֆիլների օգտագործմամբ թերապիա (օրինակ, նիկոտինային սպեղանի և նիկոտինային մաստակ):

2. Ազդեցության տարբեր մեխանիզմներով 2 դեղամիջոցների զուգակցմամբ թերապիա, ինչպիսին է բուպրոպիոնի և նիկոտինային փոխարինող բուժման զուգակցումը: Օրինակ, վարենիկլինի և բուպրոպիոնի զուգակցումը միավորում է ծխելը դադարեցնելու հարցում վարենիկլինի արդյունավետությունը և ծխելը դադարեցնելուց հետո բուպրոպիոնի՝ քաշի ավելացումը նվազեցնելու առավելությունը: Բացի այդ, նիկոտինային փոխարինող բուժման տարբեր տեսակների զուգակցումն ապահովում է նիկոտինի կայուն ելակետային մակարդակ (նիկոտինային սպեղանի) և, ի պատասխան զրկանքի ախտանշանների, նիկոտինային փոխարինող բուժման անմիջապես մատակարարման միջոցով նիկոտինի մակարդակի

5 Ծխախոտային կախվածության բուժման ձեռնարկ http://elearning-ensp.eu/assets/guides/guidelines_2018_armenia.pdf

ընդհատումներով բարձրացման հնարավորություն (նիկոտինային մաստակ, բերանում լուծվող հաբեր, ներշնչակ կամ ներքթային ցողացիր): Ջուգակցված դեղաբուժությունը շարունակում է մնալ հակասական և քիչ կիրառվող:

1. ԶՈՒԳԱԿՑՎԱԾ ՆԻԿՈՏԻՆԱՅԻՆ ՓՈԽԱՐԻՆՈՂ ԲՈՒԺՈՒՄ (ՆՓԲ)

Նկարագրված է նիկոտինային փոխարինող բուժման զուգակցման երկու տեսակ՝ հաջորդական և միաժամանակյա: Հաջորդական թերապիայի դեպքում զրկանքին հասնելու համար նշանակվում է նիկոտինի նախնական կայուն չափաբաժին (այսինքն՝ նիկոտինային սպեղանի), որից հետո ախտադարձը կանխարգելելու համար դեղաչափերը կիրառվում են ընդհատումներով՝ ըստ պահանջի:

Բազմակի նիկոտինային փոխարինող բուժման (այսինքն՝ միաժամանակյա թերապիա) կիրառման վերաբերյալ համեմատաբար շատ տվյալներ կան: Այս բանաձևը հնարավոր է դարձնում նիկոտինի պասիվ մատակարարումը երկարաժամկետ ազդեցությամբ նիկոտինային փոխարինող բուժման միջոցով (այսինքն՝ նիկոտինային սպեղանի) և ակտիվ՝ ըստ պահանջի մատակարարումը կարճաժամկետ ազդեցությամբ նիկոտինային փոխարինող բուժման միջոցով (այսինքն՝ մաստակ, բերանում լուծվող հաբեր, ներշնչակ և ներքթային ցողացիր):

2. ՆԻԿՈՏԻՆԱՅԻՆ ՓՈԽԱՐԻՆՈՂ ԲՈՒԺՈՒՄ + ՊԱՐՈՔՍԵՏԻՆ

Կիլենը և մյուսները կրկնակի կույր հետազոտությամբ ուսումնասիրել են՝ որքանով է արդյունավետ ծխելը դադարեցնելու նպատակով տրանսդերմալ նիկոտինային փոխարինող թերապիայի զուգակցումը հակադեպրեսանտ պարոքսետինի հետ: Ծխողները պատահականության սկզբունքով ընդգրկվել են խմբերից մեկում՝ տրանսդերմալ համակարգ և պլացեբո, տրանսդերմալ համակարգ և 20մգ պարոքսետին, տրանսդերմալ համակարգ և 40մգ պարոքսետին: Տրանսդերմալ բուժումը կիրառվել է 8 շաբաթ, իսկ պարոքսետինը կամ պլացեբոն՝ 9 շաբաթ: Հետազոտության արդյունքները վկայում են, որ զրկանքի ցուցանիշները խմբերում հավաստիորեն չեն տարբերվել, սակայն հետևողական մասնակիցների ենթախմբի վերլուծությունը ցույց է տվել, որ վերահսկողության շրջանի 4-րդ շաբաթում մասնակիցների զրկանքի ցուցանիշները պարոքսետինի խմբերում ավելի բարձր են եղել, քան ստուգիչ խմբում:

3. ՆԻԿՈՏԻՆԱՅԻՆ ՍՊԵՂԱՆԻ + ՄԱՍՏԱԿ

Սպեղանին օգտագործվում է ամեն օր: Այն կարող է օգտագործվել նաև նիկոտինային մաստակի հետ միաժամանակ: Նիկոտինային փոխարինող բուժման օրալ միջոցները կարճաժամկետ ազդեցություն ունեն և, անհրաժեշտության դեպքում, կարող են օգտագործվել ծխելու անհագ ցանկությունը թուլացնելու համար: Այս միջոցները կարող են կիրառվել ամեն օր կամ ընդմիջումներով: Նիկոտինային սպեղանու և նիկոտինային մաստակի զուգակցումը գնահատող հետազոտությունները ցույց են տվել, որ ծխելու զրկանքի ցուցանիշների բարձրացման գործընթացում զուգակցումն իր արդյունավետությամբ գերազանցում է մոնոթերապիային 12-րդ և 24-րդ շաբաթներում: Նիկոտինային մաստակի և սպեղանու զուգակցումը 3-6 ամիս կամ ավելի ժամանակահատվածում պետք է կիրառել ծանր և/ կամ երկարատև նիկոտինային զրկանքի ախտանշաններով հիվանդների համար, երբ բացակայում են թերապևտիկ այլ լուծումները:

4. ՆԻԿՈՏԻՆԱՅԻՆ ՍՊԵՂԱՆԻ + ՆԻԿՈՏԻՆԱՅԻՆ ՑՈՂԱՑԻՐ

Նիկոտինային սպեղանու և նիկոտինային ցողացրի զուգակցված բուժման և մոնոթերապիայի արդյունավետությունը գնահատելու նպատակով ռանդոմիզացված բաց հետազոտություն է իրականացվել 1384 ծխողների շրջանում: 6-րդ շաբաթում ծխելու զրկանքի ցուցանիշները

հավաստիորեն ավելի բարձր են եղել զուգակցված բուժման խմբում: Պլացեբո-վերահսկվող մեկ այլ հետազոտություն ցույց է տվել, որ նիկոտինային սպեղանու և նիկոտինի ներքթային ցողացրի զուգակցված բուժում ստացողների խմբում ծխելու զրկանքի հասնելու արդյունքները գերազանցել են նիկոտինային սպեղանի և պլացեբո ներքթային ցողացրի կիրառողների խմբում գրանցված արդյունքներին կարճաժամկետ (6 շաբաթ և 3 ամիս) և երկարաժամկետ (12 ամիս) վերահսկման փուլերում: Նիկոտինային սպեղանի + նիկոտինային ներշնչակ 400 մասնակից ընդգրկող պլացեբո-վերահսկվող ռանդոմիզացված հետազոտությունը ցույց է տվել, որ նիկոտինային սպեղանու և ներշնչակի միաժամանակ օգտագործման դեպքում 6-12-րդ շաբաթներում գրանցվել են ծխելու զրկանքի հավաստիորեն ավելի բարձր ցուցանիշներ, քան միայն ներշնչակի կիրառման դեպքում: Խումբ 1-ում (n=200) ներառված հիվանդները 6 շաբաթ օգտագործել են ներշնչակ և սպեղանի (15 մգ նիկոտին՝ ամեն 16 ժամը մեկ), այնուհետև հաջորդ 6 շաբաթվա ընթացքում՝ ներշնչակ և պլացեբո սպեղանի, իսկ դրանից հետո 14 շաբաթ՝ միայն ներշնչակ: Խումբ 2-ում (n=200) ընդգրկվածներն օգտագործել են նիկոտինային ներշնչակ և պլացեբո սպեղանի 12 շաբաթ, ապա՝ միայն ներշնչակ 14 շաբաթ: Ընդհանուր առմամբ, նիկոտինային փոխարինող բուժման զուգակցումները հեշտ տանելի են, իսկ կողմնակի ազդեցությունները նույնն են, ինչ յուրաքանչյուրի առանձին կիրառության դեպքում:

5. ՆԻԿՈՏԻՆԱՅԻՆ ՍՊԵՂԱՆԻ + ԲՈՒՊՐՈՊԻՈՆ

Բուպրոպիոնի զուգակցումը նիկոտինային սպեղանու հետ ավելի արդյունավետ է, քան միայն սպեղանու կիրառումը, քանի որ դրանք ունեն ազդեցության տարբեր մեխանիզմներ: Խորհուրդ է տրվում բուժման առաջին 2 շաբաթվա ընթացքում կիրառել բուպրոպիոնի ստանդարտ դեղաչափեր և ծխելը թողնելու նշանակված օրն ավելացնել նիկոտինային սպեղանին: Բուպրոպիոնը հարկավոր է օգտագործել 7-12 շաբաթ: Նիկոտինային սպեղանիով բուժման օպտիմալ տևողությունը զուգակցված բուժման սխեմայում 3-6 ամիս է: Ընդհանուր առմամբ, մասնագիտական գրականության վերլուծությունը ցույց է տալիս, որ բուպրոպիոնի և նիկոտինային փոխարինող բուժման զուգակցված թերապիան բարձրացնում է կարճատև զրկանքի ցուցանիշները: Առաջնային բուժօղակում իրականացված ծխելը դադարեցնելու արդյունավետությունը գնահատող մեծ հետազոտությունը ցույց է տվել, որ բուպրոպիոնի և բերանում լուծվող հաբերի զուգակցման արդյունքները գերազանցել են բոլոր մոնոթերապիաների (այսինքն՝ բերանում լուծվող հաբ, սպեղանի, բուպրոպիոն) արդյունքներին:

6. ՆՈՐՏՐԻՊՏԻԼԻՆ + ՆԻԿՈՏԻՆԱՅԻՆ ՓՈԽԱՐԻՆՈՂ ԲՈՒԺՈՒՄ

Նորտրիպտիլինի ու նիկոտինային փոխարինող բուժման զուգակցման և միայն նիկոտինային փոխարինող բուժման արդյունավետությունները համեմատող հետազոտությունների մեթավերլուծությունը վկայում է՝ չկան բավարար ապացույցներ այն մասին, որ զուգակցված բուժումը բարձրացնում է ծխելու զրկանքի ցուցանիշները:

7. ՎԱՐԵՆԻԿԼԻՆ + ՆԻԿՈՏԻՆԱՅԻՆ ՓՈԽԱՐԻՆՈՂ ԲՈՒԺՈՒՄ

Դեղակինետիկ սվյալների վրա հիմնվելով՝ Էբերտը և համահեղինակներն առաջ են քաշել հետևյալ վարկածները. վարենիկլինն ամբողջությամբ չի հագեցնում նիկոտինի ացետիլխոլինային ընկալիչները՝ հանգեցնելով ոչ լիարժեք «գոհացման» և ծխելու շարունակական մղման թերի արգելակման, վարենիկլինը լիովին չի փոխարինում ծխելու դոֆամինային ազդեցությանը՝ հանգեցնելով ծխելու շարունակական ցանկության: Այդ պատճառով հեղինակները եզրակացրել են, որ որոշ ծխողներ, ի հավելումն վարենիկլինի, կարող են ունենալ նիկոտինային փոխարինող բուժման կարիք՝ զրկանքը և ծխելու ցանկությունը նվազեցնելու համար, ինչը նրանց թույլ կտա հասնել ամբողջական զրկանքի:

Լոհր, Փայփերը և մյուսները պատասխանել են այն հարցին, թե արդյոք զուգակցված դեղորայքային բուժումը պետք է նույն կերպ կիրառվի բոլոր ծխողների համար, թե որոշ ծխողների դեպքում այն կարող է լրացուցիչ առավելություններ չունենալ մոնոթերապիաների համեմատ: Նրանք եզրակացրել են, որ զուգակցված դեղորայքային բուժումը հիմնականում ավելի արդյունավետ է եղել, քան մոնոթերապիան, բացառությամբ ծխողների մի խմբի (ցածր նիկոտինային կախվածությամբ ծխողներ), ովքեր զուգակցված բուժումից մեծ օգուտ չեն ստացել: Այս ծխողների շրջանում մոնոթերապիայի նախընտրությունը կարող է հիմնավորվել՝ հաշվի առնելով զուգակցված բուժման ծախսերը և կողմնակի ազդեցությունները:

Անհրաժեշտ են լրացուցիչ հետազոտություններ վարենիկլինի և նիկոտինային զուգակցված բուժման արժեքը և հիվանդների հատուկ ենթախմբերին այն առաջարկելու հնարավորությունը հետազայում ավելի լավ հասկանալու համար: Հաշվի առնելով ներկայումս առկա ապացույցների սակավությունը՝ զուգակցված բուժումը կարելի է դիտարկել միայն այն հիվանդների համար, ովքեր մոնոթերապիայի միջոցով դժվարանում են հասնել լիարժեք զրկանքի:

8. ՎԱՐԵՆԻԿԼԻՆ + ԲՈՒՊՐՈՊԻՈՆ

Քանի որ վարենիկլինի և բուպրոպիոնի ազդեցության մեխանիզմները տարբեր են, դրանք հաճախ օգտագործվում են զուգակցված, հատկապես այն ծխողների համար, ովքեր նախկինում ծխելը դադարեցնելու նպատակով կիրառել են բուպրոպիոնի մոնոթերապիա, սակայն այդ ընթացքում ունեցել են դժվարություններ: Այս զուգակցման փորձնական հետազոտությունը ցույց է տվել գերազանց արդյունավետություն և բարձր տանելիություն՝ եզրակացնելով, որ վարենիկլինի և բուպրոպիոնի զուգակցումը կարող է արդյունավետ լինել մոնոթերապիայի դեպքում արձանագրված ծխելու զրկանքի ցուցանիշներն էլ ավելի բարձրացնելու համար:

Առաջարկություններ

Որպես ծխելը դադարեցնելու բուժում, արդյունավետ են առաջին շաբթի դեղամիջոցների 5 զուգակցումներ, սակայն այդ բոլորի կիրառման առաջարկություններ անելու համար չկան բավարար ապացույցներ: Ներկայումս ԱՄՆ-ի Սննդի և դեղորայքի վարչության կողմից (FDA) հաստատվել է միայն նիկոտինային փոխարինող բուժման տարբեր տեսակների զուգակցումը, ինչպես նաև նիկոտինային սպեղանու ու բուպրոպիոնի զուգակցումը: Այնուամենայնիվ, բժիշկները ծխելը դադարեցնել ցանկացող հիվանդների շրջանում կարող են դիտարկել դեղամիջոցների այս զուգակցումների կիրառումը:

Դեղամիջոցների արդյունավետ զուգակցումներն են.

- Երկար ժամանակ (>14 շաբաթ) կիրառվող նիկոտինային սպեղանի և ՆՓԲ այլ տարբերակներ (մաստակ, ցողացիր) (A մակարդակի ապացույց):
- Նիկոտինային սպեղանի և նիկոտինային ներշնչակ (B մակարդակի ապացույց):
- Նիկոտինային սպեղանի և բուպրոպիոն (A մակարդակի ապացույց):
- Վարենիկլինի և նիկոտինային փոխարինող բուժման զուգակցման հակացուցումներ չկան (B մակարդակի ապացույց):
- Նիկոտինային փոխարինող բուժման և վարենիկլինի զուգակցումը, հատկապես արդյունավետ է ծխախոտի մոլի օգտագործողների համար, սակայն արդյունքները տարբեր են: Այս մոտեցման արդյունավետությունն ապացուցող լրացուցիչ հետազոտությունների անհրաժեշտություն կա (C մակարդակի ապացույց):

ԱՌԱՋԱՐԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ ՀՂԻ ԿԱՆԱՆՑ ԲՈՒԺՄԱՆ ՎԵՐԱԲԵՐՅԱԼ

Ծխախոտից հրաժարվելը չափազանց կարևոր է հղի կանանց համար: Դանիայում իրականացված խմբային հետազոտությունը ցույց է տվել, որ հղիության ընթացքում ծխելը կրկնապատկում է մեռելաձնության և կյանքի առաջին տարում նորածնի մահվան ռիսկերը: Նորածինների ցածր քաշով ծնվելը պայմանավորված է ներարգանդային թթվածնաքաղցով, որի հիմնական պատճառը մոր կողմից ծխախոտի օգտագործումն է: Հղիության ընթացքում ծխող կանանց մեծ մասի մոտ ծխելու ցանկությունը բավականին մեծ է լինում: Լավագույն տարբերակը հղիության ընթացքում ծխելը դադարեցնելն է՝ օգտագործելով բոլոր հասանելի միջոցները: Ծխելը դադարեցնել չկարողացող հղի կանանց համար լավագույն տարբերակը հոգեբանական աջակցության և դեղորայքային բուժման հասանելիության ապահովումն է: Ծխախոտի օգտագործման նվազեցումը (մինչև օրական մի քանի հատիկ) չի կարող համարվել ընդունելի նպատակ: Բուժման ընդունելի նպատակը ծխախոտից լիովին հրաժարվելն է/զրկանքը հղիության ամբողջ ընթացքում: Բավարար ապացույցներ կան, որ վարքաբանական միջամտություններն արդյունավետ են հղի կանանց շրջանում ծխախոտային զրկանքի ցուցանիշները բարձրացնելու հարցում: Խոստումնալից ապացույցներ կան, որ խրախուսանքների վրա հիմնված միջամտություններն արդյունավետ են ծխելը դադարեցնելու հարցում, չնայած հետագա ուսումնասիրություններ են անհրաժեշտ: Չկան համոզիչ գիտական զեկույցներ այն մասին, որ նիկոտինային փոխարինող բուժման որոշակի կողմնակի ազդեցություններն ավելի ծանր են, քան ծխելու հետևանքները: Գոյություն ունեն մեծաքանակ փորձարարական և կլինիկական ապացույցներ, որ նիկոտինը վնասում է զարգացող պտղին: Սակայն չկան ապացույցներ այն մասին՝ արդյոք նիկոտինային փոխարինող բուժումը հղիության ընթացքում դրական, թե բացասական ազդեցություն է ունենում ծննդյան արդյունքների վրա: Նիկոտինային փոխարինող բուժման ժամանակ պտղին վնասելու ռիսկը կանոնավոր ծխելու հետ համեմատած շատ ավելի քիչ է: Ընդհանուր ռիսկը նվազեցնելու համար 24-ժամյա սպեղանիների փոխարեն կարելի է նախապատվությունը տալ նիկոտինի օրալ կիրառմանը: Հղի կանանց ցուցված չեն և խորհուրդ չեն տրվում վարենիկլին և բուպրոպիոն:

Առաջարկություններ

- Հղիության ողջ ընթացքում պետք է գնահատել բոլոր հղիների ծխելու կարգավիճակը և առաջարկել աջակցություն ծխելը դադարեցնելու հարցում (A մակարդակի ապացույց):
- Բոլոր ծխող հղի կանանց խորհուրդ են տրվում ինտենսիվ վարքաբանական/հոգեցոցիալական միջամտություններ (A մակարդակի ապացույց):
- ՆՓԲ-ն միակ բուժումն է, որը փորձարկվել է հղի կանանց շրջանում: Որպես ծխելը դադարեցնելուն նպաստող արդյունավետ ռազմավարություն, նիկոտինային փոխարինող բուժման մասին ներկայումս առկա տվյալները բազմազան են: Այնուամենայնիվ, նիկոտինային փոխարինող բուժման ռիսկը զգալիորեն ավելի փոքր է, քան կանոնավոր ծխելու հետևանքով պտղին հասցված վնասը:

ԱՌԱՋԱՐԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ 18 ՏԱՐԵԿԱՆԻՑ ՓՈՔՐ ԴԵՌԱՀԱՍՆԵՐԻ ԲՈՒԺՄԱՆ ՀԱՄԱՐ

Երիտասարդ տարիքում նիկոտինային կախվածությունն արագորեն է զարգանում: Քանի որ ծխախոտի օգտագործումը հաճախ սկսվում է դեռահասության տարիներին, բժիշկները պետք է միջամտեն և աջակցեն ծխելու կանխարգելմանն այս տարիքային խմբում: Այս ասպարեզին վերաբերող գրականության մեջ առաջարկվում են բազմաթիվ, սակայն միևնույն ժամանակ սահմանափակ արդյունավետությամբ մոտեցումներ: Դեռահասների շրջանում ծխախոտային

կախվածությունը կանխարգելելու միջամտությունները ներառում են դեղորայքային բուժում, վարքաբանական մոտեցում (ինչպիսիք են դպրոցի կամ համայնքի վրա հիմնված ծրագրերը) և ծխախոտի դեմ պայքարի քաղաքականություններ: Պարզվում է, որ դեռահասների շրջանում ամենաէական թերապևտիկ ազդեցությունն ունեցել են ինքնավերահսկման և դիմակայելու հմտությունները, մոտիվացնող ռազմավարությունները (փոփոխության նկատմամբ հակասական տրամադրվածության/ երկմտության նվազեցում) և ծխելու վարքագծի վրա ազդող սոցիալական ազդեցություններին դիմակայելը: Երիտասարդներին ծխելը դադարեցնելու վերաբերյալ խորհրդատվություն տրամադրելիս պետք է հաշվի առնել, որ նրանք մեծ մասամբ թերազնահատում են սեփական նիկոտինային կախվածությունը: Ամեն օր կամ առիթից-առիթ ծխող դեռահասներին թվում է, որ իրենք ցանկացած ժամանակ հեշտությամբ կարող են թողնել ծխելը: Դեռահասների փորձերը հազվադեպ են պլանավորված: Նրանց մեծամասնությունը նախընտրում է դադարեցնել ծխելը՝ առանց որևէ մասնագիտական օգնության դիմելու: Սակայն հետազոտությունները ցույց են տալիս, որ ծխելը դադարեցնելու ցուցանիշները 2 անգամ ավելի բարձր են այն երիտասարդների մոտ, ովքեր մասնակցում են ծխելը դադարեցնելու ծրագրերին:

18 ՏԱՐԵԿԱՆԻՑ ՓՈՔՐ ԱՆՁԱՆՑ ԱՌԱՋԱՐԿՈՂ ԽՈՐՀՐԴԱՏՎՈՒԹՅՈՒՆ ԵՎ ԾԽԵԼԸ ԴԱԴԱՐԵՑՆԵԼՈՒ ՆՊԱՏԱԿՈՎ ԲՈՒԺՈՒՄՆԵՐ

Չնայած դեռահասների շրջանում ծխելու բարձր տարածվածությանը և նրանց առողջությանը հասցված էական վնասներին՝ փոքրածավալ աշխատանքներ են իրականացվել այս տարիքային խմբի համար ծխելու դադարեցման ծրագրեր մշակելու ուղղությամբ: Բնագավառը բացառապես կենտրոնացել է վարքաբանական/ հոգեւոցիալական բուժումների վրա: Առայժմ միայն նախնական արդյունքներով ցույց է տրվել հոգեւոցիալական միջամտության տեսակներից մեկի՝ ճգնաժամային կառավարման մեթոդի արդյունավետությունը: Վերջինը խրախուսական պայմանավորվածության վրա հիմնված վարքային բուժում է, ըստ որի, ցանկալի վարքագծերը (ինչպիսին է ծխախոտային զրկանքը) ուղղակիորեն պարզևատրվում են (օրինակ, վաուչեր, կանխիկ գումար): Տվյալները ցույց են տալիս, որ ճգնաժամային կառավարումը, որպես միակ մեթոդ կամ ճանաչողական-վարքաբանական թերապիայի հետ զուգակցված, կարող է արդյունավետ լինել ծխելը դադարեցնելու հարցում դեռահասներին խրախուսելու համար: Ճգնաժամային կառավարում (առաջին շաբաթում ածխածնի մոնօքսիդի մակարդակների և երկրորդ ու երրորդ շաբաթներում ծխախոտային զրկանքի վրա հիմնված դրամական պարգևներով) ստացող մասնակիցների մոտ բուժման ընթացքում ածխածնի մոնօքսիդի էականորեն ավելի ցածր մակարդակ և ծխախոտային զրկանքի ավելի բարձր ցուցանիշներ են գրանցվել, քան ճգնաժամային իրավիճակների կառավարման բուժում չստացողների մոտ: Երիտասարդների շրջանում խորհրդատվության արդյունավետությունն ուսումնասիրող մեթավերլուծությունը ցույց է տվել, որ այս մեթոդը կրկնապատկում է երկարաժամկետ զրկանքի ցուցանիշները, ի տարբերություն տարածված մոտեցման (համառոտ խորհրդատվություն, ինքնօգնության նյութեր և ուղղորդում դեպի ծխելը դադարեցնելուն աջակցող կենտրոններ) կամ որևէ միջամտության բացակայության: Ընդհանուր առմամբ, դեռահասների հետ աշխատանքում կարելի է կիրառել բուժման մի քանի տարբերակ. անհատական հանդիպումներ՝ զուգակցված հեռախոսային խորհրդատվության կամ համացանցային նամակագրության հետ և խմբային հանդիպումներ: Դեռահասների խորհրդատվության ժամանակ անհրաժեշտ է ապահովել գաղտնիությունը: Ցանկալի չէ, որ խորհրդատվությունն անցնի ծնողների կամ ուսուցիչների ներկայությամբ: Հասակակիցների հետ անցկացվող հանդիպումները բավականին արդյունավետ են. այս մեթոդը թույլ է տալիս երիտասարդ ծխողին խորհրդատվություն ստանալ իր գործընկերոջ կամ

լավագույն ընկերոջ հետ միասին, չնայած որ վերջիններս կարող են ծխող չլինել: Եթե դեռահասի ընտանիքում ծխում են, կամ եթե դեռահասը ենթարկվում է երկրորդային ծխի ներգործությանը, ցանկալի է նաև խորհրդատվություն տրամադրել վերջինիս ծնողներին: Հետազոտությունները ցույց են տվել, որ մանկաբուժական ծառայություններում կամ երեխաների հոսպիտալացման ընթացքում ծնողներին տրամադրվող խորհրդատվական միջամտությունները բարձրացնում են ծխելը դադարեցնելու հանդեպ ծնողների հետաքրքրությունը, ծնողների շրջանում ծխելը դադարեցնելու փորձերի քանակը, ինչպես նաև ծխելը դադարեցնելու ցուցանիշները: Ավելին, ծնողներին տեղեկացնելը իրենց երեխաներին երկրորդային ծխի ներգործությանը ենթարկելու ռիսկերի մասին կարող է նվազեցնել ներգործությունը, ինչպես նաև ծնողների շրջանում ծխելու ցուցանիշները:

Հափուկ դեռահասների համար սրեղծված ծրագրերը ներառում են ծխելու դադարեցման ծրագրեր դպրոցում, արդյունավետ կանխարգելման վերաբերյալ մեդիա-քարոզարշավներ, ծխելը դադարեցնելու ինտերակտիվ ծրագրեր, վիդեո դասընթացներ (ինչպիսին է հոլանդական «Ես չեմ ծխում» ծրագիրը), պարզևներ և խրախուսանքներ ենթադրող մրցութային ծրագրեր (ինչպիսին է «Դադարեցրու և շահիր» մրցույթը դեռահասների համար), «N-O-T (Not on Tobacco)», որը Թոքաբանների ամերիկյան ասոցիացիայի ծխելը դադարեցնելու կամավորական ծրագիրն է ավագ դպրոցների աշակերտների համար:

ՀԵՌԱԽՈՍԱՅԻՆ ԽՈՐՀՐԴԱՏՎՈՒԹՅՈՒՆ

Ծխելը դադարեցնելուն աջակցող թե՛ գծերը դեռահասների համար ամենագայթակղիչն են, քանի որ հեշտ հասանելի են և մասնակի անանուն, կարող են ներառել շարունակական հետևողականություն, քանի որ խորհրդատուն է ստանձնում սկզբնական շփումից հետո դեռահասին զանգահարելու նախաձեռնությունը: Օրինակ, Կալիֆոռնիայի ծխողների աջակցման թե՛ գծի ընթացակարգի համաձայն, խորհրդատուներն աշխատում են, որ դեռահասների շրջանում հասուն վարքագիծ համարվի ոչ թե ծխելը, այլ ծխելը դադարեցնելը: Նրանք նաև քննարկում են այս տարիքային խմբին համապատասխան թեմաներ, ինչպիսիք են անհատականության ձևավորումը, անխոցելիության զգացումը, ընտանիքից կախվածությունը, հասակակիցների հետ նույնականացումը և անկախության ձգտումը:

ԴԵՂՈՐԱՅՔԱՅԻՆ ԲՈՒԺՈՒՄԸ

ԴԵՌԱՀԱՍՆԵՐԻ ՇՐՋԱՆՈՒՄ

Եվրոպական երկրների մեծ մասում օրենքով արգելված է այդ դեղամիջոցների նշանակումը դեռահասներին: Դեռահաս ծխողների շրջանում դեղամիջոցների փորձարկումը սահմանափակվում է նիկոտինային փոխարինող բուժմամբ և բուսրոպիոնով:

Ըստ կլինիկական ուղեցույցների, երիտասարդ ծխողների համար նախընտրելի տարբերակը դեպի համապատասխան հոգեւոցիալական ծառայություններ ուղղորդելն է (օրինակ, դպրոցի կամ համայնքի աջակցությամբ իրականացվող ծրագրեր, անհատական կամ խմբային խորհրդատվություն): Չնայած այս միջամտությունների արդյունքում ծխելը դադարեցնելու համեմատաբար ցածր ցուցանիշներ են դիտարկվում, այնուամենայնիվ, ծխելը դադարեցնելու հավանականությունն էականորեն բարձրանում է: Ամեն դեպքում, դեղորայքային բուժում կիրառելիս նշանակումները պետք է կատարվեն լուրջ մոնիթորինգից հետո՝ հաշվի առնելով երիտասարդի ծխելու ցուցանիշները, ծխելը դադարեցնելու անհաջող փորձերը, ներկայիս մոտիվացիան: Երիտասարդների շրջանում ծխելը դադարեցնելու դեղորայքային բուժման վերաբերյալ հետազոտությունների անորոշ արդյունքների պատճառով նման դեղորայքի նշանակումը երիտասարդներին լուրջ սահմանափակումներ ունի:

Առաջարկություններ

- Բժիշկներին խորհուրդ է տրվում 18 տարեկանից ցածր բոլոր հիվանդներին հարցնել ծխախոտ օգտագործելու մասին և հստակ տեղեկություններ տրամադրել ծխելը դադարեցնելու կարևորության մասին (C մակարդակի ապացույց):
- Խորհրդատվությունն արդյունավետ մեթոդ է դեռահասների՝ ծխելը դադարեցնելու հարցում (B մակարդակի ապացույց):
- Պասիվ ծխելը երեխաների և դեռահասների համար վնասակար է: Ապացուցվել է, որ ծխելը դադարեցնելուն ուղղված խորհրդատվությունը, որը տրամադրվում է մանկաբուժական ծառայություններում, արդյունավետ է ծխող ծնողների մոտ զրկանքի համամասնության բարձրացման հարցում: Ուստի, երեխաներին երկրորդային ծխի ներգործությունից պաշտպանելու համար, բժիշկներին խորհուրդ է տրվում գնահատել ծնողների ծխելու կարգավիճակը, ինչպես նաև նրանց խորհուրդներ տալ և աջակցել ծխելը դադարեցնելու հարցում (B մակարդակի ապացույց):

ԱՌԱՋԱՐԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ ՇՆՉԱՌԱԿԱՆ, ՍՐՏԱՆՈԹԱՅԻՆ, ՀՈԳԵԿԱՆ ԱՌՈՂՋՈՒԹՅԱՆ, ՔԱՂՑԿԵՂԱՅԻՆ ԵՎ ՈՒՂԵԿՑՈՂ ԱՅԼ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ ՈՒՆԵՑՈՂ ԾԽՈՂՆԵՐԻ ԲՈՒԺՄԱՆ ՎԵՐԱԲԵՐՅԱԼ

Այն ծխողները, ովքեր ունեն ուղեկցող հիվանդություններ, ինչպիսիք են քաղցկեղը, սրտային հիվանդությունը, թոքերի քրոնիկական օբստրուկտիվ հիվանդությունը, շաքարային դիաբետը և ասթման, ծխելը դադարեցնելուն ուղղված բուժման կարևոր թիրախ են համարվում, քանի որ ծխելը զգալի դեր է խաղում այդ հիվանդությունների զարգացման և սրացման հարցում: Ծխախոտային կախվածության բուժման և քրոնիկական հիվանդությունների կառավարման ծրագրերի համատեղ կիրառումը կարող է արդյունավետ լինել բնակչության նման խմբերում միջամտություններ իրականացնելիս: Ծխելը դադարեցնելու նպատակով բուժումն արդյունավետ է տարբեր ուղեկցող հիվանդություններ ունեցող ծխողների շրջանում, անգամ, եթե որոշ դժվարություններ են ծագում: Սրտանոթային հիվանդություն ունեցող հիվանդների շրջանում ծխելը դադարեցնելու նպատակով բուժման հանգամանքներն առանձնահատուկ են, քանի որ նրանք հաճախ ստիպված են լինում դադարեցնել ծխելն անսպասելի սրտանոթային վտանգավոր պատահարից անմիջապես հետո և շարունակել զրկանքը մինչև կյանքի վերջ: Այս հիվանդների կողմից ծխելը դադարեցնելու գլխավոր պատճառը սրտաբանական խնդիրների առաջացումն է, ուստի, բժիշկները պետք է ծխելը դադարեցնելու համապատասխան աջակցություն տրամադրեն սրտանոթային հիվանդություններ ունեցողներին: Սրտանոթային հիվանդություն ունեցող ծխողների հետ աշխատանքում մի շարք հանգամանքներ պետք է հաշվի առնել.

1) նրանց պետք է անպայման առաջարկել դադարեցնել ծխելը,

2) նրանք պետք է դադարեցնեն ծխելը սրտանոթային հիվանդության սրացման փուլում և շարունակեն զրկանքը մինչև կյանքի վերջ,

3) նիկոտինային փոխարինող բուժման հակացուցում առկա է միայն սրտանոթային հիվանդության սրացման փուլում (սրտաբանական խնդրի առաջացման առաջին 48 ժամերի ընթացքում):

Դեղորայքային բուժման արդյունավետությունն էականորեն բարձրանում է, երբ այն զուգակցվում է բժշկի կամ այլ խորհրդատուի կողմից տրամադրվող վարքագծային

միջամտությունների հետ՝ ծխելը թողնելու խմբերի, ինչպես նաև հեռախոսային թեժ գծերի միջոցով: Սրտանոթային հիվանդությունների որևէ ռիսկ ունեցող հիվանդներին պետք է խորհուրդ տալ դադարեցնել ծխելը: Նման հիվանդների համար ցուցված է դիտարկել վարենիկլինի և/կամ նիկոտինային փոխարինող բուժման կիրառումը: Այս պահին եղած ապացույցների հիման վրա կարելի է ասել, որ նիկոտինային փոխարինող բուժումը որևէ բացասական ազդեցություն չունի սրտային հիվանդություն ունեցողների առողջական վիճակի վրա, սակայն սրացման շրջանում կիրառությունը հակացուցված է: Վարենիկլինի կիրառումն անվտանգ է այն ծխողների համար, ովքեր ունեն սրտի իշեմիկ հիվանդություն, սակայն նախկինում չեն ունեցել դեպրեսիա կամ հոգեկան խնդիրներ: Վերջապես, բազմաբաղադրիչ ռազմավարություններ (դեղորայքային և հոգեառաջնություն) ներառող միջամտությունները կարող են երկարաժամկետ հեռանկարում ավելի արդյունավետ լինել, հատկապես այն հիվանդների համար, ում հետ աշխատանքում միայն դեղորայքային բուժումն արդյունավետ չէ:

ՇՆՋԱՌԱԿԱՆ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

Ծխախոտի ծխման միջակայսներգործությանը ենթարկվելիս շնչառական օրգաններն ամենից շատն են վնասվում: Այդ պատճառով պետք է խրախուսել թոքերի քրոնիկական օբստրուկտիվ հիվանդություն, թոքի քաղցկեղ, ասթմա, շնչառական վարակներ, ներհյուսվածքային և քնի շնչառական խանգարումներ ունեցող հիվանդներին դադարեցնել ծխելը:

ԹՈՔԵՐԻ ՔՐՈՆԻԿԱԿԱՆ ՕԲՍՏՐՈՒԿՏԻՎ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆ (ԹՔՕՀ)

Թոքերի քրոնիկական օբստրուկտիվ հիվանդություն ունեցող ծխողների համար ծխելը դադարեցնելն ամենակարևոր բուժական միջամտությունն է: Այս հիվանդությամբ ծխողները հիմնականում ունեն նիկոտինային կախվածության բարձր մակարդակ, ինչը պահանջում է կիրառել ծխելը դադարեցնելու կանոնակարգված ծրագրեր՝ բաղկացած ինչպես դեղորայքային, այնպես էլ ոչ դեղորայքային միջամտություններից: Հոգեառաջնական միջամտությունը բաղկացած է ծխելը դադարեցնելու կանոնակարգված՝ մի քանի ժամ տևողությամբ ծրագրից, որը կենտրոնանում է ճանաչողական ասպեկտների և շնչառական համակարգի վերաբերյալ սուբյեկտիվ կամ օբյեկտիվ տվյալների վրա (օրինակ, թոքերի շնչառական ֆունկցիայի): Որոշ հետազոտություններ վերլուծել են, թե ինչ ազդեցություն են ունենում խորհրդատվության արդյունավետության վրա հատուկ բառապաշարի օգտագործումը (օրինակ, «ծխողի թոք»), արտաշնչած ածխածնի մոնոքսիդի նվազման դիմաց վիճակախաղի տոմսերով շահագրգռելը, թոքերի շնչառական ֆունկցիոնալ թեստեր կատարելը: Նշված միջամտությունները, սովորական խորհրդատվության հետ համեմատելիս, ոչ մի էական տարբերություն չեն արձանագրվել: Այնուամենայնիվ, դրանք ցույց են տվել որոշակի միտում հոգուտ ինտենսիվ միջամտության: Այս հիվանդների ինքնարդյունավետությունը և ինքնագնահատականը բարձրացնելու լավագույն տարբերակը նրանց շարունակական աջակցություն առաջարկելն է: Թոքերի քրոնիկական օբստրուկտիվ հիվանդությամբ տառապող հիվանդների կլինիկական հարցաշարն արժեքավոր գործիք է, որը ցույց է տալիս ծխելու դադարեցմամբ պայմանավորված առողջության հետ կապված կյանքի որակի բարելավումը: Թոքերի քրոնիկական օբստրուկտիվ հիվանդություն ունեցող յուրաքանչյուր հիվանդի բժիշկը պետք է հաճախակի խորհուրդ տա դադարեցնել ծխելը: Խորհուրդ է տրվում ամսական մեկ այց կատարել՝ այն զուգակցելով անհատական կամ խմբային ձևաչափով իրականացվող վարքագծային միջամտությունների հետ:

Տոնետոնը և համահեղինակները գնահատել են ծխելը դադարեցնելու նպատակով կիրառվող նիկոտինային ենթալեզվային հաբերի և երկու մակարդակների վարքային աջակցության արդյունավետությունը քրոնիկական օբստրուկտիվ թոքային հիվանդություն ունեցողների

շրջանում: Նրանք բացահայտել են, որ գրկանքի ցուցանիշներն էականորեն բարձր են եղել նիկոտինային ենթալեզվային հաբեր ստացող խմբում պլազմայի համեմատ, չնայած որ չի նկատվել որևէ էական տարբերություն բարձր կամ ցածր վարքագծային աջակցություն ստացող խմբերի միջև: Թոքերի քրոնիկական օբստրուկտիվ հիվանդություն ունեցող հիվանդներին ծխելը դադարեցնելու հարցում օգնելու համար կարելի է կիրառել նիկոտինային փոխարինող բուժման տարբեր համադրություններ: Խորհուրդ է տրվում կիրառել նիկոտինային փոխարինող բուժման ծառայությունների մատուցման տարբեր եղանակներ ունեցող 2 տեսակի համադրությունը: Նիկոտինային փոխարինող բուժման տևողությունը մինչև 6 կամ 12 շաբաթ երկարացնելը կարող է օգնել, որ ավելի շատ ծխողներ դադարեցնեն ծխելը, քան բուժման սովորական տևողության դեպքում: Նիկոտինային փոխարինող բուժումը կարող է օգնել օգտագործվող գլանակների քանակը նվազեցնելու միջոցով հասնել ծխելը լիովին դադարեցնելուն: Թոքերի քրոնիկական օբստրուկտիվ հիվանդություն ունեցող ծխողները սովորաբար մոտիվացված չեն լինում ծխելը դադարեցնելու հարցում: Վերոհիշյալ մոտեցումը կարող է օգնել բարձրացնել սեփական մոտիվացիան և ծխելը դադարեցնելու հարցում ինքնարդյունավետությունը:

Տարեկան սպիրոմետրիայի հետ զուգակցված՝ ծխելը դադարեցնելու վերաբերյալ հակիրճ խորհրդատվությունը, որին հետևում է անձնական նամակը բժշկից, ավելի բարձր գրկանքի ցուցանիշ է ապահովել թոքերի քրոնիկական օբստրուկտիվ հիվանդություն ունեցող ծխողների շրջանում, քան թոքերի նորմալ ֆունկցիա ունեցող ծխողների շրջանում:

Առաջարկություններ

- Թոքերի քրոնիկական օբստրուկտիվ հիվանդություն ունեցող բոլոր ծխողների շրջանում ծխելը դադարեցնելու նպատակով պետք է կիրառել կամ նիկոտինային փոխարինող բուժում, կամ վարենիկլին՝ անկախ հիվանդության ծանրությունից և օգտագործվող սիգարետների քանակից (B մակարդակի ապացույց):
- Նիկոտինային փոխարինող բուժումը, վարենիկլինը և բուպրոպիոնն արդյունավետ են և լավ տանելի թոքերի քրոնիկական օբստրուկտիվ հիվանդություն ունեցող ծխողների կողմից (A մակարդակի ապացույց):

ԱՍԹՄԱ

Քանի որ ծխախոտի օգտագործումն ասթմայի սրացման և վերահսկման վրա ազդող կարևոր գործոն է, ծխելը դադարեցնելն առանցքային դեր է ստանում ասթմատիկ ծխողների պարագայում: Ասթմատիկ ծխողների շրջանում ասթմայի ախտանշաններն ավելի սուր կերպով են արտահայտվում, անհետաձգելի դեղորայքի կարիք ավելի շատ է լինում, դիտվում է կորտիկոստերոիդների նկատմամբ ավելի բարձր ռեզիստենտականություն և ավելի վատ առողջական ընդհանուր վիճակ, քան չծխող հիվանդների մոտ: Հետազոտություններից մեկն ուսումնասիրել է, թե ինչպես է ծխելը դադարեցնելն ազդում կորտիկոստերոիդային բուժում ստացող ասթմատիկ հիվանդների թոքերի ֆունկցիայի և կյանքի որակի վրա: Պարզվել է, որ ասթմատիկ երկարաժամկետ ծխողների շրջանում ծխելը շարունակելը հանգեցնում է թոքերի շնչառական ֆունկցիայի էլ ավելի վատացման:

Ասթմա ունեցող ծխողների շրջանում խորհուրդ է տրվում բուժման 2 ռազմավարություն.

- Փնտրել այնպիսի դեղորայք, որի թիրախը բորբոքային մեխանիզմի փոփոխումն է (թեոֆիլինը բարձրացնում է ցածր դեղաչափով ներշնչման կորտիկոստերոիդների ազդեցությունը, թեթևացնում է ախտանշանները և բարելավում 1 վայրկյանում ուժով արտաշնչված օդի ծավալի ցուցանիշը (FEV1): Ֆլուտիկազոնի և սալմետերոլի

զուգահեռ կիրառումը ավելի լավ է կարգավորում շնչուղիների հիպերռեակտիվությունը և շնչուղիների տրամագիծը, քան ֆլուտիկազոնի կրկնակի դեղաչափը: Լեյկոտրիենի ընկալիչների անտագոնիստներն ավելի շատ նպաստում են օդափոխության բարելավմանը):

● **Տրամադրել ծխելը դադարեցնելու՝ ապացուցողական բժշկությամբ հիմնավորված աջակցություն (չկան բավականաչափ ապացույցներ, որոնք կօգնեն կազմել ծխելը դադարեցնելու ամենաարդյունավետ ծրագրերն ասթմայով հիվանդների համար: Հաստատվել է վարքային տեխնիկաների և հեռախոսային խորհրդատվության արդյունավետությունը: Պետք է հաշվի առնել նիկոտինային փոխարինող բուժման միջոցներից ցողացիրների վտանգների մասին ապացույցները):**

Առաջարկություններ

Ասթմա ունեցող ծխողներին դիտարկել որպես ռիսկի բարձր խմբում գտնվող հիվանդներ և յուրաքանչյուր պատեհ առիթի դեպքում նրանց հետ քննարկել ծխելը դադարեցնելու կարևորությունը: Ասթմայի ինքնակառավարման մեխանիզմների և ծխելը դադարեցնելու մասին կրթական թերթիկների տրամադրումը կարևոր է:

ՏՈՒԲԵՐԿՈՒԼՈՋ

Ծխողների շրջանում տուբերկուլոզի հարուցիչով վարակվելու ռիսկն ավելի բարձր է և վարակվելուց հետո նրանք ավելի հաճախ են ձեռք բերում տուբերկուլոզ հիվանդությունը, քան չծխողները: Ի տարբերություն չծխողների, ծխողների մոտ տուբերկուլոզն ավելի հաճախ է բերում տարածված ձևերի զարգացմանը: Տուբերկուլոզով հիվանդ ծխողների շրջանում խորխի քննությունը տուբերկուլոզի մանրէի նկատմամբ ավելի հաճախ է դրական լինում, ավելի հաճախ են թոքային տուբերկուլոզի դեպքերը, թոքերում խոռոչների գոյացումը, տուբերկուլոզի ախտադարձը և ավելի բարձր է տուբերկուլոզի պատճառով մահացության ցուցանիշը: Հայտնի է, որ ծխելը բարձրացնում է տուբերկուլոզով հիվանդանալու ռիսկը: Առհասարակ չծխելը կամ ծխելը դադարեցնելն օգնում է ավելի լավ վերահսկել տուբերկուլոզի տարածումը համայնքում: Քանի որ ծխելն էականորեն նվազեցնում է տուբերկուլոզի բուժման արդյունավետությունը, խորհուրդ է տրվում այդ հիվանդության բուժման ծրագրերում ներառել ծխելը դադարեցնելը: Տուբերկուլոզի դեմ պայքարի համաշխարհային միությունը խորհուրդ է տալիս տուբերկուլոզով հիվանդ ծխողների հետ աշխատանքում օգտագործել ծխելը դադարեցնելու ABC մոտեցումը (Ask՝ հարցնել ծխելու կարգավիճակի մասին, Brief Advice՝ կարճ խորհուրդ, Cessation support՝ ծխելը դադարեցնելու աջակցություն): Այս երեք դյուրին քայլերը կարող են կատարվել տուբերկուլոզով հիվանդ ծխողների հետ աշխատող առողջապահության ոլորտի ցանկացած մասնագետի կողմից, իսկ տվյալները պետք է գրանցվեն հիվանդի բժշկական պատմության մեջ: Թոքի քաղցկեղ ունեցող հիվանդների մոտ ծխախոտային կախվածությունը բուժելիս պետք է հաշվի առնել հետևյալը:

● **Մտիվացիա:** Փաստերը ցույց են տալիս, որ թոքի քաղցկեղ ունեցողների մեծ մասը մոտիվացված է ծխելը դադարեցնելու հարցում: Չնայած թոքի քաղցկեղի ախտորոշումը լուրջ դրդապատճառ է, այնուամենայնիվ, այս հիվանդությամբ տառապող ծխողների՝ ծխելը դադարեցնելու պատրաստակամության աստիճանը տարբեր է:

● **Ստիգմա (խարան) և ինքնախարազանում:** Էմպիրիկ ապացույցներ կան, որոնք փաստում են, որ թոքի քաղցկեղ ունեցող հիվանդները խարանված են ընկալվում՝ անկախ նրանից տվյալ ժամանակահատվածում ծխում են, թե ոչ:

ՀՈԳԵԿԱՆ ԱՌՈՂՋՈՒԹՅԱՆ ԽՆԴԻՐՆԵՐ, ԹՄՐԱՄԻՋՈՑՆԵՐ ՕԳՏԱԳՈՐԾՈՂՆԵՐ

Հոգեկան խնդիրներն առավել տարածված են ծխողների շրջանում: Այս հիվանդների մոտ ծխելը դադարեցնելու գործընթացն ավելի բարդ կարող է լինել: Ծխելու վարքագիծն առավել հաճախ է հանդիպում ակոհոլ և թմրամիջոցներ օգտագործողների շրջանում: Այս խմբին պատկանող ծխողներն ավելի հազվադեպ են բժշկի դիմում ծխելը դադարեցնելու նպատակով բուժման համար: Նրանց ծխախոտային կախվածության բուժումը բարդ գործընթաց է հոգեբուժական օգնություն և հատուկ դեղորայքի համատեքստում: Այն ծխողները, ովքեր ունեցել են տրամադրության կամ տագնապային խանգարումներ (ներառյալ անցյալ մեկ տարում ունեցածները), ավելի քիչ հավանական է, որ զրկանքի փուլում կլինեն ծխելը դադարեցնելուց 8 շաբաթ անց, համեմատած նախկինում հոգեկան խնդիրներ չունեցող ծխողների հետ: Տագնապային խանգարում ունենալը նույնպես կապված է ծխելը դադարեցնելուց 6 ամիս անց զրկանք ունենալու ցածր հավանականության հետ: Այս տվյալները կարող են հիմք ծառայել հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող ծխողների բուժման ծրագրեր մշակելու համար: Կարևոր է նշել, որ հոգեկան խնդիրներ ունեցողների ծխախոտային կախվածության բուժումը չի վատթարացնում նրանց հոգեվիճակը և նույնիսկ կարող է բարելավել տրամադրությունը: Քոքրեյնի համագործակցության մեթավերլուծությունն ուսումնասիրել է ծխելը դադարեցնելու նպատակով միջամտությունները տվյալ ժամանակահատվածում կամ անցյալում դեպրեսիա ունեցող անհատների շրջանում: Ուսումնասիրությունը ներառել է 49 հետազոտություն և բացահայտել է, որ ծխելը դադարեցնելու ստանդարտ միջամտությանը տրամադրության կառավարման հոգեսոցիալական բաղադրիչ ավելացնելն արդյունավետ է դեպրեսիա ունեցող (կամ անցյալում ունեցած) ծխողների շրջանում երկարաժամկետ զրկանքի հասնելու համար: Նաև պարզվել է, որ անամենզում դեպրեսիա ունեցող ծխողների բուժման ծրագրում բուպրոպիոնի ավելացումն արդյունավետ է երկարաժամկետ զրկանքի հասնելու համար: Դեղորայքային բուժմանը զուգահեռ, տրամադրվել է ինտենսիվ խորհրդատվություն: Հետազոտության պահին դեպրեսիա ունեցող մասնակիցների շրջանում որևէ ազդեցություն չի գրանցվել: Բավականաչափ տվյալներ չկան նաև մասնակիցների կողմից ծխելը դադարեցնելու նպատակով հակադեպրեսանտների կամ նիկոտինային փոխարինող բուժման այլ միջոցների ընդունման վերաբերյալ: Հոգեկան առողջության ծանր խնդիրներ՝ լուրջ դեպրեսիա, շիզոֆրենիա և պսիխոզ ունեցող ծխողների հետ աշխատելիս, խորհուրդ է տրվում երկարացնել բուժման տևողությունը, կիրառել հոգեբանական ճանաչողական-վարքաբանական միացյալ տեխնիկաներ և դեղորայքային այնպիսի բուժում, որն օգնում է վերահսկել/նվազեցնել ծխելու օգտադարձը կամ սկզբնական հոգեկան օգնության շրջանում: Շիզոֆրենիա ունեցող հիվանդների հետ աշխատելիս պետք է ներառել ծխելու կարգավիճակը կլինիկական գնահատման մեջ և ծխողներին առաջարկել նիկոտինային փոխարինող բուժում: Ծխախոտային կախվածության բուժման դեղորայքն այս խմբին պատկանող հիվանդների համար արդյունավետ է, սակայն օգտադարձի ռիսկը բարձր է: Քոքրեյնի համագործակցության մեթավերլուծությունը ցույց է տվել, որ շիզոֆրենիա ունեցող ծխողների բուժման գործընթացում բուպրոպիոնի օգտագործումը բարձրացնում է ծխախոտային զրկանքի ցուցանիշները: Վարենիկլինը հեշտությամբ է ընդունվում շիզոֆրենիայով հիվանդ ծխողների կողմից և կարող է մեղմել զրկանքի անցանկալի հետևանքները: Եվ վարենիկլինը, և զուգակցված դեղորայքային բուժումն արդյունավետ են, և նմանատիպ ուղեկցող հիվանդություններ ունեցող ծխողների շրջանում չեն բարձրացնում հոգեբանական դիսթրեսը 6 ամսվա ընթացքում: Այնուամենայնիվ, հավանական բացասական ազդեցությունները բացահայտելու համար հետագա ուսումնասիրությունների կարիք կա: Դեղորայք նշանակողները պետք է իրականացնեն հիվանդների շարունակական վերահսկողություն՝ հաշվի առնելով դեղորայքի ընդունելու

հետևանքով հոգեկան անհավասարակշռության առաջացման հավանականությունը: Ատիպիկ հակապսիխոտիկներով բուժվող հիվանդներն ավելի լավ են արձագանքում բուսրոպիոնին, քան նրանք, ովքեր բուժվում են ստանդարտ հակապսիխոտիկներով: Խորհրդատվությունը և դեղորայքային բուժումն արդյունավետ են այն ծխողների համար, ովքեր միաժամանակ բուժվում են թմրամիջոցների կախվածությունից, չնայած սակավաթիվ փաստեր կան այն մասին, թե որքանով է նիկոտինային կախվածության բուժումն ազդում թմրամիջոցներից կախվածության բուժման վրա: Ներկայիս հետազոտությունները ցույց են տալիս, որ վաուչերի օգտագործմամբ հիվանդների խրախուսման միջամտությունն արդյունավետ է օփիոիդային կախվածության բուժում ստացողների շրջանում սկզբնական ծխախոտային զրկանքի խրախուսման համար:

Առաջարկություններ

- Ծխախոտային կախվածության բուժումն արդյունավետ է հոգեկան առողջության լուրջ խնդիրներ ունեցող հիվանդների շրջանում: Այն բուժումները, որոնք ցուցված են ընդհանուր բնակչության հետ աշխատանքում, կիրառելի են նաև հոգեկան խնդիրներ ունեցող հիվանդների համար և գրեթե նույնչափ արդյունավետ են:
- Հոգեկան առողջության լուրջ խնդիրներ (դեպրեսիա, շիզոֆրենիա, պսիխոզ) ունեցող ծխողների հետ աշխատելիս, խորհուրդ է տրվում երկարացնել ծխախոտային կախվածության բուժման տևողությունը: Խորհուրդ է տրվում մշտապես վերահսկել հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող հիվանդներին, ում դեղորայքային բուժում է նշանակվել, քանի որ դեղորայքը կարող է հոգեկան անհավասարակշռության պատճառ դառնալ:

ՄԻԱՎ ՎԱՐԱԿԱԿԻՐՆԵՐ

ՄԻԱՎ դրական անհատներն ավելի հակված են ծխելու, ի տարբերություն ընդհանուր բնակչության: Ներկայումս ՄԻԱՎ դրական անհատներն ավելի երկար են ապրում շնորհիվ բուժման մեթոդների առաջընթացի: Այդ պատճառով բնակչության այս խմբում ծխելը կարևոր առողջական խնդիր է դառնում: Ծխող ՄԻԱՎ վարակակիրների մոտ մահացության ցուցանիշներն ավելի բարձր են: Նրանք նշում են կյանքի ավելի ցածր որակի մասին, ի տարբերություն չծխող ՄԻԱՎ վարակակիրների: Ի լրումն, ծխող ՄԻԱՎ վարակակիրներն ինվազիվ պնևմոնոկլային հիվանդությունների զարգացման ավելի բարձր ռիսկ ունեն, քան ՄԻԱՎ բացասական մարդիկ: Ծխող ՄԻԱՎ վարակակիրները չծխող ՄԻԱՎ վարակակիրների համեմատ օպորտունիստական վարակների և ինքնաձին պնևմոնոկոպի ավելի բարձր ռիսկ ունեն: Տվյալների համաձայն, ծխող ՄԻԱՎ վարակակիրները թերագնահատում են իրենց առողջության վրա ծխախոտի ազդեցությունը: Որոշ հիվանդներ նույնիսկ նշում են, որ այնքան երկար չեն ապրի, որ ծխելու առողջական հետևանքներն իրենց վրա զգան: Ավելին, որոշ ՄԻԱՎ վարակակիրներ նշում են, որ ծխելն արդյունավետ միջոց է, իրենց հիվանդությամբ պայմանավորված, սթրեսին դիմակայելու համար: Հիվանդների այս խմբում միջամտությունների երկարատև արդյունավետությունը վերլուծող ռանդոմիզացված կլինիկական հետազոտություններ չկան: Անհրաժեշտ է իրականացնել նոր հետազոտություններ:

Աղյուսակ 12. Ծխելը դադարեցնելու առաջին շարքի դեղամիջոցների նկարագրություն

Դեղամիջոց	Նշանակման առանձնահատկություններ	Առավելություններ և թերություններ
<p>Նիկոտինային մաստակ (առանց դեղատոմսի) ներծծվում է բերանի խոռոչի լորձաթաղանթի միջոցով Հասանելի չափաբաժինը 2 և 4 մգ</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 18 տարեկան և բարձր ծխողների համար • Սրտանոթային և արյան շրջանառության համակարգի հիվանդները պետք է այն օգտագործեն միայն բժշկի հսկողությամբ • Հղի և կերակրող կանայք կարող են օգտագործել այն, եթե իհարկե չեն կարող դա անել առանց ՆՓԹ-ի 	<p>Առավելություններ</p> <ul style="list-style-type: none"> • Հարմար է կիրառել • Գոյություն ունեն տարբեր համային մաստակներ • Սպեղանու համեմատ ավելի շուտ է ներծծվում օրգանիզմ <p>Թերություններ</p> <ul style="list-style-type: none"> • Կիրառելի չէ բերանի խոռոչի հիվանդություններ ունեցողների համար • 15 րոպե առաջ պետք է խուսափել ուտելուց կամ խմելուց • Կարելի է օգտագործել այնքան, որքան անհրաժեշտ է հիվանդին նիկոտինի քանակը ստանալու համար
<p>Նիկոտինային սպեղանի (առանց դեղատոմսի) Սպեղանու մեջ պարունակվող նիկոտինն աստիճանաբար ներծծվում է մաշկի և ենթամաշկային հյուսվածքի միջոցով, անցնում արյան մեջ՝ հասնելով գլխուղեղին Հասանելի չափաբաժինը 24 ժամ կրելու համար նախատեսված՝ 7մգ, 14մգ, 21մգ: 16 ժամ կրելու համար նախատեսված՝ 5մգ, 10մգ, 15մգ</p>	<p>Տե՛ս նիկոտինային մաստակի հրահանգները</p>	<p>Առավելություններ</p> <ul style="list-style-type: none"> • Բուժումը հնարավոր է հարմարեցնել յուրաքանչյուր հիվանդի կարիքների հետ • Բարձր աստիճանի նիկոտինային կախվածությամբ ծխողների կողմից հեշտ տանելիություն • Անհրաժեշտ է օգտագործել օրվա ընթացքում մեկ անգամ • Սպեղանին պոկվում է, կարելի է շարունակել կիրառել այն՝ ամրացնելով կաշուն ժապավենով <p>Թերություններ</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ոչ ճկուն չափաբաժնի առկայություն • Չափավոր մաշկի ցան և մաշկի գրգռվածություն
<p>Բերանում լուծվող հաբեր (առանց դեղատոմսի)՝ ներծծվում են բերանի խոռոչի լորձաթաղանթի միջոցով Հասանելի չափաբաժինը 2մգ, 4մգ</p>	<p>Տե՛ս նիկոտինային մաստակի հրահանգները</p>	<p>Առավելություններ</p> <ul style="list-style-type: none"> • Բերանում լուծվող հաբերի օգտագործումը շատ պարզ է, քանի որ դրանք թաղանթապատ են • Նիկոտինը բերանի խոռոչում 25%-ով ավելի արագ է ներծծվում, քան նիկոտինային մաստակը <p>Թերություններ</p> <ul style="list-style-type: none"> • Խուսափել կիրառումից 5 րոպե առաջ ուտելուց կամ խմելուց
<p>Նիկոտինային ներքթային ցողացիք (առանց դեղատոմսի) Ներշնչելիս, ինչպես դա անում են ծխողները ծխախոտի պարագայում, նիկոտինի փոքր քանակությունն անցնում է բերանի խոռոչ, որտեղ այն ներծծվում է լորձաթաղանթի միջոցով Հասանելի չափաբաժին 0.5մգ նիկոտինը 50մկլ նիկոտինային լուծույթում</p>	<p>Տե՛ս նիկոտինային մաստակի հրահանգները: Չի թույլատրվում հետևյալ դեպքում.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Քթի խոռոչի քրոնիկական հիվանդություններ • Շնչուղիների սուր և քրոնիկական հիվանդություններ 	<p>Առավելություններ</p> <ul style="list-style-type: none"> • Բուժումը հնարավոր է հարմարեցնել յուրաքանչյուրին • Սթրեսի կամ ախտադարձի համախտանիշի դեպքում • Նիկոտինը հասնում է գլխուղեղին գրեթե նույնքան արագ, որքան սիգարետի դեպքում <p>Թերություններ</p> <ul style="list-style-type: none"> • Օրվա ընթացքում հաճախակի օգտագործում ըստ ախտադարձի պարբերականության • Աչքերի և քթի խոռոչի գրգռում, սովորաբար վերանում է առաջիկա շաբաթվա ընթացքում

Ցուցումներ	Ցուցումներ
<ul style="list-style-type: none"> Ախտադարձի ախտանիշի թեթևացում Զրկանքի վերահսկում 	<p>Դեղաչափ Ըստ օրական ծխած ծխախոտի քանակի (գլանակ/օր). 4 մգ՝ եթե հիվանդը ծխում է > 20 գլանակ/օրական 2 մգ՝ եթե հիվանդը ծխում է ≤20 գլանակ/օրական օրվա առաջին ծխախոտի ծխելու ժամանակից ի վեր. ≤ 30 րոպե - 4 մգ, > 30 րոպե - 2 մգ: Նախնական դեղաչափը 1–2 հատ յուրաքանչյուր 1–2 ժամվա ընթացքում (10–12 հատ/ օրական): Նվազեցնել չափաբաժինը ըստ ախտադարձի ախտանիշների Տևողությունը՝ Առաջարկվող դեղաչափը 12 շաբաթվա ընթացքում կազմում է ոչ ավելի քան 24 մաստակ/օրական Կիրառման եղանակը՝ Հարկավոր է ծամել 1 կամ 2 անգամ, ապա 3 րոպե պահել բերանում, իսկ հետո ծամել րոպեում 1 անգամ 20 րոպե շարունակ: Դրանից հետո մաստակը պետք է դնել նետել: Չի կարելի թողնել երեխաների համար հասանելի տեղում, քանի որ այն նիկոտին պարունակող միջոց է</p>
<ul style="list-style-type: none"> Ախտադարձի ախտանիշի թեթևացում Զրկանքի վերահսկում 	<p>Դեղաչափ (24-ժամյա սպեղանի) > 40գլ/ օր - 42մգ / օրական 21-39գլ/ օր-28-35 մգ / օրական 10-20 գլ/ օր-14-21 մգ / օրական <10 գլ/ օր-14 մգ / օրական >42 մգ/օրական չափաբաժինը նշանակվում է բուժաշխատողի կողմից: Չափաբաժինը կարգավորվում է ախտադարձի, զրկանքի ախտանիշների հիման վրա: 4 շաբաթյա զրկանքից հետո, իջեցնել աստիճանաբար մինչև 7-14 մգ-ի, որքանով դա թույլատրվում է Տևողությունը՝ 8-12 շաբաթ Կիրառման եղանակը՝ Ամեն առավոտ լոգանքից առաջ կամ հետո սպեղանին կպցվում է մարմնի ցանկացած մասում (չի կարելի օգտագործել մակերեսային ակտիվ նյութեր, որոնք նվազեցնում են նիկոտինի կլանումը): Եթե օրվա ընթացքում սպեղանին պոկվում է, կարելի է շարունակել կիրառել այն՝ ամրացնելով կաշուն ժապավենով: Մաշկի տեղային ռեակցիայից խուսափելու նպատակով անհրաժեշտ է ամեն օր փոխել սպեղանին կպցնելու տեղը (թևերի, ուսերի և կրծքավանդակի հատվածում)</p>
<ul style="list-style-type: none"> Ախտադարձի ախտանիշի թեթևացում Զրկանքի վերահսկում 	<p>Դեղաչափ Օրվա առաջին ծխախոտի ծխելու ժամանակից՝ <30 րոպե = 4 մգ, > 30 րոպե = 2 մգ Ըստ օրական ծխած ծխախոտի քանակի (գլանակ / օր). >20գլ./օր. -4 մգ, ≤ 20գլ./օր- 2 մգ Սկզբնական դեղաչափը 1-2 ժամվա ընթացքում 1-2 բերանում լուծվող հաբեր (նվազագույնը օրվա ընթացքում 9 հաբ): Նվազեցնել չափաբաժինը ըստ ախտադարձի ախտանիշների Տևողությունը՝ մինչև 12 շաբաթ, ոչ ավելի, քան օրական 20 հատ Կիրառման եղանակը՝ Հարկավոր է ծծել դանդաղ, առանց ծամելու</p>
<ul style="list-style-type: none"> Ախտադարձի ախտանիշի թեթևացում Զրկանքի վերահսկում 	<p>Դեղաչափ</p> <ul style="list-style-type: none"> 1-2 դեղաչափ/ժամ (մինչև 5 անգամ / ժամը կամ 40 անգամ / օրական) Հիմնականում սկսում են միջին դեղաչափից՝ 14-15 դեղաչափ/ օրական Նվազեցնել չափաբաժինը ըստ ախտադարձի ախտանիշների Օգտագործել 3-6 ամիս

Աղյուսակ 12. (շարունակություն)

Դեղամիջոց	Նշանակման առանձնահատկություններ	Առավելություններ և թերություններ
<p>Նիկոտինային ներշնչակ (թույլատրվում է դեղատոմսով) Ներշնչելիս, ինչպես դա անում են ծխողները ծխախոտի պարագայում, նիկոտինի փոքր քանակությունն անցնում է բերանի խոռոչ, այլ ոչ թե թոքեր: Նիկոտինը հասնում է գլխուղեղին գրեթե ավելի դանդաղ, որքան սիգարետի դեպքում: Հասանելի չափաբաժին՝ 6-16 քարթրիջ/օրական մեկ քարթրիջը 10 մգ ներշնչման միջոցով կարող է մատակարարել 4 մգ նիկոտին</p>	<p>Տե՛ս նիկոտինային մաստակի հրահանգները: Չի թույլատրվում բրոնխոսպաստիկ ռեակցիա ունեցող մարդկանց</p>	<p>Առավելություններ</p> <ul style="list-style-type: none"> • Բուժումը հնարավոր է հարմարեցնել յուրաքանչյուրին • Ընդօրինակում է ծխելը՝ «ձեռքից-բերան» վարքագիծը • Առկա են քիչ կողմնակի բարդություններ <p>Թերություններ</p> <ul style="list-style-type: none"> • Օրվա ընթացքում հաճախակի օգտագործում ըստ ախտադարձի պարբերականության • Խուսափել կիրառումից 15 րոպե առաջ ուտելուց կամ խմելուց
<p>Բուպրոպիոն (թույլատրվում է դեղատոմսով) Ի սկզբանե օգտագործվում էր որպես հակադեպրեսանտ: Կրկնում է սիգարետից ստացվող նիկոտինի ազդեցությունը՝ արգելափակելով հակա խոլիներգիկ նիկոտինային ընկալիչները և խոչընդոտելով նորադրենալինի ու դոֆամինի վերակլանումը նյարդային վերջույթներում Հասանելի չափաբաժին 150 մգ</p>	<p>Բոլոր մեծահասակները, բացառությամբ՝</p> <ul style="list-style-type: none"> • հղի և կրծքով կերակրող մայրեր (հղի ծխողների ծխախոտային կախվածության բուժման համար բուպրոպիոնի օգտագործման արդյունավետությունն ապացուցված չէ) • Նախկին կամ ներկա ցնցումային (կոնվուլսիվ) խանգարումներ, գլխի և գլխուղեղի ուռուցքներ, ցնցման բժշկական պատմություն կամ ցնցման բարենպաստ պայմաններ • Սննդային վարքագծի խանգարումներ, • Երկբևեռ (բիպոլյար) խանգարումներ, • Ալկոհոլի քրոնիկական օգտագործման զրկանք, լյարդի ծանր անբավարարություն, լյարդի ցիրոզ, • Վերջին երկու շաբաթվա ընթացքում ՄԱՕ-ի (մոնոամինօքսիդազ) ինհիբիտորների օգտագործում, բենզոդիազեպինի օգտագործման պատմություն: 	<p>Առավելություններ</p> <ul style="list-style-type: none"> • Դյուրին է օգտագործումը • Հաբային տեսք • Ունի որոշ կողմնակի ազդեցություններ • Կարող է կիրառվել այլ ՆՓԹ միջոցների հետ <p>Թերություններ</p> <ul style="list-style-type: none"> • Հակացուցված է որոշակի առողջական պայմանների դեպքում և այլ հաբերի հետ համատեղելի չէ
<p>Վարենիկլին թույլատրվում է դեղատոմսով) խթանում է դոֆամինային նեյրոնները և արդյունքում նվազեցնում է ծխելու ցանկությունը՝ նպաստելով զրկանքին: Արգելակվում է նիկոտինի կապումն այս ռեցեպտորների հետ՝ հանգեցնելով ծխելուց ստացվող հաճույքի նվազեցման: Հասանելի չափաբաժին 0,5 և 1 մգ</p>	<p>Բոլոր մեծահասակները, բացառությամբ՝</p> <ul style="list-style-type: none"> • հղի և կրծքով կերակրող մայրեր • սուր երիկամային անբավարարություն (պահանջվում է դեղաչափի ճշգրտում) • 18-ից փոքր տարիք 	<p>Առավելություններ</p> <ul style="list-style-type: none"> • Դյուրին է օգտագործումը • Հաբային տեսք • Հիմնականում ընթանում է առանց բարդությունների • Բուժման անվտանգություն • Վարենիկլինի և նիկոտինային փոխարինող բուժման զուգակցման հակացուցումներ չկան <p>Թերություններ</p> <ul style="list-style-type: none"> • Հաճախակի սրտխառնոց

Ցուցումներ	Ցուցումներ
<ul style="list-style-type: none"> Ախտադարձի ախտանիշի թեթևացում Զրկանքի վերահսկում 	<p>Դեղաչափ</p> <ul style="list-style-type: none"> 6-16 քարթիջ/օրական Պարբերաբար նվազեցնել դեղաչափն ըստ ախտադարձի (բուժման վերջին 3 ամիսների ընթացքում) Օգտագործել մինչև 6 ամիս
<ul style="list-style-type: none"> Ախտադարձի ախտանիշի թեթևացում Զրկանքի վերահսկում 	<p>Դեղաչափ</p> <p>Առաջին երեք օրը հիվանդներն ամեն առավոտ խմում են բուպրոպիոնի 150 մգ դեղահաբը, այնուհետև բուժման կուրսի մնացած 7-9 կամ 12 շաբաթների ընթացքում՝ 150 մգ՝ օրական 2 անգամ (նվազագույնը 8 ժամ ինտերվալով):</p> <p>Պետք է դադարել ծխել և շարունակել օգտագործել 150 մգ՝ օրական 2 անգամ 12 շաբաթ</p>
<ul style="list-style-type: none"> Ախտադարձի ախտանիշի թեթևացում Զրկանքի վերահսկում 	<p>Դեղաչափ</p> <ul style="list-style-type: none"> Կիրառվում է օրալ դեղահաբերի ձևով 2 փուլով՝ անկախ սննդի ընդունումից (կարող է օգտագործվել ուտելուց առաջ և հետո) Գոյություն ունեն առաջին 2 շաբաթվա համար նախատեսված չափաբաժնով հաբերի տուփեր: Նշանակվում են հետևյալ չափաբաժինները. <ul style="list-style-type: none"> բուժման 1-3-րդ օրերի համար՝ 1 հաբ 0.5 մգ/օրական, 4-7-րդ օրերի համար՝ 1 հաբ 0.5 մգ x 2/օրական, 8-14-րդ օրերի համար՝ 1 հաբ 1 մգ x 2/օրական: <p>Շարունակական փուլ.</p> <p>1 մգ-անոց 28 հաբ պարունակող տուփեր: Խորհուրդ է տրվում խմել 1 հաբ 1 մգ x 2/օրական, ամեն օր՝ 3-12-րդ շաբաթների ընթացքում: Հիվանդը սկսում է ընդունել վարենիկլին, ապա առաջին շաբաթների ընթացքում (նախընտրելի է 8-14-րդ օրերի միջև ընկած ժամանակահատվածում) սահմանվում է ծխելը թողնելու օր: Եթե ծխելը դադարեցնելու փորձը ձախողվում է, բուժումը շարունակվում է, և հիվանդը փորձում է դադարեցնել ծխելը մեկ ուրիշ օր՝ մինչև հաջողության հասնելը:</p>

ՄԱՍՆԱԿՑԻ ԳՆԱՀԱՏՄԱՆ ՁԵՎԱԹՈՒՂԹ (ՕՐԻՆԱԿ)

Ընտրեք այն պատասխանը, որին առավելագույնս համաձայն եք:
Խնդրում ենք նաև գրել ձեր կարծիքը նախատեսված հատվածում:

1. Ես կարծում եմ, որ դասընթացները, ընդհանուր առմամբ, օգտակար են իմ աշխատանքի համար:

- ա) Լիովին համաձայն եմ
- բ) Համաձայն եմ
- գ) Դժվարանում եմ պատասխանել
- դ) Համաձայն չեմ
- ե) Կտրականապես համաձայն չեմ

2. Ձեր կարծիքով, դասընթացի որ մասն էր առավել օգտակար:

3. Ձեր կարծիքով, որն էր դասընթացի նվազագույն օգտակար մասը:

4. Դասավանդողը տիրապետում է թեմային:

- ա) Լիովին համաձայն եմ
- բ) Համաձայն եմ
- գ) Դժվարանում եմ պատասխանել
- դ) Համաձայն չեմ
- ե) Կտրականապես համաձայն չեմ

5. Դասավանդողը հստակ բացատրում է դասընթացների թեմաները:

- ա) Լիովին համաձայն եմ
- բ) Համաձայն եմ
- գ) Դժվարանում եմ պատասխանել
- դ) Համաձայն չեմ
- ե) Կտրականապես համաձայն չեմ

6. Դասընթացներին մասնակցելու միջոցով ես սկսեցի ավելի լավ կողմնորոշվել ծխախոտից կախվածության բուժումը բարելավելու համար առողջապահական համակարգի քաղաքականության մշակման և իրականացման հարցերում:

- ա) Լիովին համաձայն եմ
- բ) Համաձայն եմ
- գ) Դժվարանում եմ պատասխանել
- դ) Համաձայն չեմ
- ե) Կտրականապես համաձայն չեմ

7. Ձեր կարծիքով, որքանով է դժվար ուսումնական դասընթացը:

- ա) Չափազանց դժվար է
- բ) Դժվար է
- գ) Հնարավոր է
- դ) Մատչելի է
- ե) Չափազանց մատչելի է

8. Ինչպե՞ս կարելի է բարելավել դասընթացը:

9. Ինչպե՞ս կարելի է բարելավել ուսումնական նյութերը:

10. Ինչպե՞ս եք գնահատում դասընթացն ընդհանուր առմամբ:

- ա) Շատ լավ
- բ) Լավ
- գ) Գոհացուցիչ
- դ) Վատ
- ե) Շատ վատ

11. Այլ մեկնաբանություններ, առաջարկություններ, քննադատություններ:

Շնորհակալություն մասնակցության համար

1. WHO Strengthening health systems for treating tobacco dependence in primary care: Building capacity for tobacco control: training package (https://www.who.int/tobacco/publications/building_capacity/training_package/treatingtobaccodependence/en/).
2. Ծխախոտային կախվածության բուժման ձեռնարկ 2018 (http://elearning-ensp.eu/assets/guides/guidelines_2018_armenia.pdf)
3. WHO Tobacco Free Initiative. The role of health professionals in tobacco control. Geneva, World Health Organization, 2005 (<http://www.paho.org/English/AD/SDE/RA/bookletWNTD05.pdf>, accessed 3 January 2010).
4. Primary health care in action (country profiles) (http://www.who.int/whr/2008/media_centre/country_profiles/en/index.html, accessed 3 January 2010)
5. The World Health Report 2008. Primary health care – now more than ever. Geneva, World Health Organization, 2008 (<http://www.who.int/whr/2008/en/index.html>, accessed 3 January 2012).
6. Lancaster T, Stead LF. Self-help interventions for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2005, (3):CD001118 (DOI: 10.1002/14651858.CD001118.pub2).
7. Stead LF, Bergson G, Lancaster T. Physician advice for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2008, (2):CD000165 (DOI: 10.1002/14651858.CD000165.pub3).
8. Nursing interventions for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2008, (1):CD001188 (DOI: 10.1002/14651858.CD001188.pub3).
9. Lancaster T, Stead LF. Individual behavioural counselling for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2005, (2):CD001292 (DOI: 10.1002/14651858.CD001292.pub2).
10. Stead LF, Lancaster T. Group behaviour therapy programmes for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2005, (2):CD001007 (DOI: 10.1002/14651858.CD001007.pub2).
11. Stead LF, Perera R, Lancaster T. Telephone counselling for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2006, (3):CD002850 (DOI: 10.1002/14651858.CD002850.pub2).
12. Cahill K, Perera R. Quit and Win contests for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2008, (4):CD004986 (DOI: 10.1002/14651858.CD004986.pub3).
13. Stead LF et al. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2008, (1):CD000146 (DOI: 10.1002/14651858.CD000146.pub3).
14. Gourlay SG, Stead LF, Benowitz N. Clonidine for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2004, (3):CD000058 (DOI: 10.1002/14651858.CD000058.pub2).
15. Hughes JR, Stead LF, Lancaster T. Antidepressants for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2007, (1):CD000031 (DOI: 10.1002/14651858.CD000031.pub3).
16. Cahill K, Stead LF, Lancaster T. Nicotine receptor partial agonists for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2012, (4):CD006103 (DOI: 10.1002/14651858.CD006103.pub6).
17. Fiore MC et al. Treating tobacco use and dependence: 2008 update. Clinical practice guideline. Rockville, MD, Department of Health and Human Services, 2008.
18. Guidelines for implementation of Article 14 of the WHO FCTC. Geneva, World Health Organization Framework Convention on Tobacco Control, 2010 (http://www.who.int/fctc/protocol/guidelines/adopted/article_14/en/, accessed 27 April 2011).
19. Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks. Geneva, World Health Organization, 2009.

20. Oberg M et al. Worldwide burden of disease from exposure to second-hand smoke: a retrospective analysis of data from 192 countries. *Lancet*, 2011, 377:139–146.
21. Global status report on noncommunicable diseases 2010. Geneva, World Health Organization, 2011 (http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report_full_en.pdf, accessed 08 November 2011).
22. Myths and misconceptions about smoking. Sydney, Cancer Council Australia (<http://www.cancer.org.au/cancersmartlifestyle/smokingandtobacco/mythsandmisconceptionsaboutsmoking.htm>, accessed 08 November 2011).
23. Mahmud A, Feely J. Effect of smoking on arterial stiffness and pulse pressure amplification. *Hypertension*, 2003, 41(1):183–187.
24. The health consequences of smoking: nicotine addiction: a report of the Surgeon General. DHHS Publication No. (CDC) 88-8406. Washington, DC, Department of Health and Human Services, 1988.
23. The health benefits of smoking cessation. DHHS Publication No. (CDC) 90-8416. Washington, DC, Department of Health and Human Services, 1990.
24. Doll R, Peto R, Boreham J, Sutherland I. Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. *British Medical Journal*, 2004, 328(7455):1519–1527.
25. The health consequences of smoking: a report of the Surgeon General. Washington, DC, Department of Health and Human Services, 2004.
26. How tobacco smoke causes disease: the Biology and behavioral basis for smoking-attributable disease: a report of the Surgeon General. Washington, DEC, Department of Health and Human Services, 2010.
27. Tobacco Atlas Online: costs to the economy (<http://www.tobaccoatlas.org/costs.html>, accessed 08 November 2011).
28. The tobacco atlas. 1st ed. Geneva, World Health Organization, 2002 (http://www.who.int/tobacco/resources/publications/tobacco_atlas/en/, accessed 21 October 2012).
29. Curbing the epidemic: governments and the economics of tobacco control. Washington, DC, The World Bank, 1999.
30. Tobacco control country profiles. 2nd ed. American Cancer Society, Inc., World Health Organization, and International Union Against Cancer, 2003 (http://www.who.int/tobacco/global_data/country_profiles/Introduction.pdf, accessed 08 November 2011).
31. Warren CW et al. Global Tobacco Surveillance System (GTSS) collaborative group. Patterns of global tobacco use in young people and implications for future chronic disease burden in adults. *Lancet*, 2006, 749–753.
32. Global Adult Tobacco Survey country reports and fact sheets. Geneva, World Health Organization, 2011 (<http://www.who.int/tobacco/surveillance/gats/en/index.html>, accessed 8 February 2012).
33. Tobacco: deadly in any form or disguise. Geneva, World Health Organization, 2006 (http://www.who.int/tobacco/communications/events/wntd/2006/Tfi_Rapport.pdf, accessed 13 September 2011).
34. Tobacco control country profiles. Geneva, World Health Organization (http://www.who.int/tobacco/surveillance/policy/country_profile/en/index.html, accessed 8 April 2012).
35. West R, McNeill A, Raw M. Smoking cessation guidelines for health professionals: an update. *Thorax*, 2000, 55(12), 987–999.
36. Henry-Edwards S et al. Brief intervention for substance use: a manual for use in primary care. (Draft version 1.1 for field-testing). Geneva, World Health Organization, 2003.

37. New Zealand smoking cessation guidelines. Wellington, Ministry of Health, 2007 (<http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/indexmh/nz-smoking-cessation-guidelines#availability>, accessed 21 October 2012).
38. Younie L. Rapid assessment of readiness to change. Bristol, National Health Service (<http://www.avon.nhs.uk/alcohol/pro/assessment.htm>, accessed 08 November 2011).
39. Erkiliç TA. A discussion on the application of two factors: X and Y theories in the classroom management. *American-Eurasian Journal of Scientific Research*, 2008, 3(1):111–116.
40. Miller WR, Rollnick S. Motivational interviewing: preparing people to change addictive behavior. New York, NY, Guilford Press, 1991.
41. Motivational interviewing - a conversation of empathy and self-healing. Salt Lake City, UT, Able Differently (http://www.able-differently.org/PDF_forms/Motivational%20Interviewing.pdf, accessed 21 October 2012).
42. WHO/ISH Risk prediction charts for 14 WHO epidemiological sub-regions. World Health Organization/International Society of Hypertension. (http://www.ish-world.com/Documents/colour_charts_24_Aug_07.pdf, accessed 8 November 2011).
43. WHO FCTC health warnings database (<http://www.who.int/tobacco/healthwarningsdatabase/en/index.html>, accessed 8 November 2011).
44. Quit tips. Singapore, Singapore Health Promotion Board (<http://www.hpb.gov.sg/smokefree/article.aspx?id=458>, accessed 8 November 2011).
45. Evaluating the effectiveness of smoke-free policies. IARC Handbook of Cancer Prevention, Vol. 13. Lyon, International Agency for Research on Cancer, 2009 (<http://www.iarc.fr/en/publications/pdfs-online/prev/handbook13/>, accessed 18 November 2011).
46. WHO report on the global tobacco epidemic, 2009: implementing smoke-free environments. Geneva, World Health Organization, 2009.
47. The truth about second-hand smoke. Edmonton, Alberta Health Services (<http://www.albertahealthservices.ca/AddictionsSubstanceAbuse/hi-asa-truth-about-shs.pdf>, accessed 18 November 2011).
48. WHO model lists of essential medicines. Geneva, World Health Organization, various dates (<http://www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/en/index.html>, accessed 8 December 2011).
49. Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, Fagerström K. The Fagerström test for nicotine dependence: a revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire. *British Journal of Addiction*, 1991, 86:1119–1127.
50. Mayo Clinic NDC tobacco dependence treatment medication summary (<http://www.ndhealth.gov/tobacco/Businesses/MedicationHandout.pdf>, accessed 8 December 2011).
51. Quinn VP. Community-based support services enhance smoking cessation programs. Sacramento, CA, California Center for Health Improvement, 1999. (<http://www.chipolicy.org/pdf/Packard3.pdf>, accessed 4 November 2011).
52. Schroeder SA. What to do with a patient who smokes. *Journal of the American Medical Association*, 2005, 294:482–487.
53. Child health programme review. Wellington, New Zealand Ministry of Health, 1998.
54. Kirsten Wisborg, Ulrik Kesmodel, Tine Brink Henriksen, Sjurður Fródi Olsen and Niels Jørgen Secher Exposure to Tobacco Smoke in Utero and the Risk of Stillbirth and Death in the First Year of Life *Am. J. Epidemiol.* 2001;154(4):322-327.
55. Nicotine for the Fetus, the Infant and the Adolescent?, Ginzler, K. H., Maritz, G., Marks, D., Neuberger, M., Pauly, J., Polito, J., Schulte-Hermann, R., Slotkin, T., *Journal of Health Psychology*, 2007;12(2):215–224.

56. Chamberlain C, O'Mara-Eves A, Porter J, Coleman T, Perlen SM, Thomas J, McKenzie JE. Psychosocial interventions for supporting women to stop smoking in pregnancy. Cochrane Database of Systematic Reviews 2017, Issue 2. Art. No.: CD001055. DOI: 10.1002/14651858.CD001055.pub5.

57. Coleman T, Chamberlain C, Davey MA, Cooper SE, Leonardi-Bee J. Pharmacological interventions for promoting smoking cessation during pregnancy. Cochrane Database of Systematic Reviews 2015, Issue 12. Art. No.: CD010078. DOI: 10.1002/14651858.CD010078.pub2.

58. Coleman T et al. A Randomized Trial of Nicotine-Replacement Therapy Patches in Pregnancy. N Engl J Med. 2012;366:808-818.

