



RESPUBLIKINIS
PRIKLAUSOMYBĖS LIGŲ
CENTRAS

**METODINĖ MEDŽIAGA
SVEIKATOS PRIEŽIŪROS SPECIALISTAMS,
TEIKIANTIEMS PAGALBĄ
NORINTIEMS MESTI RŪKYTI ASMENIMS**

Dovilė Mačiulytė
Pavel Osipov
Rūta Miškinytė-Hudson
Justina Tamošaitytė



Kuriame
Lietuvos ateitį
2014–2020 metų
Europos Sąjungos
fondų investicijų
veiksmų programa

Finansuojama iš Europos socialinio fondo
www.esinvesticijos.lt

Dovilė Mačiulytė
Pavel Osipov
Rūta Miškinytė-Hudson
Justina Tamošaitytė

Metodinė medžiaga sveikatos priežiūros specialistams, teikiantiems pagalbą norintiems mesti rūkyti asmenims



Vilnius 2022
Respublikinis priklausomybės ligų centras

Turinys

IŽANGA	4
Kodėl metantiems rūkyti asmenims reikia sveikatos priežiūros specialisto konsultacijų?	4
I dalis • PRIKLAUSOMYBĖ NUO NIKOTINO IR TABAKO – ŽALA SVEIKATAI	7
1.1 Tabako gaminiai ir jų sudėtis	7
1.1.1 Rūkomojo tabako gaminiai	7
1.1.2 Elektroniniai nikotino vartojimo gaminiai	7
1.1.3 Pagrindinės rūkomojo tabako sudedamosios medžiagos	7
1.2 Priklausomybė nuo nikotino	8
1.2.1 Kaip išsivysto priklausomybė nuo nikotino?	8
1.2.2 Fiziniai (farmakologiniai) priklausomybės veiksniai	9
1.2.3 Psichologiniai (nefarmakologiniai) priklausomybės veiksniai	10
1.3 Su tabako vartojimu ir rūkymu susijusi žala sveikatai	11
1.3.1 Pagrindinės rūkymo sukeltos ligos ir sveikatos sutrikimai	11
1.3.1.1 Širdies ir kraujagyslių ligos	11
1.3.1.2 Onkologinės ligos	12
1.3.1.3 Kitos kvėpavimo sistemos ligos	12
1.3.1.4 Reprodukcinės sveikatos sutrikimai	12
1.3.1.5 Rūkymas nėštumo metu	13
1.4 Tabako reguliavimas Lietuvoje	15
Pagrindiniai I dalies punktai	17
II dalis • PASIRUOŠIMAS MESTI RŪKYTI	19
2.1 Kognityvinės elgesio terapijos principų taikymas teikiant pagalbą metantiems rūkyti	19
2.2 5A metodas	19
2.2.1 Pirmas žingsnis – paklausk	20
2.2.2 Antras žingsnis – patark	20
2.2.3 Trečias žingsnis – įvertink	20
2.2.3.1 Elgesio keitimo stadijų modelis	20
2.2.3.2 Elgesio keitimo modelio taikymas asmenims, kurie yra nepasiruošę mesti rūkyti	21
2.2.3.3 Elgesio keitimo modelio taikymas asmenims, kurie svarsto mesti rūkyti	22
2.2.3.4 Kiti nuogąstavimai pasiruošus mesti rūkyti	23
2.2.3.5 Motyvacijos mesti rūkyti stiprinimas taikant motyvacinio interviu principus	24
2.2.4 Tolesnis motyvacijos stiprinimas	25
2.3 5R metodas	27
Pagrindiniai II dalies punktai	29
III dalis • SKIRTINGŲ ASMENŲ GRUPIŲ POREIKIAI	31
3.1 Rūkymas ir nėštumas	31
3.1.1 Nėščiųjų rūkymo ypatumai	31
3.2 Pagalba nėštumo metu metančioms rūkyti moterims	31
3.2.1 Rūkymo vertinimas nėštumo metu	31
3.2.2 Rūkymas po gimdymo	32
3.3 Rūkymas ir psichikos sveikatos sutrikimai	32
3.3.1 Depresija	32
3.3.2 Šizofrenija	32
3.3.3 Nerimas	33

3.3.4 Priklausomybė nuo alkoholio ir kitų psichoaktyviųjų medžiagų	33
3.3.5 Rekomendacijos.....	33
3.4 Paauglių ir jaunimo rūkymas	33
3.4.1 Paauglių ir jaunimo rūkymo aspektai.....	34
3.4.2 Rekomendacijos konsultuojant paauglius ir jaunimą.....	34
3.5 Rūkymas sergant įvairiomis ligomis	35
3.5.1 Širdies ir kraujagyslių ligos	35
3.5.2 Lėtinė obstrukcinė plaučių liga	36
3.5.3 Onkologinės ligos ir diabetas.....	36
3.6 Svorio kontrolės rekomendacijos metant rūkyti.....	36
3.6.1 Konsultavimo gairės dėl svorio metant rūkyti	37
Pagrindiniai III dalies punktai	39
IV dalis • METIMO RŪKYTI PROCESAS	41
4.1 Ketvirtas žingsnis – padėk.....	41
4.1.1 Metimo rūkyti datos nustatymas.....	41
4.1.2 Kada geriausia mesti rūkyti?	41
4.2 Žingsniai prieš metimo rūkyti dieną.....	41
4.2.1 Priminimas apie metimo rūkyti dieną	41
4.2.2 Rūkymas prieš atsisakant šio žalingo įpročio	42
4.2.3 Rūkyti skatinančių daiktų ir aplinkos vengimas.....	42
4.3 Praktiniai patarimai, kaip elgtis, kai užaina stiprus noras rūkyti.....	45
4.3.1 Strategijos, kaip elgtis, kai užaina stiprus noras rūkyti.....	45
4.3.2 Jeigu iš karto mesti rūkyti per sunku.....	45
4.4 Abstinencija ir atkryčio prevencija	46
4.4.1 Nikotino abstinencijos simptomų įvertinimas ir mažinimas.....	46
4.5 Gydytojo paslaugos struktūra	48
Pagrindiniai IV dalies punktai	50
V dalis • MEDIKAMENTINIS GYDYMAS.....	53
5.1. Vareniklinas.....	53
5.2. Pakaitinė nikotino terapija	54
5.3. Bupropionas	57
5.4. Citizinas	58
VI dalis • ATKRYČIO PREVENCIJA IR TOLIAU TEIKIAMA PAGALBA	61
6.1 Pagrindiniai atkryčio prevencijos žingsniai.....	61
6.2 Penktas žingsnis – stebėk	62
6.2.1 Kodėl reikia stebėti?.....	62
6.2.2 Konsultavimas metus rūkyti	62
Pagrindiniai VI dalies punktai	64
1 priedas • 5A metodo atmintinė specialistams.....	65
2 priedas • Priklausomybės lygio nustatymas – Fagerstromo testas	66
3 priedas • Metimo rūkyti deklaracija.....	68
Literatūros sąrašas.....	69

IŽANGA

Tabako vartojimas yra pagrindinė sergamumo ir mirtingumo priežastis visame pasaulyje, kurios galima išvengti. Remiantis 2020 m. „Eurobarometro“ atlikto tyrimo duomenimis, ketvirtis, t. y. 23 proc., Europos gyventojų rūko cigaretes, iš jų 30 proc. priklauso 25–39 metų amžiaus grupei [1]. Lietuvoje rūko 28 proc. gyventojų, iš jų 39 proc. priklauso 25–34 metų amžiaus grupei [1]. Kasmet pasaulyje nuo rūkymo sukeltų ligų miršta 5–7 milijonai žmonių, pusė iš šių mirčių yra priešlaikinės, kurių galima išvengti. Europoje kasmet su tabako vartojimu siejama daugiau nei 700 tūkstančių mirčių. Taip pat žinoma, kad vidutinė rūkančių žmonių gyvenimo trukmė yra 10 metų trumpesnė nei nerūkančių, bei per savo gyvenimą rūkantys asmenys praranda apie 20 sveiko, t. y. be ligų ir neįgalumo, gyvenimo metų.

Atsižvelgiant į šiuos tabako vartojimo padarinius aišku, kad priklausomybė nuo nikotino yra ne tik žalingas įprotis ar valios trūkumas, bet ir liga, kuri turi būti gydoma pasitelkiant efektyvias, mokslu grįstas metodikas. Priklausomybė nuo tabako yra lėtinė liga, diagnozuojama pagal TLK-10-AM sisteminių ligų sąrašą, ir turėtų būti gydoma kaip ir kitos lėtinės ligos [2, 3]. Dėl stiprios priklausomybės nuo tabako, konkrečiau – nuo nikotino, mesti rūkyti be pagalbos, vien valios pastangomis, yra be galo sunku. Sėkmingai metusių rūkyti ir pasiekusių bent 12 mėnesių remisiją be išorinės pagalbos yra tik 3–5 procentai [4], todėl sveikatos priežiūros specialistų pagalba yra itin svarbi siekiant sistemingai mažinti su tabako vartojimu siejamą žalą asmeniui ir visuomenei.

Šiuo metu galima išskirti dvi pagrindines pagalbos metantiems rūkyti strategijas: farmakologinę terapiją ir elgesio keitimo (psichologinę) pagalbą, kurią dažniausiai teikia sveikatos priežiūros specialistai. Moksliniais tyrimais įrodyta, kad pakaitinė nikotino terapija, vareniklinas ir kitas medikamentinis gydymas yra efektyvi ir saugi pagalba metantiems rūkyti asmenims [5]. O medikamentinio gydymo ir psichologinių konsultacijų kombinacija šiuo metu yra pripažįstama kaip efektyviausias būdas siekiant mesti rūkyti [6].

Kaip sveikatos priežiūros specialistai, turime suprasti, kad metimo rūkyti procesą ir vėliau atkryčio prevenciją neigiamai veikia tiek išoriniai, tiek vidiniai veiksniai. Vieni asmenys patiria žymiai stipresnius nikotino abstinencijos simptomus, tad jų potraukis rūkyti, kad sumažintų patiriamą fizinį diskomfortą, bus žymiai didesnis nei tų asmenų, kurių fiziniai simptomai yra švelnesni. Tyrimais nustatyta, kad beveik pusė norinčių mesti rūkyti moterų nesiryžta pradėti metimo proceso dėl baimės priaugti svorio [7]. Plaučių vėžiu ar širdies ligomis sergantys asmenys dažniausiai turi nutraukti rūkymą staiga ir neturi laiko pasiruošti. Pagalba siekiant stiprinti sergančių asmenų motyvaciją nutraukti rūkymą bus kitokia nei bendrosios populiacijos, nes šie asmenys gali manyti, kad žala jau padaryta, tad mesti rūkyti tiesiog nebėra prasmės.

Nors už visišką tabako atsisakymą atsakingas pats rūkantysis, sveikatos priežiūros specialisto vaidmuo yra išmokyti asmenį pozityvių elgesio keitimo principų ir teikti pagalbą per visą metimo rūkyti procesą. Asmenys turi būti skatinami aktyviai dalyvauti gydymo procese, o specialistai turi įtraukti juos į sprendimų priėmimą dėl gydymo plano sudarymo. Geriausia, kai į rūkymo nutraukimą tiek asmuo, tiek sveikatos priežiūros specialistas žiūri kaip į ilgalaikį procesą, greičiausiai reikalaušiantį kelių bandymų. Asmeniui reikės pasiruošti ir nusiteikti rūkymo nutraukimui, sėkmingai nutraukti rūkymą ir išvengti atkryčio visą likusį gyvenimą. Suprantama, dauguma kontaktų tarp sveikatos priežiūros specialisto, pavyzdžiui, šeimos gydytojo, ir kliento yra labai trumpi ir teikti ilgas konsultacijas metimo rūkyti klausimais ne visada įmanoma. Tačiau net ir turėdamas tik kelias minutes specialistas gali išsiaiškinti, ar asmuo rūko, pateikti metimo rūkyti rekomendacijų ir vėliau sekti asmens pažangą. Iš tiesų tyrimai rodo, kad net trumpa, t. y. iki 5 minučių trunkanti, sveikatos priežiūros specialisto intervencija turi teigiamą poveikį metantiems rūkyti asmenims, jeigu ji teikiama per kiekvieną vizitą [7]. Deja, šiuo metu dauguma sveikatos priežiūros specialistų nesijaučia turintys pakankamai žinių ir įgūdžių, kad galėtų teikti metimo rūkyti paslaugas. Kai kurie specialistai, net ir turėdami teorinių žinių, nežino, kaip ir kada jas efektyviai taikyti praktikoje.

Kodėl metantiems rūkyti asmenims reikia sveikatos priežiūros specialisto konsultacijų?

Be specialisto pagalbos sėkmingai metusių rūkyti asmenų skaičius yra labai mažas

Tabako kontrolės priemonės, ankstyvoji prevencija bei pasikeitęs visuomenės požiūris į rūkymą tendencingai mažina rūkymo paplitimą tiek Lietuvoje, tiek pasaulyje. Dauguma rūkančiųjų žino, kad rūkyti nesveika, ir pripažįsta norintys atsisakyti rūkymo. Deja, vien noro mesti nepakanka. Net ir patys geriausi bandymai sava-

rankiškai mesti rūkyti yra minimaliai sėkmingi ar beveik visiškai nesėkmingi, palyginti su bandymu mesti rūkyti konsultuojantis su sveikatos priežiūros specialistu [6, 8].

Konsultacijų metu yra sprendžiamos problemos, kurių neišsprendžia medikamentų vartojimas

Nors farmakoterapijos taikymas palengvina tabako vartojimo nutraukimo, t. y. abstinencijos simptomus ir gali sumažinti bendrą potraukį rūkyti cigaretes, medikamentų poveikis vis tiek yra ribotas. Vien medikamentų vartojimas nedidina rūkančio asmens motyvacijos mesti rūkyti, nepadeda išvengti išorinių rūkymo veiksmų ir neišmoko naujo elgesio siekiant užtikrinti ilgalaikę remisiją [9].

Konsultacijos prisideda prie medikamentų poveikio efektyvumo

Dažnai savarankiškai metantys rūkyti asmenys ne iki galo žino, kaip tinkamai vartoti medikamentus arba turi nerealistinių lūkesčių dėl jų poveikio. Sveikatos priežiūros specialistas per konsultaciją gali ne tik suteikti reikiamų žinių, bet ir patarti, kokius medikamentus vartoti, ar pakoreguoti dozę siekiant didžiausio veiksmingumo.

Pagalba metantiems rūkyti gali būti vienas reikšmingiausių sveikatos priežiūros specialistų užduočių – joks kitas sveikatai žalingas elgesys neturi tokios didelės įtakos asmens ir visuomenės sveikatai. Leidinio „Metodinė medžiaga sveikatos priežiūros specialistams, teikiantiems pagalbą norintiems mesti rūkyti asmenims“ (toliau – metodinė medžiaga) tikslas yra išsamiai ir aiškiai pateikti informaciją, kurios reikia specialistams, dirbantiems su metančiais ar planuojančiais mesti rūkyti asmenimis. Metodinėje medžiagoje aprašomi konsultavimo principai yra rekomendacinio pobūdžio. Ne visiems metantiems rūkyti asmenims reikia reguliarių konsultacijų ar būtini medikamentai, todėl specialistai turi atsižvelgti į individualią kiekvieno asmens situaciją, poreikius ir lūkesčius. Leidinyje aprašomi metodai yra moksliniais tyrimais įrodyti kaip šiuo metu efektyviausi siekiant ilgalaikių rezultatų.

Leidinio struktūra

Ši sveikatos priežiūros specialistams skirta metodinė medžiaga susideda iš 6 dalių. Pirmoje dalyje apžvelgiamos pagrindinės su tabako vartojimu susijusios sveikatos problemos, pristatomi priklausomybės nuo nikotino ir psichologiniai potraukio rūkyti aspektai, trumpai apžvelgiami nauji elektroniniai tabako ir nikotino vartojimo gaminiai ir pristatomi pagrindiniai tabako rinkos reguliavimo principai. Antroje dalyje specialistai supažindinami su psichologiniais metimo rūkyti barjeriais, mokomi motyvacijos stiprinimo įgūdžių, pristatomi keli pagrindiniai konsultavimo aspektai ir paslaugų teikimo metodai. Trečioje dalyje pateikiama informacija, aktuali teikiant metimo rūkyti paslaugas skirtingoms visuomenės grupėms, t. y. nėščioms moterims, vaikams ir jaunimui, psichikos sveikatos sutrikimų turintiems asmenims, kitomis lėtinėmis ar ūimomis ligomis sergantiems asmenims. Ketvirta ir penkta dalys skirtos gydymo plano sudarymo ir medikamentų apžvalgai. Paskutinėje dalyje pateikiama informacija apie atkryčio prevenciją ir tolesnę pagalbą metusiems rūkyti asmenims.

Kiekvienos dalies pabaigoje glaustai pateikiami pagrindiniai tos dalies punktai. Metodinėje medžiagoje aprašomi individualaus konsultavimo principai gali būti pritaikomi teikiant grupines konsultacijas ir / ar teikiant pagalbą telefonu. Daugiau informacijos, kaip organizuoti grupines konsultacijas ir teikti pagalbą telefonu, galima rasti „Tabako priklausomybės gydymo gairėse“ [2].

Šiuo metu sparčiai populiarėja nauji nikotino vartojimo gaminiai, tokie kaip elektroninės cigaretės ir kaitinamojo tabako prietaisai. Kadangi šiuose gaminiuose, kaip ir rūkomojo tabako gaminiuose, dažniausiai yra nikotino ir jie taip pat sukelia priklausomybę, kad būtų patogiau skaitytojui, šie gaminiai leidinyje nėra specialiai išskiriami. Leidinyje vartojami terminai „tabakas“, „tabako vartojimas“, „rūkymas“ apima visų rūkomojo ir bedūmių tabako, įskaitant elektroninių, tradicinių cigarečių ir kitų nikotino turinčių gaminių, vartojimą. Skirtingi tabako gaminiai yra skirtingai žalingi asmens ir aplinkinių sveikatai, tačiau ši metodika skirta specialistams, kurie teikia pagalbą asmenims, norintiems visiškai atsisakyti bet kokio tabako ir nikotino vartojimo, todėl leidinyje nėra pateikiamas atskirų tabako gaminių vertinimas.

I DALIS



PRIKLAUSOMYBĖ NUO NIKOTINO IR TABAKO – ŽALA SVEIKATAI

1.1 Tabako gaminiai ir jų sudėtis

Nors tabakas Amerikos žemyne nuo seno buvo naudojamas per įvairias ceremonijas, apeigas ir gydymui, pirmieji tabako gaminiai, siekiant juos platinti, į Europą buvo atvežti XVI amžiuje. Dėl priklausomybę sukeliančių ypatybių šie gaminiai plačiai paplito visame pasaulyje. Iki šiol pagrindiniai tabako vartojimo būdai yra rūkymas, kramtymas ir uostymas. Pastarąjį dešimtmetį smarkiai išsiplėtė tabako gaminių pasiūla. Skirtingi gaminiai šioje metodinėje medžiagoje yra suskirstyti į dvi pagrindines kategorijas: rūkomojo tabako gaminiai ir elektroniniai nikotino vartojimo gaminiai, iš kurių pastaruoju metu populiariausi yra kaitinamojo tabako gaminiai ir elektroninės cigaretės.

1.1.1 Rūkomojo tabako gaminiai

Tradiciškai rūkymu tabako lapai yra džiovinami, gali būti maišomi su skirtingais priedais ir chemikalais, tuomet sukami, pavyzdžiui, į cigarus, arba smulkiai pjaustomi pypkei arba cigaretėms. Rūkant tabako gaminyje uždegamas, susidaro dūmai, kurie yra įkvėpiami į plaučius ir pasklinda po aplinką. Degimo proceso metu susidaro daugiau nei 7 000 cheminių junginių, iš kurių 40–70 yra žinomi kancerogenai, t. y. sukeliantys arba žymiai padidinantys riziką susirgti onkologinėmis kraujagyslių ir širdies ar kitomis ligomis [10]. Cigarečių dūmuose esantys kancerogenai priklauso skirtingoms cheminių medžiagų klasėms, įskaitant policiklinius aromatinius angliavandenilius (PAH), N-nitrozaminus, aromatinius aminorius, aldehidus, lakiuosius organinius angliavandenilius ir metalus [11, 12].

Nikotinas yra natūraliai tabako lapuose randama cheminė medžiaga. Ji tabakui degant per dūmus patenka į žmonių organizmą. Nikotinas sukelia priklausomybę ir yra pagrindinė priežastis, kodėl sunku atsisakyti rūkymo.

1.1.2 Elektroniniai nikotino vartojimo gaminiai

Per pastarąjį dešimtmetį išpopuliarėjo nauji elektroniniai tabako ir nikotino vartojimo būdai – garinimas ir kaitinimas. Pagrindinis skirtumas tarp elektroninių gaminių ir tradicinių cigarečių yra tai, kad elektroniniuose gaminiuose nėra degimo proceso. Šiuo metu galima išskirti du populiariausius gaminių tipus – kaitinamojo tabako gaminius ir elektronines cigaretes (garinimo įrenginius) [13]. Kaitinamojo tabako gaminių sudėtyje yra tabako, kuris kaitinamas, kol išsiskiria aerozolis, o šio įkvėpus į organizmą patenka nikotinas. Elektroninių cigarečių (arba garinimo įrenginių) sudėtyje nėra tabako, tačiau dažnai yra nikotino. Garinant šildomas skystis, kurio sudėtyje yra nikotino, propilenglikolio, augalinio glicerolio ir aromatizuotų cheminių medžiagų. Rinkoje yra elektroninių cigarečių skysčių be nikotino. Šildant susidaro garų, kuriuos asmuo įkvėpia. Tiek kaitinamojo tabako, tiek elektroninių cigarečių veikimo principai yra šildymas arba kaitinimas, nėra degimo proceso, nes susidaro dūmų. Elektroninių nikotino vartojimo gaminių sudedamosios medžiagos yra skirtingos (pavyzdžiui, elektroninių cigarečių skysčio sudėtis gali būti įvairi) ir ilgalaikis poveikis asmens sveikatai dar tiriamas.

1.1.3 Pagrindinės rūkomojo tabako sudedamosios medžiagos

Nikotinas – alkaloidas, natūraliai randamas tabako augaluose. Rūkant nikotinas per kelias sekundes aktyvina smegenyse esančius neurotransmiterius (dopaminą), susijusius su malonumo pojūčiu [12]. Nikotinui veikiant smegenis, vystosi priklausomybė, tačiau nikotinas nėra pagrindinis priešlaikinės mirties ir sveikatos sutrikimų sukėlėjas. Atskirai nuo kitų toksinių medžiagų, kurios rūkant patenka į žmogaus organizmą, nikotino kaip cheminės medžiagos poveikis organizmui yra vis dar santykinai mažai ištirtas. Daugiausia rūkyti metančių asmenų taiko pakaitinę nikotino terapiją (toliau – PNT) pakankamai trumpai, tad nebuvo atlikta daug tyrimų siekiant išsiaiškinti ilgalaikį gryno nikotino vartojimo poveikį žmogui.

Keli su žmonėmis atlikti tyrimai rodo, kad nikotinas stimuliuoja simpatinę nervų sistemą ir turi įtakos oksidaciniam stresui – pažeidžia organizmo ląsteles, jos darosi pralaidesnės virusams ir bakterijoms [14]. Nikotinas slopina imuninę sistemą, turi įtakos kraujagyslių endotelio disfunkcijai [14]. Manoma, kad nikotinas skatina ląstelių augimą ir slopina ląstelių mirtingumą – šie aspektai ypač svarbūs gydant onkologines ligas, pavyzdžiui, taikant chemoterapiją [14]. Tačiau neigiamas nikotino poveikis yra nepalyginamas su rūkymo sukeliama žala žmogaus

organizmui. Jeigu iš cigarečių būtų pašalintas nikotinas, jos greičiausiai taptų mažiau sukeliančios priklausomybę, bet liktų tiek pat kenksmingos kaip dabar.

Dervos – bevandenis nikotino neturintis dūmų kondensatas [15]. Dervose yra dauguma vėžį sukeliančių ir kitų sveikatai pavojingų medžiagų. Įkvėpus tabako dūmų, dervos gali sudaryti lipnų sluoksnį plaučių viduje, kuris pažeidžia plaučius ir dėl to gali sukelti plaučių vėžį, emfizemą ar kitas kvėpavimo takų ligas [16]. Cigaretėse ir kituose tabako gaminiuose gali būti skirtingas dervų kiekis. Leistiną dervų kiekį Lietuvoje parduodamuose gaminiuose reguliuoja Lietuvos Respublikos tabako kontrolės įstatymas [15].

Anglies monoksidas (CO) – bespalvės, bekvapės, beskonės, degios ir toksiškos dujos [17]. Rūkant anglies monoksidas patenka į plaučius kartu su dūmais. Kvėpavimo sistemoje šios dujos greitai patenka į kraują, susijungia su kraujo kūneliuose esančiu hemoglobinu ir sudaro karboksihemoglobino junginį [12]. Hemoglobinas prijungia deguonį ir iš plaučių perneša jį į visas organizmo ląsteles, tačiau susijungus su anglies monoksidu gebėjimas pernešti deguonį į kitas organizmo ląsteles užblokuojamas [18]. Anglies monoksidas daug greičiau (maždaug 200 kartų) jungiasi su hemoglobinu nei deguonis [12]. Šis procesas sumažina deguonies pernešimą kraujyje. Anglies monoksido kiekis nerūkančio asmens organizme priklauso nuo anglies monoksido koncentracijos aplinkos ore, tačiau dažniausiai siekia iki 8 milijonųjų dalelių iškvėpiamame ore (ppm) [12]. Rūkančio asmens anglies monoksido koncentracija organizme priklausys nuo surūkomų cigarečių skaičiaus, paros meto ir rūkymo intensyvumo. Asmens, kuris surūko vieną pakelį cigarečių per dieną, anglies monoksido koncentracija sieks apie 20 ppm, surūkančio du pakelius per dieną – 40 ppm [19].

Kancerogenai – medžiagos, kurios organizme sukelia ar paskatina vėžinių susirgimų vystymąsi [20]. Žinoma, kad cigarečių dūmuose gali būti iki 60 skirtingų kancerogenų [10]. Dūmuose esantys kancerogenai priklauso skirtingoms cheminių medžiagų klasėms, įskaitant policiklinius aromatinius angliavandenilius (PAH), N-nitrozaminus, aromatinius aminos, aldehidus, lakiuosius organinius angliavandenilius ir metalus [10]. Keli dūmuose randami kancerogenai [18]:

benzenas – bespalvis degus skystis. Naudojamas kaip chemijos pramonės tirpiklis įvairioms medžiagoms gaminti, pavyzdžiui, dažams, plastikui, pesticiduose, taip pat kaip benzino priedas. Cigarečių dūmuose aptinkama didelė benzeno koncentracija;

formaldehidas – bespalvės dujos, kambario temperatūroje tirpstančios vandenyje. Formaldehidas naudojamas gaminant baldus, plastikines apdailos medžiagas, presuotą medieną, izoliacines medžiagas. Formaldehido tirpalas formalinas naudojamas balzamavimui;

vinilchloridas – junginys plačiai naudojamas plastiko, polivinilchlorido (PVC) gamyboje. Patenka į rūkančio asmens organizmą per cigarečių filtrus.

Kitos nuodingos arba galbūt nuodingos medžiagos, randamos tabako dūmuose:

toksinai, sunkieji metalai, pavyzdžiui, arsenas, kadmis, švinas, cianido vandenilis, acetaldehidas, amoniakas, celiuliozė, furfurolas, tabakui būdingi nitrozaminai, daugiacikliai aromatiniai angliavandeniliai, radioaktyvieji elementai, pavyzdžiui, polonis 210 [12]. Kalbant apie šių ir kitų cheminių medžiagų žalą žmogaus organizmui, svarbu suprasti, kad medžiagų kenksmingumas priklauso nuo jų koncentracijos ir nuo tarpusavio sąveikos vykstant degimui.

1.2 Priklausomybė nuo nikotino

Priklausomybės ligos priskiriamos psichikos ir elgesio sutrikimų grupei. Priklausomybės liga sergantis asmuo jaučia stiprų potraukį vartoti psichiką veikiančias (psichoaktyvias) medžiagas, o gebėjimas kontroliuoti vartojimą (pradžią, pabaigą, intensyvumą) žymiai sumažėja [21]. Dėl nekontroliuojamo potraukio vartoti asmuo rizikuoja patirti arba patiria neigiamą poveikį sveikatai, tarpasmeniniams ryšiams.

1.2.1 Kaip išsivysto priklausomybė nuo nikotino?

Nikotinas skatina neuromediatorių (dopamino, norepinefrino ir kt.) išskyrimą smegenyse ir veikia kaip stimuliatorius, todėl rūkantis asmuo dažnai teigia patiriantis trumpalaikį energijos antplūdį, pagerėjusią dėmesio koncentraciją ir padidėjusį veiklumą [12]. Pakartotinai rūkant, neurohormonų apykaita ilgainiui sutrinka, padidėja tolerancija nikotinui ir jo poveikiui, atsiranda poreikis reguliariai gauti individualią nikotino dozę ir taip palaikyti įprastą normalią savijautą [12]. Priklausomybės nuo nikotino atsiradimo mechanizmas panašus kaip ir vartojant kitas psichoaktyvias medžiagas, o stiprumas priylgsta priklausomybei nuo heroino ir kokaino

[2]. Fizinės priklausomybės susiformavimo laikas gali trukti mėnesius arba metus, kitiems potraukis rūkyti gali atsirasti po kelių cigarečių. Apie 80 proc. reguliariai rūkančių asmenų yra fiziškai priklausomi nuo nikotino, tačiau visi reguliariai rūkantys asmenys vienaip ar kitaip yra priklausomi psichologiškai [12]. Dažnai preliminariam asmens priklausomybės nuo nikotino vertinimui naudojamas Fagerstromo testas (žr. 2 priedas).

Kaip greitai nikotinas patenka į organizmą?

Laikas, per kurį psichoaktyvioji medžiaga patenka į žmogaus organizmą, turi įtakos, kaip greitai priprantama prie tos medžiagos t. y. kuo greičiau medžiaga pasiekia centrinę nervų sistemą, tuo greičiau vystosi priklausomybė [7]. Rūkant tabaką nikotinas pasiekia smegenis labai greitai, vidutiniškai per 7–10 sekundžių [2, 12]. Kadangi vartojant kitus būdus tabako gaminius, pavyzdžiui, kramtomąjį tabaką, nikotinas į organizmą patenka lėčiau ir jo poveikis mažesnis, galima manyti, kad tai yra viena iš priežasčių, kodėl šis vartojimo būdas yra mažiau paplitęs, o rūkymas, nors žalingiausias, išlieka populiariausias nikotino vartojimo būdas [7].

Rūkymas skatina dažniau vartoti nikotiną

Rūkant cigaretę, žmogus įtraukia dūmus kas kelias minutes, vidutiniškai 10–12 kartų vienos cigaretės rūkymo metu. Kaskart įtraukus dūmų, į žmogaus organizmą patenka vidutiniškai 1 mg nikotino [7]. Surūkant vieną cigarečių pakelį per dieną (20 cigarečių) į asmens organizmą nikotinas patenka 200 kartų, per metus – 70 000 kartų. Iki šiol jokia kita psichoaktyvioji medžiaga pasaulyje nėra vartojama taip dažnai kaip nikotinas rūkant [22]. Suprantama, toks dažnas nikotino vartojimas daro didelį poveikį smegenų veiklai ir sukelia stiprią priklausomybę. Taip pat, dėl dažno vartojimo, rūkymą lydintys veiksniai, kaip, pavyzdžiui, cigaretės rūkymo ritualas ir kontekstas, laikui bėgant susiejami su nikotino poveikiu ir tampa psichologinės priklausomybės nuo nikotino dalimi. Plačiau apie tai kalbama skiltyje „Psichologiniai (nefarmakologiniai) priklausomybės veiksniai“.

Rūkymas yra „patogus“ būdas vartoti nikotiną

Rūkomojo tabako ir elektroniniai nikotino vartojimo gaminiai, pavyzdžiui, cigaretės, yra lyg narkotinės medžiagos, šiuo atveju – nikotino, dozatoriai. Nikotino gaminiai yra patrauklūs ir patogūs, nes rūkančiam asmeniui suteikia daug laisvės ir lankstumo pasirenkant vartojimo laiką ir kiekį. Pakaitinė nikotino terapija nesuteikia vartotojui tokios kontrolės. Pavyzdžiui, užsiklijavus transderminį pleistrą, veiklioji nikotino medžiaga į organizmą skverbiasi pamažu, vadinasi, metantis rūkyti asmuo nepajus staigaus malonumo pojūčio, kokį pajustų užsirūkęs cigaretę. Iš dalies dėl to PNT gaminiai yra saugesni, jiems retai išsivysto priklausomybė. Tačiau specialistams svarbu žinoti ir perspėti metančius rūkyti asmenis, kad PNT gaminiai nesuteiks tokio pat pojūčio kaip rūkymas.

Priklausomybė nuo nikotino turi daug panašumų su kitomis priklausomybės nuo psichoaktyviųjų medžiagų ligomis. Priklausomybės ligos pasižymi didele atkryčio tikimybe, dažnai nustojus vartoti juntami abstinencijos požymiai, stiprus potraukis toliau vartoti, o siekiant ilgalaikės remisijos būtini elgesio ir mąstymo pokyčiai. Kaip ir su kitomis priklausomybės ligomis, išsivysčiusi priklausomybė nuo nikotino yra ne tik fizinė, bet ir psichologinė. Taigi šią priklausomybę lemia ne tik farmakologinis nikotino poveikis, bet ir socialiniai, kultūriniai veiksniai, rūkančio asmens psichofiziologiniai ypatumai [12]. Sveikatos priežiūros specialistai, siekiantys padėti asmenims mesti rūkyti, turi gerai išmanyti ir suprasti, kad tiek fiziniai, tiek psichologiniai priklausomybės nuo nikotino veiksniai yra labai svarbūs planuojant mesti rūkyti ir atsisakant rūkymo.

1.2.2 Fiziniai (farmakologiniai) priklausomybės veiksniai

Per plaučius į organizmą patekęs nikotinas smegenis pasiekia per 7–10 sekundžių [2]. Nikotinas veikia per nervų sistemoje esančius receptorių. Jis prisijungia prie neuronų receptorių, skatina dopamino sintezę ir reguliuoja jo pernešimą į smegenų sritis, kurios yra susijusios su priklausomybės atsiradimu [12]. Nikotino poveikis ir priklausomybės atsiradimas labiausiai sietinas su dopamino išskyrimo padidėjimu. Tačiau ir kitų su priklausomybe susijusių medžiagų (t. y. opioidų, glutamato, serotonino ir gliukokortikoidų) apykaita taip pat gali būti veikiamą nikotino ir gali turėti reikšmės priklausomybės atsiradimui [12].

Malonumą rūkantysis patiria, nes išnyksta ankstyvieji abstinencijos simptomai: rūkant į organizmą patenka nikotinas, vėl skatindamas dopamino ir kitų neuromediatorių išskyrimą. Pagrindinis fizinės priklausomybės nuo nikotino požymis yra noras patirti farmakologinį nikotino poveikį ir išvengti galimų abstinencijos reiškinių [2]: irzlumo, priešiško, nerimo, prislėgtos nuotaikos, padidėjusio apetito ir pan.

Tolerancijos nikotinui atsiradimas priklauso nuo nikotino receptorių, esančių centrinėje nervų sistemoje, ir genetinių veiksnių [12]. Noras rūkyti atsiranda sumažėjus nikotino koncentracijai kraujyje. Daugiau rūkoma, kai nikotino apykaita yra greitesnė ir jis greičiau pašalinamas iš organizmo [12].

Pradėjus rūkyti, t. y. besivystant priklausomybei, kad patirtų tą patį poveikį, asmuo dažniausiai turi didinti gaunamo nikotino kiekį. Atsiradus priklausomybei, kad būtų palaikoma atitinkama nikotino koncentracija ir nesijustų abstinencijos simptomų, rūkančiam užtenka individualios nikotino dozės [2].

Nuomonė, kad nikotinas yra pagrindinė ligų priežastis, klaidinga – su rūkymu susijusias ligas sukelia kitos tabako dūmų sudedamosios cheminės medžiagos. Pagrindinis nikotino poveikis yra psichoaktyvus ir skatinantis priklausomybę [7].

Nikotino abstinencijos požymiai

Nutraukus rūkymą žmogus pradeda jausti fizinius nikotino abstinencijos simptomus. Stipresnius abstinencijos simptomus paskatina staigus nikotino vartojimo nutraukimas, taip pat esant stipriai fizinei priklausomybei. Pirmieji abstinencijos simptomai dažniausiai pasireiškia praėjus 4–12 val. po paskutinio nikotino vartojimo [2, 12]. Pagrindiniai simptomai yra:

- stiprus noras ir potraukis parūkyti;
- irzlumas, pyktis, agresyvumas;
- nervingumas;
- neramumas;
- nuovargis;
- padidėjęs apetitas;
- sunkumas susikaupti;
- liūdesys, depresija;
- galvos skausmas;
- naktinis pabudimas;
- galvos svaigimas.

Simptomų intensyvumas kiekvienam pasireiškia individualiai. Vieni žmonės simptomus junta labai stipriai, kiti – ne. Stipriausiai simptomai pasireiškia per pirmąsias 24–72 valandas. Vis dėlto reikia suprasti, kad nemalonus abstinencijos požymiai yra laikini ir dažniausiai išnyksta per 3–4 savaites [7].

1.2.3 Psichologiniai (nefarmakologiniai) priklausomybės veiksniai

Rūkymo ritualas

Asmuo, surūkantis vieną cigarečių pakelį per dieną, per metus cigarečių dūmų įtraukia 70 000 kartų [7]. Kiekvieną iš tų kartų asmuo užsidega cigaretę, ją užuodžia, jaučia dūmų skonį burnoje, jaučia dūmus įkvėpdamas ir iškvėpdamas kvėpavimo takuose, plaučiuose. Rūkymas tampa tam tikru kasdieniu ritualu. O ir dažnai kartojamas rūkymo procesas ir jutiminiai dirgikliai siejami su farmakologiniu nikotino poveikiu, t. y. malonumo jausmu, ir net jį sustiprina. Dėl šios stiprios sąsajos tarp proceso ir malonumo jausmo pats rūkymo procesas, be farmakologinio aspekto, tampa svarbus rūkančiojo gyvenime [7]. Nutraukus rūkymą dažnai ilgimasi paties ritualo, net jeigu metant rūkyti taikoma pakaitinė nikotino terapija ir nepatiriama stiprių abstinencijos simptomų.

Priklausomybė nuo nikotino šiuo atžvilgiu nėra išskirtinė. Dažnai psichoaktyviųjų medžiagų vartojimas yra susijęs su ritualiniais vartojimo aspektais, pavyzdžiui, alkoholinio gėrimo butelio atsikimšimas, suktinės susisukimas, adatos paruošimas švirkštimuisi [7] ir t. t. Tol, kol neatsiranda stiprios asociacijos su maloniu psichoaktyviosios medžiagos, pavyzdžiui, nikotino, alkoholio ir pan., poveikiu, visi šie vartojimo aspektai yra neutralūs. Kai taip atsitinka, ritualiniai proceso aspektai ir jutiminiai dirgikliai tampa rūkymą skatinančiais veiksniais, o metus rūkyti – rūkymo atkrytį skatinančiais veiksniais. Taigi metant rūkyti trumpalaikiu periodu dalyvavimas pačiame rūkymo procese, net jeigu be nikotino, pavyzdžiui, garinant elektronines cigaretes be nikotino, gali būti malonesnis, negu nikotino vartojimas nedalyvaujant rūkymo procese, pavyzdžiui, vartojant pakaitinę nikotino terapiją [7, 23].

Psichologiniai priklausomybės nuo nikotino aspektai yra labai svarbūs siekiant padėti asmenims mesti rūkyti. Kadangi pats rūkymo procesas tampa rūkančiojo kasdienybės dalimi, planuojant mesti rūkyti reikėtų nusimatyti, kuo būtų galima pakeisti ritualinius rūkymo aspektus. Nors kai kurie veiksmai, pavyzdžiui, užkandžiavimas morkų ar sūrio lazdelėmis, iš dalies imituoja rūkymo veiksmą (rankoje laikomos lazdelės), joks veiksmas visiškai neturės tų pačių jutiminių dirgiklių ir visiškai neatstos rūkymo ritualo. Kadangi nikotino vartojimas be rūkymo proceso yra tik viena priklausomybės pusė, metant rūkyti rekomenduojama pakaitinė nikotino terapija gali būti

nepakankamai stipri siekiant ilgalaikės remisijos. Todėl konsultuojant ir teikiant pagalbą metantiems rūkyti yra labai svarbu atsižvelgti į šiuos nefarmakologinius priklausomybės aspektus ir ugdyti asmens gebėjimus atpažinti atkrytį skatinančius veiksnius.

Aplinkos įtaka

Nors rūkymo procesas tarp rūkančiųjų yra labai panašus, aplinka, kurioje rūkoma, yra individuali ir, bėgant laikui, gali kisti. Dažniausiai rūkantys asmenys turi vietas ir laiką, kai rūko, – tai jų rūkymo aplinka, ir vietas ir laiką, kai nerūko arba rūko retai, – nerūkymo aplinka. Pavyzdžiui, vieni asmenys rūko namuose, kiti ne; paaugliai galbūt slapstosi ir rūko tik po pamokų su draugais ar per vakarėlius, o suaugus, kai tai tampa socialiai priimtina, rūko viešai ten, kur leistina. Tipinė rūkymo aplinka yra vakarėlis, leidžiant laisvalaikį su draugais, vartojant alkoholį, susinervinus po konflikto, vairuojant automobilį, geriant kavą, po sočios vakarienės, nuobodžiaujant ir pan. Tipinė nerūkymo aplinka yra teatras, bažnyčia, pamokos, paskaitos ir susitikimai, kai miegama, sergama, einama į dušą, maudytis, sportuoti ir pan. Vien buvimas rūkymo aplinkoje veikia kaip dirgiklis (angl. trigger) ir žadina norą parūkyti arba rūkyti dažniau. Net praėjus savaitėms, mėnesiams, o kartais ir metams po rūkymo nutraukimo, atsidūrus tokioje aplinkoje, gali vėl kilti stiprus potraukis parūkyti. Stiprus noras parūkyti didina atkryčio riziką, todėl konsultuojant asmenis labai svarbu įsivardyti, kas jam yra rūkymo aplinka, kurioje greičiausiai asmuo patirs didesnę nei įprastai potraukį rūkyti ir riziką neatsilaikyti. Taip pat svarbu įsivardyti nerūkymo aplinką – būnant čia noras rūkyti dažniausiai yra mažesnis, taigi pasirinkimas dažniau būti nerūkymo aplinkoje gali būti gera strategija pirmosiomis metimo rūkyti dienomis ar savaitėmis.

1.3 Su tabako vartojimu ir rūkymu susijusi žala sveikatai

Su kiekvienu cigaretės dūmu į žmogaus organizmą patenka ne tik nikotinas, bet ir 7 000 cheminių medžiagų, iš kurių beveik 1 proc. yra kancerogeninės [12]. Būtent šios tabako dūmų sudedamosios dalys yra priešlaikinės mirties ir kitų sveikatos sutrikimų, kuriuos sukelia rūkymas, priežastis (1 pav.). Kol kas nėra mokslinių įrodymų, kad tabako dūmų sudedamosios dalys, išskyrus nikotiną, tiesiogiai prisidėtų prie priklausomybės išsivystymo [7]. Kad metantiems rūkyti asmenims suteiktų efektyvią pagalbą, sveikatos priežiūros specialistai turi gerai išmanyti, kokią žalą žmogaus organizmui daro rūkymas. Detalus gebėjimas paaiškinti priklausomybės nuo nikotino aspektus, kitų cheminių medžiagų poveikį smegenims ir žalą sveikatai ne tik geriau paruoš metimo rūkyti procesui, bet ir gali žymiai sustiprinti metančiojo rūkyti motyvaciją.

1.3.1 Pagrindinės rūkymo sukeltos ligos ir sveikatos sutrikimai

Kasmet pasaulyje nuo tabako dūmų sukeltų ligų miršta 5–7 milijonai žmonių, pusė šių mirčių yra priešlaikinės ir jų galima išvengti [2]. Europoje kasmet su tabako vartojimu siejama daugiau nei 700 000 mirčių, Lietuvoje – apie 7 000 mirčių [3, 5]. Vidutinė rūkančio žmogaus gyvenimo trukmė yra 10 metų trumpesnė nei nerūkančio bei per savo gyvenimą rūkantys asmenys praranda apie 20 sveiko, t. y. be ligų ir neįgalumo, gyvenimo metų [5]. Tačiau mesti rūkyti niekada ne per vėlu. Penkis dešimtmečius trukęs perspektyvinis kohortinis stebėjimo tyrimas parodė, kad asmenų, kurie atsisako rūkymo iki 40-ies, gyvenimo trukmė beveik nesiskiria nuo tų, kurie niekada nerūkė [25]. Nors, kuo ilgiau asmuo rūko, sergamumas ir mirtingumas didėja, bet net ir tų, kurie metė rūkyti būdami 50-ies ir 60-ies, gyvenimo trukmė yra ilgesnė nei tų, kurie ir toliau rūkė [25].

1.3.1.1 Širdies ir kraujagyslių ligos

Rūkymas siejamas su beveik visomis pagrindinėmis kraujotakos sistemos ligomis. Mirtingumas nuo širdies ir kraujagyslių ligų tarp rūkančių asmenų yra 1,6 karto didesnis nei tarp nerūkančių [7, 12]. Rūkymas didina miokardo infarkto, staigios mirties, hiperlipidemijos, išeminės širdies ligos (toliau – IŠL), ūminio reumato, lėtinės reumatinės širdies ligos, cerebrovaskulinės (smegenų kraujagyslių) ligos, aortos aneurizmos ir atsisluoksniavimo, kitų širdies ir arterijų ligų riziką. Mokslininkų atlikta 55 tyrimų metaanalizė parodė, kad net ir vienos cigaretės surūkymas per dieną padidina IŠL riziką: vyrams – 48 proc., moterims – 57 proc., o insulto rizika vyrams išauga 25 proc., moterims – 30 proc. [26]. Jaunesniems nei 50 metų amžiaus rūkantiems asmenims miokardo infarkto rizika yra penkis kartus didesnė nei nerūkantiems. Tuo tarpu pasyvus rūkymas gali padidinti širdies ir plaučių ligų riziką 20–30 proc. [26]. Nerūkantiems asmenims net trumpi, nuo kelių minučių iki kelių valandų trunkantys, tabako dūmų įkvėpimai gali turėti 80–90 proc. aktyvaus rūkymo poveikio tam tikriems širdies ir kraujotakos sistemos ligų mechanizms, įskaitant trombocitų aktyvaciją ir arterinę vazodilataciją [26]. Metus rūkyti, žymiai sumažėja sergamumas širdies ir kraujagyslių ligomis ir mirtingumas nuo jų [5].

1.3.1.2 Onkologinės ligos

Su rūkymu siejama 25–30 proc. visų onkologinių ligų atvejų. Vėžio rizika priklauso nuo per dieną surūkomų cigarečių skaičiaus ir rūkymo stažo [12]. Dažniausia plaučių vėžio priežastis yra cigarečių rūkymas (dūmai), kuris susijęs su daugiau nei 80 proc. visų šios ligos diagnozių [11]. Epidemiologinių tyrimų duomenimis, 87–91 proc. vyrų ir 57–86 proc. moterų plaučių vėžio atvejų sukelia rūkymas [5]. Rizika susirgti plaučių vėžiu rūkantiems asmenims yra bent dešimt kartų didesnė nei nerūkantiems. Ši rizika sumažėja nustojus rūkyti. Net ir su nuolat tobulėjančiomis diagnostikos ir gydymo tendencijomis tik 20 proc. asmenų išgyvena ilgiau nei 5 metus po plaučių vėžio diagnozės [5].

Dauguma, t. y. 43–60 proc., stemplės, gerklų ir burnos ertmės vėžių siejama su tabako arba tabako ir alkoholio vartojimu. Šlapimo pūslės, kasos, inkstų, skrandžio, gimdos kaklelio, nosies vėžiai, mieloleukozė taip pat yra susiję su rūkymu [12].

1.3.1.3 Kitos kvėpavimo sistemos ligos

Rūkymas yra pagrindinė lėtinės obstrukcinės plaučių ligos (toliau – LOPL) priežastis. Rūkančiųjų mirtingumas nuo lėtinės obstrukcinės plaučių ligos yra 14 kartų didesnis nei nerūkančiųjų [12].

Gleivinę dirginančios tabako dūmuose esančios medžiagos sukelia lėtinį bronchų gleivinės uždegimą, virpamojo epitelio atrofiją, lėtinį plaučių ir širdies nepakankamumą, taip pat lemia 90 proc. plaučių emfizemos atvejų [12]. Rūkymas daro neigiamą įtaką imuninei sistemai, todėl didėja kvėpavimo takų infekcijų rizika. Rūkant dažniau sergama plaučių uždegimu, kitomis ūimomis kvėpavimo takų sistemos ligomis, taip pat didėja tikimybė susirgti tuberkulioze, gripu, peršalimo ligomis. Rūkymas gali sukelti astmą ar apsunkinti ligos eigą ir kontrolę [12, 27].

Rūkantiems asmenims būdinga hiposmija, knarkimas [26]. Pasyvus rūkymas siejamas tiek su lėtiniais, tiek su ūimais kvėpavimo sutrikimais, tokiais kaip kosulys, skrepliai, gleivės, švokštimas, oro trūkumas [27], nosies išskyros, galvos skausmai [28] ir rinosinusitas [26, 29]. Dūmai aplinkoje pažeidžia rūkančių vaikų ir paauglių plaučius, lėtina augimą, sukelia ankstyvuosius plaučių funkcijos sutrikimus [12].

1.3.1.4 Reprodukcinės sveikatos sutrikimai

Rūkymas gali sukelti menstruacijų ciklo sutrikimus, didesnę skausmą per menstruacijas ir ciklo nereguliarumą [12].

Rūkymas ir taip yra IŠL ir insulto rizikos veiksnys, tačiau rūkančioms ir kontraceptines priemones vartojančioms moterims šių ligų rizika gali išaugti kelis kartus [30]. Rūkant ir vartojant kombinuotuosius kontraceptinius vaistus, naudojant kontraceptinius pleistrus ar žiedą, didėja kardiovaskulinių ligų, hipertenzijos, migrenos, hipercholesterolemijos ir nutukimo rizika [30]. Kontraceptinius vaistus vartojančioms moterims rūkymas net 20 kartų padidina miokardo infarkto ir insulto riziką [12].

Vaisingumas

Nustatyta, kad rūkymas neigiamai veikia tiek vyrų, tiek moterų reprodukcinį procesą [31]. Rūkančios moterys turi mažesnę tikimybę pastoti. Per Danijoje atliktą studiją moterys, per parą surūkančios 5–9 cigaretes, per metus pastojo 1,8 karto rečiau nei nerūkančios. Nustatyta, kad rūkymas didina tiek pirminio, tiek antrinio nevaisingumo riziką. Rūkančioms moterims nevaisingumas dažnai būna susijęs su kiaušintakių funkcijos pažeidimu [12].

Gimdos kaklelio vėžys

Gimdos kaklelio vėžys yra ketvirtas pagal dažnumą moterų onkologinis susirgimas [32]. Kas metus pasaulyje nustatoma daugiau kaip pusė milijono naujų šios ligos atvejų [32]. Žmogaus papilomos virusas yra vienas pagrindinių šios ligos sukėlėjų, tačiau rūkančios moterys patiria didesnę riziką susirgti tiek preinvaziniu, tiek invaziniu gimdos kaklelio vėžiu [12]. Studijos parodė, kad rūkančių moterų gimdos kaklelio gleivėse randamos dūmuose esančių kancerogeninių medžiagų sankaupos [33]. Rūkymas taip pat silpnina gimdos kaklelio imuninę atsaką [12].

Menopauzė

Tyrimais patvirtinta, kad rūkančioms moterims menopauzė pasireiškia vidutiniškai dvejais metais anksčiau nei nerūkančioms [12]. Metimas rūkyti gali atitolinti menopauzę. Kai kurios studijos parodė, kad rūkančios mo-

terys per menopauzę dažniau nei nerūkančios patiria nemalonius simptomus: kaip karščio bangos“, padidėjęs prakaitavimas ir miego sutrikimai [12].

1.3.1.5 Rūkymas nėštumo metu

Tabako vartojimas ir pasyvaus rūkymo poveikis nėštumo metu yra vienas svarbiausių išvengiamų rizikos veiksnių, lemiančių nepageidaujamas nėštumo komplikacijas ir žalą vaisiaus, o vėliau vaiko sveikatai [34]. Didžioji dauguma rūkančių moterų sužinojusios, kad laukiasi, nutraukia rūkymą dar iki pirmo apsilankymo pas gydytoją ginekologą [35], tačiau kai kurioms moterims nepavyksta visiškai atsisakyti rūkymo, tokiu atveju specialisto pagalba yra būtina. Su rūkymu siejama daugybė nėštumo komplikacijų, tokių kaip spontaninis nėštumo nutrūkimas, placentos anomalijos, atšoka, ektopinis nėštumas, preeklampsija ir kitos [34, 36–39].

Nėštumo komplikacijos

Tyrimais nustatyta, kad rūkymas nėštumo metu iki 2,4 karto padidina placentos atšokos tikimybę, o rūkant patiriama hipoksija iki 3 kartų padidina placentos pirmeigos tikimybę. Nustatyta, kad rūkančios moterys iki 2 kartų dažniau nei nerūkančios gimdo prieš laiką, t. y. iki 37 nėštumo savaitės [12]. Priešlaikinis gimdymas yra susijęs su padidėjusia naujagimio ligų ir mirties rizika [12].

Rūkymas taip pat siejamas su 1,5–2,5 karto didesne negimdinio nėštumo tikimybe. Priklausomai nuo surūkomų cigarečių skaičiaus, persileidimo rizika tarp rūkančių moterų gali išaugti iki 25 proc. [12].

Komplikacijos gimdymo metu

Tyrimais nustatyta, kad rūkančioms moterims vidutiniškai gimsta 200–250 g mažesnio svorio naujagimiai nei nerūkančioms [12]. Taip pat mažo svorio naujagimius rūkančios moterys gimdo 2–3 kartus dažniau nei nerūkančios [12]. Moterys, kurioms pavyko mesti rūkyti per pirmąjį nėštumo trimestrą, pagimdo panašaus svorio kūdikius, kaip ir niekada nerūkusios moterys [2].

Didžiojoje Britanijoje atlikti tyrimai parodė, kad su rūkymu siejama bent trečdalis perinatalinių mirčių šioje šalyje [12]. Kiti tyrimai rodo, kad perinatalinis mirtingumas yra 1,5 karto dažnesnis, kai motina rūkanti, be to, rūkymas sukelia 15 proc. visų priešlaikinio gimdymo atvejų [40, 41].

Vaisiaus ir vaiko sveikata

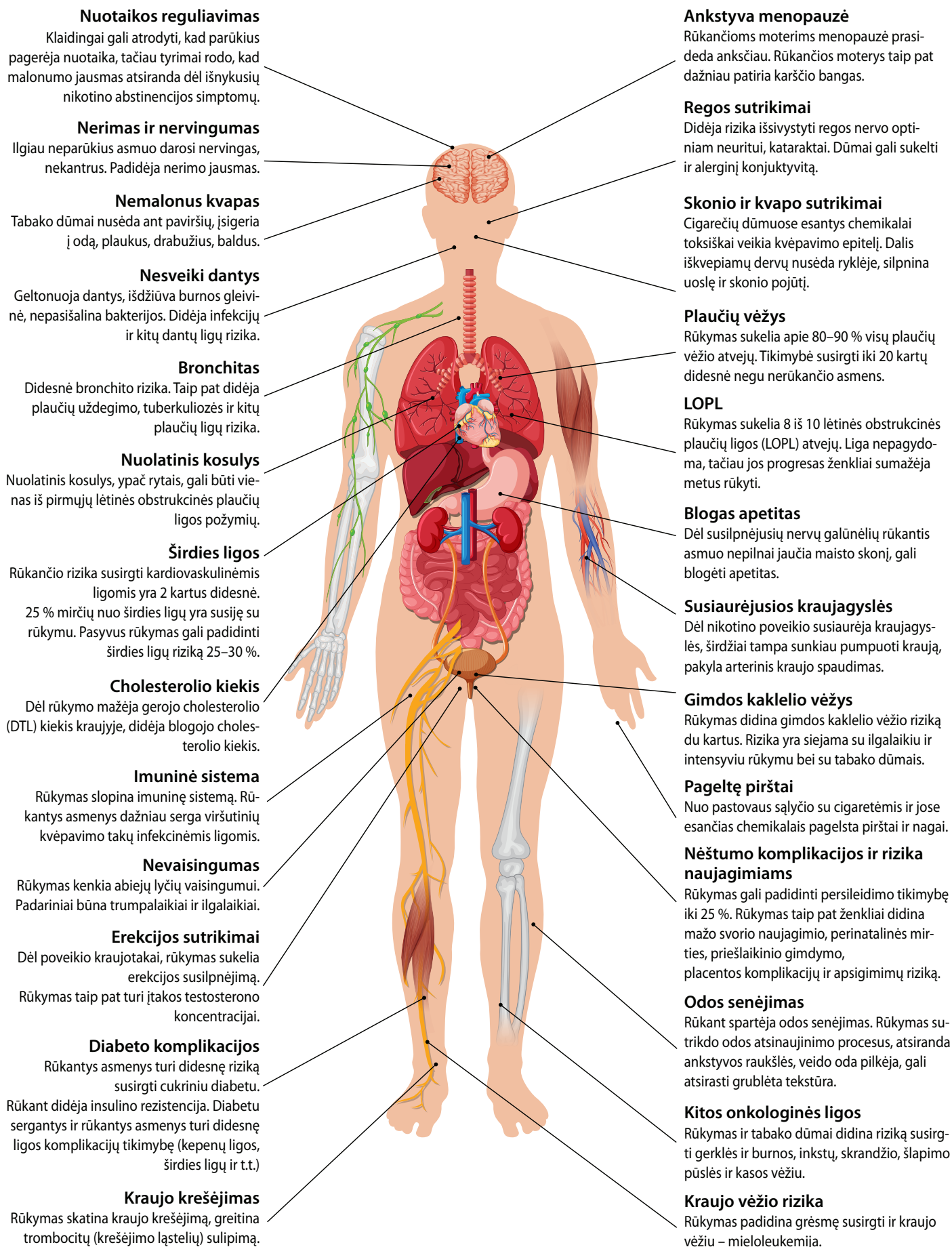
Rūkant į moters organizmą patenka daug cheminių medžiagų, iš kurių apie 1 proc. yra kancerogeninės [12, 42]. Kai kurios iš šių medžiagų, pavyzdžiui, radioaktyvusis polonis 210, gali sukelti chromosominius pakitimus ir lemti vaisiaus vystymosi sutrikimus [12]. Tyrimų duomenimis, rūkymas nėštumo metu siejamas su 30 proc. didesne kiškio lūpos ir vilko gomurio rizika, taip pat 20 proc. didesne šlapimo sistemos ligų rizika [12]. Tabako vartojimas laukiantis net ir po gimdymo didina augimo sulėtėjimo, staigios kūdikių mirties sindromo, malformacijų tikimybę [34, 43–46]. Nustatyta, kad staigios kūdikių mirties rizikos dydis tiesiogiai priklauso nuo nėštumo metu surūkytų cigarečių skaičiaus, tačiau bendrai rizika gali išaugti net tris kartus [12]. Taip pat rūkančių moterų piene randama mažiau lipidų, o pieno kiekis gali sumažėti daugiau kaip 250 ml per parą [12].

Vėliau rūkusių motinų vaikai turi didesnę arterinės hipertenzijos, nutukimo ir metabolinio sindromo, psichinių sutrikimų, mokymosi ir atminties sutrikimų riziką [47–49]. Suaugę rūkusių motinų vaikai dažniau patys rūko ir turi priklausomybę nuo nikotino [50].

Studijos parodė, kad mamos rūkymas per nėštumą ir pasyvus rūkymas gali lemti blogesnę vaiko kvėpavimo takų sistemos vystymąsi, prastesnę plaučių funkciją, bronchinės astmos ir kitų kvėpavimo takų sistemos ligų riziką [12]. Be to, jeigu moteris rūko nėštumo metu, vaikai gali gimti su nikotino abstinencijos reiškiniais, būti neramūs, blogiau valgyti ar turėti miego sutrikimų [12].

Pasyvus rūkymas

Pasyvaus rūkymo poveikis nėštumo metu yra susijęs su didesne rizika vaisiaus sveikatai. Pasyvaus rūkymo žala moterims, t. y. kai besilaukianti moteris būna prirūkytoje aplinkoje, siejama su 23 proc. didesne negyvo kūdikio gimimo rizika, 13 proc. didesne naujagimio apsigimimų tikimybe [51, 52], taip pat siejama su padidinta priešlaikinio gimdymo, bronchopulmoninės displazijos, švokštimo, astmos ir kitų kvėpavimo ligų rizika [53–56]. Tėvų rūkymas prie vaikų gali padidinti vaikų onkologinių susirgimų, pavyzdžiui, limfomos, smegenų vėžio ir leukemijos, riziką [12].



1 pav. Rūkymo sukeltamos ligos ir sveikatos sutrikimai [24]

Paveiksliukui naudota iliustracija iš interneto svetainės www.freepik.com

1.4 Tabako reguliavimas Lietuvoje

Pasaulio sveikatos organizacijos Tabako kontrolės pagrindų konvencija (pirmoji pasaulyje daugiašalė sveikatos sutartis) buvo pasirašyta 2004 metais. Ši sutartis, kurią pasirašė ir ratifikavo 181 šalis, įskaitant Lietuvą, įpareigojo kiekvieną pasirašiusią šalį įgyvendinti kontrolines tabako priemones, išdėstytas 38 straipsniuose [42]. Lietuvoje strateginiai valstybiniai tabako kontrolės tikslai apibrėžiami Lietuvos Respublikos Seimo tvirtinamose Lietuvos sveikatos strategijos ir Valstybinės narkotikų, tabako ir alkoholio kontrolės ir vartojimo prevencijos programos nuostatose. Tabako reguliavimo reikalavimai apibrėžti Europos Sąjungos tabako gaminių direktyvoje ir Lietuvos Respublikos tabako kontrolės įstatyme.

Lietuvos sveikatos 2014–2025 metų strategija

Kas dešimtmetį tvirtinama Lietuvos sveikatos strategija atitinka Pasaulio sveikatos organizacijos Tabako kontrolės pagrindų konvencijos, ratifikuotos Lietuvos Respublikos įstatymu „Dėl Pasaulio sveikatos organizacijos Tabako kontrolės pagrindų konvencijos ratifikavimo“, nuostatas. Paskutinės Lietuvos sveikatos 2014–2025 metų strategijos trečio tikslo pirmame uždavinyje numatyta sumažinti alkoholinių gėrimų, tabako vartojimą, neteisėtą narkotinių ir psichotropinių medžiagų vartojimą ir prieinamumą [57]. Siekiant sumažinti tabako gaminių vartojimą, tabako pasiūlą ir paklausą, nurodyti šie tikslai [57]:

- 1) mažinti tabako gaminių ir jų pakaitalų prieinamumą keliant jų kainas, riboti jų prekybą elektroninių ryšių tinklais;
- 2) plėsti aplinką be tabako dūmų;
- 3) tabako gaminių reguliavimo priemonėmis didinti nepilnamečių apsaugą nuo jų vartojimo;
- 4) diegti ankstyvasias pažintines programas mokyklose, įtraukiant temas apie tabako gaminių vartojimo daromą žalą;
- 5) užtikrinti pagalbą asmenims, norintiems mesti rūkyti;
- 6) atitolinti ir (arba) sumažinti tabako gaminių vartojimą, taikant skirtingų tikslinių grupių poreikius atitinkančias ir moksliniais duomenimis grįstas psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo prevencijos priemones;
- 7) diegti ir įgyvendinti intervencijos priemones, skatinančias nerūkyti ir padedančias atsisakyti šio įpročio.

Valstybinė narkotikų, tabako ir alkoholio kontrolės ir vartojimo prevencijos programa

Valstybinėje narkotikų, tabako ir alkoholio kontrolės ir vartojimo prevencijos 2018–2028 metų programoje (toliau – Programoje) numatomi „ilgalaikiai valstybės siekiai, prioritetai ir įsipareigojimas taikyti sveikata grįstą požiūrį į psichoaktyviųjų medžiagų vartojimą bei padėti žmonėms saugoti ar atkurti savo sveikatą, gerovę ir gyvenimo kokybę.“ [58]. Trečiasis Programos tikslas – sumažinti alkoholio, tabako gaminių ir su tabako gaminiais susijusių gaminių prieinamumą (fizinį ir ekonominį) siekiant apsaugoti visuomenės ir asmens sveikatą. Trečiajam tikslui pasiekti keliamas uždavinys – sumažinti alkoholio, tabako gaminių ir su tabako gaminiais susijusių gaminių patrauklumą skirtingiems visuomenės nariams. Pagrindinės šio uždavinio įgyvendinimo kryptys [58]:

- užtikrinti priimtų alkoholio, tabako ir su tabako gaminiais susijusių gaminių prieinamumo ribojimo priemonių tęstinumą ir poveikio vertinimą;
- vykdyti akcijų politiką;
- nuolat tobulinti veiklos su alkoholio produktais ir tabako gaminiais licencijavimo mechanizmą;
- tobulinti tabako žaliavos priežiūros mechanizmą, atsižvelgiant į ES valstybių narių gerąją patirtį;
- užtikrinti tinkamą priemonių, numatytų PSO Tabako kontrolės pagrindų konvencijoje ir Protokole dėl neteisėtos prekybos tabako gaminiais panaikinimo, įgyvendinimą;
- tobulinti su tabako gaminiais susijusių gaminių priežiūros mechanizmą;
- sumažinti tabako gaminių ir su tabako gaminiais susijusių gaminių patrauklumą ir šių gaminių prieinamumą;
- nuosekliai šviesti visuomenę skatinant netoleruoti teisės pažeidimų, susijusių su neteisėta tabako ir alkoholio apyvarta, ir pan.

Europos Sąjungos tabako gaminių direktyva ir Lietuvos Respublikos tabako kontrolės įstatymas

Išsamesnis tabako kontrolę apibrėžiantis ir reglamentuojantis teisės dokumentas yra Lietuvos Respublikos tabako kontrolės įstatymas. Įstatymas, pirmą kartą priimtas 1995 metais, reglamentuoja su tabako gaminių gamyba, prekyba, laikymu, gabenimu, įvežimu, importu, reklama, vartojimu, įsigijimu ir (arba) vartojimo skatiniu susijusius reikalavimus ir nustato valstybės tabako kontrolės pagrindus Lietuvoje [12]. Lietuvai įstojus į Europos Sąjungą, 2004 metais įsigaliojo nauja Lietuvos Respublikos tabako kontrolės įstatymo redakcija ir Europos Sąjungos tabako gaminių direktyva buvo perkelta į Lietuvos teisės aktus. Europos Sąjungos tabako gaminių direktyva nustato pagrindinius tabako ir su juo susijusių gaminių gamybos, pateikimo ir pardavimo reikalavimus. Šių reikalavimų privalo laikytis visos Europos Sąjungos šalys, įskaitant Lietuvą.

Paskutinė Tabako gaminių direktyvos redakcija išėjo 2014 metais. Joje atsirado draudimas į cigaretes ir sukurtinių tabaką dėti pridėtinio skonio ir kvapo, pavyzdžiui, vaisių arba mentolio, priedų. Taip pat atsirado reikalavimas, kad ant cigarečių pakuočių būtų dideli vaizdiniai ir tekstiniai įspėjimai, primenantys vartotojams apie rūkymo žalą sveikatai, ir uždrausta vartoti klaidinančius užrašus, tokius kaip „ekologiškas“ arba „natūralus“. Šioje redakcijoje taip pat nustatyti naujų elektroninių gaminių, kuriuose yra nikotino, reikalavimai. Pavyzdžiui, elektroninių cigarečių (garinimo įrenginių) kaitikliai negali būti didesnės nei 2 ml talpos, elektroniniame skystyje nikotino koncentracija negali viršyti 20 mg/ml, uždraustos tam tikros sudedamosios dalys, kaip taurinas, kofeinas ir dažikliai, ant visų gaminių turi būti įspėjamieji ženklai dėl žalos sveikatai [59].

Dar vienas dokumentas, kuriuo dažnai remiasi politikos, sveikatos ir prevencijos programų rengėjai, yra kas kelerius metus Pasaulio sveikatos organizacijos rengiama Globalios tabako epidemijos ataskaita [60]. Ataskaitoje apibendrinamos šalių pastangos ir progresas įgyvendinant Pasaulio sveikatos organizacijos Tabako kontrolės konvencijos priemones ir nurodomos tolesnės rekomendacijos kovojant su pasauline tabako epidemija. Paskutinėje, tai yra 2021 metų, ataskaitoje pabrėžiamos pagrindinės tabako pasiūlos ir vartojimo mažinimo kryptys, kurių turėtų laikytis visos sutartį pasirašiusios šalys [60]:

- tabako vartojimo stebėsena ir prevencinės priemonės;
- žmonių apsauga nuo tabako dūmų;
- pagalbos teikimas metantiems rūkyti;
- įspėjimai apie tabako vartojimo pavojus;
- masinės žiniasklaidos kampanijos prieš tabaką;
- reklamos, vartojimo skatinimo ir rėmimo draudimų vykdymas;
- tabako mokesčių didinimas;
- nacionalinės tabako kontrolės programos;
- elektroninės nikotino tiekimo sistemos.

Pagrindiniai I dalies punktai

1. Per pastarąjį dešimtmetį smarkiai išsiplėtė tabako gaminių pasiūla. Šiuo metu rinkoje galima įsigyti rūkomojo tabako gaminių, pavyzdžiui, cigarečių, cigarų, cigarilių, ir bedūmių tabako gaminių, iš kurių pastaruoju metu populiariausi yra nauji elektroniniai gaminiai, pavyzdžiui, kaitinamojo tabako ir elektroninio skysčio garinimo įrenginiai.
2. Nikotinas – cheminė medžiaga, randama tabako augaluose. Rūkant nikotinas per kelias sekundes aktyvina smegenyse esančius neurotransmiterius (dopaminą), susijusius su malonumo pojūčiu [12]. Dėl nikotino poveikio smegenyse vystosi priklausomybė, tačiau nikotinas nėra pagrindinis priešlaikinės mirties ir sveikatos sutrikimų sukėlėjas.
3. Priklausomybės nuo nikotino atsiradimo mechanizmas panašus kaip ir vartojant kitas psichoaktyvias medžiagas, o stiprumas priylgsta priklausomybei nuo heroino. Fizinės priklausomybės susiformavimo laikas gali trukti mėnesius ar metus. Apie 80 proc. reguliariai rūkančiųjų yra fiziškai priklausomi nuo nikotino, tačiau visi rūkantys asmenys yra vienaip ar kitaip priklausomi psichologiškai.
4. Su kiekvienu cigaretės dūmu į žmogaus organizmą patenka daugiau nei 7 000 cheminių medžiagų, iš kurių beveik 1 proc. yra kancerogeninės. Tabako gaminiuose ir jų dūmuose esančios cheminės medžiagos kenkia ne tik rūkančio asmens organizmui, bet ir aplinkinių sveikatai. Sudedamosios tabako dūmų dalys yra priešlaikinės mirties ir kitų sveikatos sutrikimų nuo rūkymo priežastis.
5. Kasmet pasaulyje nuo tabako dūmų sukeltų ligų miršta 5–7 milijonai žmonių, pusė šių mirčių yra priešlaikinės ir jų galima išvengti. Europoje kasmet su tabako vartojimu siejama daugiau nei 700 000 mirčių, Lietuvoje – apie 7 000 mirčių.
6. Aktyvus ir pasyvus rūkymas siejamas su 30 proc. onkologinių, širdies ir kraujagyslių, kvėpavimo ir reprodukcinės sistemos ligų ir kitų sveikatos sutrikimų. Vidutinė rūkančių žmonių gyvenimo trukmė yra 10 metų trumpesnė nei nerūkančių. Per savo gyvenimą rūkantys asmenys praranda apie 20 sveiko, t. y. be ligų ir neįgalumo, gyvenimo metų.
7. Strateginiai valstybiniai tabako kontrolės tikslai apibrėžiami Lietuvos sveikatos strategijoje ir Valstybinėje narkotikų, tabako ir alkoholio kontrolės ir vartojimo prevencijos programoje. Tabako gaminių reguliavimo reikalavimai apibrėžti Europos Sąjungos tabako gaminių direktyvoje ir Lietuvos Respublikos tabako kontrolės įstatyme.

II DALIS



PASIRUOŠIMAS MESTI RŪKYTI

Nepaisant stiprios motyvacijos mesti rūkyti, dauguma rūkančių asmenų būna nepasiruošę iššūkiams ir sunkumams, laukiantiems siekiant atsisakyti priklausomybės nuo nikotino. Be to, metantiems rūkyti asmenims pagalbą teikiantys specialistai ne visada įvertina, koks sudėtingas ir ilgas gali būti metimo rūkyti procesas. Dauguma rūkančiųjų sėkmingai meta rūkyti tik po kelių bandymų. Iš tiesų tyrimai rodo, kad ilgalaikę remisiją dažniau pasiekia tie, kurie nesėkmingai bandė mesti rūkyti kelis kartus, negu tie, kurie siekia mesti rūkyti pirmą kartą [61]. Taigi tai, kad anksčiau nepavyko mesti rūkyti, nėra rodiklis, jog nepavyks ir ateityje.

2.1 Kognityvinės elgesio terapijos principų taikymas teikiant pagalbą metantiems rūkyti

Kognityvinė elgesio terapija (toliau – KET) jungia dvi psichoterapijos rūšis – kognityvinę ir elgesio terapijas. Elgesio terapija padeda susilpninti ar panaikinti ryšius tarp streso keliančios situacijos ir įprastų žmogaus reakcijų į ją [7]. Įprastos reakcijos gali būti baimė, depresija ar įniršis, žalingas elgesys. Elgesio terapija taip pat moko, kaip nuraminti jausmus bei kūną ir pasijusti geriau, pradėti mąstyti aiškiau, lengviau apsispręsti. Kognityvinė terapija moko, kaip tam tikri mąstymo stereotipai iškreipia vaizdą tarp to, kas realiai vyksta žmogaus gyvenime, be pakankamos priežasties priversdami jausti nerimą, depresiją arba pyktį ar provokuodami netinkamus veiksmus. KET tikslas – keičiant mąstymą sumažinti psichologinį stresą ir pakeisti žalingą elgesį, kad ateityje pavyktų įveikti stresines situacijas [62].

Taikant KET principus pagalboje metantiems rūkyti, specialistai padeda rūkantiesiems identifikuoti ir pakeisti mintis, įsitikinimus ir veiksmus, kurie veda prie rūkymo arba metus rūkyti paskatina atkrytį. Specialistų užduotis teikiant pagalbą metantiems rūkyti yra ne tik suteikti informaciją apie rūkymo keliamą žalą ir patarti, kaip išvengti rūkymą skatinančių situacijų, bet ir išmokyti mąstymo ir elgesio keitimo įgūdžių, kuriais asmenys galėtų vadovautis kasdienybėje [7]. Teikiant pagalbą metantiems rūkyti rekomenduojama visada stengtis taikyti KET principus, ypač motyvacijos stiprinimo etapų.

2.2 5A metodas

Nors pagalba metantiems rūkyti turi atitikti individualius rūkančio asmens poreikius, pats pagalbos procesas gali būti aiškiai struktūrintas. Pasaulio sveikatos organizacija rekomenduoja naudoti 5A intervencijų metodą [63]. Šis metimo rūkyti procesą apibrėžiantis pagalbos metodas yra pakankamai lankstus ir patogus taikyti teikiant tiek pirminio, tiek antrinio lygio sveikatos priežiūros paslaugas. Kai sveikatos priežiūros specialisto konsultacijos su klientu laikas yra trumpas, pavyzdžiui, per ambulatorinį apsilankymą pas šeimos gydytoją, 5A gali būti taikomas kaip trumpų, t. y. nuo 30 sekundžių iki 5 minučių, truncančių intervencijų ciklas.

5A metodo žingsniai:

- 1) paklausk (angl. *ask*), ar asmuo rūko;
- 2) patark (angl. *advise*) asmeniui mesti rūkyti;
- 3) įvertink (angl. *assess*) asmens norą ir motyvaciją mesti rūkyti;
- 4) padėk (angl. *assist*) per visą metimo rūkyti procesą;
- 5) stebėk (angl. *arrange*) asmens metimo rūkyti procesą.

Nors 5A pripažįstama kaip viena efektyviausių priemonių, padedančių asmenims ryžtis mesti rūkyti [63], dauguma specialistų vis dar nesirūšta jos taikyti [7]. Jungtinėse Amerikos Valstijose atliktos apklausos metu paaiškėjo, kad, nors 90 proc. sveikatos priežiūros specialistų paklausė savo pacientų, ar jie rūko, tik 71 proc. patarė mesti rūkyti, 56 proc. įvertino pasiryžimą, 48 proc. pasiūlė pagalbą metant rūkyti, tik 9 proc. stebėjo metimo rūkyti procesą [64]. Nors rūkančiųjų identifikavimas ir patarimas mesti rūkyti yra svarbūs pirmieji žingsniai siekiant ilgalaikio rezultato, specialisto pagalba yra būtina per visą metimo rūkyti procesą [6].

Visi 5A metodo etapai yra svarbūs, tačiau ne visi etapai bus vienodai svarbūs teikiant individualią pagalbą metantiems rūkyti. Vieni asmenys jau bus apsisprendę, kad nori mesti rūkyti, tad daugiau laiko ir pastangų prireiks 3 ir 4 etapais – skatinant motyvaciją ryžtis mesti ir teikiant pagalbą per visą metimo rūkyti procesą. Kiti rūkantys asmenys dar tik svarstys galimybę mesti, tad daugiau dėmesio reikės skirti patariant ir motyvuojant.

Kai dėl laiko stokos nėra galimybės skirti laiko visiems 5A žingsniams, rekomenduojama naudoti minimalios intervencijos būdą, t. y. susitelkti ties 3A žingsniais. Tokiu atveju specialistas turėtų (1) **paklausti**, ar asmuo rūko, (2) **patarti** mesti rūkyti naudojant medikamentinio gydymo ir elgesio keitimo terapijos kombinaciją ir (3) **padėti** nukreipiant pas specialistą, padėsiantį mesti rūkyti [65]. 1 priede pateikiama trumpa 5A metodo atmintinė specialistams. Toliau išsamiau aprašomi pirmieji trys 5A metodo etapai.

2.2.1 Pirmas žingsnis – paklausk

Suprantama, kad ne visada lengva pradėti kalbėti apie rūkymą. Kai kuriems specialistams gali atrodyti, kad tai ne jų profesinė sritis ir ne jų pareiga klausyti klientų, ar jie rūko. Kiti galbūt mano, kad jiems trūksta žinių ir įgūdžių teikti metimo rūkyti konsultacijas, todėl apskritai vengia šios temos [66]. Tačiau rūkymo žala sveikatai yra tokia plati, kad pagalba mesti rūkyti turi apimti visų sričių specialistus ir teikiama pasitaikius bet kokiai progai. Taip pat specialistams gali atrodyti, kad klausimas apie rūkymą yra jautrus ir klientas tai gali vertinti kaip kišimąsi į asmeninį gyvenimą. Vis dėlto tyrimai rodo, kad specialistai, kurie teiraujasi savo klientų, ar jie rūko, vertinami geriau nei tie, kurie šia tema nesidomi [67].

Taigi pirmas žingsnis yra labai paprastas – tiesiog paklauskite: „Ar jūs rūkote?“; jeigu klausiate ne pirmą kartą: „Ar vis dar rūkote?“ Bet koks kitoks nei neigiamas atsakymas reiškia, kad asmuo rūko. Paklauskite visų savo klientų per kiekvieną vizitą – šis klausimas turėtų tapti jūsų kasdienio darbo dalimi. Apie tabako vartojimą reikėtų klausiti draugiškai, klausimas neturėtų skambėti kaip smerkimas ar kaltinimas. Jeigu asmuo atsako, kad rūko, nereikėtų iš karto pradėti vardyti visų priežasčių, kodėl jam tuoj pat reikėtų atsisakyti rūkymo. Ar asmuo rūko, turėtų būti pažymėta visuose medicininiuose dokumentuose. Aiškus įrašas padės kitiems specialistams geriau įvertinti asmens sveikatos būklę, taip pat bus pagrindas dar kartą paklausti apie rūkymą ir galbūt pereiti prie kitų 5A žingsnių. Jeigu asmuo atsako, kad yra metęs rūkyti, dokumentuose pažymėkite ir tai. Ši informacija taip pat yra svarbi vertinant rūkymo įtaką sveikatos būklei ateityje ir stebint, ar asmuo vėl nepradėjo rūkyti.

2.2.2 Antras žingsnis – patark

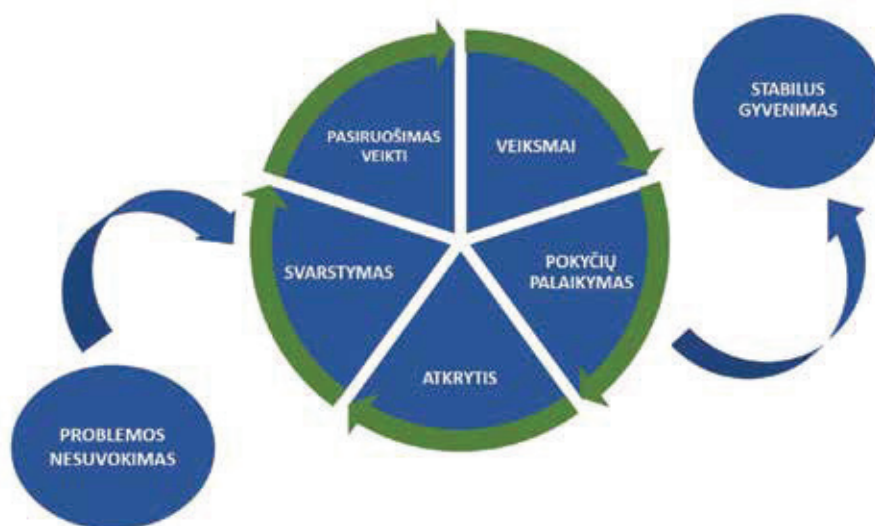
Jeigu asmuo atsakė, kad šiuo metu rūko, patarkite atsisakyti rūkymo. Patarimas turėtų būti aiškus ir tvirtas, tačiau negąsdinantis. Pavyzdys: „Kaip jūsų gydytojas noriu atkreipti dėmesį, kad jūsų nuolatinis kosulys yra rūkymo pasekmė, taigi būtų gerai atsisakyti šio įpročio“, „Svarbu mesti rūkyti, ir aš galiu jums padėti“. Patarimą galima pritaikyti kiekvienam individualiai, susieti su asmens sveikata ar demografiniais duomenimis. Trumpai argumentuokite patarimą, atsižvelgdami į kiekvieno kliento asmeninę situaciją, sveikatos ar socialines problemas ir su rūkymu susijusias išlaidas. Tada pasiūlykite pagalbą: „Jei norite, galiu jums padėti mesti rūkyti“ arba „Aš galiu jums padėti tai padaryti. Ar norėtumėte pabandyti?“

2.2.3 Trečias žingsnis – įvertink

Pasiteiravus, ar asmuo rūko, ir patarus mesti rūkyti, trečias žingsnis yra įvertinti asmens pasiryžimą ir motyvaciją mesti rūkyti. Svarbu ne tik išsiaiškinti, ar asmuo nori mesti rūkyti, bet ir įvertinti pasiryžimo lygį ir padėti asmeniui pasiruošti ir žengti paskutinius žingsnius, kad atsisakytų tabako. Siekiant įvertinti asmens pasiruošimą keisti savo elgesį, toliau bus aptariamas elgesio keitimo stadijų modelis ir motyvacijos mesti rūkyti stiprinimo aspektai.

2.2.3.1 Elgesio keitimo stadijų modelis

Vienas iš populiariausių motyvacijos vertinimo ir elgesio keitimo modelių yra Prochaska ir DiClemente transteorinio elgesio keitimo stadijų modelis [68]. Elgesio keitimas suprantamas kaip procesas, per kurį išskiriamos kelios elgesio keitimo stadijos – etapai, atspindintys žmogaus motyvacijos lygį ir pasirengimą keisti savo (žalingą) elgesį (2 pav.).



2 pav. Prochaska ir DiClemente transteorinio elgesio keitimo stadijų modelis

5 elgesio keitimo stadijos: metimas rūkyti

1. *Problemų nesuvokimas.* Rūkantis asmuo nesvarsto galimybės mesti rūkyti. Šioje stadijoje žmogus dar neketina keisti elgesio ir nemano, kad turi problemų.
2. *Svarstymas.* Asmuo supranta, kad rūkymas kenkia, ir svarsto, kad vertėtų mesti rūkyti.
3. *Pasiruošimas veikti.* Rūkantis asmuo pasiryžo imtis veiksmų ir ketina mesti rūkyti artimiausioje ateityje (per mėnesį). Šioje stadijoje sudaromas metimo rūkyti planas.
4. *Veiksmai.* Metimo rūkyti stadija. Rūkantis asmuo keičia savo elgesį – neberūko. Mokosi išvengti atkryčio.
5. *Pokyčių palaikymas.* Asmuo ir toliau nerūko. Pokyčių palaikymo stadija dažniausiai prasideda po 3–6 nerūkymo mėnesių.

Pastaba: modelyje taip pat įvardijama atkryčio stadija, kai asmuo vėl pradeda rūkyti. Daugiau apie atkryčio prevenciją pateikiama šios metodinės medžiagos VI dalyje.

Transteorinio modelio autoriai pabrėžia, kad elgesio keitimas yra procesas, o ne įvykis. Žmonės turi skirtingą motyvaciją keisti savo elgesį, skiriasi ir jų pasiruošimas keistis. Todėl skirtingose elgesio keitimo stadijose esantiems asmenims reikės skirtingų postūmių ar intervencijų [69]. Svarstydamas, ar mesti rūkyti, asmuo turi priimti sprendimą. Jis vertina metimo rūkyti privalumus ir trūkumus, t. y. priežastis keisti savo elgesį ir priežastis to nedaryti [69]. Specialistas gali padėti asmeniui pereiti iš vienos stadijos į kitą. Ne visi asmenys būtinai iš eilės eis per visas elgesio keitimo stadijas. Modelis pateikiamas ne kaip gydymo algoritmas, o kaip konceptuali metimo rūkyti proceso schema, padėsianti specialistui geriau įvertinti asmens motyvaciją mesti rūkyti ir atitinkamai pritaikyti pagrindines žinutes per konsultacijas.

2.2.3.2 Elgesio keitimo modelio taikymas asmenims, kurie yra nepasiruošę mesti rūkyti

Suprantama, svarbiausias ir tam tikra prasme sudėtingiausias yra elgesio keitimo etapas, kai asmuo imasi veiksmų ir atsisako rūkymo. Tik visiškai atsisakius rūkymo, t. y. 100 proc. sėkmingai perėjus veiksmų stadiją, bus pasiektas pirminis tikslas. Tačiau kelias link veiksmų stadijos dažnai yra ilgas, pilnas dvejonų, baimių ir motyvacijos stokos. Dauguma asmenų, kurie į sveikatos priežiūros įstaigą patenka dėl sveikatos sutrikimų, tiesiogiai nesusijusių su rūkymu, greičiausiai bus problemų nesuvokimo arba svarstymo stadijoje.

Jeigu asmuo dar nesuvokia problemos, ženkite pirmus žingsnius siekdami išsiaiškinti, kokios yra to priežastys. Galite paklausti: „Suprantu, kad šiuo metu nesvarstote mesti rūkyti. Ar kada nors jau esate tai bandę?“ arba „Ar galiu paklausti, ar kada nors jau svarstėte mesti rūkyti?“ Specialisto užduotis šiame etape yra stengtis išsiaiškinti, kodėl žmogus nenori net svarstyti apie rūkymo nutraukimą. Kas turėtų pasikeisti, kad jis pradėtų apie tai galvoti? Galbūt trukdo įsitikinimai, baimės? O galbūt trūksta žinių, kodėl naudinga atsisakyti šio įpročio?

Net ir tie, kurie iš pradžių nenorėjo pagalvoti apie metimą rūkyti, gali sėkmingai atsisakyti šio įpročio, jeigu sutinka išbandyti specialisto konsultacijas [70]. Nemažai žmonių vis dar nėra gerai informuoti apie rūkymo žalą asmens ir aplinkinių sveikatai. Dauguma yra girdėję apie didesnę riziką susirgti plaučių vėžiu, tačiau mažiau

žino apie rūkymo sąsają su kitomis onkologinėmis ligomis, širdies ir kraujagyslių ligomis, vaisingumo sutrikimais ar pasyvaus rūkymo žala aplinkiniams. Kai kurios dažnai išsakomos priežastys, kodėl norima toliau rūkyti, ir galimi specialisto atsakymai pateikti 1 lentelėje.

2.2.3.3 Elgesio keitimo modelio taikymas asmenims, kurie svarsto mesti rūkyti

Vienas iš didžiausių iššūkių specialistui bus įkalbėti svarstantį mesti rūkyti asmenį imtis konkrečių veiksmų, o vienas iš svarbiausių tokių veiksmų bus metimo rūkyti datos nustatymas (apie tai plačiau IV šios metodinės medžiagos dalyje). Prieš nustatant datą reikia atsižvelgti į individualius asmens įsitikinimus ir nuogąstavimus dėl metimo rūkyti proceso.

Kai asmuo dvejoja, ar nori mesti rūkyti

Beveik visi rūkantys ir norintys mesti rūkyti asmenys turės nemažai nuogąstavimų ir dvejonių dėl rūkymo nutraukimo proceso. Mesti rūkyti – didelis žingsnis ir svarbus pokytis gyvenime. Rūkantis asmuo turi realiai įvertinti, kad metimo rūkyti procesas greičiausiai bus nemalonus tiek fiziškai, tiek psichologiškai. Taip pat reikia, kad asmuo nusiteiktų, jog metęs rūkyti daugiau niekada neberūkys. Mintis, kad daugiau niekada nebebus galima parūkyti, gali labai gąsdinti. Tačiau svarbu, kad asmuo suprastų, jog tie, kurie kartais parūko (net jeigu tai tik keli dūmų įtraukimai), ypač per pirmąsias metimo rūkyti savaites, dažniausiai grįžta prie kasdieninio rūkymo [7]. Specialistas gali nuraminti metantį rūkyti, kad bėgant laikui rūkymas neturės teigiamų asociacijų, nebekils noras užsirūkyti, o nerūkymas bus suvokiamas kaip pozityvus gyvenimo aspektas. Gąsdinanti ateities perspektyva apie nerūkymą yra labai trumpalaikė ir pakankamai greitai neteks prasmės.

1 lentelė. Dažnai išsakomos priežastys, kodėl nenorima atsisakyti rūkymo, ir kaip jas paneigti

Dažnai išsakomos priežastys, kodėl nenorima atsisakyti rūkymo, ir kaip jas paneigti	
Priežastis	Atsakymas
Dabar netinkamas metas	Iš tiesų nėra tobulo meto mesti rūkyti. Gyvenime nuolat kyla problemų ir neplanuotų iššūkių. Pabandykite paklausti rūkančio asmens: „O kada bus tinkamas metas mesti rūkyti? Kokia tikimybė, kad viskas taip susidėlios, jog pagaliau ateis tobulas metas mesti rūkyti?“ Galite paraginti: „Nenoriu jūsų spausti, tiesiog noriu, jog realiai įvertintumėte tikimybę, kad tobulas metas mesti rūkyti taip ir neateis ir kad galbūt geriau tai padaryti dabar nei kažkada neapibrėžtoje ateityje.“
Aš negalėsiu susikaupti	Negalėjimas susikaupti yra vienas iš nikotino abstinencijos simptomų. Vienas iš būdų, kaip sumažinti šiuos simptomus, yra nikotino pakaitinė terapija. Galite pasiūlyti: „Kad neprarastumėte gebėjimo susikaupti, kol metate rūkyti, rekomenduojama naudoti pakaitinę nikotino terapiją. Yra net keli produktai, apie kuriuos jums galėčiau plačiau papasakoti.“
Aš pasiilgsiu rūkymo	Atjaukite: „Taip, greičiausiai iš tiesų pasiilgsite rūkymo, juk taip ilgai tai buvo jūsų kasdienybės dalis.“ Taip pat paraginkite asmenį pagalvoti apie teigiamus metimo rūkyti aspektus, tokius kaip sveiksnis ir laimingesnis gyvenimas. Nuraminkite, kad ilgainiui naujas elgesys (t. y. nerūkymas) taps įprastas, o rūkymo ilgesys pasimirš.
Priaugsi svorio	Statistika rodo, kad nemažai žmonių metę rūkyti iš tiesų priauga 3–4 kg per pirmuosius 6 mėnesius. Specialistui svarbu pabrėžti, kad rūkymo keliamo žala yra nepalyginamai didesnė nei keli priaugti kilogramai. Aptarkite, ką vertėtų daryti, kad asmuo nepriaugtų nepageidaujamo svorio.
Rūkymas man padeda susidoroti su iššūkiais	Visi žmonės gyvenime patiria iššūkių. Tiek rūkantiems, tiek nerūkantiems tenka spręsti kylančias problemas. Fiziologiškai rūkymas niekaip nepadeda susidoroti su iššūkiais, parūkius tik sumažėja nemalonūs abstinencijos požymiai, tačiau problemos išlieka. Aptarkite, su kokiomis problemomis susiduria asmuo ir kas, be rūkymo, galėtų padėti susidoroti su sunkumais.
Tai mano identiteto dalis	Ar rūkymas iš tiesų yra ir ar turi būti identiteto dalis? Priminkite, kad savęs identifikavimas kaip rūkančio asmens yra pasirinkimas. Pasiūlykite pagalvoti apie tai, kokie yra kiti asmens pomėgiai ir užsiėmimai: Vietoj to galite sakyti, jog „aš esu mama / dukra / tėvas, mėgstu teatrą, esu sodininkas, sportininkas ir pan.“ Paraginkite pagalvoti apie savybes, kuriomis asmuo labiausiai didžiuojasi.
Jau bandžiau ir man nepavyko mesti	Nuraminkite, kad dauguma žmonių meta rūkyti ne iš pirmo karto. Nesėkmingas bandymas nereiškia, kad ir toliau nepavyks. Atvirkščiai, tyrimai rodo, kad sėkmingiau rūkymo atsisako tie, kurie tai daro ne pirmą kartą. Aptarkite, kada įvyko atkrytis praeitą kartą, pasvarstykite, kokie būdai padėtų to išvengti.

Dirbant su asmeniu, kuris yra svarstymo ir planavimo mesti rūkyti stadijoje, naudinga kartu įvardyti metimo rūkyti ir rūkymo tęsimo priežastis. Paraginkite žmogų ramiai ir nuoširdžiai pagalvoti apie jam asmeniškai svarbias priežastis. Kas pasikeis metus rūkyti? Vieniems bus svarbu rodyti gerą pavyzdį savo vaikams, kitiems – pagerinti fizinę sveikatą. Kokios priežastys toliau rūkyti? Vieni bijos abstinencijos simptomų, kitiems gali atrodyti, kad metus rūkyti nebeliks malonumo gyvenime.

Sąrašas priežasčių, kodėl verta mesti rūkyti

Dauguma rūkančių asmenų žino, kad reikėtų mesti rūkyti. Jie nori nerūkyti, tačiau be santykinai abstraktaus įsivaizdavimo, jog nutraukus rūkymą gyvenimas pagerės, dažnai neskiriama pakankamai dėmesio įsivardyti asmeniškai svarbių priežasčių mesti rūkyti. Dažniausiai rūkantys asmenys nori nutraukti rūkymą dėl sveikatos, finansinių priežasčių, šeimos ir draugų spaudimo, taip pat dėl socialinių priežasčių – rūkymas tampa vis mažiau priimtinas, mažėja vietų, kur galima rūkyti [71]. Konsultacijų metu rekomenduojama leisti asmeniui pačiam išvardyti ir susirašyti motyvus mesti rūkyti. Manoma, kad tikimybė mesti rūkyti didėja, jeigu susitelkiama į metimo rūkyti naudą, o ne tik į neigiamus rūkymo aspektus [7]. Sudarius sąrašą, paprašykite rūkančio asmens apibraukti svarbiausią priežastį, kodėl nori mesti rūkyti. Šiuo pratimu siekiama išgryninti ir užfiksuoti pagrindinį pokyčio motyvą, kurį vėliau, pavyzdžiui, susidarius situacijai, kai jaučiamas stiprus potraukis parūkyti, asmuo galės prisiminti. Pavyzdžiui, jeigu pagrindinė priežastis mesti rūkyti įvardinta kaip „aš noriu būti sveikesnis“, tai motyvuojanti žinutė galėtų būti tokia: „Kiekvieną dieną (kartą), kai nerūkau, tampa sveikesnis.“ [7].

Sąrašas priežasčių, kodėl verta toliau rūkyti

Skirtingai nuo pirmiau pateikto sąrašo, priežastis, kodėl geriau toliau rūkyti, reikėtų aptarti siekiant arba jas paneigti, arba sugalvoti sveikesnes alternatyvas. Rūkyti metantis asmuo pats turėtų sugalvoti argumentus, kodėl vertėtų toliau rūkyti. Toliau pateiktos dažnai girdimos priežastys, kodėl asmuo dvejoja, ar mesti rūkyti.

1. *Parūkius pagerėja nuotaika.* Daug ir rūkančių, ir nerūkančių asmenų tiki, kad rūkymas gerina nuotaiką, nuramina po konfliktingos situacijos, mažina stresą [7]. Tačiau parūkius, t. y. į organizmą patekus nikotinui, išnyksta ankstyvieji abstinencijos simptomai, juntamas palengvėjimas primena atsipalaidavimo, pagerėjusios nuotaikos pojūčius. Vis dėlto iki šiol atlikti tyrimai neparodė sąsajos tarp rūkymo ir nuotaikos pagerėjimo ar streso mažinimo, kai tai nesiejama su abstinencijos simptomų mažinimu [7]. Taigi įsivaizdavimas, kad rūkymas padeda susidoroti su stresu, tikėtina yra klaidingas. Norėdami paneigti šį įsitikinimą, paaiškinkite apie nikotino poveikį žmogaus organizmui ir pasiūlykite asmenims patiems sugalvoti, koks alternatyvus elgesys esant stresinėms situacijoms jiems galėtų padėti.
2. *Rūkant socializuojusi.* Galbūt rūkančio asmens aplinkoje yra daug draugų, šeimos narių ar kolegų, kurie taip pat rūko. Tokiam asmeniui gali atrodyti, kad metus rūkyti nutrūks bendravimas, dings ryšys, gal net iširs draugystė. Asmuo gali nenorėti praleisti neformalių darbinių aptarimų, vykstančių tarp rūkančių kolegų per pertraukėles. Vėlgi pasiūlykite asmeniui pačiam pagalvoti, kokie galėtų būti kiti socialinės interakcijos būdai kaip bendravimo rūkant alternatyva. Tai galėtų būti trumpas (5–10 min.) pasivaikščiojimas su kolegomis, skambutis nerūkančiam arba palaikančiam draugui, šeimos nariui ir pan.
3. *Būsiu išsiblaškęs, negalėsiu dirbti.* Priminkite ir paaiškinkite, kad negalėjimas susikaupti, nervingumas ir kiti pojūčiai nerūkant daugiausia siejami su nikotino abstinencijos simptomais, o ne tiesioginiu nikotino poveikiu smegenų veiklai. Nuraminkite metantį rūkyti asmenį, kad šie simptomai trunka trumpai, jų poveikis bėgant laikui mažėja, kol pagaliau visiškai išnyksta. Pakaitinė nikotino terapija taikoma būtent šių simptomų kontrolei.
4. *Priaugsi svorio.* Deja, dauguma metančių rūkyti asmenų iš tiesų per 6 mėnesius vidutiniškai priauga apie 3–4 kg [7]. Konsultuojant svarbu pabrėžti, kad rūkymo keliami žala yra nepalyginamai didesnė nei keli priaugti kilogramai metant rūkyti. Aptarkite svorio klausimą, remdamiesi rekomendacijomis, aprašytais 3.6 punkte.

2.2.3.4 Kiti nuogaštavimai pasiruošus mesti rūkyti

1. Bijau, kad ir vėl nepavyks

Nesėkmingas bandymas mesti rūkyti dar nereiškia, kad ir toliau nepavyks atsisakyti šio įpročio. Kiekvienas bandymas, kad ir nesėkmingas, kažko išmoko. Galite aptarti kada, kaip ir kodėl asmuo vėl pradėjo rūkyti. Kokios būtų pamokos, ką būtų galima daryti kitaip, kad būtų galima išvengti atkryčio? Vien žinojimas, kad bus tam tikrų

situacijų, kai potraukis rūkyti bus labai stiprus, reiškia, kad asmuo nebebus užkluptas netikėtai. Ilgainiui asmuo išmoks atpažinti ir suvokti, kad kylantis potraukis rūkyti yra metimo rūkyti proceso dalis, kad ir kokie jausmai būtų apėmę, jie praeis. Be to, tyrimai rodo, kad sėkmingiau rūkymo atsisako tie, kurie tai daro ne pirmą kartą [7].

2. Noras pačiam mesti rūkyti

Nemažai rūkančių asmenų nenori prašyti pagalbos metant rūkyti. Galbūt dėl įsisenėjusios klaidingos nuomonės, kad rūkymas siejamas su valios neturėjimu, žmogus gali jausti gėdą ir manyti, kad jis tai turi padaryti vienas. Priminkite, kad priklausomybė nuo psichoaktyviosios medžiagos, šiuo atveju nikotino, yra lėtinė liga, kaip ir su kitomis ligomis, geriausia gydytis padedant specialistui. Be to, tyrimai rodo, kad apie 25 proc. asmenų, kurie meta rūkyti savarankiškai, vėl rūkyti pradeda po 24 valandų [72], ir tik 3–4 proc. būna vis dar neparūkę po 12 mėnesių [4]. O tarp metusiųjų rūkyti padedant specialistui 4 savaitių remisiją pasiekia daugiau nei 50 proc., 12 mėnesių – 15 proc. [73].

3. Nuolatinis noras rūkyti

Vieni rūkantys asmenys tiki, kad ateis laikas, kai nebe norės rūkyti. Kiti nerimauja, kad net ir metę rūkyti visada jaus stiprų potraukį, o šiam jie anksčiau ar vėliau pasiduos. Pirmuoju atveju galite paaiškinti, kad noras neberūkyti, kol rūko, greičiausiai neateis, vien jau dėl patiriamų abstinencijos simptomų. Antruoju atveju galite nuraminti, kad potraukis rūkyti bėgant laikui mažės, kol visiškai išnyks. Iš tiesų viskas, ko reikia, kad asmuo ryžtųsi mesti rūkyti, tai, kad noras nerūkyti būtų stipresnis, nei noras rūkyti. Šiuo atveju vien pakeitus mąstymą („nebe noriu būti rūkantis“) nebus paprasta pakeisti ir elgesį („neberūkau“), bet keičiant elgesį („nerūkant“) palaipsniui pasikeis ir mąstymas („ir nebe noriu rūkyti“) [7].

Pasiruošti galimiems iššūkiams svarbu prieš pradėdant mesti rūkyti. Keičiant bet kokį elgesį pradinis laikotarpis, pavyzdžiui, pirmas pusdienis nerūkant, gali praeiti gana lengvai, tačiau laikui bėgant pasiryžimas ir motyvacija slops, todėl svarbu turėti nusimačius skirtingas strategijas, kaip elgtis sunkiais momentais. Vienintelė neefektyvi strategija – tai kaltinti save dėl silpnumo ar valios trūkumo, nusivilti, kai pasidaro sunku, ar lyginti save su kitais, kuriems jau pavyko atsisakyti rūkymo.

2.2.3.5 Motyvacijos mesti rūkyti stiprinimas taikant motyvacinio interviu principus

Specialisto, kuris siekia padėti asmeniui pasiruošti mesti rūkyti, užduotis yra sumažinti vidinį pasipriešinimą. Tai turėtų vykti ne per konfrontaciją ir argumentų pristatymą, bet per įsiklausymą ir diskusiją, pabrėžiančią asmeninį pasirinkimą mesti rūkyti – pasirinkimą, kurį rūkantis asmuo neišvengiamai turi priimti pats [74].

Kad būtų galima stiprinti asmens vidinę motyvaciją mesti rūkyti, konsultuojant rekomenduojama taikyti motyvacinio interviu principus. Motyvacinis interviu (toliau – MI) – tai strategija, paremta prielaida, kad tarp sveikatos stiprinimo veiklų efektyvumo veiksnių svarbią vietą užima asmens motyvacija, požiūris į sveiką gyvenimą, todėl svarbiausia didinti kliento vidinę motyvaciją [69, 74]. Pasikeitimai turi kilti iš vidaus, o ne būti skatinami iš išorės. Motyvacijai stiprinti siūlomos tokios strategijos: patarimo davimas, barjerų griovimas, pasirinkimo suteikimas, elgesio patrauklumo mažinimas, empatijos rodymas, grįžtamojo ryšio suteikimas, tikslų išsiaiškinimas ir aktyvi pagalba [69]. Svarbu, kad asmuo pats rastų argumentų keistis.

Motyvacinio interviu principai

Empatijos rodymas, įsiklausymas. Konsultantas neturėtų būti vadovaujantis, nurodantis klientui jo klaidas, problemas ir siūlantis sprendimo būdus. Bendraujant su klientu svarbiausia yra empatija, įsiklausymas, pagalba ieškant klientui priimtinių problemos sprendimo būdų, aptariant galimas kliūtis ir jų išvengimo ar įveikimo būdus, iškeliant realius tikslus [69].

Neatitikimų įvertinimas. Konsultantas turi padėti asmeniui suvokti atotrūkį tarp esamos situacijos ir asmens tikslų ir vertybių, pavyzdžiui, rūkau, bet noriu būti geras pavyzdys savo vaikams. Neatitikimo suvokimas gali būti stipri motyvacija keisti elgesį [7]. Tačiau svarbu vengti ginčų. Kylantis pasipriešinimas iš asmens pusės yra natūralus nerimo ar abejonių dėl pokyčių ženklas. Jei konsultantas pradės ginčytis, asmens pasipriešinimas greičiausiai tik didės [7].

Skatinamas pasitikėjimas savo jėgomis. Svarbu, kad specialistas parodytų pasitikėjimą asmens gebėjimais ir taip skatintų jį patį pasitikėti savimi ir savo sugebėjimu atsisakyti rūkymo. Taip pat konsultantas turi parodyti, kad vertina asmens pastangas keistis [7].

Praktiniai patarimai, kaip taikyti MI

Atsiklauskite. Nors rūkymo tema retai sulaukia pasipriešinimo (ypač jeigu susitikote konsultacijoje dėl metimo rūkyti), kad sukurtumėte pasitikėjimu grįstą ryšį, prieš pradėdami kalbėti apie rūkymą, galite atsiklausti asmens, ar jis neprieštarauja apie tai pasikalbėti.

Nuogąstavimas. Natūralu, kad prieš bet kokį pokytį kyla nerimas ir baimė, asmuo svarsto ir dvejoja, ar verta ryžtis keisti savo elgesį. Specialisto darbas – ne įtikinti ar nuraminti, bet padėti asmeniui įsivardyti, kokios yra pagrindinės priežastys keistis.

Skatinkite išsipasakoti. Užduokite atvirus klausimus. Uždari (taip arba ne tipo klausimai) neskatina diskusijos, nesudaro galimybės klientui plačiau pasipasakoti, kaip jis jaučiasi.

Reflektuokite. Refleksijų esmė yra atkartoti, ką asmuo sako, t. y. ką jūs, kaip specialistas, girdite, kad asmuo sako. Atkartojimas nereiškia, kad specialistas sutinka su tuo, kas sakoma, tačiau parodo klientui, kad jo klausoma ir tuo pačiu leidžia pačiam asmeniui išgirsti iš šalies savo mintis.

Apibendrinkite. Apibendrinimas to, kas aptarta, taip pat yra refleksijos dalis. Konsultantas gali priminti pagrindines diskusijos temas, asmens išsakytas priežastis, kodėl nusprendė keisti savo elgesį, nutartą veiksmų planą ir pan. Apibendrinimas taip pat gali būti naudojamas siekiant parodyti asmeniui ryšį tarp jo išsakytų teiginių ir pasitikrinimui, ar specialistas teisingai suprato kliento mintis.

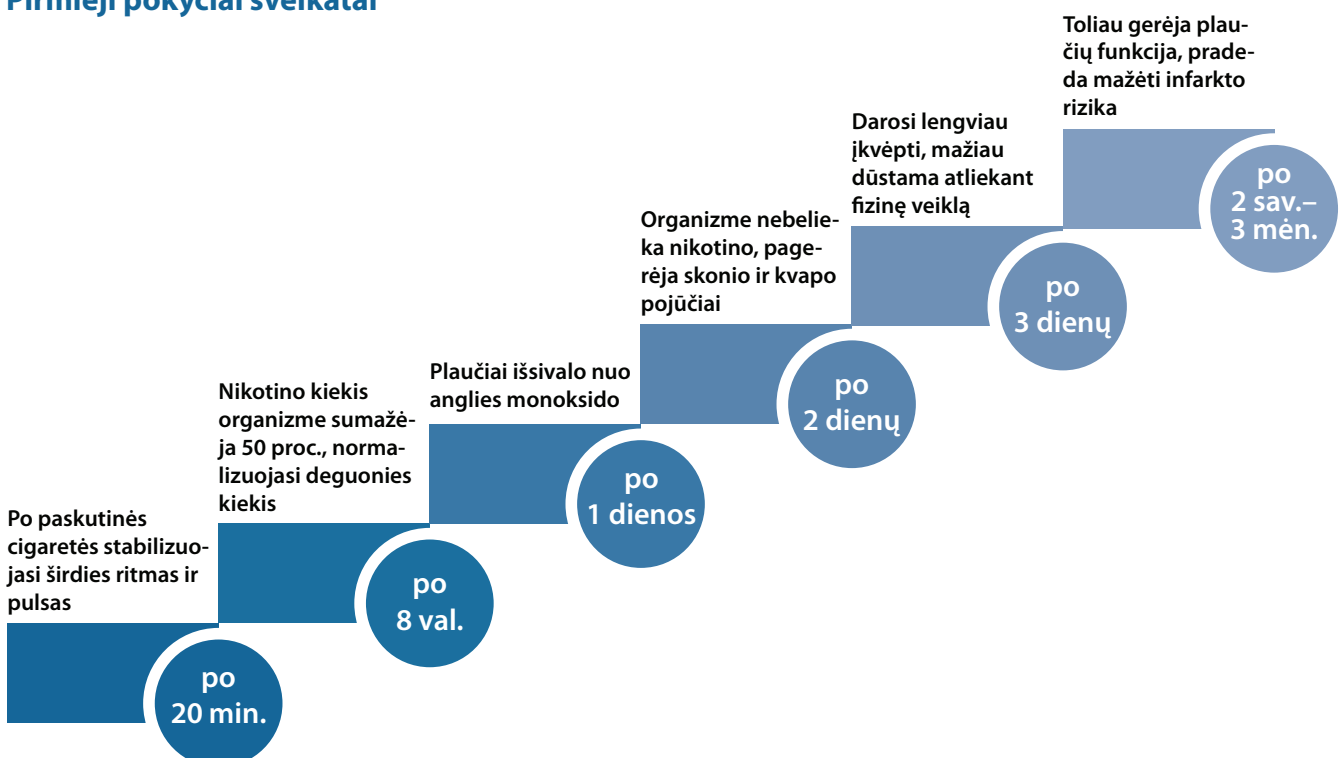
2.2.4 Tolesnis motyvacijos stiprinimas

Įvertinus žmogaus pasiryžimą mesti rūkyti ir ištyrus įvairias su metimo procesu susijusias nuostatas, rekomenduojama skirti laiko motyvacijos stiprinimui. Didėjanti motyvacija paskatins asmenį ryžtis veikti, t. y. pereiti į 4 elgesio keitimo stadiją ir mesti rūkyti. Toliau pateikiami keli patarimai, kaip stiprinti motyvaciją.

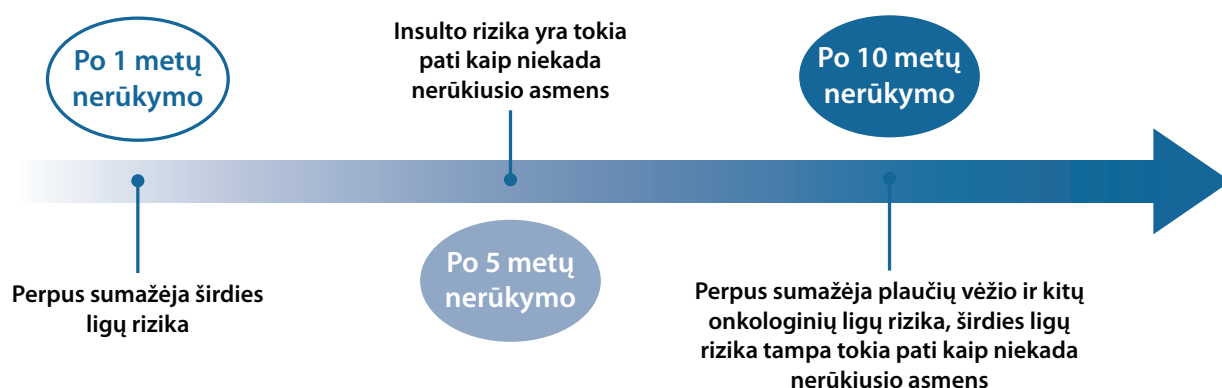
1. Išsamiau aptarkite sveikatos gerėjimo klausimą.

Deja, dauguma metančių rūkyti asmenų atkreipta dar net nepajutę teigiamo nerūkymo poveikio savo savijautai ir sveikatai. Be to, jeigu asmuo skundžiasi konkrečiu sveikatos sutrikimu, pavyzdžiui, kosuliu, jis gali nesusimąstyti apie visą, t. y. didesnę, metimo rūkyti poveikį savo sveikatai. Jeigu yra galimybė, metančiam rūkyti asmeniui galite atlikti anglies monoksido plaučiuose testą naudodami anglies monoksido matuoklį. Anglies monoksido koncentracijos mažėjimas iškvėpiamame ore yra gerėjančios plaučių funkcijos rodiklis. Jeigu tokios galimybės neturite, išsamiau papasakokite apie trumpalaikį ir ilgalaikį nerūkymo poveikį sveikatai.

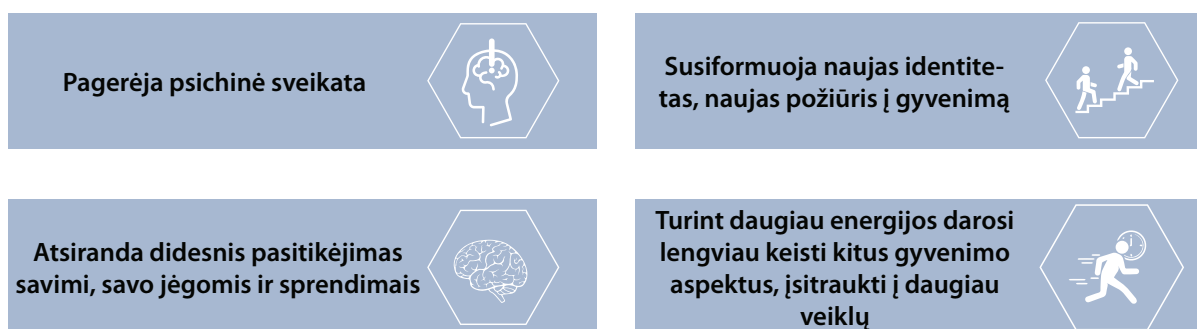
Pirmieji pokyčiai sveikatai



Tolesnė nauda sveikatai



Netiesioginė įtaka



2. Pakalbėkite apie psichosocialinius metimo rūkyti aspektus.

Be naudos sveikatai, metimas rūkyti suteikia ir kitų psichosocialinių privalumų. Pavyzdžiui, kai kurie rūkantys asmenys jaučiasi kalti dėl pasyvaus rūkymo prie savo vaikų ar net prie augintinių, kurie yra labiau linkę susirgti vėžiu nei nerūkančiųjų augintiniai [75]. Metus rūkyti, dingsta kaltės jausmas, be to, nereikia ieškoti laiko ir vietos, kur galima parūkyti, jaudintis dėl sklindančio blogo kvapo. Metus rūkyti, atsiranda papildomų lėšų (žr. 2 lentelę). Galite pasiūlyti asmeniui sutaupytas lėšas atsidėti į atskirą sąskaitą ir pasiplanuoti, kur išleisti.

2 lentelė. Rūkymui skiriamos išlaidos

Laikas po rūkymo metimo	Surūkomų pakelių skaičius per dieną			
	1/2 (10 cigarečių)	1 (20 cigarečių)	1,5 (30 cigarečių)	2 (40 cigarečių)
1 diena	€ 2,00	€ 4,00	€ 6,00	€ 8,00
1 savaitė	€ 14,00	€ 28,00	€ 42,00	€ 56,00
1 mėnuo	€ 63,00	€ 126,00	€ 189,00	€ 252,00
1 metai	€ 756,00	€ 1 512,00	€ 2 268,00	€ 3 024,00
5 metai	€ 3 780,00	€ 7 560,00	€ 11 340,00	€ 15 120,00
10 metų	€ 7 560,00	€ 15 120,00	€ 22 680,00	€ 30 240,00
20 metų	€ 15 120,00	€ 30 240,00	€ 45 360,00	€ 60 480,00
30 metų	€ 22 680,00	€ 45 360,00	€ 68 040,00	€ 90 720,00

* Paskaičiuotos išlaidos priklauso nuo surūkytų pakelių skaičiaus per dieną. Skaičiuoklėje naudota vidutinė cigarečių pakelio kaina – 4 Eur. Kainos vidurkis nustatytas remiantis 2021 m. parduotuvėse parduodamų cigarečių kainomis.

3. Dar kartą priminkite apie rūkymo žalą

Nors ilgainiui gąsdinanti informacija apie rūkymo žalą asmens ir visuomenės sveikatai nepalaiko motyvacijos, tai gali būti svarbus pradinis motyvas ryžtis mesti rūkyti [71]. Todėl, kaip ir žinios apie metimo rūkyti naudą, informacija apie rūkymo riziką gali būti naudojama siekiant paskatinti asmenis bandyti mesti rūkyti. Tačiau svarbu suvokti, kad metimas rūkyti siejamas su nauda, ne tik su žala, kurios galbūt ateityje pavyks išvengti [76]. Specialistai turėtų papasakoti apie tiesioginę rūkymo žalą savijautai ir sveikatai, pavyzdžiui, deguonies trūkumą, dusulį, erekcijos sutrikimus, apie žymiai išaugusią sergamumą ir mirtingumą nuo onkologinių, širdies ir kraujotakos, kvėpavimo takų ligų ne tik asmeniui, bet ir jo šeimai. Pateikite konkrečius pavyzdžius ir statistiką. Pavyzdžiui, nemažai žmonių nežino, koks didelis yra mirtingumas nuo plaučių vėžio – 5 metus po diagnozės išgyvena tik 21 proc. žmonių [77], arba kad pasyvus rūkymas didina širdies ligų riziką 25–30 proc. [26].

4. Aplinkinių palaikymas

Kai kuriuos asmenis mesti rūkyti motyvuoja šeimos nariai, draugai ir kiti artimieji. Tokiu atveju galite patarti asmeniui pasidalyti metimo rūkyti planais su artimaisiais. Tačiau artimųjų asmenų palaikymas (arba jo stoka), požiūris į rūkymą, santykiai ir elgesys metimo rūkyti metu gali daryti didelę įtaką metimo rūkyti rezultatui. Tyrimai rodo, kad asmenų, kurie gyvena su kitu rūkančiu, sėkmingas metimo rūkyti procentas yra mažesnis [7]. Ypač moterys nelinkusios ryžtis mesti rūkyti, jeigu jų sugyventinis taip pat rūko [77]. Todėl norint sustiprinti kai kurių rūkančių asmenų motyvaciją mesti rūkyti gali prireikti papildomo paskatinimo, net jeigu asmuo nesulaukia palaikymo iš artimos aplinkos. Kai kurie asmenys nori mesti rūkyti kartu su šeimos nariu ar draugu. Vienu metu metantys rūkyti artimi asmenys gali vienas kitą palaikyti sunkiais momentais, tačiau jeigu vienas atkrenta, tai gali paskatinti ir kitą vėl grįžti prie rūkymo.

5. Pasitikėjimas savo jėgomis

Pasitikėjimas savimi ir gebėjimu mesti rūkyti gali sustiprinti rūkančiojo motyvaciją ryžtis mesti rūkyti ir yra viena geriausių ilgalaikės sėkmės prognozių [7]. Vienas iš būdų įvertinti asmens pasitikėjimą savo gebėjimais yra paklausti: „Kaip manote, kiek tikėtina, kad po metų nerūkysite?“ Vertinimo skalė gali būti nuo 0 (nelabai tikėtina) iki 100 (labai tikėtina). Tyrimai rodo, kad tie, kurie nurodo, kad tikimybė yra didelė (pvz., 80 arba 90), sėkmingiau meta rūkyti, nei tie, kurie atsako, kad tikimybė yra maža (pvz., mažiau nei 50) [7]. Specialistas turėtų skatinti asmens pasitikėjimą ir savarankiškumą metimo rūkyti procese. Pavyzdžiui, galite sakyti: „Kaip jūsų gydytojas (arba sveikatos priežiūros specialistas), manau, kad mesti rūkyti yra geriausias sprendimas, kokį tik galite priimti dėl savo sveikatos, bet galutinis pasirinkimas yra jūsų.“ Griežtai skambantis patarimas, pavyzdžiui, „Jums reikėtų tuoj pat mesti rūkyti“, greičiausiai bus suvokiamas kaip kontroliuojantis ir menkinantis [78].

Pagrindinis savarankiškumo skatinimo tikslas yra sustiprinti rūkančio asmens tikėjimą savo jėgomis. Mesti rūkyti ar ne, gali nuspręsti tik pats asmuo. Nors pasirinkti turi pats, kaip specialistas jūs galite užtikrinti, kad pasirinkus mesti rūkyti jam bus suteikta pagalba. Išskirtinai didelis pasitikėjimas savo gebėjimu mesti rūkyti (pavyzdžiui, nurodžius 100 dėl tikimybės, kad po metų nerūkys) siejamas su nesėkmingu metimu rūkyti [7]. Tam įtakos greičiausiai turi nepagrįsti lūkesčiai, kad mesti rūkyti yra lengva, ir nepasirengimas galimiems iššūkiams metimo rūkyti metu.

6. Rūkymo mažinimas

Jei rūkantis asmuo nori mesti rūkyti, bet netiki, kad gali tai padaryti dabar arba netrukus, galima apsvarstyti rūkymo mažinimo strategiją ir pasiūlyti asmeniui per kelias savaites iš esmės sumažinti surūkomų cigarečių skaičių (žr. IV dalį). Tyrimai rodo, kad rūkymo mažinimas neturi įtakos vėlesniam metimo rūkyti rezultatui [2, 79] ir gali sumažinti kai kurių su rūkymu susijusių ligų riziką [2]. Rūkymo mažinimas turėtų būti suprantamas kaip tarpinė priemonė, galinti motyvuoti asmenį ryžtis palaipsniui visiškai atsisakyti rūkymo [2].

2.3 5R metodas

Dar vienas būdas, kaip stiprinti asmens motyvaciją per visą metimo rūkyti procesą, yra taikyti paprastą 5R temų taisyklę. Per kiekvieną konsultaciją rekomenduojama pasikabėti šiomis 5 temomis: priežastys, rizikos, atlygis, kliūtys, pakartojimas (angl. relevance, risks, rewards, roadblocks, repetition).

1. **Priežastys** (ang. *relevance*). Paprašykite rūkančio asmens identifikuoti pagrindines priežastis, kodėl rūko ir kodėl norėtų atsisakyti rūkymo. Dažnai žmonės nori mesti rūkyti dėl sveikatos ar dėl socialinių aspektų, pavyzdžiui, gero pavyzdžio vaikams, arba dėl spaudimo mesti rūkyti iš aplinkos, didėjančios su rūkymu su-

sijusios stigmos. Priežastys, kodėl norima toliau rūkyti, dažniausiai siejamos su metimo rūkyti baime, nenorėjimu patirti nemalonių abstinencijos simptomų, nenorėjimu atsisakyti malonumo jausmo, juntamo nikotinui patekus į organizmą. Per diskusiją aptarkite išvardytas priežastis, padėkite asmeniui pačiam paneigti nusistovėjusius įsitikinimus ir stiprinti pozityvius su metimu rūkyti susijusius aspektus.

2. **Rizikos** (ang. *risks*). Išsiaiškinkite, kokias su rūkymu siejamas rizikas žino rūkantis asmuo. Dažnai informacija apie rūkymo žalą yra ribota [7], todėl labai svarbu, kad specialistas gebėtų aiškiai ir išsamiai papasakoti apie tabako poveikį sveikatai. Taip pat galima paneigti su rūkymo žala susijusius mitus, pavyzdžiui, retesnis rūkymas arba rūkymas cigarečių, kuriose yra mažiau nikotino, yra ne toks žalingas.
3. **Atlygis** (ang. *rewards*). Paprašykite rūkančio asmens įvardyti, kokius mato metimo rūkyti privalumus. Tai galėtų būti atsiradęs pasitikėjimas savimi, pasididžiavimas ir artimųjų žmonių pagarba. Taip pat pakalbėkite apie finansinę metimo rūkyti naudą, pasiūlykite sugalvoti konkrečius atlygius, pasiekus įvairius metimo rūkyti etapus (pavyzdžiui, naujo daikto įsigijimas, vakarienė su šeima ar draugais) [7].
4. **Kliūtys** (ang. *roadblocks*). Išsiaiškinkite, kokie yra pagrindiniai nuogąstavimai ir baimės dėl metimo rūkyti, pavyzdžiui, kodėl asmuo nesiryžta žengti šio žingsnio. Dažnos priežastys yra abstinencijos simptomų baimė, nepasitikėjimas savo jėgomis, socialinis spaudimas toliau rūkyti, baimė priaugti svorio ir t. t. Padėkite rūkančiam asmeniui identifikuoti svarbiausias kliūtis ir pasiūlykite būdus, kaip būtų galima sumažinti arba išvengti šių potencialių su metimu rūkyti susijusių problemų.
5. **Pakartojimas** (ang. *repetition*). Pakartokite visus žingsnius per kiekvieną konsultaciją. Paraginkite asmenį prisiminti ir pakartoti pagrindines priežastis, kodėl meta rūkyti ir kaip ketina išvengti atkryčio viso metimo rūkyti metu. Tyrimai rodo, kad 82 proc. klientų nori kalbėti apie rūkymą dažnai arba per kiekvieną vizitą [80, 81].

Pagrindiniai II dalies punktai

1. Metimas rūkyti yra ilgalaikis procesas. Daugeliui rūkančių asmenų prireiks kelių bandymų, kol pasieks sėkmingai atsisakyti rūkymo. Planavimas ir išsamus pasiruošimas rūkymo metimo procesui didina tikimybę sėkmingai mesti rūkyti.
2. Konsultuodami asmenis, taikykite 5A žingsnių taisyklę: (1) paklausk, ar asmuo rūko, (2) patark mesti rūkyti, (3) įvertink asmens norą ir motyvaciją mesti, (4) padėk per visą metimo rūkyti procesą ir (5) stebėk asmens metimo rūkyti procesą.
3. Visi rūkantys ir norintys mesti rūkyti asmenys turės nuogąstavimų ir dvejonių dėl rūkymo nutraukimo proceso. Kartu įvardykite metimo rūkyti priežastis. Naudokite šias priežastis kaip motyvus mesti rūkyti. Skirkite laiko motyvacijos stiprinimui. Jeigu asmuo nepasitiki savimi ir nesiryžta visiškai atsisakyti rūkymo, kaip tarpinę priemonę pasiūlykite rūkymo mažinimo strategiją.
4. Būkite empatiškas. Specialistas, kuris siekia padėti asmeniui pasiruošti mesti rūkyti, užduotis yra sumažinti vidinį pasipriešinimą. Tai turėtų vykti ne per konfrontaciją ir argumentų pristatymą, bet per įsiklausymą ir diskusiją. Stiprinkite asmens pasitikėjimą savo jėgomis, padėkite pasiruošti galimiems sunkumams.
5. Padėkite rūkančiam asmeniui identifikuoti problemas, su kuriomis galbūt susidurs mesdamas rūkyti. Kartu sugalvokite būdus, kaip būtų galima sumažinti arba išvengti šių potencialių problemų. Metant rūkyti pasiryžimas ir motyvacija slopsta, todėl svarbu turėti nusimačius skirtingas strategijas, kaip elgtis sunkiais momentais.
6. Stiprindami asmens motyvaciją mesti rūkyti, taikykite paprastą 5R žingsnių taisyklę: paprašykite asmens identifikuoti (1) **priežastis**, kodėl nori mesti rūkyti, (2) **rizikas**, kurias patiria, kol rūko, (3) koks **atlygis** laukia metus rūkyti, (4) kokios yra **kliūtys** norint mesti rūkyti ir (5) **kartokite** pirmus 4 žingsnius visų konsultacijų metu.

III DALIS



03 01



SKIRTINGŲ ASMENŲ GRUPIŲ POREIKIAI

Daugelis priklausomybės nuo nikotino aspektų būdingi visiems rūkantiems, tačiau rūkantys asmenys skiriasi demografiniu ir socioekonominiu atžvilgiu – šie aspektai gali turėti įtakos asmens gebėjimui sėkmingai mesti rūkyti [7]. Teikiant pagalbą metantiems rūkyti asmenims svarbu atsižvelgti į lyties ir amžiaus ypatumus, taip pat gerai įvertinti kultūrinius ir socialinius veiksnius, galinčius turėti įtakos gydymui. Ne visiems asmenims gali būti lengva laikytis konkretaus gydymo plano, sekti nurodymus, kitiems medikamentinis gydymas gali būti neprieinamas dėl finansinių priežasčių. Šiuo metu Europoje tradicinių cigarečių rūkymas dažniau yra paplitęs tarp mažesnes pajamas gaunančių asmenų grupių [7]. Toliau skyriuje bus apžvelgiamos įvairios rūkančių asmenų grupės, kurių metimo rūkyti procesas gali šiek tiek skirtis nuo bendros populiacijos.

3.1 Rūkymas ir nėštumas

Nors tyrimai rodo, kad beveik 50 proc. rūkančių moterų, sužinojusios, kad laukiasi, nutraukia rūkymą dar iki pirmojo vizito pas gydytoją [35], tačiau maždaug 1 iš 4 moterų toliau rūko ir nėštumo metu [34, 82]. Dauguma moterų žino, kad rūkymas kelia riziką jų ir vaisiaus sveikatai [34], tačiau nėštumas ne visada yra pakankamas motyvas mesti rūkyti.

3.1.1 Nėščiųjų rūkymo ypatumai

Tyrimų duomenimis, rūkymas reikšmingai siejasi su socialine ir ekonomine moters padėtimi. Sunkiau rūkymo atsisakyti mažas pajamas gaunantioms, smurtą artimoje aplinkoje patiriančioms [83], vienišoms ir žemą sveikatos raštingumą turinčioms moterims [34]. Dažniau nėštumo metu toliau rūko jaunesnės nei 25 metų amžiaus, žalingai vartojančios alkoholį, bent viena lėtine liga sergančios moterys arba jei nėštumas buvo neplanuotas [34, 84, 85]. Taip pat sunkiau atsisakyti rūkymo moterims, kurių namuose yra bent vienas rūkantis asmuo [86]. Tabako vartojimui reikšmės turi ir besilaukiančios moters psichinė sveikata [34]. Depresija sergančios ar kitą psichikos sveikatos sutrikimą turinčios moterys rūkymo atsisako rečiau [82, 84].

Sveikatos priežiūros specialistams svarbu suprasti, kad nėštumas savaime gali kelti stresą ir nerimą, todėl besilaukianti moteris gali rinktis rūkymą kaip vieną iš būdų siekdama sumažinti kylančius neigiamus jausmus ir emocijas [87]. Be to, nėštumo metu nikotino metabolizmo greitis išauga 60–140 proc., todėl greičiau atsiranda abstinencijos simptomų ir darosi sunkiau mesti rūkyti [88].

3.2 Pagalba nėštumo metu metančioms rūkyti moterims

Kiekvienas sveikatos specialistas, susiduriantis su nėščiosiomis, įskaitant šeimos gydytojus, akušerius ginekologus ir slaugytojus, turėtų būti susipažinęs su naujausiais moksliniais tyrimais ir siūlyti savo pagalbą metant rūkyti [4] visomis įmanomomis progomis.

3.2.1 Rūkymo vertinimas nėštumo metu

Specialistai, siekiantys padėti besilaukiančioms moterims mesti rūkyti, turi būti ypač jautrūs su rūkymu nėštumo metu siejamai stigmai. Svarbu būti empatiškiems ir nesmerkti moterų elgesio, geriau išsiaiškinti, dėl kokių priežasčių nesiryžtama mesti rūkyti. Be to, dėl stigmos nėščios moterys gali slėpti, kad rūko, arba nepasakyti visos tiesos, kiek per dieną surūko cigarečių [89]. Klausiant besilaukiančių moterų, ar jos rūko, rekomenduojama užduoti klausimus su galimais keliais atsakymų variantais [90]. Pavyzdžiui, galite paprašyti moterų pasirinkti vieną iš toliau esančių atsakymų [7, 90]:

- 1) niekada nerūkiu;
- 2) rūkiu, bet nuo tada, kai sužinojau, kad laukiuosi, neberūkau;
- 3) rūkiu, bet sužinojusi, kad laukiuosi, beveik neberūkau;
- 4) kol kas rūkau panašiai tiek pat, kiek rūkiu prieš sužinodama, kad laukiuosi.

Pokalbį apie rūkymą ir jo keliamą žalą rekomenduojama pradėti dalykiškai ir nesmerkiant. Per pokalbį specialistai turėtų siekti didinti motyvą ir ryžtą mesti rūkyti pabrėždami privalumus ir naudą moters ir vaisiaus, o vėliau ir vaiko sveikatai, taip pat galimas komplikacijas, jeigu toliau rūkys. Kaip ir konsultuojant kitus asmenis, reikėtų skirti dėmesio ir aptarti visus su metimo procesu susijusius nuogąstavimus ir baimes, suplanuoti atkryčio vengimo

strategiją, pasiūlyti pagalbą per visą metimo rūkyti procesą. Tyrimai rodo, kad taikant II dalyje aptartą 5A metodą žymiai padidėja tikimybė, kad moteris bent jau pabandys mesti rūkyti ar sumažins surūkomų cigarečių skaičių [34, 91]. Taip pat per tyrimus nustatyta, kad intensyvus, t. y. dažnas ir ilgesnis, konsultavimas [40] ir pakaitinės nikotino terapijos taikymas nėštumo metu gali iki 40 proc. padidinti rūkymo nutraukimo tikimybę [34, 92].

3.2.2 Rūkymas po gimdymo

Deja, dauguma nėštumo metu rūkyti metusių moterų po gimdymo vėl rūko. Per pirmąjį mėnesį po gimdymo rūkyti pradeda apie 25 proc. moterų, o praėjus 6 mėnesiams po gimdymo – 65 proc. [93]. Viena iš atkryčio priežasčių galbūt yra ta, kad moterims atrodo, jog rūkymas nebekenkia vaikui. Tai netiesa, nes pasyvus rūkymas, t. y. tabako dūmai aplinkoje ir ant motinos rankų bei drabužių, turi rimtų neigiamų pasekmių kūdikiams ir mažiems vaikams [94, 95]. Kitos rūkymo pradėjimo priežastys gali būti rūkantis partneris, noras numesti per nėštumą priaugtą svorį, pogimdyminė depresija, stresas ir kitos neigiamos emocijos [5, 96]. Tyrimai rodo, kad maitinimas krūtimi gali sumažinti rūkymo tikimybę po gimdymo [93], todėl svarbu aptarti maitinimo krūtimi privalumus dar prieš gimstant kūdikiui.

3.3 Rūkymas ir psichikos sveikatos sutrikimai

Priklausomybė nuo tabako priskiriama psichikos ir elgesio sutrikimų ligų grupei. Pagal „Tarptautinės statistinių ligų ir sveikatos sutrikimų klasifikacijos sąrašą“, šią sutrikimų grupę jungia smegenų liga, pažeidimas ar kitoks pakenkimas, sukeliantis smegenų disfunkciją [21]. Smegenų disfunkcija gali būti pirminė – kai liga, pažeidimas ar kitoks pakenkimas tiesiogiai veikia smegenis; arba antrinė – kai sisteminės ligos ir sutrikimai pažeidžia smegenis kaip vieną iš daugelio organų ar sistemų [21]. Todėl, kalbant apie rūkančius asmenis, kartais sunku vertinti, ar tokie simptomai kaip polinkis į depresiją, nerimą ir nervingumas paskatino asmenį pradėti rūkyti, ar atsirado ir (arba) paūmėjo asmeniui pabandžius mesti rūkyti. Bet kuriuo atveju metant rūkyti depresija ir miego sutrikimai yra dažniausiai pasitaikantys abstinencijos simptomai, dar kartais painiojami su nepageidaujamu šalutiniu medikamentinio gydymo poveikiu [5].

Dauguma metančių rūkyti asmenų patiria neigiamas emocijas, jaučia, kad pablogėjo jų psichinė būklė, tačiau labai individualu, kiek ir kada šie simptomai siejami su medikamentiniu gydymu, o kiek su metus rūkyti atsiskleidusiu psichikos sveikatos sutrikimu. Psichikos sveikatos sutrikimų turėję ar turintys asmenys mesdami rūkyti turi būti atidžiai stebimi, kad nepasikartotų stipresni simptomai [5].

3.3.1 Depresija

Rūkantys asmenys dažniau nei nerūkantys patiria sunkių depresijos epizodų [5, 97]. Sergamumas ar polinkis į depresiją nesumažina rūkančio asmens galimybių sėkmingai atsisakyti rūkymo, tačiau metimas rūkyti esant stipriems depresijos simptomams gali būti sudėtingesnis ir užtrukti ilgiau nei kitiems [97]. Sveikatos priežiūros specialistai turėtų išmanyti ir atsižvelgti į ryšį tarp depresijos ir metimo rūkyti, pasidomėti asmens psichikos ligų ir sutrikimų istorija [7]. Konsultacijų metu dėmesys turi būti skiriamas netinkamų asmens mąstymo tendencijų ir įsitikinimų paneigimui. Kohrano metaanalizės metu buvo apžvelgti 49 tyrimai, kurių metu buvo siekiama padėti mesti rūkyti asmenims, sergantiems arba sirgusiems depresija. Analizė parodė, kad sėkmingiau rūkymo atsisakė tie asmenys, kurių metimo rūkyti programoje buvo integruotas nuotaikos valdymo komponentas [98].

Rekomenduojama skirti daugiau laiko kalbant apie cigarečių vaidmenį valdant nuotaiką, taip pat sąsają tarp metimo rūkyti ir pablogėjusios psichinės savijautos. Be to, tam tikri vaistai, skirti metantiems rūkyti, pavyzdžiui, bupropionas, rinkoje žinomas „Zyban“ pavadinimu, priskiriami antidepresantams, gali būti tinkamas pasirinkimas į depresiją linkusiems asmenims [99, 100].

3.3.2 Šizofrenija

Net 70 proc. šizofrenija sergančių asmenų rūko, tai yra maždaug tris kartus dažniau nei bendroje populiacijoje [7]. Didelis rūkymo paplitimas galbūt paaiškinamas nikotino poveikiu smegenims. Nikotinas trumpuoju periodu padeda sutelkti dėmesį, ignoruoti nereikšmingus dirgiklius, tokius kaip įvairūs pašaliniai garsai, judesiai ir vaizdai [7]. Šizofrenija sergantiems asmenims nikotino vartojimas gali sumažinti perdėto išorinio stimuliavimo pojūtį. Dažnai šizofrenija sergančių asmenų metimo rūkyti kliūtis yra maža arba trumpalaikė motyvacija, sunkumai laikantis sutarto gydymo plano ar medikamentų vartojimo nurodymų [7]. Tačiau pagrindinės metimo rūkyti strategijos, tokios kaip motyvacijos mesti rūkyti stiprinimas, pasirengimas išoriniams ir vidiniams veiksniams ir atlygis už abstinenciją, gali būti efektyvios siekiant atsisakyti rūkymo [7].

3.3.3 Nerimas

Viena vertus, rūkymas yra labiau paplitęs tarp asmenų, kurie dažnai jaučia emocinį nerimą (ypač esant po-trauminio streso sutrikimui), kita vertus, asmenys pradeda rūkyti anksčiau, nei išsivysto nerimas, o nerimą sukeliantis nikotino (abstinencijos) poveikis iš tikrųjų gali pabloginti nerimo ir panikos priepuolius [101]. Pagalbą metantiems rūkyti teikiantys specialistai turėtų atsižvelgti į tai, kad vienas iš nikotino abstinencijos simptomų yra nervingumas, todėl reikėtų skirti daugiau dėmesio planuojant, kaip metant rūkyti išvengti nerimą sukeliančių situacijų arba kaip su jomis susidoroti be rūkymo.

3.3.4 Priklausomybė nuo alkoholio ir kitų psichoaktyviųjų medžiagų

Rūkymas taip pat yra labai paplitęs tarp žalingai psichoaktyvias medžiagas vartojančių asmenų [7]. Net 80–90 proc. priklausomybę nuo alkoholio turinčių asmenų rūko [7]. Ilgas vienu psichoaktyviųjų medžiagų vartojimas gali sukelti nejautrumą ir toleranciją kitoms, net ir niekada nevartotoms, psichoaktyvioms medžiagoms. Tokia pastebima sąveika yra tarp alkoholio ir nikotino. Niekada alkoholio nevartojusiam, bet rūkančiam asmeniui, kad apsvaigtų, reikia didesnės alkoholio dozės, palyginti su nerūkančiu ir niekada alkoholio nevartojusiu asmeniu [7]. Ši sąlyginė tolerancija skatina dažnesnį psichoaktyviųjų medžiagų vartojimą ir kartu stipresnę priklausomybę.

Specialistams svarbu atsižvelgti, kad žalingas psichoaktyviųjų medžiagų vartojimas ar net priklausomybė jau savaime gali sukelti papildomų sunkumų, pavyzdžiui, konfliktų šeimoje, teisinių problemų, nedarbingumą ar finansinę įtampą, kliudančių bandymui ryžtis mesti rūkyti. Taip pat įvairias psichoaktyvias medžiagas vartojantys asmenys dažnai turi kitų psichikos sveikatos sutrikimų, kurie taip pat gali neigiamai veikti metimo rūkyti procesą, pavyzdžiui, daryti neigiamą įtaką laikantis metimo rūkyti plano arba vaistų vartojimo nurodymų. Vis dėlto priklausomybę nuo kitų (ne tabako) psichoaktyviųjų medžiagų turintys asmenys vis tiek gali sėkmingai mesti rūkyti. Mirtingumas tarp žalingai psichoaktyvias medžiagas vartojančių asmenų yra didesnis nuo rūkymo sukeltų ligų, negu nuo kitų psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo [102]. Be to, tyrimai rodo, kad bandymas mesti rūkyti nepadidina rizikos, jog remisijoje esantys asmenys vėl pradės vartoti psichoaktyvias medžiagas. Nors neaišku, kada geriausias metas ryžtis mesti rūkyti, nėra jokių priežasčių vengti ar atidėti bandymą mesti iki tol, kol, pavyzdžiui, bus pasiekta ilgalaikė priklausomybės nuo alkoholio remisija.

3.3.5 Rekomendacijos

Teikiant pagalbą planuojantiems mesti rūkyti asmenims su psichikos sveikatos sutrikimais rekomenduojama išplėsti ir pratęsti metimo rūkyti ir medikamentų vartojimo laikotarpį

Rekomenduojama skirti medikamentinį gydymą, kuris padėtų kontroliuoti ir sumažinti neigiamus simptomus [103]

Sudarant gydymo planą svarbu atsižvelgti į kiekvieno asmens sveikatos būklę ir individualius poreikius

Per visą metimo rūkyti procesą rekomenduojama atidžiai stebėti asmens emocinę ir psichologinę būseną

3.4 Paauglių ir jaunimo rūkymas

Eksperimentai vartojant įvairias psichoaktyvias medžiagas, taip pat tabaką yra įprastas reiškinys tarp jaunimo [104]. Tyrimai rodo, kad daugiau nei pusė Europos mokinių išbando tabaką, o 21 proc. 16 metų amžiaus jaunuolių bent kartą rūkė per pastarąsias 30 dienų [105]. Pastaraisiais metais populiarėja elektroninių cigarečių rūkymas. Per apklausą 23 proc. 15–17 metų amžiaus Europos jaunuolių teigė rūkė elektronines cigaretes su nikotinu, 8 proc. – be nikotino [2]. Deja, vartojant psichoaktyvias medžiagas paauglystėje priklausomybė

vystosi sparčiau nei kitu metu ir daugelis reguliariai rūkančių asmenų pradėjo rūkyti iki 18 metų amžiaus [27, 106–108]. Daugėja tyrimų, įrodančių, kad kuo anksčiau pradedama rūkyti, tuo didesnė rizika išsivystyti stipriai priklausomybei nuo nikotino [108]. Mokyklose rūkančių procentas yra didesnis tarp vyresnių klasių moksleivių, o berniukai rūko dažniau nei mergaitės, nors pastaruoju metu rūkančių mergaičių procentas žymiai auga [109]. Anksti nustačius, kad jaunimas rūko, galima laiku suteikti pagalbą nutraukiant vartojimą, kas labai svarbu siekiant užkirsti kelią priklausomybės išsivystymui.

3.4.1 Paauglių ir jaunimo rūkymo aspektai

Įvairūs asmeniniai ir socialiniai veiksniai daro įtaką jaunimui metant rūkyti (žr. 3 lentelė). Dažnesnis rūkymas ir alkoholio vartojimas tarp jaunimo siejamas su mažesne metimo rūkyti tikimybe [7]. Rūkančių draugų turėjimas siejamas su prastesniais metimo rūkyti rezultatais [107, 110], o laiko leidimas su nerūkančiais draugais padidina metimo rūkyti tikimybę [7]. Rūkantys tėvai arba globėjai taip pat siejami su dažnesniu jaunuolių rūkymu, o tėvams metus rūkyti sumažėja tikimybė, kad jų vaikai pradės rūkyti [111]. Neseniai rūkyti pradėjusiems paaugliams socialiniai veiksniai, tokie kaip pritapimas prie kitų, rūkančio įvaizdžio palaikymas, gali būti svarbesni už fizinį potraukį nikotinui [7]. Statistika rodo, kad paaugliai rodo norą mesti rūkyti: 82 proc. 11–19 metų amžiaus asmenų svarsto mesti, o 77 proc. ėmėsi rimtų bandymų mesti rūkyti per pastaruosius metus [2, 112].

Patarimai, konsultacijos bei specifinių medikamentų vartojimas dukart padidina metusių rūkyti jaunuolių skaičių [2]. Sveikatos priežiūros specialistai turi užtikrinti, kad tėvai būtų konsultuojami ne tik kaip spręsti vaikų rūkymo problemas, bet ir kaip to išvengti dar prieš atsirandant įpročiui. Taip pat labai svarbu patiems tėvams mesti rūkyti – geriausia prieš nėštumą arba bent jau pirmaisiais vaiko gyvenimo metais [1].

3 lentelė. Veiksniai, turintys įtakos jaunimo tikimybei mesti rūkyti [113]

Didesnė rizika nenutraukti rūkymo	Didesnė tikimybė nutraukti rūkymą
Stipresnė priklausomybė nuo nikotino	Vyresnis amžius
Daug rūkančių bendraamžių (draugų)	Stipri motyvacija nutraukti rūkymą
Rūkoma šeimoje (tėvai, broliai, seserys)	Akademiniai pasiekimai
Psichikos sveikatos sutrikimai	Lėtas nikotino metabolizmas
Antsvoris	
Mažas fizinis aktyvumas	
Stresas šeimoje	

Depresijos simptomai ir prasti susidorojimo su sunkumais įgūdžiai yra susiję su jaunimo rūkymu. Depresijai ir stresui įveikti skirtos kognityvinės elgesio strategijos apima netinkamų mąstymo modelių keitimą. Jei paaugliai susieja rūkymą su stresu ar bloga nuotaika, priminkite, kad šie įsitikinimai dažniausiai pagrįsti gandas. Sveikatos priežiūros specialistai turėtų padėti paneigti klaidingus įsitikinimus ir padėti jaunuoliui kurti sveikas susitvarkymo su sunkumais strategijas, pavyzdžiui, paskambinti draugui, šeimos nariui, eiti pasivaikščioti, į kiną ar pasportuoti ir pan.

3.4.2 Rekomendacijos konsultuojant paauglius ir jaunimą

Nepaisant didelio rūkymo paplitimo paauglių tarpe ir reikšmingų padarinių jų sveikatai, iki šiol nedaug dėmesio buvo skiriama kuriant efektyvias metimo rūkyti programas, orientuotas būtent į jaunimą [2, 114]. Literatūroje galima rasti skirtingų farmakoterapijos, elgesio keitimo programų mokyklose ir bendruomenėse, motyvacijos stiprinimo ir kitų intervencijų apžvalgų [2]. Efektyvios yra intervencijos, orientuotos į įgūdžių, skirtų problemoms spręsti, lavinimą, socialinės įtakos rūkymui analizę ir motyvacijos stiprinimą mažinant pasipriešinimą pokyčiams [2]. Dirbant su jaunimu taip pat efektyvi elgesio terapija, kai norimas elgesys, šiuo atveju nerūkymas, skatinamas ir stiprinamas apdovanojimais (angl. contingency management) [2], tokiais kaip kuponai, pinigai, dovanos ir pan. Skirtingi konsultavimo formatai yra efektyvūs siekiant padėti jaunimui mesti rūkyti [115–118].

Komunikacijos žinutės turi būti pritaikytos jaunimui

Informacija, kaip mesti rūkyti, turėtų būti pritaikyta pagal konkrečių paauglių įsitikinimus, pomėgius ir prioritetus. Komunikacija neturėtų būti gąsdinanti ar pamokanti. Siekite sukurti abipusį dialogą ir parodyti, kad suprantate, kodėl jaunuolis nori rūkyti. Taip pat svarbu atkreipti dėmesį, kad gali skirtis ir priežastys, kodėl norima atsisakyti rūkymo. Tiriant mokinių motyvaciją mesti rūkyti „prastesni sporto rezultatai“, „sumažėjęs patrauklumas“ ir „poveikis sveikatai“ buvo nurodytos kaip svarbiausios metimo rūkyti priežastys [7]. Apskritai, tarp jaunimo trumpalaikis neigiamas rūkymo poveikis yra labiau skatinantis atsisakyti rūkymo nei ilgalaikiai padariniai [119].

Pakalbėkite apie rūkymą artimoje aplinkoje

Konsultuojant reikėtų įvertinti, kiek suaugusių rūkančių asmenų yra jaunuolio namuose ir (arba) kiek rūkančių asmenų yra tarp draugų. Jei leidžia laikas ir aplinkybės, gali būti naudinga konsultuoti tiek jaunuolį, tiek jo tėvus ar globėjus. Tėvams (globėjams) svarbu suprasti veiksmų, t. y. rūkymo, įtaką paauglio gyvenime [7]. Jaunimui gali būti patrauklios grupinės veiklos, pavyzdžiui, dviese arba su keliais draugais ar šeimos nariais, net jeigu jie ir nerūko [2].

Rūkymas ir svorio kontrolė tarp jaunimo

Jauni asmenys, ypač mergaitės, gali pradėti rūkyti manydamos, kad rūkymas padės numesti svorio. Iš tiesų, priešingai nei suaugusių asmenų atveju, rūkymas nėra susijęs su mažesniu rūkančių jaunų žmonių svoriu [7]. Konsultacijų metu galite paaiškinti, jog, nepaisant to, kad metimas rūkyti gali daryti įtaką asmens metabolizmui, tikėtina, kad metę rūkyti jie nepriaus svorio. Kita su sveikata susijusi informacija, kuri gali būti aktuali jaunimui, yra tai, kad nuo rūkymo dantys tampa geltoni, gilėja raukšlės, pilkėja oda [119], jaunuoliams rūkymas gali sukelti erekcijos sutrikimų [7].

Nuotolinės konsultacijos

Nuotolinės konsultacijos, pavyzdžiui telefonu, elektroniniu paštu ar kitomis priemonėmis, gali būti patrauklios jaunimui dėl lankstumo ir anonimiškumo [2]. Patarimai metant rūkyti gali būti individualiai pritaikomi kiekvienam skambinančiam asmeniui, o užsimezgas pirminiam ryšiui tolesnę bendravimo iniciatyvą, t. y. perskambinimą sutartu laiku, gali perimti pats specialistas [2]. Per konsultacijas rekomenduojama apimti platesnį aptariamų temų spektrą: pavyzdžiui, pakalbėti apie identiteto suvokimą ir formavimą, draugų ir artimųjų įtaką asmens gyvenime, susidorojimo su sunkumais įgūdžių lavinimą ir t. t. [120].

Kitos rekomendacijos

Sveikatos priežiūros specialistams, ypač šeimos gydytojams, rekomenduojama apklausti visus jaunos, t. y. iki 18 metų amžiaus, asmenis apie tabako vartojimą. Tam galima naudoti trumpąją intervenciją – 5A metodą.

Jeigu asmuo rūko, reikia pasiūlyti įvairių būdų, kaip ir kur galima gauti pagalbą metant rūkyti. Paminėkite telefono linijas, interneto puslapius arba pasiūlykite pasinaudoti savo ir kitų sveikatos priežiūros specialistų konsultacijomis. Jeigu reikia, nusiųskite pas tinkamą specialistą.

Siekiant apsaugoti vaikus ir jaunimą nuo pasyvaus rūkymo, rekomenduojama įvertinti, ar tėvai ir globėjai rūko suteikti jiems patarimų ir pasiūlyti pagalbą metant rūkyti.

3.5 Rūkymas sergant įvairiomis ligomis

Mesti rūkyti niekada ne per vėlu. Rūkymo atsisakymas sergant tokiomis ligomis kaip vėžys, diabetas, astma, širdies ligos, LOPL ir kt. gali reikšmingai sulėtinti ligos progresavimą, padėti gydant ir sumažinti nepageidaujamų rezultatų tikimybę [2]. Efektyviausia, kai metimo rūkyti konsultacijos ir kitos tabako vartojimo intervencijos integruojamos į kitų ligų gydymo procesą, pavyzdžiui, gydymą stacionare [2].

3.5.1 Širdies ir kraujagyslių ligos

Tyrimai rodo, kad metimas rūkyti labiau nei bet kuri kita prevencijos ir gydymo priemonė, įskaitant beta blokuotojų, angiotenziną konvertuojančio fermento (AKF) inhibitorių, statinų ar aspirino vartojimą, sumažina mirtingumą nuo širdies ir kraujagyslių ligų. Be to, antihipertenzinių ar lipidų kiekį mažinančių vaistų nauda gerokai sumažėja, jeigu asmuo toliau rūko [121–125]. Metus rūkyti, 36 proc. sumažėja mirtingumas nuo koronarinių širdies ligų, nesvarbu, koks asmens amžius, lytis, gyvenamoji vieta ir kiti kintamieji [125].

Pacientui patekus į stacionarą, yra puiki proga mesti rūkyti. Sveikatos priežiūros specialistas, pavyzdžiui, slaugytojas, gali trumpai pakonsultuoti asmenį, kaip mesti rūkyti, inicijuoti medikamentinį gydymą, sudaryti planą dėl vizitų išrašius iš stacionaro ir pan. Tyrimai rodo, kad gydymo ligoninėje metu pradėta farmakoterapija padidina metančių rūkyti asmenų skaičių [2].

3.5.2 Lėtinė obstrukcinė plaučių liga

Statistiškai LOPL sergantys rūkantys asmenys rūko dažniau, įkvepia giliau ir yra labiau priklausomi nuo tabako nei kiti rūkantys asmenys [126]. Metimas rūkyti yra pats svarbiausias dalykas LOPL sergantiems ir rūkantiems asmenims bet kuriuo ligos progreso metu. Tyrimai rodo, kad metus rūkyti sulėtėja LOPL progresavimas, sumažėja paūmėjimų, padidėja LOPL gydymo efektyvumas ir pagerėja bendra gyvenimo kokybė [127–129]. Deja, tyrimai taip pat rodo, kad LOPL sergantiems asmenims sunkiau sekasi mesti rūkyti nei kitiems tabaką vartojantiems asmenims [130]. LOPL dažnai siejama su depresija, nerimu ir kitais psichikos sutrikimais, neigiamai veikiančiais asmens motyvaciją ir pasitikėjimą savimi, taip mažinančiais tikimybę mesti rūkyti [131]. Specialistai turėtų atsižvelgti į šiuos LOPL sergančių asmenų ypatumus ir atitinkamai pritaikyti pagalbą metant rūkyti [2].

Metimo rūkyti intervencijos turėtų būti įtrauktos į įprastą rūkančių LOPL sergančių asmenų priežiūrą tiek per pirminę ambulatorinės sveikatos priežiūrą, tiek gydantis stacionare ar gaunant kitų specialistų paslaugas. Jei asmuo patenka į ligoninę ar atvyksta reguliariai pasitikrinti, tai puiki proga sveikatos priežiūros specialistams taikant 5A metodą paskatinti asmenį mesti rūkyti ir inicijuoti patį procesą. LOPL sergančių asmenų artimiesiems turi būti nurodoma saugoti juos nuo tabako dūmų ir, jeigu yra galimybė, įtraukti į metimo rūkyti programą [2].

3.5.3 Onkologinės ligos ir diabetas

Onkologinėmis ligomis sergantys pacientai gali prastai jaustis, neturėti jėgų, ribotai atlikti fizinius darbus, turėti papildomų sveikatos sutrikimų, patirti daug streso ir nerimo, jausti stiprią priklausomybę nuo nikotino. Rūkantiems pacientams rekomenduojama taikyti intensyvesnę, individualiai pritaikytą metimo rūkyti pagalbą ir derinti elgesio keitimo intervencijas su farmakologiniu gydymu [132].

Tabako vartojimas yra susijęs su didesne 2-ojo tipo cukrinio diabeto rizika, nepriklausomai nuo asmens išsilavinimo, fizinio aktyvumo, alkoholio vartojimo dažnumo ir dietos [133]. Diabeto rizika didėja esant ilgesniam rūkymo stažui ir surūkomų cigarečių skaičiui [134]. Taip pat diabetu sergantiems asmenims rūkymas žymiai padidina koronarinių širdies ligų, miokardo infarkto, širdies nepakankamumo, insulto, periferinių arterijų ligos, mirtingumo nuo širdies ir kraujagyslių ligų ir bendro mirtingumo riziką [135]. Nustatyta, kad pasyvus rūkymas taip pat didina metabolinio sindromo išsivystymo ir 2-ojo tipo cukrinio diabeto riziką [136]. Kaip ir su kitomis ligomis, pagalba metantiems rūkyti turi būti integruota į asmens diabeto gydymo ar priežiūros planą. Rekomenduojama, kad metimo rūkyti intervencija apimtų konsultacijas, nukreiptas į elgesio keitimą ir medikamentinį gydymą [2].

3.6 Svorio kontrolės rekomendacijos metant rūkyti

Deja, metusieji rūkyti dažnai priauga šiek tiek svorio. Vidutiniškai per pirmuosius 6–12 mėnesių metus rūkyti priaugama apie 3–4 kilogramus [137]. Įprastai svoris sparčiau auga pirmąjį mėnesį metus rūkyti – priaugama po 0,5 kg per savaitę, o praėjus 2–6 mėnesiams svorio priaugama mažiau – po 0,5 kg per mėnesį [7]. Vėliau svorio augimas sulėtėja ir, praėjus 6 mėnesiams, svorio didėjimas yra ne toks žymus [138]. Kai kurie rūkantys asmenys mano, kad rūkymas jiems padeda kontroliuoti svorį [137, 139, 140], o susirūpinimas dėl priaugto svorio metus rūkyti gali būti kliūtis ryžtantis bandyti mesti rūkyti. Teikiant pagalbą metantiems rūkyti reikėtų siekti pakeisti požiūrį į galimą svorio priaugimą.

Kodėl metęs rūkyti asmuo gali priaugti svorio?

Patekęs į organizmą, nikotinas trumpam pagreitina rūkančio asmens medžiagų apykaitą [7]. Tačiau priešingai, nei mano daugelis dėl svorio susirūpinusių asmenų, rūkymo poveikis medžiagų apykaitai nėra pakankamai didelis, kad būtų galima paaiškinti visą svorio priaugimą metus rūkyti [139]. Nors tiesiogiai rūkymas neturi poveikio fiziniam aktyvumui, tačiau rūkantys asmenys dažniau būna sėslūs nei nerūkiantys, be to, nikotinas dažniausiai nesumažina rūkančio asmens alkio jausmo, tik sustiprina ir pailgina sotumo jausmą, todėl asmenys mažiau užkandžiauja tarp valgymų. Sumažėjus užkandžiams, suvartojama mažiau kalorijų – tai paaiškina svorio skirtumą tarp rūkančių ir nerūkančių asmenų [139]. Dažnesnis užkandžiavimas yra pagrindinė svorio didėjimo

metus rūkyti priežastis. Tam tikra prasme dažnesnis užkandžiavimas yra naudingas metančiam rūkyti asmeniui, nes tai mažina potraukį rūkyti, nors ir gali sukelti nežymų svorio priaugį.

Tyrimai rodo, kad pastangos siekiant užkirsti kelią svorio augimui metant rūkyti nėra efektyvios [76]. Geresnių rezultatų sulaukiama, kai per konsultacijas su sveikatos priežiūros specialistu daugiau dėmesio skiriama neigiamo požiūrio keitimą dėl priaugt svorio keitimui [7]. Konsultuodami sveikatos priežiūros specialistai turėtų rekomenduoti nesilaikyti dietos metant rūkyti [7]. Mitybos apribojimas gali sukelti trūkumo jausmą, o šis, savo ruožtu, gali paskatinti netinkamą mitybą, t. y. valgyti per daug arba pasirinkti nesveikus maisto produktus. Metę rūkyti asmenys gali jaustis nuskriausti, kad atsisakė cigarečių, o mėgstamo maisto atsisakymas gali dar labiau sustiprinti šį jausmą. Be to, maisto vartojimo apribojimas gali skatinti dietos besilaikantį asmenį vartoti kitas medžiagas, pavyzdžiui, alkoholį [141]. Kita vertus, niekam nėra lengva pakeisti valgymo ir rūkymo įpročius, o stengiantis pakeisti abu vienu metu gali būti ištis labai sunku ir net neefektyvu.

3.6.1 Konsultavimo gairės dėl svorio metant rūkyti

Konsultuojant asmenis svarbu išsiaiškinti jų lūkesčius ir nuogąstavimus dėl svorio priaugio metant rūkyti ir suprasti svorio reikšmę rūkančio asmens gyvenime. Ypač svarbu atpažinti ir siekti pakeisti visus mitus ir disfunkcines mintis apie svorį per visą metimo rūkyti procesą. Pavyzdžiui, moterys dažnai tiki, kad metusios rūkyti priaugs daugiau nei 10 kilogramų, arba vis pamini draugus, pažįstamus, kurie metę rūkyti priaugo svorio. Taigi, be susirūpinimo dėl svorio metimo rūkyti pradžioje, su svoriu susijusios mintys turi būti stebimos per visą metimo rūkyti procesą [7].

Paklauskite apie lūkesčius ir nuogąstavimus dėl svorio priaugimo

- Ar metę rūkyti bijote priaugti svorio?
- Ar nerimaujate dėl padidėjusio svorio ir kūno formų pokyčių?
- Kaip manote, kiek svorio priaugsite metę rūkyti?
- Ar yra magiškas kilogramų skaičius, kurį galite toleruoti, kad nepradėtumėte vėl rūkyti?

Informuokite, ko galima tikėtis metant rūkyti

- Metę rūkyti asmenys vidutiniškai priauga apie 3–4 kilogramus.
- Ne visi asmenys priauga minėtą svorį. Dažnai metus rūkyti atsiranda daugiau energijos ir kyla noras ir motyvacija užsiimti aktyvia veikla.

Pabrėžkite, kad dietos laikymasis metant rūkyti nėra efektyvi strategija

- Dietos laikymasis ir metimas rūkyti yra sudėtingi elgesio pokyčiai. Kadangi rūkymas labiau kenkia sveikatai, rekomenduojama, visų pirma, atsisakyti rūkymo.
- Paaiškinkite, kad bandymas nepriaugti svorio metant rūkyti yra rizikingas. Maisto vartojimo apribojimas gali sukelti trūkumo jausmą, o šis, savo ruožtu, gali padidinti potraukį parūkyti arba paskatinti daugiau valgyti. Vienu metu spręsti dvi žalingo elgesio problemas nerekomenduojama. Taigi svarbu priminti metantiems rūkyti asmenims, kad lengvai užkandžiauti – naudinga. Gera taisyklė yra valgyti tris kartus per dieną ir du kartus per dieną užkąsti – taip išvengsite trūkumo ar didelio alkio jausmo.
- Užuoat apribojus maistą, rekomenduokite metančiam rūkyti asmeniui didinti fizinį aktyvumą. Mankšta yra puiki streso mažinimo, nuotaikos gerinimo priemonė ir gali padėti nukreipti mintis nuo rūkymo, sumažinti nikotino abstinencijos simptomus [142].

Paaiškinkite, kodėl nereikėtų pergyventi dėl priaugto svorio

- Pagrindinė žinutė dėl svorio nerimaujančiam asmeniui yra tai, kad tolesnis rūkymas, siekiant išvengti svorio priaugio, yra neracionalus. Tyrimų metu buvo apskaičiuota, kad metančiam rūkyti asmeniui per trumpą laiką reikėtų priaugti daugiau nei 35 kilogramus, kad būtų galima bent iš dalies pradėti lyginti rūkymo ir antsvorio keliamą žalą [7]. Tačiau net ir toks svorio padidėjimas nėra siejamas su visomis rūkymo sukeltomis ligomis. Tik rūkymo atsisakymas, o ne svorio numetimas gali taip žymiai sumažinti širdies ligų, plaučių vėžio, kitų onkologinių ir kvėpavimo takų ligų susirgimo riziką.

4 lentelė. Su rūkymu ir svoriu susiję įsitikinimai

Mitais paremtos neigiamos mintys	Alternatyvus pozityvesnis požiūris
Kad nepriaugčiau svorio, reikės laikytis labai griežtos dietos.	Dietos laikymasis ne visada man padėdavo atsikratyti papildomo svorio. Reikėtų įdėti labai daug pastangų, kad laikyčiausi griežtos dietos mesdamas rūkyti. Geriau sąmoningai rinksiuosi, ką valgau, valgysiu saikingai ir sėkmingai mesiu rūkyti.
Parūkymas po valgymo man padeda atsikratyti deserto.	Gal anksčiau vietoj deserto rūkydavau, bet dabar galėsiu rinktis kitas alternatyvas, pavyzdžiui, kramtomąją gumą, arbatos ir pan.
Metęs rūkyti, kad nepriaugčiau svorio, ne užkandžiausiu.	Jeigu užkandžiausiu saikingai, greičiausiai tai neturės įtakos mano svoriui, tačiau tai gali padėti nukreipti mintis sunkiomis metimo rūkyti akimirkomis.
Gražiai atrodau tik tada, kai sveriu ... kg. Esu patrauklus tik tada, kai nešioju ... dydžio drabužius.	Galui atrodyti gražiai, patraukliai ir priaugęs kelis kilogramus. Mano savivertė auga su kiekviena diena, kai nerūkau.
Jaučiu, kad drabužiai darosi ankšti, rūkymas man padės numesti kelis kilogramus.	Nėra garantijos, kad rūkymas padės numesti svorio. Ši mintis yra nepagrįsta faktais ir man tik kenkia.

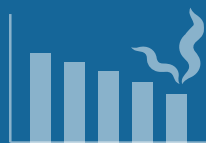
Pakalbėkite apie disfunkcines su svorio priaugiu susijusias mintis

- Disfunkcinės mintys, pavyzdžiui, „Metęs rūkyti tapsiu storas“ arba „Jau ir taip jokie drabužiai netinka, metęs rūkyti, išvis atrodysiu baisiai“ (žr. 4 lentelę), neigiamai veikia rūkyti norinčio mesti asmens motyvaciją. Apskritai, yra paplitusi klaidinga nuomonė, kad dėl saldaus užkandžio ar deserto (pavyzdžiui, ledai, pyragėlis) iškart bus priaugta svorio. Dėl svorio nerimaujantis asmuo gali turėti vidinį įsitikinimą, kad geriau jau surūkyti cigaretę, nei suvalgyti desertą.
- Paprašykite asmens pasverti ir įvertinti tokių minčių naudą ir trūkumus – prie kokių jausmų ir veiksmų jos priveda. Priminkite, kad disfunkcinės mintys dažnai yra krašutinės ir atspindi plačiai paplitusias nuostatas, bet ne faktus.
- Pasiūlykite pasvarstyti, kokios alternatyvios mintys būtų naudingesnės metant rūkyti. Pavyzdžiui, alternatyvi mintis galėtų būti: „Nors galbūt priaugsiu šiek tiek svorio, aš didžiuojuosi savo pastangomis nerūkyti ir tapti sveikesniu.“

Pagrindiniai III dalies punktai

1. Besilaukiančios moterys gali neprisipažinti, kad rūko, arba nuslėpti, kiek tiksliai cigarečių surūko. Medikamentinis gydymas gali ir turi būti skiriamas besilaukiančioms moterims, kurioms sunku atsisakyti rūkymo. Taip pat svarbu stebėti ir stengtis teikti pagalbą po gimdymo, kad moteris vėl nepradėtų rūkyti.
2. Psichikos sveikatos ligomis sergantys asmenys gali sėkmingai mesti rūkyti. Apskritai, populiacijai tin-kančios metimo rūkyti paslaugos ir gydymas tinka ir asmenims, turintiems psichikos sveikatos sutri-kimų. Padedant mesti rūkyti psichikos sveikatos sutrikimų turintiems asmenims rekomenduojama išplėsti ir pratęsti metimo rūkyti ir medikamentų vartojimo laikotarpį. Sudarant gydymo planą svarbu atsižvelgti į kiekvieno asmens sveikatos būklę, individualius poreikius ir kitus vartojamus medikamen-tus.
3. Žalingas alkoholio vartojimas ir priklausomybė nuo kitų psichoaktyviųjų medžiagų yra dažnai pasitai-kantys veiksniai tarp rūkančių asmenų. Mirtingumas tarp žalingai psichoaktyvias medžiagas varto-jančių asmenų yra didesnis nuo rūkymo sukeltų ligų, negu nuo kitų psichoaktyviųjų medžiagų var-tojimo. Tyrimai rodo, kad bandymas mesti rūkyti nepadidina rizikos, jog remisijoje esantys asmenys vėl pradės vartoti kitas psichoaktyvias medžiagas, todėl nėra priežasčių vengti ar atidėti bandymą mesti rūkyti.
4. Vartojant psichoaktyvias medžiagas paauglystėje priklausomybė vystosi sparčiau nei kitu metu; daugelis reguliariai rūkančių asmenų pradėjo rūkyti iki 18 metų amžiaus. Jaunimui skirtos metimo rū-kyti paslaugos turėtų būti orientuotos į įgūdžių, skirtų problemoms spręsti, lavinimą, socialinės įtakos rūkymui analizę ir motyvacijos stiprinimą mažinant pasipriešinimą pokyčiams. Dirbant su jaunimu taip pat efektyvi elgesio terapija, kai norimas elgesys, šiuo atveju nerūkymas, skatinamas ir stiprina-mas apdovanojimais, tokiais kaip kuponai, pinigai, dovanos ir pan.
5. Rūkymo atsisakymas sergant onkologinėmis, širdies ir kraujotakos ligomis, diabetu, LOPL ir kitomis gali reikšmingai sulėtinti ligos progresavimą, padėti gydant ir sumažinti nepageidaujamų rezultatų ti-kimybę. Metimo rūkyti konsultacijos ir kitos tabako vartojimo intervencijos turėtų būti integruojamos į kitų ligų gydymo procesą, pavyzdžiui, gydymą stacionare ir profilaktinius vizitus.
6. Deja, dažnai rūkyti metę asmenys per pirmuosius 6–12 mėnesių priauga apie 3–4 kilogramus. Dalis rū-kančių asmenų mano, kad rūkymas jiems padeda kontroliuoti svorį, o susirūpinimas dėl padidėjusio svorio metus rūkyti gali būti kliūtis ryžtantis bandyti mesti rūkyti. Teikiant pagalbą metantiems rūkyti reikėtų siekti pakeisti požiūrį į galimą svorio prieaugį, rekomenduoti sveikai užkandžiauti, tačiau nesi-laikyti dietos ir neriboti mitybos.

IV DALIS



METIMO RŪKYTI PROCESAS

II metodinės medžiagos dalyje apžvelgėme pirmuosius pasiruošimo mesti rūkyti žingsnius pagal 5A metodą: užklausa, ar asmuo rūko, patarimą mesti rūkyti, asmens motyvacijos ir noro mesti rūkyti vertinimą. Toliau pristatomas ketvirtas 5A metodo žingsnis – pagalba mesti rūkyti. Šioje dalyje pristatysime metimo rūkyti proceso ir gydymo planą, kurio tikslas yra padėti asmenims žengti pirmuosius žingsnius atsisakant rūkymo. Medikamentinio gydymo skyrimas apžvelgiamas V dalyje. Šios dalies tikslas yra pristatyti pagrindinius konsultavimo aspektus: metimo rūkyti datos nustatymą, pagalbą atsisakant daiktų ir vengiant situacijų, kurios primena rūkymą, konkrečių strategijų, kaip bus elgiamasi užėjus stipriam norui parūkyti, suplanavimą ir pan.

4.1 Ketvirtas žingsnis – padėk

4.1.1 Metimo rūkyti datos nustatymas

Metimo rūkyti datos nustatymas gali pasirodyti kaip paprastas ir savaime suprantamas žingsnis ruošiantis mesti rūkyti. Deja, nemažai asmenų, siekiančių atsisakyti rūkymo be išorinės pagalbos, nesuplanuoja konkrečios dienos, nuo kada daugiau neberūkys. Tyrimai rodo, kad metimo rūkyti datos nustatymas yra svarbus žingsnis, padedantis rūkančiam asmeniui pereiti iš planavimo į veikimo etapą [7]. Metimo rūkyti data ne tik padeda pasiruošti metimo procesui, bet ir pastūmėja asmenį neatidėlioti ir pagaliau ryžtis mesti rūkyti. Tarptautinėse metimo rūkyti metodikose rekomenduojama metimo rūkyti datą suplanuoti dviejų savaitių laikotarpiu [2, 7]. Manoma, kad dvi savaitės yra pakankamas laiko tarpas pasiruošti metimo rūkyti procesui ir kartu tai nėra per ilgas laiko tarpas asmeniui persigalvoti arba prarasti motyvaciją. Kiekvienas, norintis mesti rūkyti, turėtų pats nuspręsti, kuri metimo diena jam atrodo tinkamiausia, tačiau specialistas gali priminti, kad metimas rūkyti greičiausiai sutrikdys įprastą dienos rutiną, todėl verta pasvarstyti apie dienas, kai bendras streso lygis nėra itin aukštas, pavyzdžiui, savaitgaliais ar per atostogas.

4.1.2 Kada geriausia mesti rūkyti?

Savaitgaliai ir šventės

Daug metančių rūkyti asmenų metimo rūkyti dieną pasirenka per šventes, jubiliejus ar savaitgaliais [7]. Viena populiariausių metimo rūkyti dienų yra pirmoji Naujųjų metų diena – sausio 1-oji. Savaitgaliai ir šventės yra tinkamas laikas mesti rūkyti, nes tomis dienomis dauguma žmonių būna užsiėmę ne kasdiene veikla, yra apsupti draugų ar artimųjų, galinčių palaikyti ir padrąsinti pirmomis sunkiomis akimirkomis. Taip pat turint daugiau laisvo laiko galima susiplanuoti kitų veiklų, stengtis būti užsiėmus, leisti daugiau laiko nerūkančių asmenų aplinkoje ir vengti situacijų, kuriose įprastai buvo rūkoma.

Atostogos

Kai kuriems asmenims lengviau nutraukti rūkymą kai visiškai pakeičia kasdienę aplinką. Kaip buvo pristatyta I dalies 1.2.3 punkte, kiekvienas rūkantis žmogus turi tipinę rūkymo aplinką. Vieni rūko namuose gerdami rytinę kavą, kiti – mašinoje pakeliui į darbą ar su kolegomis per pertraukas ir t. t. Vien buvimas rūkymo aplinkoje veikia kaip užuomina, priminimas ir žadina norą parūkyti arba rūkyti dažniau. Šie išoriniai priminimai yra ypač dažni pirmosiomis metimo rūkyti dienomis, todėl jų vengimas, pavyzdžiui, išvykti atostogauti, gali būti gera strategija siekiant sumažinti atkryčio riziką. Be to, per atostogas, kaip ir per šventes, galima susiplanuoti daugiau veiklos, kuri nukreiptų mintis nuo rūkymo. Tačiau planuojančiuosius mesti rūkyti per atostogas reikėtų perspėti, kad anksčiau ar vėliau vis tiek reikės grįžti į kasdienę rutiną, todėl visiškai išvengti išorinių priminimų nepavyks, grįžus reikės susidoroti su tipiniais rūkymą skatinančiais veiksniais.

4.2 Žingsniai prieš metimo rūkyti dieną

4.2.1 Priminimas apie metimo rūkyti dieną

Priminimas apie artėjančią metimo rūkyti datą ne tik padeda metančiam rūkyti asmeniui geriau pasirengti atsisakyti rūkymo, bet ir parodo specialisto aktyvų įsitraukimą į procesą, skatina pasitikėjimo tarp specialisto ir metančio rūkyti asmens kūrimą. Artėjant metimo rūkyti datai, galite apsvarstyti toliau išvardytus veiksmus.

1. Priminkite, kad artėja numatyta metimo rūkyti data, ir pasiūlykite peržiūrėti suplanuotą metimo rūkyti strategiją. Remdamiesi toliau skyriuje ir II dalyje išvardytomis taktikomis, kartu su metančiuoju rūkyti pasvarstykite, kaip galima kuo geriau pasiruošti galimiems iššūkiams, laukiantiems metus rūkyti. Galite pasiūlyti asmeniui sudaryti „Metimo rūkyti deklaraciją“ (žr. 3 priedą), kurioje nurodoma konkreti metimo rūkyti data, pagrindinės metimo rūkyti priežastys, kontaktai dėl galimos pagalbos, ir pan. Kai kuriems asmenims toks simbolinis deklaracijos surašymas stiprina motyvaciją ir įsipareigojimą laikytis sutartos metimo rūkyti datos.

2. Jeigu įmanoma, suplanuokite tiesioginę konsultaciją pirmąją metimo rūkyti dieną. Pirmoji diena vieniems asmenims gali praeiti pakankamai lengvai, o kitiems, prasidėjus pirmiesiems abstinencijos simptomams, gali būti kaip tik labai sunku – apimti liūdesys, baimė ir nuogąstavimai, kad mesti nepavyks. Todėl pirmą dieną išorinis palaikymas, metimo rūkyti priežasčių priminimas ir padrąšinimas gali padėti asmeniui palaikyti motyvaciją ir tęsti metimo rūkyti procesą. Net jeigu nėra galimybės suorganizuoti tiesioginės konsultacijos, rekomenduojama naudotis kitomis komunikacijos priemonėmis, pavyzdžiui, nuotoline konsultacija telefonu ar internetu, el. laiškais ar trumposiomis (SMS) žinutėmis. Daugiau apie pasiruošimą mesti rūkyti pateikiama šioje dalyje toliau.

4.2.2 Rūkymas prieš atsisakant šio žalingo įpročio

Nėra didelio skirtumo, kiek ir kada rūkyti iki suplanuotos metimo rūkyti datos, todėl galite rekomenduoti tai nuspręsti kiekvienam metančiam rūkyti asmeniui. Tyrimai rodo, kad metimo rūkyti rezultatas nepriklauso nuo to, ar iki metimo dienos asmuo rūkė daugiau, tiek pat, kiek įprastai, ar palaipsniui mažino surūkomų cigarečių skaičių [7]. Svarbu tai, kad nerekomenduojama keisti cigarečių į neva lengvesnes, t. y. savo sudėtyje turinčias mažiau nikotino, nes tyrimai rodo, kad tokius gaminius asmuo vartoja dažniau ir intensyviau, taip vis tiek pasiekdamas sau įprastą nikotino dozę, bet gaudamas didesnę pavojingų cheminių medžiagų kiekį iš tabako dūmų.

4.2.3 Rūkyti skatinančių daiktų ir aplinkos vengimas

Pirmoje metodinės medžiagos dalyje buvo pristatyti rūkymą skatinantys psichologiniai veiksniai, tokie kaip rūkymo ritualas, aplinkos ir socialinių interakcijų įtaka. Šioje dalyje aptarsime, kaip stengtis sumažinti rūkymą skatinančių veiksnių įtaką metant rūkyti. Artėjant metimo rūkyti dienai, specialistai turėtų patarti metančiam rūkyti asmeniui pašalinti iš aplinkos daiktus, kurie primena rūkymą arba buvo tam naudojami, taip pat stengtis vengti aplinkos ir situacijų, kuriose dažniausiai rūkydavo.

Daiktų pašalinimas

Prieš suplanuotą metimo rūkyti dieną rekomenduojama patikrinti savo namus, automobilį, darbo vietą ir kitą aplinką, kurioje anksčiau buvo rūkoma, ir pašalinti visus su rūkymu susijus daiktus, pavyzdžiui, pelenines, žiebtuvėlius, degtukus, cigarečių pakelius (net jeigu jie tušti) ir cigarečių dėklus. Jeigu daiktas yra per brangus išmesti, rekomenduojama jį arba metant rūkyti patraukti iš akiračio, arba panaudoti pagal kitą paskirtį. Pavyzdžiui, išvalytą ir dezinfekuotą peleninę galima panaudoti saldainiams, džiovintiems vaisiams arba raktams ir smulkiems daiktams laikyti; cigarečių dėkle galima saugoti vizitines korteles. Svarbu paaiškinti metantiems rūkyti asmenims, kad rūkymą primenančių daiktų pašalinimas veikia dvejopai. Visų pirma, kai aplinkoje yra mažiau rūkymą primenančių daiktų, tai ilgainiui padės negalvoti ir neprisiminti apie rūkymą. Taip pat pašalinus rūkyti naudojamus daiktus mažėja rizika, kad užėjus norui parūkyti asmuo pasiduos impulsyviai potraukiui užsirūkyti. Tyrimai rodo, kad, kai nėra galimybės parūkyti iš karto, po kelių minučių potraukis slopsta, tad asmuo turi laiko įvertinti situaciją, atpažinti susidariusią riziką ir, nukreipęs mintis ir veiksmus kitur, stengtis išvengti atkryčio [143].

Aplinkos ir situacijų vengimas

Net jeigu asmuo nuspręs mesti rūkyti per atostogas ar šventes, t. y. tada, kai yra toliau nuo savo įprastos rutinos ar rūkymo aplinkos, vis tiek anksčiau ar vėliau reikės grįžti į aplinką, kurioje rūkydavo, todėl labai svarbu būti tam pasiruošus. Pagrindinės pasiruošimo strategijos yra: a) įprastos rutinos pakeitimas; b) tipinių rūkymo vietų ir situacijų vengimas; c) bendravimas ir elgesys su rūkančiais artimais asmenimis. Išvardytoms strategijoms iliustruoti toliau pateikiamas specialisto ir klientės Miglės konsultacijos pavyzdys.

A. Įprastos rutinos pakeitimas

Rūkymas yra ritualinis veiksmas – labai dažnai asmenys rūko kasdien tuo pačiu metu. Paklausus, kur ir kiek asmuo rūko, beveik visi rūkantys asmenys galėtų labai tiksliai papasakoti rūkymo rutiną.

Pavyzdys

Specialistas: *Kad galėtume geriau pasiruošti jūsų metimo rūkyti procesui, išsamiai papasakokite, kada ir kiek rūkote įprastą dieną?*

Klientė Miglė: *Taip, gerai. Pirmą cigaretę surūkau atsikėlus ryte gerdama kavą. Pavalgiusi pusryčius ir nusipraususi surūkau dar vieną cigaretę prieš išeidama į darbą. Tuomet, priklausomai nuo kamščių gatvėje, surūkau vieną arba kelias cigaretes automobilyje pakeliui į darbą. Būdama darbe kartu su kolegomis iki pietų einame parūkyti vieną arba kelis kartus, priklausomai nuo to, kiek yra darbo. Per pietų pertrauką taip pat surūkau vieną cigaretę kartu su kolegomis ir dar vieną arba kelias likusio darbo metu. Pakeliui iš darbo vėl automobilyje surūkau vieną arba dvi cigaretes. Grįžusi namo surūkau vieną cigaretę prieš vakarienę, vieną po vakarienės ir dar kelias cigaretes, kol nueinu miegoti. Jeigu vakare susitinku su draugais, galiu surūkyti dar kokias 5–6 cigaretes.*

Iš Klientės Miglės atsakymo aiškiai matyti, kad rūkymas yra kasdienės rutinos dalis ir siejasi su konkrečiais klientės veiksmomis: kavos gėrimu, važiavimu į darbą, pertraukėlėmis darbe ir t. t. Įprastų veiksmų ir rutinos pakeitimas gali padėti vengti tų veiksmų, kurie stipriai asocijuojasi su rūkymu. Pavyzdžiui, klientės Miglės atveju, specialistas gali pasiūlyti atsikėlus ryte ne gerti kavą, o iš pradžių papusryčiauti ir susiruošti į darbą, kavą pasiimti su savimi arba išgerti pakeliui kavinėje, kur draudžiama rūkyti. Taip pat ji galėtų atsikelti anksčiau, kad išvengtų kamščių ir nebūtų laiko rūkyti automobilyje, arba pirmą savaitę į darbovietę vykti viešuoju transportu, dviračiu ar pėsčiomis. Dar prieš metant rūkyti galima bandyti kuo ilgiau nerūkyti atsikėlus ryte. Nors pirmos cigaretės atidėjimas vėlesniam laikui nesumažins priklausomybės nuo nikotino, bet tai gali būti gera praktika stengiantis susidoroti su pirmaisiais abstinencijos simptomais ir stipriu potraukiu parūkyti [7]. Nereikėtų visiškai atsisakyti pertaukėlių darbo metu, tačiau reikėtų pakeisti jų vietą ir užsiėmimą. Miglė galėtų per pertrauką paskambinti draugui ar šeimos nariui arba trumpam pasivaikščioti.

B. Tipinių rūkymo vietų ir situacijų vengimas

Dauguma rūkančiųjų galės labai tiksliai pasakyti, kur dažniausiai rūko. Kaip buvo pristatyta I metodinės medžiagos dalyje, tipinė rūkymo aplinka yra barai, restoranai, poilsiaujant lauke ir pan. Metant rūkyti, ypač pirmosiomis dienomis, patartina vengti visų šių vietų. Tačiau kai kurių vietų, tokių kaip namai, automobilis, išvengti nepavyks, todėl kartu su klientu reikia sudaryti aiškų planą, kaip jis elgsis būdamas toje aplinkoje, kad sumažintų rūkymo riziką.

Pavyzdys

Specialistas: *Iš to, ką man papasakojote, panašu, kad jūsų virtuvė, automobilis ir darbovietė yra tos vietos, kurios jums stipriai asocijuojasi su rūkymu. Ar yra dar kitų rūkymo vietų, kur, jūsų manymu, bus sunku nerūkyti?*

Klientė Miglė: *Taip, manau, bus tikrai sunku nerūkyti bare, kur dažniausiai einame su draugais penktadienį po darbo, ir pas rūkančius draugus namuose, ypač būnant pas savo geriausią draugę Indrę.*

Kadangi pirmosiomis metimo rūkyti dienomis atkryčio rizika yra ypač didelė, tuo metu rekomenduojama iš viso nevartoti alkoholio. Tyrimai rodo, kad pirmosiomis nerūkymo valandomis asmenims, kurie vartoja alkoholį, pasireiškia stipresni abstinencijos simptomai [144] ir didėja rizika pradėti rūkyti. Metantys rūkyti asmenys turi suprasti ir susitaikyti su mintimi, kad norint išvengti atkryčio, ypač pirmosiomis nerūkymo dienomis, bent kuriam laikui gali tekti atsisakyti veiklos, kuri jiems teikia malonumą.

Specialistas: *Taigi identifikuojame, kad baras yra ta vieta, kurios stengsitės vengti pirmosiomis nerūkymo dienomis ir savaitėmis.*

Klientė Miglė: *Taip, bet manau, kad bus labai sunku ir net liūdna apie tai pagalvoti, nes visada laukiau savaitės pabaigos, kai eisime į barą.*

Specialistas: Gerai, kodėl būtent eiti į barą jums malonu?

Klientė Miglė: Tiesiog smagu susitikti su draugais, socializuotis, gerai praleisti laiką.

Specialistas: Gerai, o galėtumėte pagyvoti, ar yra kokia nors alternatyvi vieta ar veikla, bent pirmosiomis savaitėmis, kuri suteiktų panašų jausmą?

Klientė Miglė: Na, taip, reikės sugalvoti kažką alternatyvaus. Kita mano draugų grupė mėgsta susitikti kavinėje, tai gal galėčiau pirmosiomis metimo rūkyti savaitėmis daugiau laiko praleisti su jais. Kadangi kavinėje negalima rūkyti, niekada ten ilgai neužsibūdavau, bet dabar bus gera proga daugiau pabendrauti ir su šiais draugais.

Specialistas: Skamba puikiai. Dar paminėjote konkrečias vietas, tokias kaip jūsų draugų namai.

Klientė Miglė: Taip. Bus tikrai sunku nerūkyti leidžiant laiką su Indre. Ji mano geriausia draugė, visada rūkome kartu, nesvarbu, būtume pas mane ar pas ją namuose.

Specialistas: Kaip galėtumėte ir toliau leisti laiką su Indre, bet vengti būti jos namuose?

Klientė Miglė: Na, turbūt galėtume leisti daugiau laiko pas mane namuose arba pas mūsų bendrą draugę Iriną, nes mano namuose bus neberūkoma, o Irina irgi neleidžia rūkyti viduje. Taigi Indrė turės išeiti į lauką parūkyti, tada aš jos nematysiu.

Specialistas: Taip pat gera idėja. Ar galėtum garsiai pakartoti, ką dabar kartu sutarėme?

Klientė Miglė: Nuo pirmos metimo rūkyti dienos pirmas dvi savaites nesilankysiu bare ir Indrės namuose. Po dviejų savaičių iš naujo įvertinsiu situaciją.

C. Bendravimas su rūkančiais asmenimis

Vien buvimas šalia rūkančio asmens, t. y. matymas, kaip jis rūko, tabako dūmų kvapo užuodimas, veikia kaip stiprus priminimas, skatinantis parūkyti. Kaip ir Miglė, dauguma rūkančių asmenų artimoje aplinkoje turės rūkančių draugų, sugyventinių, giminių ir kolegų. Bendravimo su artimaisiais nereikėtų vengti (tai gali būti tie patys asmenys, kurie palaikys pastangas mesti rūkyti), tačiau reikia nusimatyti konkrečius veiksmus, kaip sumažinti riziką vėl pradėti rūkyti, kai su jais bendraujama. Nebūtina prašyti ar raginti ir kitų atsisakyti cigarečių, tačiau svarbu informuoti, kodėl asmeniui svarbu mesti rūkyti ir kad jų palaikymas bus labai reikalingas per visą procesą.

Pavyzdys

Specialistas: Panašu, kad su Indre daug laiko praleidžiate kartu ir šiuo metu ji nesvarsto galimybės mesti rūkyti. Ar tai turės įtakos jūsų metimo rūkyti pastangoms ir kaip galėtume tam pasiruošti?

Klientė Miglė: Iš tikrųjų daug apie tai galvoju, ir man atrodo, kad bendrauti su Indre bus didelis iššūkis. Kalbėjau su viena pažįstama, ir ji pasakojo, kad, kai metė rūkyti, susitarė su vyru, jog jis prie jos nerūkys, o ji už tai jo neįkalbinės mesti rūkyti. Užsiminiau apie tai Indrei, ir ji iš esmės sutiko prie manęs nerūkyti, bet taip pat sutarėme, kad kartais tiesiog pati turėsiu pasitraukti, kol ji parūkys. Manau, tai sąžininga, be to, tai suteikia daugiau kontrolės man, o tai man patinka.

Aptarimas, kaip ir kokių situacijų reikėtų vengti pirmosiomis nerūkymo dienomis, yra svarbus pasiruošimo žingsnis. Suplanuotos, numatytos situacijos ir konkretus planas, kaip elgtis, padės metančiam rūkyti asmeniui nepasimesti ir nepasiduoti potraukiui. Tačiau neįmanoma numatyti visų situacijų, kuriose būnant stipriai norės rūkyti, taip pat gali būti, kad atsiras kitų aplinkybių, papildomo streso ir iššūkių, kurių metantis rūkyti asmuo nebus apsvarstęs. Tokiais atvejais gali padėti papildomos įveikos strategijos ir praktiniai patarimai.

4.3 Praktiniai patarimai, kaip elgtis, kai užaina stiprus noras rūkyti

Nors dauguma mano, kad reikia turėti „stiprią valią“, kad galėtų atsispirti stipriam norui rūkyti, tačiau tyrimai rodo, kad tai nėra tiesa ir valios pastangos nėra efektyviausias būdas spręsti ir susidoroti su kylančiu potraukiu parūkyti [7]. Svarbu priminti metančiam rūkyti asmeniui, kad stiprus potraukis dažniausiai praeina per kelias minutes ar net greičiau, o pagalbinių strategijų ir veiksmų išmanymas gali padėti sunkiuoju periodu. Ne visos strategijos ir veiksmai kiekvienam asmeniui yra vienodai efektyvūs – jeigu kuri nors strategija neveikia ir nepaveda, reikėtų nenusivilti, išlikti lanksčiam ir išbandyti kitus būdus siekiant palengvinti metimo rūkyti procesą.

4.3.1 Strategijos, kaip elgtis, kai užaina stiprus noras rūkyti

1. Kognityvinės strategijos

Rekomenduokite klientui prisiminti, kodėl jis atsisako rūkymo. Užėjus stipriam norui parūkyti, galima skirti kelias minutes ir išvardyti teigiamus atsisakymo rūkyti aspektus, pavyzdžiui, pagerėjusi sveikata ir išvaizda, pasitikėjimo savimi jausmas, sutaupytos lėšos, ir pagalvoti apie neigiamus rūkymo aspektus, pavyzdžiui, blogas kvapas iš burnos ir nuo drabužių, blogas pavyzdys vaikams, jau įdėtų pastangų iššvaistymas, rizika sveikatai. Užėjus potraukiui rūkyti, šios ir kitos mintys gali padėti metančiam rūkyti asmeniui susikaupti, nurimti, galvoti apie užsibrėžtą tikslą, o ne tuo metu kylančias emocijas ir jausmus.

2. Būti užsiėmusiam

Ruošiantis atsisakyti rūkymo svarbu susiplanuoti, kaip bus leidžiamas laikas, kurį anksčiau asmuo leido rūkydamas. Nuobodžiavimas gali būti stiprus rūkymą skatinantis veiksnys, tad jo reikėtų stengtis išvengti. Metantiems rūkyti asmenims gali padėti nauja veikla, naujo pomėgio susiradimas, fizinis aktyvumas, bendravimas su nerūkančiais asmenimis. Taip pat galima rekomenduoti nešiotis knygą ar galvosūkių žurnalą – tiems momentams, kai negalima užsiimti jokia veikla, pavyzdžiui, laukiant prie gydytojo kabineto.

3. Laikyti užimtas rankas

Kai kurie asmenys pasiilgsta fizinių rūkymo judesių ir lytėjimo pojūčio rankose. Tokiais atvejais gali padėti žaidimai su streso kamuoliuku, sąvaržėlės, pieštuko ar šiaudelio laikymas rankose, kita veikla su rankomis (piešimas, sodininkystė, dienoraščio rašymas).

4. Turėti sveikų užkandžių

Daug metančių rūkyti asmenų teigia dažniau norintys užkandžiauti. Taip gali būti, nes pasiilgstama lytėjimo pojūčio prie lūpų, padidėja apetitas. Metant rūkyti rekomenduojama pasirūpinti mėgstamų sveikų užkandžių atsargomis. Tai gali būti morkų ar kitų daržovių lazdelės, becukriai saldainiai, kramtomoji guma (be nikotino arba su nikotinu), batonėliai ir pan. Tyrimai rodo, kad kramtomoji guma gali palengvinti kai kuriuos abstinencijos simptomus [145]. Kad dažnas užkandžiavimas netaptų įpročiu, vietoj rūkymo pertraukėlių galima susiplanuoti ir sąmoningai skirti laiko pasidaryti užkandžio pertraukėlę. Daugiau informacijos apie svorio reguliavimą metant rūkyti pateikiama šios metodinės medžiagos III dalyje.

5. Taikyti atsipalaidavimo technikas

Dažnai rūkantys asmenys teigia, kad rūkymas jiems padeda susidoroti su stresu. Nors tai nėra tiesa (daugiau apie tai šios metodinės medžiagos I dalyje), tačiau iškilus stresinei situacijai, dauguma asmenų rūko dažniau ir daugiau. Planuojant mesti rūkyti rekomenduojama apsvastyti ir pasipraktikuoti kitų streso valdymo ir įveikimo būdų, kaip atsipalaidavimo, kvėpavimo pratimai ir (arba) meditacija. Metantis rūkyti asmuo turėtų pats pagalvoti ir nuspręsti, kokius streso įveikimo ar palengvinimo būdus norėtų išbandyti.

4.3.2 Jeigu iš karto mesti rūkyti per sunku

Ne visi mesti rūkyti norintys asmenys gali tai padaryti iš pirmo karto. Būna atvejų, kai asmuo susiplanuoja visą metimo procesą, nusimato konkrečią metimo rūkyti datą, tačiau neišbūna nerūkęs vienos dienos. Kiti asmenys galbūt daug kartų nesėkmingai bandė mesti rūkyti ir nesiryžta susiplanuoti konkrečios metimo rūkyti dienos. Nors metimo rūkyti datos nustatymas yra labai svarbus žingsnis, kai kuriais atvejais gali būti naudinga įtraukti papildomus žingsnius: 1) surūkomų cigarečių mažinimą ir (arba) 2) rūkymo vietų apribojimą. Šie du žingsniai neturėtų būti vertinami kaip galutinis darbo su klientu tikslas, tačiau jie gali padėti sustiprinti asmens motyvaciją ir ryžtą visiškai atsisakyti rūkyti. Šiuo atveju tikslas yra nutraukti įsitvirtinusias asociacijas ir ryšį tarp

rūkymą skatinančių veiksnių ir paties rūkymo, taip pat parodyti asmeniui, kad yra galimybė rinktis kitą veiksmą, o ne griebtis cigaretės, kaip anksčiau buvo įpratęs.

Suplanuoto surūkomų cigarečių mažinimo programa

Siekiant sumažinti surūkomų cigarečių skaičių, specialistas kartu su klientu sudaro konkretų planą ir grafiką, kada klientas rūkys ir kada ne. Tikslas yra per nustatytą terminą sistemingai ilginti laiką tarp rūkymų. Užuo rūkęs, kada yra įpratęs, arba kada užsiori, klientas turi laikytis griežto rūkymo grafiko. Rūkymo grafiko laikymasis atsieja rūkymą nuo rutinos ir rūkymo aplinkos – taip silpninama asociacija tarp išorinių veiksnių ir rūkymo. Taip pat ši strategija priverčia metantį rūkyti asmenį pratintis prie fizinio diskomforto ir stiprina pasitikėjimą savo jėgomis. Ši strategija yra veiksminga tik tokiu atveju, jeigu asmuo iš tiesų laikosi nustatyto grafiko.

Pradėdamas mažinimo programą, asmuo gali surūkyti tą patį cigarečių skaičių, kaip yra įpratęs. Pavyzdžiui, jeigu asmuo surūko 25 cigaretes per dieną, jis gali surūkyti po vieną cigaretę kas 40 minučių (jeigu miegui skiriamos 8 val.). Klientas turėtų atidžiai stebėti laiką ir laikytis nustatyto grafiko, nerūkyti anksčiau nei praėjus 40 minučių po paskutinės cigaretės. Tačiau realybėje, užsiimant įvairia veikla, 40 minučių dažnai prabėga nepastebimai – tai turėtų parodyti ir įtikinti asmenį, kad užimtumas yra veiksminga rūkymo vengimo strategija. Praleidus proą parūkyti, nesurūkytos cigaretės nesusitaupo ir asmuo turi išlaukti kito laiko, kai pagal grafiką galės vėl parūkyti. Intervalas tarp rūkymo ir bendras surūkomų cigarečių skaičius turi keistis pakankami dažnai, t. y. bent kartą per savaitę ar dažniau. Pavyzdžiui, jeigu asmuo surūkydavo 25 cigaretes per dieną, po savaitės rekomenduojama sumažinti bendrą surūkomų cigarečių skaičių, pavyzdžiui, iki 20. Taip pagal naują grafiką asmuo galės rūkyti jau kas 50 minučių. Kitą kartą reikėtų mažinti iki 15 cigarečių kas 60 minučių, vėliau – 10 cigarečių kas 90 minučių ir t. t. Rekomenduojama per kelias savaites sumažinti surūkomų cigarečių skaičių iki 5 ar mažiau [7], o kitas žingsnis – visiškai cigarečių atsisakymas.

Rūkymo vietų apribojimo programa

Sumažinus vietas, kur asmuo rūko, siekiama nutraukti stiprias asociacijas tarp konkrečių rūkymą skatinančių aplinkų, situacijų ir rūkymo veiksmo. Pagal šią strategiją, rūkantis asmuo apriboja rūkymo vietas ir palaipsniui nebegali rūkyti vis daugiau vietų. Taip, bėgant laikui, rūkantis asmuo praktikuoja kontroluoti ir nepasiduoti potraukiui rūkyti, nors yra savo įprastoje rūkymo aplinkoje. Jeigu asmens tipinė rūkymo aplinka yra namai, automobilis ir darbovietė, jis gali iš pradžių atsisakyti rūkyti automobilyje, paskui įtraukti namus ir darbovietę, leisdamas sau rūkyti tik lauke greta namų arba kur nors, kur nemalonu ar nepatogu, pavyzdžiui, garaže arba lauke prie konteinerių. Svarbu, kad alternatyvi rūkymo aplinka nebūtų patogi ir patraukli, t. y. kad asmuo prie jos nepriprastų. Palaipsniui mažindamas rūkymo aplinkas, asmuo įpras jose būti nerūkęs, o tai gali paskatinti ryžtis žengti kitą žingsnį ir visiškai atsisakyti rūkymo.

4.4 Abstinencija ir atkryčio prevencija

Netrukus po paskutinės cigaretės metantys rūkyti asmenys susidurs su pirmaisiais nemaloniais fiziniais pojūčiais – nikotino abstinencijos simptomais. Simptomai ir jų intensyvumas būna skirtingi, tačiau specialistas turėtų supažindinti asmenį su pagrindiniais tikėtiniais fiziniais ir psichologiniais reiškiniais ir patarti, kaip juos palengvinti.

4.4.1 Nikotino abstinencijos simptomų įvertinimas ir mažinimas

Metus rūkyti, pirmieji fiziniai nikotino abstinencijos simptomai gali pasireikšti praėjus 2 valandoms po paskutinės cigaretės, o aukščiausią intensyvumą pasiekti per 24–48 valandas ir tęstis nuo kelių dienų iki kelių savaičių [7]. Psichologinis potraukis rūkyti dažniausiai tęsiasi ilgiau, t. y. kelis mėnesius [7]. Konsultuojant klientą metimo rūkyti metu, specialistui svarbu pabrėžti, kad atsiradę simptomai yra teigiamas ženklas, jog organizmas valosi ir mokosi gyventi be rūkymo. Taip pat reikia išsiaiškinti, kokius simptomus ir kokių intensyvumų asmuo tuo metu patiria. Kad būtų galima įvertinti simptomus, prieš kiekvieną konsultaciją paprašyti kliento užpildyti trumpą apklausą (žr. 5 lentelę). Apklausos rezultatai ne tik leis geriau įvertinti tai, ką klientas tuo metu jaučia, ir atitinkamai teikti rekomendacijas, bet ir stebėti simptomų kaitą – intensyvumo mažėjimą, didėjimą ir simptomų išnykimą. Toliau apžvelgiami dažniausiai pasireiškiantys simptomai ir pateikiama patarimų, kaip juos palengvinti.

1. Nuovargis

Kadangi nikotinas veikia kaip centrinės nervų sistemos stimulatorius, metęs rūkyti, asmuo dažnai jaučiasi negalintis susikaupti, ne toks energingas, pavargęs, neturintis jėgų. Nuovargio ir koncentracijos trūkumo pojūtis gali trukti kelias savaites [7]. Simptomams mažinti rekomenduojama pirmenybę teikti poilsiui ir siekti geresnės miego kokybės, daryti daugiau pertraukėlių, rinktis sveikesnius maisto produktus, mažinti suvartojamo cukraus kiekį.

2. Miego sutrikimai

Miego sutrikimus metus rūkyti gali sukelti nikotino abstinencija arba tai gali būti šalutinis pakaitinės nikotino terapijos, t. y. transderminių pleistrų, poveikis [7]. Kadangi dažniausiai rūkantis asmuo naktį nerūko arba rūko itin retai, nikotino kiekis kraujyje tuo metu būna pakankamai mažas, tačiau naudojant 24 val. transderminį pleistrą į organizmą nuolat patenkantis nikotinas veikia kaip stimulatorius ir gali sutrikdyti miegą. Tokiu atveju rekomenduojama naudoti 16 val. transderminį pleistrą arba prieš naktį nusiimti pleistrą ir ryte atsikėlus turėti po ranka vaistinės kramtomosios gumos, kuri greitai palengvins nakties metu atsiradusios nikotino abstinencijos simptomus. Miego sutrikimai ne dėl pakaitinės terapijos gaminių vartojimo turėtų praeiti per kelias savaites, kai organizmas prisitaikys ir pripras funkcionuoti be nikotino.

3. Kosulys, gerklės skausmas, virškinimo sutrikimai

Metus rūkyti, pradeda atsistatyti plaučių funkcijos, valosi kvėpavimo takuose dėl tabako dūmų susidariusios apnašos. Pirmosiomis dienomis asmenys gali pajusti gerklės perštėjimą, gali užkimti balsas, atsirasti kosulys. Visi šie simptomai per kelias savaites turėtų išnykti, jiems palengvinti rekomenduojama gerti daug skysčių, vartoti be cukrų gerklės pastiles. Kadangi nikotinas turi įtakos organizmo metabolizmui, nustojus rūkyti, gali trumpam sutrikti virškinimas, atsirasti sunkumų tuštinantis. Tokiu atveju taip pat rekomenduojama vartoti daug skysčių, rinktis daug skaidulų turinčius maisto produktus.

4. Psichologiniai aspektai

Be fizinio malonumo, kurį nuo nikotino priklauso asmuo jaučia rūkydamas, pats rūkymo veiksmas turi stiprią pozityvią emocinę reikšmę. Daugumai metančių rūkyti asmenų ne tik teks susidurti su biologiniais abstinencijos reiškiniais, dėl kurių jie gali jaustis liūdni, pikti, nekantrūs ir pan., bet ir susitaikyti su mintimi, kad atsisako kažko, kas, jų manymu, jiems teikė džiaugsmo ir padėdavo sunkiomis akimirkomis.

Atsisakius cigarečių, gali kamuoti bloga nuotaika, depresyvos mintys, užėti ilgalaikis liūdesys, beviltiškumo jausmas. Tai yra natūralūs, dažnai patiriami jausmai ir emocijos metant rūkyti. Kadangi atsispyrimas potraukiui rūkyti reikalauja daug pastangų, asmenys gali jaustis pavargę ir nusivylę, kad eina dienos, o palengvėjimo neįjunta. Šie pojūčiai ypač stipriai pasireiškia asmenims, kurie nesijaučia laimingi, patiria daug streso, yra linkę į depresiją, negatyvumą ir melancholiją. Nuotaiką ir psichikos sveikatą pagerinti gali:

- fizinis aktyvumas.* Tyrimai rodo, kad bet kokia fizinė veikla (tiek intensyvi treniruotė, tiek lengvas pasivaikščiojimas) teigiamai veikia nuotaiką ir mažina nikotino abstinencijos simptomus [7]. Galite paraginti klientus susiplanuoti šiek tiek daugiau fizinės veiklos nei jiems įprasta;
- atsipalaidavimas.* Atsipalaidavimo pratimai mažina streso hormono kortizolio kiekį. Rekomenduokite klientams išbandyti kvėpavimo pratimus, meditaciją arba rinktis jiems patinkančią atpalaiduojamąją veiklą, pavyzdžiui, pagulėti vonioje, paklausyti ramios muzikos, pasivaikščioti miške ir pan.;
- stresą mažinanti veikla.* Pasiūlykite klientui pagalvoti, kaip jis galėtų sumažinti bendrą patiriamą stresą kasdienėje veikloje. Tai gali būti dėmesingumo (angl. *mindfulness*) praktikos išbandymas, laiko praleidimas lauke (saulėje), naujų pomėgių atradimas, efektyvesnė terminų vadyba, finansų susiplanavimas, bendravimo su tam tikrais asmenimis apribojimas, suplanavimas skirti daugiau laiko šeimai ir pan.

5. Stiprus potraukis rūkyti

Potraukis rūkyti atsiranda dėl fizinės (t. y. organizmas siunčia signalą papildyti nikotino atsargas) ir psichologinės (išorinių, rūkymą skatinančių veiksnių) priklausomybės. Dėl išorinių, rūkymą skatinančių veiksnių potraukis rūkyti juntamas žymiai ilgiau nei fizinė priklausomybė nuo nikotino. Potraukis rūkyti dėl nikotino abstinencijos gali būti sumažintas naudojant pakaitinę nikotino terapiją ir kitus medikamentus. Kaip sumažinti išorinių veiksnių įtaką, aprašoma metodinės medžiagos 4.3 punkte, tačiau metantys rūkyti asmenys turi žinoti, kad staiga atsirandantis potraukis rūkyti gali išlikti visam gyvenimui. Tai nereiškia, kad potraukis bus stiprus ar dažnai juntamas, tačiau nereikėtų nustepti jam atsiradus – nerūkyti yra sprendimas, kurį metantis rūkyti asmuo galbūt turės priimti ne kartą.

4.5 Gydomo paslaugos struktūra

Kadangi konsultacijas dėl metimo rūkyti gali teikti skirtingų sričių sveikatos priežiūros specialistai, detali metimo rūkyti paslaugos sudėtis priklausys nuo paslaugos teikėjo teisinių galimybių ir turimų išteklių. Vadovaujantis Lietuvos Respublikos teisės aktais, receptinius medikamentus, tokius kaip vareniklinas, galima įsigyti tik turint gydytojo receptą, tad medikamentų skyrimui yra būtina gydytojo konsultacija, o padėti pasiruošti metimo rūkyti procesui ir teikti konsultacijas viso proceso metu gali psichologai, apmokyti socialiniai darbuotojai, slaugytojai, visuomenės sveikatos ir kiti specialistai.

Bendras kontakto laikas

Tyrimai rodo, kad, palyginti su jokia intervencija, net trumpa, t. y. iki 5 minučių trunkanti, sveikatos specialisto konsultacija metimo rūkyti klausimais turi teigiamą poveikį metantiems rūkyti asmenims [7]. Kuo daugiau laiko skiriama darbui su klientu tuo sėkmingiau galima mesti rūkyti, tad rekomenduojamas minimalus bendras konsultavimo laikas yra 90 minučių [7]. Esant galimybei, specialistai turėtų skirti daugiau nei 90 minučių vienam klientui ir nusimatyti laiko periodiškiems kontaktams po metimo rūkyti.

Konsultacijų skaičius ir trukmė

Metimo rūkyti procesas susideda iš kelių etapų: motyvacijos vertinimo ir stiprinimo, metimo plano sudarymo, pagalbos metimo rūkyti procese ir pan. Todėl rekomenduojama 90 minučių bendro kontakto laiko išskirstyti į trumpesnes konsultacijas 4–6 savaičių laikotarpiu siekiant iš viso suteikti 4–8 konsultacijas [7]. Pirmą konsultaciją gali trukti ilgiau, pavyzdžiui, iki 30 minučių, nes svarbu skirti laiko pasiruošti mesti rūkyti, vėlesnės konsultacijos gali trukti vidutiniškai 10–15 minučių, atsižvelgiant į kliento poreikius ir turimus laiko resursus. Didžiausia atkryčio rizika yra pirmosiomis dienomis ir savaitėmis po metimo rūkyti, tuo laiku svarbu nusimatyti dažnesnį bendravimą su klientu. Metęs rūkyti klientas yra laikomas tada, kai nerūko bent 4–6 savaites [7], tačiau šis laikotarpis gali būti nustatomas individualiai, atsižvelgiant į kliento progresą ir paslaugos teikėjo galimybes. Kadangi metimo rūkyti procesas yra ilgas, rekomenduojama turėti daugiau trumpų konsultacijų per ilgesnį laikotarpį nei kelias ilgesnes per trumpą laiką.

Tiesioginės konsultacijos ir kiti komunikacijos būdai

Siekiant užmegzti tvirtą ryšį su klientu visas konsultacijas rekomenduojama vykdyti tiesiogiai, t. y. susitikus gyvai. Tačiau tobulėjant nuotolinio bendravimo technologijoms, didėjant specialistų ir klientų užimtumui kiti komunikacijos būdai taip pat turėtų būti kuo efektyviau išnaudoti. Negalėjimas skirti laiko gyvam susitikimui neturėtų būti priežastis neužmegzti kontakto su klientu kitais būdais, pavyzdžiui, telefonu, vaizdo skambučiu, trumposiomis žinutėmis ar elektroniniais laiškais. Gyvi susitikimai ir vaizdo skambučiai yra tinkami metodai pirminiam kontakto užmezgimui ir plano sudarymui, o žinutės ir elektroniniai laiškai labiau tinkamesni priminimams apie metimo datą ar susitikimo laikui siųsti, per metimo rūkyti procesą kylantiems sunkumams aprašyti ir trumpiems patarimams.

Kaip ir koku būdu vyks komunikacija tarp specialisto ir kliento turėtų būti sutarta individualiai – iš anksto ir gavus rašytinį leidimą naudoti asmens kontaktinius duomenis atsižvelgiant į Bendrąjį duomenų apsaugos reglamentą. Komunikacijos trukmė ir dažnumas turi būti nustatyti iš anksto, aiškiai apsibrėžiant, kada ir kokiais būdais vyks komunikacija, pavyzdžiui, dvi savaites trečiadieniais 12 val. specialistas skambins klientui pasiteirauti dėl metimo rūkyti eigos. Pasirinkus komunikacijos būdą, svarbu informuoti klientą, jog reguliarius komunikacijos palaikymas yra reikalingas tam, kad būtų sekamas progresas, aptariamieji kylantys iššūkiai, esant poreikiui koreguojamas medikamentų skyrimas, peržiūrėtos suplanuotos strategijos, stiprinama motyvacija ir suteikiamas bendras padaršinimas.

5 lentelė. Trumpa apklausa, skirta įvertinti kliento nikotino abstinencijos simptomams (apklausa išversta ir pritaikyta remiantis Minnesota Tobacco Withdrawal [146] skale; vertimas autorių)

Įvertinkite savo savijautą per pastarąsias 24 valandas ir įrašykite tinkamiausią atsakymo reikšmę, kai 0 = tikrai ne, 1 = nei taip, nei ne, 2 = daugiau ne negu taip, 3 = daugiau taip negu ne, 4 = tikrai taip.

Per pastarąsias 24 valandas jaučiausi:

- ☐ piktas, susierzinęs
- ☐ neramus, nervingas
- ☐ liūdnas, depresyvus
- ☐ norintis rūkyti
- ☐ negalintis susikaupti
- ☐ nenustygstantis
- ☐ nekantrus
- ☐ alkanas, norintis dažnai užkandžiauti
- ☐ negalintis užmigti, miegantis neramiai
- ☐ sutrikęs virškinimas
- ☐ galvos svaigimas
- ☐ kosėjimas
- ☐ košmarų, ryškių sapnų sapnavimas
- ☐ pykinimas
- ☐ skaudanti gerklė

Pastabos:

rekomenduojama apklausą leisti klientui užpildyti prieš metant rūkyti ir prieš kiekvieną konsultaciją po metimo rūkyti dienos. Apklausa skirta tik neformaliai simptomų vertinimui – pagalbai kalbant su klientu, stebint simptomų kaitą, diskusijai, kaip būtų galima palengvinti nemalonius metimo rūkyti pojūčius, ir t. t.

Simptomų stiprumas apskaičiuojamas sudėjus skalės reikšmes arba išvedus vidurkį ir lyginamas tik su to paties kliento reikšmėmis metimo rūkyti laikotarpiu.

Pagrindiniai IV dalies punktai

1. Metimo rūkyti datos nustatymas yra svarbus žingsnis, padedantis rūkančiam asmeniui pereiti iš planavimo etapo į veikimo etapą. Rekomenduojama metimo rūkyti datą suplanuoti dviejų savaitių laikotarpiu. Kiekvienas norintis mesti rūkyti asmuo turėtų pats nuspręsti, kuri metimo diena atrodo tinkamiausia, tačiau specialistas gali priminti, kad metimas rūkyti greičiausiai sutrikdys įprastą dienos rutiną, todėl verta pasvarstyti apie dienas, kai bendras streso lygis nėra itin aukštas, pavyzdžiui, savaitgaliais ar per atostogas.
2. Prieš suplanuotą metimo rūkyti dieną rekomenduojama patikrinti namus, automobilį, darbo vietą ir kitą aplinką, kurioje anksčiau buvo rūkoma, ir pašalinti visus su rūkymu susijus daiktus, pavyzdžiui, pelenines, žiebtuvėlius, degtukus, cigarečių pakelius (net jeigu jie tušti) ir cigarečių dėklus.
3. Aptarimas, kaip ir kokių situacijų reikėtų vengti pirmosiomis metimo rūkyti dienomis, yra svarbus pasiruošimo žingsnis. Suplanuotos, numatytos situacijos ir konkretus planas, kaip elgtis, padės metančiam rūkyti asmeniui nepasimesti ir nepasiduoti potraukiui.
4. Strategijos, galinčios padėti užėjus stipriam norui rūkyti: kognityvinės strategijos, buvimas užsiėmus ir rankų užimtumas, turėjimas sveikų užkandžių ir atsipalaidavimo technikų taikymas.
5. Kai atsisakyti rūkymo per sunku, gali būti naudinga įtraukti papildomus žingsnius: 1. suplanuotą surūkomų cigarečių mažinimą ir (arba) 2. rūkymo vietų apribojimą. Šie du žingsniai neturėtų būti vertinami kaip galutinis darbo su klientu tikslas, tačiau jie gali padėti sustiprinti asmens motyvaciją ir ryžtą visiškai atsisakyti rūkyti.
6. Fiziologiniai abstinencijos simptomai, tokie kaip gerklės perštėjimas, kosulys, nuovargis ir t. t., turi būti pristatomi kaip teigiami ženklai, kad organizmas valosi ir mokosi gyventi be rūkymo. Dažniausiai šie simptomai praeina savaime per kelias savaites.
7. Atsisakius cigarečių, gali kamuoti bloga nuotaika, depresyvios mintys, užėti ilgalaikis liūdesys, beviltiškumo jausmas. Tai yra natūralūs, dažnai patiriami jausmai ir emocijos metant rūkyti, kurie dažniausiai praeina per kelis mėnesius. Pojūčiams palengvinti rekomenduojam naudoti įvairias streso mažinimo ir atsipalaidavimo technikas.
8. Gydomo paslaugos struktūra priklausys nuo paslaugos teikėjo juridinio statuso ir turimų išteklių. Rekomenduojamas bendras kontakto su klientu laikas – ne trumpiau nei 90 minučių, suskirstytų į trumpesnės konsultacijas 4–6 savaitių laikotarpiu, iš viso siekiant suteikti 4–8 konsultacijas.

V DALIS



MEDIKAMENTINIS GYDYMAS

Sėkmingo bandymo mesti rūkyti tikimybė padidėja, jei kartu derinamos farmakologinė ir ne farmakologinė terapijos [149].

Pirmojo pasirinkimo medikamentinės terapijos atstovai yra vareniklinas arba dviejų pakaitinės nikotino terapijos preparatų derinys [150, 152] (transderminis pleistras ir trumpo veikimo forma, pvz., vaistinė kramtomoji guma ar burnos gleivinės purškalas). Kitose šalyse yra ir kitos trumpo veikimo nikotino terapijos formos, kaip pastilės, nikotino nosies purškalas, nikotino poliežuvinės tabletės.

Renkantis pradinę terapiją taip pat galima rinktis kombinuotąjį gydymą vareniklinu ir transderminiu nikotino pleistru, nes asmuo gali sėkmingiau mesti rūkyti [150, 151, 154]. Tačiau vartojant abu preparatus gali šiek tiek padidėti nepageidaujamo šalutinio poveikio rizika (pykinimas ir miego sutrikimai), todėl dėl šio derinio reikia spręsti individualiai.

Bupropionas yra šiek tiek mažiau veiksmingas nei kombinuotoji pakaitinė nikotino terapija ar vareniklinas [153]. Tai alternatyva pirmosios eilės pasirinkimui, jei klientui pasiteisino šis preparatas anksčiau bandant mesti rūkyti, jei pacientas serga depresija arba jei nori laikinai nepriaugti svorio metęs rūkyti [160, 166].

Taip pat alternatyva pirmosios eilės terapijai Lietuvoje yra citizinas [176].

Nepriklausomai nuo pasirinktos pradinės farmakoterapijos, rekomenduojama kitą vizitą su klientu planuoti po vienos ar dviejų savaičių nuo preparatų skyrimo pradžios gydytojo kabinete telemedicinos pagalba. Vizito tikslas – šalutinių reiškinių registravimas, preparatų vartojimo režimo laikymasis ir asmens motyvavimas [157].

5.1. Vareniklinas

Tai yra pirmo pasirinkimo vaistas asmenims, norintiems mesti rūkyti, vartojamas kartu teikiant psichologinę pagalbą [149]. Įrodyta, kad vareniklinas pranašesnis už bupropioną ir yra toks pat veiksmingas kaip pakaitinė nikotino terapija [150, 151–156]. Dėl dalinių agonistų savybių vareniklinas taip pat turi mažesnę abstinencijos simptomų riziką nei kiti vaistai [154–156].

Veikimo mechanizmas. Tai yra dalinis nikotino acetilcholino receptoriaus agonistas. Vaistas konkurencingai slopina nikotino gebėjimą prisijungti ir aktyvinti receptorių smegenyse, taip sumažindamas norą rūkyti ir pasitenkinimo gavimą parūkius. Dėl dalinio agonizmo vareniklinas slopina rūkymo sukeltą dopaminerginę aktyvaciją ir sumažina potraukį ir abstinencijos sindromą, atsirandantį bandant mesti rūkyti. Vareniklino metabolizmas yra minimalus, 92 proc. nepakitęs išsiskiria per inkstus su šlapimu. Vareniklino pusinės eliminacijos laikas yra maždaug 24 valandos [158].

Vartojimas. Prieš pradedant vartoti reikėtų nuspręsti dėl rūkymo metimo datos. Vaistas turėtų būti pradamas vartoti likus 7–14 dienų iki rūkymo nutraukimo dienos ir geriamas 12 savaičių. 1–3 dienomis gerti po 0,5 mg 1 kartą per dieną, 4–7 dienomis – po 0,5 mg 2 kartus per dieną, nuo 8 dienos – po 1 mg 2 kartus per dieną. Gydymas įprastai tęsiamas iki 12 savaičių, kai kuriems asmenims gydymas gali trukti ir iki 6 mėnesių ar net ilgiau. Tabletę geriama po valgio užsigeriant pilna stikline vandens. Vareniklinas skiriamas tik 18 metų amžiaus ir vyresniems asmenims. Negalima skirti nėščioms ar žindančioms moterims.

Vareniklinas išsiskiria per inkstus, prieš pradedant vartoti gydytojas turėtų patikrinti asmens kreatinino kiekį kraujyje. Vartojantiems varenikliną reikia atidžiai stebėti, ar neatsiranda depresijos, susijaudinimo, elgesio pokyčių, odos reakcijų ar minčių apie savižudybę požymių ar simptomų. Vareniklinas gali sustiprinti alkoholio poveikį, todėl neturėtų būti vartojamas kartu. Vareniklino terapija gali būti nutraukta staiga nesukeliant nepageidaujamo poveikio.

Asmenims su sutrikusia inkstų funkcija. Klientams, kurių inkstų funkcija sutrikusi (GFG mažiau nei 30), rekomenduojama didžiausia 0,5 mg dozė 2 kartus per parą. Galutinės stadijos inkstų liga sergantiems asmenims, kuriems atliekama hemodializė, rekomenduojama didžiausia 0,5 mg dozė 1 kartą per parą [158].

Šalutinis poveikis. Dažniausiai pasireiškiantis nepageidaujamas šalutinis poveikis yra pykinimas, nemiga, neįprasti ryškūs sapnai ir galvos skausmas, vidurių užkietėjimas. Vareniklinas taip pat susijęs su specifiniais odos sindromais, tokiais kaip Stivenso-Džonsono sindromas, daugiaformė eritema ir jautrumas šviesai. Taip pat būtina stebėti inkstų funkciją, nes vareniklinas gali sukelti inkstų funkcijos nepakankamumą ir inkstų akmenligę. Vareniklinas taip pat gali padidinti pankreatito riziką, todėl varenikliną vartojančius klientus reikia stebėti, ar

neatsiranda pilvo pankreatito simptomų. Būkite atsargūs ir atidžiai stebėkite, ar klientui anksčiau buvo inkstų, psichikos sutrikimų ar traukulių [158].

5.2. Pakaitinė nikotino terapija

Veikimo mechanizmas. Visų nikotino preparatų esmė yra laikinai pakeisti didelę nikotino koncentraciją iš cigarečių siekiant užkirsti kelią potraukiui ir nikotino vartojimo nutraukimo simptomams, susijusiems su priklausomybe nuo tabako. Preparatai palengvina perėjimą nuo cigarečių prie visiško susilaikymo nuo nikotino. Dėl daugybės poveikių bendras nikotino veikimas yra sudėtingas. Pastebimas įvairus stimuliuojamasis ir slopinamasis poveikis, apimantis centrinę ir periferinę nervų, širdies ir kraujagyslių, endokrininę, virškinimo trakto ir skeleto motorines sistemas. Nikotinas veikia per specifines surišimo vietas ar receptorius nervų sistemoje [153].

Efektyvumas. Tyrimai rodo, jog pakaitinė nikotino terapija yra veiksminga metant rūkyti. Atsitiktinių imčių tyrimais nustatyta, kad visi pakaitinės nikotino terapijos preparatai yra pranašesni už placebo ir, rūkyti metama dukart sėkmingiau [153, 154]. Nenustatyta, kuris pakaitinės nikotino terapijos preparatas geresnis. Tik pastebėta, kad kombinuotoji ilgo ir trumpo veikimo terapija efektyvesnė nei viena iš jų atskirai. Ši terapija, skirtingai nuo kitų, yra veiksminga ir be farmakologinės terapijos [167].

Transderminis pleistras, 10/15/25 mg / 16 val.

Vartojimas (galima paaugliams nuo 12 metų amžiaus, suaugusiesiems, nėščioms ir žindančioms moterims tik pasitarus su specialistu).

6 lentelė. Pleistro naudojimo rekomendacijos

	Dozė	Trukmė
1 žingsnis	25 mg pleistras	Pirmosios 8 savaitės
2 žingsnis	15 mg pleistras	Kitos 2 savaitės
3 žingsnis	10 mg pleistras	Kitos 2 savaitės

Asmenims, kurie surūko mažiau nei 10 cigarečių per dieną, rekomenduojama pradėti nuo 2 žingsnio (15 mg) 8 savaites ir paskutines 4 savaites sumažinti dozę iki 10 mg. Tiems, kuriems 25 mg / 16 val. pleistras sukelia nors vieną šalutinį poveikį kuris neišnyksta per kelias dienas, sveikatos priežiūros specialistas turėtų pakeisti į 15 mg / 16 val. pleistrą 8 savaites (2 žingsnis). Po to naudoti 10 mg / 16 val. pleistrą 4 savaites (3 žingsnis). Jei simptomai neišnyksta, reikia dar kartą kreiptis į sveikatos priežiūros specialistą.

Pleistrą reikia klijuoti ne ant plaukuotos kūno vietos; keisti kiekvieną rytą vis kitoje vietoje dėl galimo odos sudirginimo. Jei išryškėja šalutinių reiškinių naktį (kankina nemiga ar ryškūs sapnai), galima pleistrą nusiimti prieš miegą ir užsiklijuoti naują rytą. Jei jaučiamas nikotino poreikis, reikia naudoti trumpo veikimo nikotino pakaitinės terapijos formas, kol užklijuotas pleistras pradeda veikti ir pasiekiami tam tikra nikotino koncentracija (30 min.–3 val.).

Jei yra poreikis naudoti nėštumo metu, rekomenduojama prieš miegą nusiimti, kad būtų mažiau veikiamas vaisius [171, 172].

Farmakokinetika. Didžiausia koncentracija plazmoje pasiekama maždaug praėjus 9 valandoms. Pikas būna po pietų ir vakare, kai yra didžiausia atkryčio rizika. Nikotino metabolizme dalyvauja kepenys, inkstai ir plaučiai [171, 172].

Atsargumo priemonės. Sveikatos priežiūros specialistas turėtų įvertinti rizikos ir naudos santykį pacientams, sergantiems šiomis ligomis: širdies ir kraujagyslių, cukriniu diabetu, inkstų ar kepenų funkcijos sutrikimais, epilepsija, feochromocitoma, nekontroliuojamu hipertiroidizmu, ezofagitu, skrandžio ar pepsine opa, psoriaze, lėtiniu dermatitu ar dilgėline, angioneurozine edema.

Atsargiai vartoti teofiliną, klozapiną ir ropinirolį kartu su nikotino pleistru.

Pleistras turi būti pašalintas prieš atliekant bet kokias magnetinio rezonanso tomografijos procedūras, kad būtų išvengta nudegimo pavojaus.

Šalutinis poveikis. Labai dažnas (niežulys), dažnas (galvos skausmas, svaigulys, pykinimas, vėmimas, bėrimai (jei odos reakcijos tampa sunkesnės, pacientams reikia patarti nebenaudoti pleistro), dilgėlinė), nedažnas (padidėjęs jautrumas, parestezijos, tachikardija, padidėjęs kraujospūdis, karščio pylimas, dispnėja, hiperhidrozė, mialgija, reakcijos pleistro vietoje, astenija, diskomfortas ir skausmas krūtinėje, bloga savijauta, nuovargis), retas (anafilaksinės reakcijos, virškinimo trakto sutrikimai, angioedema, eritema, galūnių skausmas), labai retas (prieširdžių virpėjimas).

Ūmaus apsinuodijimo nikotinu simptomai yra pykinimas, vėmimas, padidėjęs seilėtekis, pilvo skausmas, viduriavimas, prakaitavimas, galvos skausmas, galvos svaigimas, sutrikusi klausa ir ryškus silpnumas. Kraštutiniais atvejais po šių simptomų gali pasireikšti hipotenzija, greitas, silpnas ar nereguliarus pulsas, kvėpavimo pasunkėjimas, kraujotakos kolapsas ir traukuliai [171, 172].

Perdozavimo gydymas. Bet koks nikotino vartojimas turi būti nedelsiant nutrauktas ir asmuo turi būti gydomas simptomiškai. Reikia nuplėšti pleistrą ir odą nuplauti vandeniu. Jei reikia, gaivinimas pagal protokolą. Aktyvintoji anglis sumažina nikotino absorbciją žarnyne [171, 172].

Transderminis pleistras, 7/14/21 mg / 24 val.

Vartojimas (galima paaugliams nuo 12 metų amžiaus, suaugusiesiems, nėščioms ir žindančioms moterims tik pasitarus su specialistu).

7 lentelė. Pleistro naudojimo rekomendacijos

	Dozė	Trukmė
1 etapas	21 mg pleistras	Pirmosios 6 savaitės
2 etapas	14 mg pleistras	Kitos 2 savaitės
3 etapas	17 mg pleistras	Paskutinės 2 savaitės

Nedaug rūkantiems asmenims, t. y. tiems, kurie per dieną surūko mažiau nei 10 cigarečių, gydymą rekomenduojama pradėti nuo 2 etapo (14 mg / 24 val.) ir tęsti 6 savaites, tada 2 savaites vartoti 7 mg / 24 val. pleistrus.

Asmenims, kuriems naudojant 21 mg / 24 val. pleistrą pasireiškė ir per kelias dienas neišnyko šalutinis poveikis, turėtų būti skiriamas 14 mg / 24 val. pleistras ir juo gydoma 6 savaites. Tada reikia pradėti 2 savaitių gydymo 7 mg / 24 val. pleistru etapą.

Siekiant kuo geresnio rezultato, reikia gydytis 10 savaitių (nedaug rūkantiems asmenims ar asmenims, kuriems skirtas mažesnio stiprumo pleistras, kaip minėta anksčiau, – 8 savaites). Gydymas neturėtų trukti ilgiau nei 10 savaitių iš eilės.

Asmenys, kurie nenustojo ar vėl pradėjo rūkyti, gydymo kursą vėliau gali pakartoti.

24 valandų pleistras labiau tinka asmenims, jaučiantiems stipriausią potraukį ryte, nes palaiko nuolatinę nikotino koncentraciją kraujo plazmoje [150].

Farmakokinetika. Didžiausia nikotino koncentracija kraujo plazmoje susidaro po 2–4 valandų. Santykinai nuolatinė nikotino koncentracija plazmoje būna 24 valandas.

Atsargumo priemonės. Žr. Transderminis pleistras 10/15/25 mg / 16 val.

Šalutinis poveikis. Žr. pirmiau.

Perdozavimo gydymas. Žr. pirmiau.

Vaistinė kramtomoji guma, 2/4 mg

Guma su nikotinu yra dažniausiai naudojama trumpo veikimo pakaitinė nikotino terapija. Kramtant gumą išsiskiria nikotinas, kuris absorbuojamas per burnos gleivinę. Šis vaistinis preparatas gali būti vartojama vienas ar derinyje su transderminiu pleistru [150, 153].

Vartojimas (galima paaugliams nuo 12 metų amžiaus, suaugusiesiems, nėščioms ir žindančioms moterims tik pasitarus su specialistais).

Naudojamos gumos stiprumas priklausys nuo asmens rūkymo įpročių. Jei asmuo per dieną surūko 20 ar mažiau cigarečių, skiriama 2 mg nikotino gumos. Jei per dieną surūkoma daugiau nei 20 cigarečių, reikės 4 mg

nikotino gumos. Žmonėms, įpratusiems rūkyti praėjus maždaug 30 minučių nuo pabudimo, rekomenduojama 4 mg dozė, o tiems, kurie įpratę rūkyti vėliau nei praėjus 30 minučių nuo budimo – 2 mg dozė. Pirmąsias šešias gydymo savaites klientai gali suvartoti iki 24 gumos gabalėlių per dieną. Palaipsniui reikėtų mažinti vartojimą per kitas šešias savaites. Norint pasiekti geriausių rezultatų, svarbu tinkamai kramtyti gumą. Kramtomoji guma turi būti vartojama visada, kai kyla noras rūkyti, pagal pakuotėje aprašytą kramtymo ir poilsio techniką. Pakramčius maždaug 30 minučių, guma bus išnaudota. Be to, skrandis ir stemplė gali sudirgti, jei kramtomoji guma bus per greitai kramtoma.

Rūgščių gėrimų (pavyzdžiui, kavos, gazuotų gėrimų) reikėtų vengti prieš vartojant gumą ir gumos vartojimo metu, nes rūgštūs gėrimai mažina burnos pH, todėl nikotinas jonizuojasi ir sumažėja jo absorbcija.

Jeigu yra poreikis vartoti žindymo laikotarpiu, rekomenduojama vartoti iškart pažindžius kūdikį ir nevartoti likus mažiau kaip 2 valandoms iki kito žindymo [173, 174].

Farmakokinetika. Nikotinas lengvai absorbuojamas iš žandų gleivinės ir reikiama koncentracija pasiekiamą per 5–7 minutes, pikas – praėjus maždaug 30 minučių nuo kramtymo pradžios [173, 174].

Atsargumo priemonės yra tokios pat kaip nikotino pleistro. Papildomai: kramtomoji guma gali pabloginti smilkininio apatinio žandikaulio sąnario ligas arba prilipti prie odontologinių prietaisų. Asmenims, sergantiems smilkininio apatinio žandikaulio sąnario liga, turintiems problemų su dantimis arba naudojančioms odontologinius prietaisus (pavyzdžiui, išimamu ortodontinius prietaisus, protezus), patariama geriau naudoti kitas trumpo veikimo pakaitinės nikotino terapijos formas, pavyzdžiui, pastiles ar inhaliatorių [173, 174].

Šalutinis poveikis. Labai dažnas (galvos skausmas, burnos ar gerklės gleivinės skausmas, gerklės dirginimas, pykinimas, žagsulys), dažnas (padidėjęs jautrumas, deginimo jausmas, parestezijos, svaigulys, kosulys, pilvo skausmas, viduriavimas, burnos išsausėjimas, pilvo pūtimas, per didelis seilių išsiskyrimas, stomatitas, vėmimas, dispepsija, nuovargis), nedažnas (tachikardija, padidėjęs kraujospūdis, karščio pylimas, bronchospazmas, disfonija, dispnėja, nosies užgulimas, čiaudulys, liežuvio uždegimas, burnos gleivinės išopėjimas, parestezijos, dilgėlinė, hiperhidrozė, niežulys, bėrimas, astenija, diskomfortas ir skausmas krūtinėje, bloga savijauta), retas (disfagija, burnos hipestezija, alerginės reakcijos, angioedema), labai retas (prieširdžių virpėjimas) [173].

Burnos gleivinės purškalas, 1 mg

Vartojamas priklausomybei nuo nikotino gydyti, lengvinant nutraukimo simptomus metant rūkyti staiga arba palaipsniui. Jis priklauso nikotino pakaitinės terapijos trumpai veikiančių vaistų grupei. Šis vaistinis preparatas gali būti vartojamas vienas ar derinyje su transderminiu pleistru [150, 153].

Vartojimas (rekomenduojama suaugusiems, nėščioms ir žindančioms moterims tik pasitarus su specialistu). Vartojant purškalą negalima valgyti ar gerti. Įprastai purškalą reikia vartoti 3 mėnesius. Purškalo negalima vartoti ilgiau nei 6 mėnesius. Nepurkšti daugiau nei 2 įpurškimų vienu metu arba 4 įpurškimų per valandą 16 valandų laikotarpiu. Didžiausia dozė – 64 įpurškimai per 16 valandų 24 valandų laikotarpiu.

1 žingsnis. 1–6 savaitė

Įpurkšti 1–2 vaisto dozes tuo laiku, kai paprastai rūkoma arba jeigu jaučiamas poreikis rūkyti. Iš pradžių įpurkšti 1 vaisto dozę ir tik tuomet, jeigu poreikis rūkyti per kelias minutes nesumažėjo, įpurkšti 2 dozę. Jeigu reikia 2 dozių, kitą kartą iš karto purkšti 2 kartus. Daugeliui rūkančiųjų tai būtų 1–2 vaisto išpurškimai kas 30–60 minučių.

2 žingsnis. 7–9 savaitė

Pradėti mažinti įpurškimų skaičių per parą. Iki 9 savaitės pabaigos rekomenduojama sumažinti šį skaičių per pusę.

3 žingsnis. 10–12 savaitė

Toliau mažinti dozių skaičių per parą. 12 savaitę rekomenduojama vaisto purkšti tik 4 kartus per parą. Kai pakaks 2–4 įpurškimų per parą, rekomenduojama visai nustoti vartoti purškalą.

Jeigu yra poreikis vartoti žindymo laikotarpiu, rekomenduojama purkšti iškart pažindžius kūdikį ir nepurkšti likus mažiau nei 2 valandoms iki kito žindymo [175].

Farmakokinetika. Nikotino absorbcija greita ir koncentracija kraujyje aptinkama po 2 minučių, koncentracijos pikas – po 13 minučių [175].

Šalutinis poveikis. Labai dažnas (žagsėjimas, galvos skausmas, pykinimas (šleikštulys), gerklės dirginimas), dažnas (deginimo pojūtis, uždegimas burnoje, skonio suvokimo pokyčiai, burnos džiūvimas ar padidėjęs seilių kiekis, dispepsija, pilvo skausmas ar diskomfortas, vėmimas, pilvo pūtimas ar viduriavimas, nuovargis, padidėjęs jautrumas (alergija), dilgčiojimas, kosulys), nedažnas (nosies užgulimas, čiaudulys, švokštimas (bronchų spazmas), dusulys, odos paraudimas ar padidėjęs prakaitavimas, burnos dilgčiojimas, liežuvio uždegimas, burnos opos, burnos gleivinės pažeidimas arba balso pakitimai, burnos ir gerklės skausmas, raugėjimas, palpitacija (širdies plakimo jutimas), padidėjęs širdies ritmas, padidėjęs kraujospūdis, bėrimas ir (arba) odos niežėjimas (niežulys, dilgėlinė), nenormalūs sapnai, krūtinės diskomfortas ir skausmas, silpnumas, bloga savijauta, dantenų kraujavimas, nosies sekreto tekėjimas), retas (pasunkėjęs rijimas, susilpnėję pojūčiai burnoje, raugėjimas) [175].

5.3. Bupropionas

Bupropionas yra antidepresantas, taip pat tinkamas vartoti mesti rūkyti norintiems asmenims. JAV maisto ir vaistų administracija (FDA) bupropiono naudojimą rūkymo nutraukimui patvirtinto 1997 metais [159], tačiau kitose šalyse (ir Lietuvoje) ši indikacija nėra oficialiai registruota ir preparatas gydytojo sprendimu gali būti vartojamas ne pagal gamintojo nurodymus (angl. „off-label“).

Veikimo mechanizmas. Bupropionas yra aminoketono antidepresantas, kurio veikimo mechanizmas nėra visiškai išaiškintas. Pastebėta, kad jis slopina norepinefrino ir dopamino reabsorbciją tuo sustiprindamas šių medžiagų veikimą centrinėje nervų sistemoje. Įrodyta, kad dopamino reabsorbcijos slopinimas yra labai didelis, o norepinefrino – silpnesnis. Bupropionas taip pat veikia ir nikotino bei serotonino receptorius, tačiau šis poveikis žymiai silpnesnis. Bupropiono terapinio poveikio pradžia paprastai pasireiškia antrą vaisto vartojimo savaitę.

Veikimo trukmė yra nuo 1 iki 2 dienų. Bupropionas metabolizuojamas kepenyse ir pašalinamas per inkstus su šlapimu. Likusi dalis (maždaug 10 proc.) pasišalina su išmatomis. Bupropiono pusinės eliminacijos trukmė yra nuo 3 iki 4 valandų, tačiau gali pailgėti iki 21 valandos, jei vaistas vartojamas ilgą laiką. [159].

Vartojimas. Bupropionas vartojamas per burną. Tabletės gali būti tiek reguliaraus, greito tiek prailginto atsipalaidavimo formose. Asmenys gali vartoti vaistus tiek valgio metu, tiek prieš valgį. Dozės svyruoja nuo 75 iki 522 mg. Bupropiono vartojimą rekomenduojama pradėti likus savaitei iki planuojamos metimo rūkyti dienos. Rekomenduojama po 150 mg 1 kartą per dieną pirmąsias 3 paras. Vėliau vartojama ta pati dozė – 150 mg, tačiau jau kas 12 valandą, ir tęsiama 12 savičių. Pažymėtina, kad kai kurie asmenys geriau toleruoja bupropioną esant mažesnei koncentracijai serume, todėl gydytojai turėtų bandyti sumažinti pradines dozes visiems klientams. Bupropionas dėl metabolizmo CYP fermentais sąveikauja su įvairiais vaistais. Prieš skiriant vaistą, reikėtų išsiaiškinti, ar jau vartojami vaistai nesąveikauja su bupropionu. Bendra sąveika apima daug antidepresantų, klopidogrelį ir kitus vaistus, mažinančius traukulių slenkstį. Alkoholio vartojimas taip pat turi būti ribojamas. Bupropionas nerekomenduojamas žindančioms moterims, kadangi vaistas ir jo metabolitai išskiriami į motinos pieną. Perdozavus šio vaisto, gali pasireikšti traukuliai, susijaudinimas, drebulys. Kiti galimi neigiami poveikiai yra haliucinacijos, psichinės būklės pokyčiai, aritmija [159].

Efektyvumas. Randomizuotais tyrimais įrodytas bupropiono efektyvumas metant rūkyti. 2020 metais atlikta 46 randomizuotų tyrimų metaanalizė parodė, jog metama rūkyti dažniau vartojant bupropioną, palyginti su placebo ar netaikant jokio gydymo. Asmenys, vartojantys 150 mg bupropiono 2 kartus per parą, dažniau mesdavo rūkyti, palyginti su tais, kuriems buvo taikytas placebo [166].

Šalutiniai poveikiai. Tachikardija, rinitas, faringitas, nemiga, galvos skausmas, susijaudinimas, galvos svaigimas, sustiprėjęs prakaitavimas, svorio netekimas, vidurių užkietėjimas, burnos išsausėjimas, pykinimas, tremoras, sutrikusi rega. Rimčiausi šalutiniai poveikiai yra sumažėjęs traukulių slenkstis ir galimas minčių apie savižudybę pablogėjimas. Pastebėta, jog greito atpalaidavimo preparatas, ypač didesnėmis dozėmis, turi didžiausią tikimybę sukelti traukulius. Taip pat pastebėta, kad bupropionas yra vienas iš nedaugelio antidepresantų, nesukeliantis seksualinės disfunkcijos [159].

Kontraindikacijos

- Asmenys, kuriems pasireiškia traukuliai, negali vartoti šio vaisto. Kartu priskiriamos ir situacijos ar būklės, kai traukulių rizika yra didesnė: alkoholio ar raminamųjų medžiagų nutraukimas, arterioveniniai apsigimimai, sunkus galvos sužalojimas, sunkus insultas, smegenų navikas ar kita reikšminga centrinės nervų sistemos liga.
- Padidėjęs jautrumas ar alergija bupropionui ar jo sudedamosioms dalims.

- Asmenys, vartojantys monoaminooksidazės inhibitorius, linezolidą, metileno mėlį. Kanados taisyklės taip pat draudžia vartoti bupropioną asmenims, vartojantiems tioridaziną.
- Blogėjant depresijos simptomams bei atsirandant mintims apie savižudybę, gydytojas turėtų nutraukti gydymą vaistu [159].

5.4. Citizinas

Tai natūralus biologiškai aktyvus junginys, daugiausia išskirtas iš Leguminosae šeimos augalų. Kaip ir vareniklinas, tai yra nikotino acetilcholino receptoriaus dalinis agonistas, tik pasižymintis mažesniu efektyvumu ir dažniau pasireiškiančiais nepageidaujamais reiškiniais, tačiau yra pigesnis [169–171].

Vartojimas. Citizinas pradedamas vartoti likus savaitei prieš metant rūkyti, visas gydymo kursas trunka 4 savaites, laipsniškai pagal schemą mažinant vaistų dozę. Rekomenduojama dozė yra 1 tabletė (1,5 mg) kas 2 valandas iki 6 tablečių per dieną pirmąsias 3 dienas kartu mažinant surūkomų cigarečių kiekį. Jei nepasiekiamas norimas terapinis poveikis, gydymą reikia nutraukti ir po 2–3 mėnesių galima bandyti kitą ciklą. Jei pasiekiamas geras atsakas, asmuo tęsia gydymą vartodamas 5 tabletes per dieną (1 tabletė kas 2,5 valandos) 4–12 dienų, o rūkyti nustoja 5 dieną. Toliau skiriamos 4 tabletės per dieną kas 3 valandas 13–16 dieną, vėliau – 3 tabletės per dieną kas 5 valandas 17–20 dieną, galiausiai – 1 arba 2 tabletės per dieną kas 6–8 valandas 21–25 dieną. Citizino perdozavimas yra panašus į apsinuodijimą nikotinu ir sukelia pykinimą, vėmimą, kloninius traukulius, tachikardiją, midriazę, galvos skausmą, nuovargį [176].

Elektroninės cigaretės

Tai nikotino tiekimo prietaisai, nikotinui aerozoliuoti naudojantys kaitinimo elementą. Yra daug įvairių elektroninių cigarečių, kurios skiriasi nikotino tiekimo greičiu ir kiekiu.

Palaipsniui vis daugėja įrodymų, kad elektroninės cigaretės potencialiai gali būti veiksmingos priemonės norint mesti rūkyti, tačiau tyrimų išvados kol kas išlieka prieštaringos [10–14]. Gydytojai turėtų paskatinti suaugusiuosius, kurie teiraujasi apie metimą rūkyti, naudoti patvirtintas rūkymo metimo priemones, įskaitant farmakoterapiją kaip pirmo pasirinkimo priemonę. Jei suaugęs asmuo nenori naudoti šių įrodymais pagrįstų metodų ir teiraujasi apie elektronines cigaretes, gydytojas neturi atgrasyti nuo elektroninių cigarečių, kol asmuo yra informuotas, kad iki galo neištirtas šio prietaiso saugumas ir veiksmingumas. Suaugusiems, kurie metė įprastas, bet naudoja elektronines cigaretes, gydytojai turėtų primygtinai patarti nebegrįžti prie cigarečių rūkymo, tačiau gali apsvarstyti galimybę pasiūlyti nikotino pakaitalų produktus, kaip alternatyvą, jei asmuo nori nustoti rūkyti elektronines cigaretes [177].

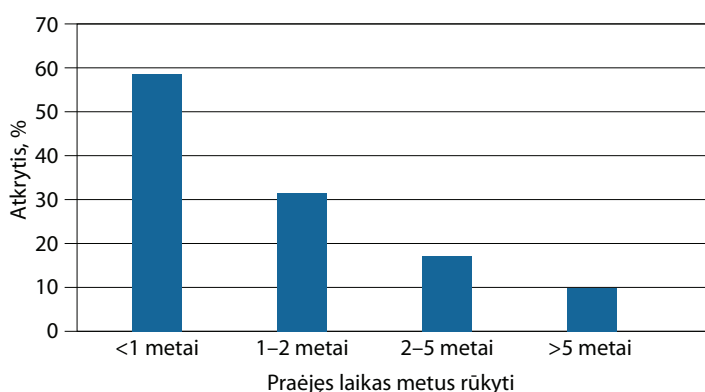
VI DALIS



ATKRYČIO PREVENCIJA IR TOLIAU TEIKIAMA PAGALBA

Viena iš pagrindinių klaidų, kurią daro metę rūkyti asmenys, yra galvojimas, kad praėjus kelioms savaitėms ar mėnesiams jie galės surūkyti vieną cigaretę be pasekmių. Dažniausiai taip nutinka, nes psichologinis potraukis rūkyti išlieka pakankamai ilgai, t. y. asmuo gali pasijusti pavargęs nuo paties proceso, nori save apdovanoji už tai, kad nerūko, arba tiesiog praranda budrumą vertindamas išorinių veiksnių įtaką savo motyvacijai ir pasiryžimui nerūkyti. Longitudiniai tyrimai rodo, kad metus rūkyti atkryčio rizika, bėgant laikui, mažėja (žr. 8 lentelę), tačiau tai vyksta pakankamai lėtai, todėl net ir praėjus mėnesiams ar metams rūkyti nustoję asmenys teigia kartais pasvajojantys apie cigaretę [7]. Kadangi atkryčio rizika yra ypač didelė pirmosiomis savaitėmis ir mėnesiais, būtina stebėti klientų progresą ir toliau bendrauti net su tais asmenimis, kurie teigia atsisakę rūkymo. Šioje metodinės medžiagos dalyje bus apžvelgiamas paskutinis 5A metodo žingsnis – kliento stebėjimas ir tolesnė pagalba metus rūkyti.

8 lentelė. Atkryčio rizikos pokytis metus rūkyti [147]



6.1 Pagrindiniai atkryčio prevencijos žingsniai

Jei surūkys vieną cigaretę, asmuo nebūtinai patirs atkrytį ir grįš prie kasdienio rūkymo. Dažnai parūkymas siejamas su visišku motyvacijos praradimu, tačiau tai nėra taisyklė, ir dirbant kartu su klientu, vienos cigaretės surūkymas gali ir baigtis ta viena cigarete. Rekomenduojama sudarant metimo rūkyti planą aptarti ir suplanuoti, kaip asmuo elgsis, jeigu po metimo rūkyti datos visgi nesusilaikys neparūkęs. Toliau išvardyti keli patarimai, kaip elgtis, jeigu po numatytos metimo rūkyti datos asmuo vieną ar kelis kartus parūko [7].

1. Sustojimas

Rekomenduojama stengtis sustabdyti veiksmų ar minčių eigą, sutelkti dėmesį ir pagalvoti, kas paskatino rūkyti. Sąmoningas dėmesio grąžinimas prie metimo rūkyti proceso gali sustabdyti impulsyvų rūkymą.

2. Atsipalaidavimas

Reikėtų stengtis atsipalaiduoti ir neleisti užvaldyti kaltės ir menkumo jausmui. Vienos cigaretės surūkymas dar nereiškia nesėkmingo metimo rūkyti, todėl nereikėtų tam suteikti per daug reikšmės. Naudingiau į tai žiūrėti kaip į pamokančią patirtį – kokios to parūkymo priežastys ir kaip jų ateityje išvengti.

3. Atnaujinimas

Sąmoningai nuspręsti tęsti metimo rūkyti procesą, prisiminti pagrindines neigiamas ir teigiamas priežastis, kodėl asmuo nusprendė atsisakyti rūkymo.

4. Situacijos analizė

Rekomenduojama apmąstyti ir išanalizuoti, kas paskatino rūkyti: ar buvo numatyti konkretūs veiksmai ir asmuo nesilaikė plano, ar suplanuota strategija buvo neveiksminga. Kokie dar galėtų būti būdai siekiant susidoroti su kylančiais iššūkiais?

5. Plano sudarymas

Padarius išvadas, dėl ko asmuo parūkė, rekomenduojama kuo greičiau sudaryti tolesnį veiksmų planą. Jeigu reikia, vėl skirti laiko motyvacijos stiprinimui, peržvelgti sudarytą medikamentinio gydymo planą, pagalvoti, kaip išvengti rūkymą skatinančių situacijų, ir t. t.

6. Kreipimasis pagalbos

Surūkius cigaretę nedelsiant kreiptis pagalbos pas specialistą ar artimą žmogų. Nereikėtų nusivilti savo jėgomis ir pastangomis ir vengti pokalbio apie rūkymą. Svarbu pabrėžti, kad nutylėjimas ar rūkymo fakto slėpimas nebus niekam naudingas, nes specialisto užduotis yra padėti klientui metant rūkyti, o ne tik pasiekti galutinį tikslą.

6.2 Penktas žingsnis – stebėk

6.2.1 Kodėl reikia stebėti?

Beveik 50 proc. savarankiškai ir beveik 25 proc. su specialistų pagalba metančių rūkyti asmenų patiria atkrytį per pirmas dvi savaites [7, 148]. Pagrindinės atkryčio priežastys yra abstinencijos sukelti nepageidaujami simptomai ir nesėkmingas susidorojimas su rūkymą skatinančiais veiksniais (pavyzdžiui, aplinkos įtaka). Ilgai nepraeinantis noras rūkyti dažnai demotyvuoja rūkyti metančius asmenis, todėl labai svarbu, kad planuojant atsisakyti rūkymo būtų skirta pakankamai dėmesio pasiruošimui – asmenys turi realiai vertinti medikamentų poveikį ir nusiteikti, kad metimo rūkyti procesas gali užtrukti ilgiau, nei tikimasi. Metimo rūkyti proceso metu sunku įvertinti, kuriems asmenims bus reikalinga tolesnė intensyvesnė pagalba, todėl specialistai turėtų planuoti palaikyti komunikaciją su visais metusiais rūkyti asmenimis. Kontakto trukmė ir dažnumas priklausys nuo kliento poreikio ir specialisto galimybių, tačiau pirmą mėnesį rekomenduojamas bent 1–2 minučių kontaktas, vėliau galima koreguoti pagal poreikį. Gali būti bendraujama gyvai, telefonu, trumposiomis žinutėmis ar kitomis elektroninėmis priemonėmis. Kaskart bendraujant rekomenduojama pasitelkti 5A metodą (žr. II metodinės medžiagos dalį). Šiuo atveju pirmas žingsnis yra paklausti, ar asmuo nerūkė po paskutinio kontakto. Jeigu asmuo nerūkė, likę 5A žingsniai nereikalingi, jeigu atsako, kad rūkė, tęsiama toliau: patariama vėl atsisakyti cigarečių, aptariamas ir koreguojamas metimo rūkyti planas ir pan. Toliau detaliau apžvelgiam tolesni konsultacijų komponentai.

6.2.2 Konsultavimas metus rūkyti

Rekomenduojama kiekvieno vizito metu padrąsinti ir pagirti klientą už įdėtas pastangas ir ryžtą mesti rūkyti, net jeigu procesas nėra sėkmingas ar asmuo nerūkė dar tik kelias dienas. Labai svarbu stengtis palaikyti motyvaciją, tad specialistai gali reikšmingai prisidėti paskatindami asmenį.

1 scenarijus: jeigu klientas nerūkė

1. Pagirkite kliento sėkmingas pastangas įveikiant tiek fizinį potraukį rūkyti, tiek psichologinius veiksnius, tokius kaip socialinių situacijų ir aplinkos įtaka. Pasiteiraukite, su kokiais sunkumais asmuo susiduria, ar tinkamas medikamentinis gydymas, ar nėra poreikio pergaltuoti suplanuotas strategijas, kaip elgtis, kai užsina stiprus noras rūkyti.
2. Rekomenduojama priminti apie teigiamus ir neigiamus rūkymo aspektus, dar kartą perspėti apie didelę atkryčio riziką pirmosiomis nerūkymo dienomis, priminti, kodėl svarbu nesurūkyti nė vienos cigaretės. Tyrimai rodo, kad prieš daugelį metų metę rūkyti asmenys kartais sugalvoja parūkyti, nes „nori prisiminti, koks tai jausmas“, arba tam, kad „išbandytų save“. Nors parūkoma spontaniškai, deja, net ir tokie pabandymai po daugelio metų gali baigtis visišku atkryčiu [7].
3. Aptarkite, kaip sekasi formuoti savo, kaip nerūkančio asmens, identitetą. Jeigu nebuvo padaryta iki tol, patarkite pašalinti visus su rūkymu susijusius daiktus iš namų, automobilio ir darbo vietos. Rekomenduokite rinktis kuo daugiau leisti laiko nerūkymo aplinkoje. Pasiteiraukite, kaip asmuo jaučiasi tapęs nerūkančiu, stiprinkite pozityvius pokyčio aspektus, pavyzdžiui, pasiteiraudami, ar jaučiasi energingesnis, labiau savimi pasitikintis ir pan.

2 scenarijus: jeigu klientas rūkė

1. Pasiteiraukite, kaip ilgai sekėsi nerūkyti. Pagirkite už pastangas ir ryžtą mesti rūkyti ir už tą laiką, kai pavyko nerūkyti, net jeigu tai truko tik kelias valandas. Pasiteiraukite, kas padėjo nerūkyti. Reikėtų vengti per konsultaciją kalbėti vien apie nesėkmingą bandymą, svarbu atkreipti dėmesį ir į teigiamus aspektus, pavyzdžiui, asmuo sugebėjo nerūkyti vieną dieną, tinkamai vartojo medikamentus, pakeitė požiūrį ar išmoko naujų įgūdžių. Kalbėjimas apie tai, kas pavyko, padės stiprinti asmens motyvaciją, nepasiduoti ir tęsti metimo rūkyti procesą.
2. Išsiaiškinkite atkryčio aplinkybes ir priežastis. Kartu su klientu aptarkite, kokie įvykiai paskatino rūkyti, su kuo ir kur asmuo tuo metu buvo, kokia buvo jo savijauta ir nuotaika. Svarbu identifikuoti, dėl ko įvyko atkrytis, nes tai padės tolesniais etapais koreguoti metimo rūkyti planą ir numatytas veiksmų strategijas.
3. Išsiaiškinkite, ką iš suplanuotų veiksmų klientui pavyko įgyvendinti, ko ne ir kodėl. Paklauskite, kokias suplanuotas strategijas asmeniui pavyko įgyvendinti metant rūkyti. Jeigu asmuo nesivadovavo planu, pvz. nenaudojo medikamentų, aptarkite, kaip galėtumėte padidinti tikimybę, kad kitą kartą jis elgsis kitaip. Jeigu asmuo stengėsi vadovautis planu, bet jam pavyko tik iš dalies, aptarkite ir pakoreguokite numatytus veiksmus – kiekvienam klientui reikia rasti jam tinkamus būdus. Taip pat labai svarbu pabrėžti, kad medikamentų veiksmingumas priklauso nuo tinkamo jų vartojimo. Išsiaiškinkite, ar tikrai klientas naudojo medikamentus pagal instrukciją, pavyzdžiui, ar nepasirinko transderminių pleistrų su mažesniu nikotino kiekiu, ar kelias dienas nevartojo gydytojo paskirto vareniklino, nustojo visų medikamentų vartojimą prieš laiką ir pan. Net jeigu įvyko atkrytis, paraginkite klientą ir toliau metant rūkyti vartoti medikamentus. Tyrimai rodo, kad tų asmenų, kurie po atkryčio nenustojo vartoti medikamentų sėkmingo metimo rūkyti rodiklis yra didesnis nei tų, kurie nustojo vartoti [7].
4. Patarkite ir motyvuokite toliau stengtis mesti rūkyti. Išsiaiškinkite, ar asmuo kasdien rūko, ar parūkė tik kelis kartus. Jeigu asmuo vėl kasdien rūko, rekomenduojama iš naujo pradėti taikyti 5A metodą (žr. II metodinės medžiagos dalį) ir išsiaiškinus, kurioje elgesio keitimo stadijoje yra asmuo, taikyti atitinkamus veiksmus siekiant motyvuoti vėl mesti rūkyti. Grįžimas prie metimo rūkyti nedarant pertraukos turi kelis privalumus. Visų pirma, asmuo nebus pamiršęs suplanuotų metimo rūkyti strategijų, o tai didina tikimybę, kad imsis jas aktyviau taikyti. Antra, jeigu nerūkymo etapas buvo pakankamai ilgas, asmuo nesijaus „rūkantis“, todėl lengviau ir greičiau gali susiformuoti nerūkančio asmens identitetas. Tačiau, deja, dažniausiai nepavykę bandymai mesti rūkyti labai neigiamai veikia asmens motyvaciją tęsti ir pertrauka dažnai būna reikalinga tam, kad asmuo vėl galėtų ryžtis imtis veiksmų. Net jeigu asmuo išsako norą tęsti metimo rūkyti procesą, specialistas turi įvertinti, ar asmuo grįžo į svarstymo stadiją (žr. elgesio keitimo stadijų modelį II metodinės medžiagos dalyje), todėl svarbu vėl skirti laiko pasiruošti atsisakyti rūkymo. Dažnai asmenys, ypač tie, kurie bando atsisakyti rūkymo pirmą kartą, smarkiai nusivilia dėl nuolatinio stipraus potraukio rūkyti. Tokiais atvejais svarbu dar kartą priminti ir užtikrinti, kad simptomai palaipsniui silpnėja ir kad būtent parūkymas (nors ir kelių dūmų) atitolina šių simptomų išnykimą [7].

Pagrindiniai VI dalies punktai

1. Longitudiniai tyrimai rodo, kad metus rūkyti atkryčio rizika, su laiku mažėja, tačiau tai vyksta pakankamai lėtai, būtina stebėti klientų progresą ir toliau palaikyti kontaktą net su tais asmenimis, kurie teigia atsisakę rūkymo.
2. Vienos cigaretės surūkymas nebūtinai reiškia, kad asmuo patirs visišką atkrytį ir vėl kasdien pradės rūkyti. Rekomenduojama sudarant metimo rūkyti planą aptarti ir suplanuoti, kaip asmuo elgsis, jeigu po suplanuotos metimo rūkyti datos nesusilaikys nesurūkęs vienos ar kelių cigarečių.
3. Metimo rūkyti proceso metu sunku įvertinti, kuriems asmenims bus reikalinga tolesnė intensyvesnė pagalba, todėl specialistai turėtų planuoti palaikyti komunikaciją su visais metusiais rūkyti asmenimis. Kontakto trukmė ir dažnumas priklausys nuo kliento poreikio ir specialisto galimybių, tačiau pirmą mėnesį po metimo rekomenduojamas bent 1–2 minučių kontaktas, vėliau galima koreguoti pagal poreikį.
4. Metus rūkyti, tolesnės konsultacijos gali vykti gyvai, telefonu, trumposiomis žinutėmis ar kitomis elektroninėmis priemonėmis. Kiekvieno kontakto metu rekomenduojama taikyti 5A metodą.
5. Rekomenduojama per kiekvieną vizitą padėšinti ir pagirti klientą už jau įdėtą pastangas ir ryžtą mesti rūkyti, net jeigu procesas nėra sėkmingas ar asmuo nerūkė dar tik kelias dienas. Konsultacijos metu reikėtų paklausti, ar asmuo nerūkė po paskutinio kontakto. Jeigu asmuo rūkė, toliau taikomi likę 5A žingsniai: patariama vėl mesti rūkyti, aptariamas ir koreguojamas metimo rūkyti planas ir pan.

1 priedas

5A metodo atmintinė specialistams

Pirmas žingsnis – paklausk. Paklauskite savo klientų: „Ar jūs rūkote?“ Jeigu klausiate ne pirmą kartą: „Ar vis dar rūkote?“ Bet koks kitoks nei neigiamas atsakymas reiškia, kad asmuo rūko. Paklauskite visų savo klientų kiekvieną susitikimo metu – šis klausimas turėtų tapti kasdienio darbo dalimi.

Antras žingsnis – patark. Jeigu asmuo atsakė, kad šiuo metu rūko, patarkite atsisakyti rūkymo. Patarimas turėtų būti aiškus ir tvirtas, tačiau negąsdinantis. Pavyzdžiui: „Kaip jūsų gydytojas noriu atkreipti dėmesį, kad nuolatinis kosulys yra rūkymo pasekmė, taigi būtų gerai atsisakyti šio įpročio“, „Svarbu mesti rūkyti, ir aš galiu jums padėti.“ Pagal poreikį atlikite priklausomybės nuo nikotino Fagerstromo testą (žr. 2 priedą).

Trečias žingsnis – įvertink. Svarbu ne tik išsiaiškinti, ar asmuo nori mesti rūkyti, bet ir įvertinti pasiryžimo lygį ir padėti asmeniui pasirengti ir žengti žingsnius link rūkymo nutraukimo. Asmens pasiryžimui įvertinti taikykite elgesio keitimo stadijų modelį. Siekdami sustiprinti motyvaciją:

- taikykite motyvacinio interviu principus;
- išsiaiškinkite, dėl ko nuogąstaujama atsisakant rūkymo
- paneikite klaidingus įsitikinimus;
- įvardykite priežastis, kodėl verta atsisakyti rūkymo
- taikykite 5R metodą kiekvieno susitikimo metu

Ketvirtas žingsnis – padėk. Padėkite pasiruošti ir teikite pagalbą per visą metimo rūkyti procesą: identifikuokite pagrindinius numatomus iššūkius ir veiksmus, skatinančius asmenį rūkyti; suplanuokite iššūkių įveikimo strategijas; padėkite pasirinkti metimo rūkyti datą; sudarykite metimo rūkyti planą; nustatykite kontaktų skaičių ir trukmę; sutarkite su klientu dėl komunikacijos būdų; pagal poreikį rekomenduokite medikamentinį gydymą.

Penktas žingsnis – stebėk. Kiekvieno vizito metu padrąsinkite ir pagirkite klientą už įdėtas pastangas ir ryžtą mesti rūkyti, net jeigu procesas nėra sėkmingas ar asmuo nerūkė dar tik kelias dienas. Per konsultacijas paklauskite, ar asmuo nerūkė po paskutinio kontakto. Jeigu asmuo atsako, kad rūkė, pereikite prie kitų 5A žingsnių: patarkite grįžti prie nerūkymo, įvertinkite motyvaciją, aptarkite ir pakoreguokite metimo rūkyti planą.

2 priedas

Priklausomybės lygio nustatymas – Fagerstromo testas

1. Kada nubudęs ryte surūkote pirmąją cigaretę?

- | | | |
|--------------------|--------------------------|---------|
| Praėjus 5 min. | ☐ | 3 balai |
| Praėjus 6–30 min. | ☐ | 2 balai |
| Praėjus 31–60 min. | ☐ | 1 balas |
| Praėjus 60 min. | ☐ | 0 balų |

2. Ar jums sunku susilaikyti nerūkius vietose, kur rūkyti draudžiama?

- | | | |
|------|--------------------------|---------|
| Taip | ☐ | 1 balas |
| Ne | ☐ | 0 balų |

3. Kurios cigaretės labiausiai nenorėtumėte atsisakyti?

- | | | |
|-------------------|--------------------------|---------|
| Pirmosios rytinės | ☐ | 1 balas |
| Bet kurios kitos | ☐ | 0 balų |

4. Kiek cigarečių surūkote per dieną?

- | | | |
|---------------|--------------------------|---------|
| 31 ir daugiau | ☐ | 3 balai |
| 21–30 | ☐ | 2 balai |
| 11–20 | ☐ | 1 balas |
| 10 ir mažiau | ☐ | 0 balų |

5. Ar nubudęs pirmosiomis valandomis rūkote dažniau nei kitu dienos metu?

- | | | |
|------|--------------------------|---------|
| Taip | ☐ | 1 balas |
| Ne | ☐ | 0 balų |

6. Ar rūkote, kai sergate ir didesnę dalį dienos praleidžiate lovoje?

- | | | |
|------|--------------------------|---------|
| Taip | ☐ | 1 balas |
| Ne | ☐ | 0 balų |

Rezultatai:

0–3 balai – silpna priklausomybė nuo nikotino

Nors jūsų fizinė priklausomybė nuo nikotino yra santykinai silpna, mesdamas rūkyti vis tiek galbūt jausite nemalonius fizinius abstinencijos simptomus, todėl būkite tam pasiruošęs. Taip pat planuodamas mesti rūkyti daugiau dėmesio skirkite psichologiniams rūkymo aspektams: su kuo jums asocijuojasi rūkymas, kokiose situacijose labiausiai norite rūkyti, pavyzdžiui, švenčių metu ar kylant stresui. Kaip ketinate elgtis, kai kils noras parūkyti? Patarimų, kaip rūkymą pakeisti kita veikla, rasite šio leidinio III dalyje.

4–7 balai – vidutinio stiprumo priklausomybė

Jūsų fizinė priklausomybė nuo nikotino yra vidutinio stiprumo. Planuodamas mesti rūkyti, apsvarstykite tiek fizinius, tiek psichologinius priklausomybės aspektus. Kuriais momentais greičiausiai labiausiai norėsis parūkyti? Kaip tada planuojate elgtis? Ar sieksite išvengti šių momentų, o gal vartosite medikamentus ir mokysitės naujų elgesio įpročių? Patarimų, kaip rūkymą pakeisti kita veikla, rasite šio leidinio III dalyje.

8–10 balai – stipri priklausomybė nuo nikotino

Jūsų fizinė priklausomybė nuo nikotino yra gana stipri, tačiau tai nereiškia, kad jums bus sunkiau nei kitiems atsisakyti rūkymo. Skirkite laiko pasiruošti ir gerai suplanuoti metimo rūkyti procesą. Įsivardykite aiškią strategiją: ar ir kokius vartosite medikamentus, kaip sieksite pakeisti savo įpročius, kaip ketinate palaikyti vidinę motyvaciją ir pan. Daugiau patarimų, kaip mesti rūkyti, rasite šio leidinio III dalyje.

K.A., Conklin, C.A., & Levine, M.D., *Cognitive-Behavioral Therapy for Smoking Cessation: A Practical Guidebook to the Most Effective Treatments*. 2008: Routledge.

3 priedas

METIMO RŪKYTI DEKLARACIJA

(miestas)

(data)

Aš, _____ (*vardas, pavardė*), pareiškiu, kad
_____ m. _____ mėn. _____ d. mesiu rūkyti ir nuo nurodytos datos tapsiu nerūkančiu asmeniu.

1. Pagrindinės priežastys, kodėl metu rūkyti:

2. Žinau, kad metus rūkyti įvyks šie teigiami pokyčiai:

3. Asmuo (-enys), į kurį (-iuos) kreipsiuosi, jeigu metant rūkyti man prireiks papildomos pagalbos:

_____ (parašas)

_____ (data)

_____ (liudininko parašas)

_____ (data)

LITERATŪROS SĄRAŠAS

1. European Union, *Special Eurobarometer 506. Attitudes of Europeans towards tobacco and electronic cigarettes*. 2020.
2. European Network for Smoking and Tobacco Prevention, *Guidelines for treating tobacco dependence*. 2020.
3. Lietuvos statistikos departamentas. *Lietuvos gyventojų sveikata (rūkymas)*. 2020. Prieiga internetu: <https://osp.stat.gov.lt/lietuvos-gyventoju-sveikata-2020/rukymas>.
4. Hughes, J.R., J. Keely, and S. Naud, *Shape of the relapse curve and long-term abstinence among untreated smokers*. *Addiction*, 2004. **99**(1): p. 29-38.
5. Giulietti, F., et al., *Pharmacological Approach to Smoking Cessation: An Updated Review for Daily Clinical Practice*. *High blood pressure & cardiovascular prevention : the official journal of the Italian Society of Hypertension*, 2020. **27**(5): p. 349-362.
6. Bauld, L., et al., *English Stop-Smoking Services: One-Year Outcomes*. *International journal of environmental research and public health*, 2016. **13**(12): p. 1175.
7. Perkins, K.A., Conklin, C.A., & Levine, M.D., *Cognitive-Behavioral Therapy for Smoking Cessation: A Practical Guidebook to the Most Effective Treatments*. 2008: Routledge.
8. Lancaster, T. and L.F. Stead, *Self-help interventions for smoking cessation*. *Cochrane Database Syst Rev*, 2005(3): p. Cd001118.
9. Waters, A.J., et al., *Cue-provoked craving and nicotine replacement therapy in smoking cessation*. *J Consult Clin Psychol*, 2004. **72**(6): p. 1136-43.
10. Centers for Disease, C.P., P. National Center for Chronic Disease, and P. Health, *Publications and Reports of the Surgeon General, in How Tobacco Smoke Causes Disease: The Biology and Behavioral Basis for Smoking-Attributable Disease: A Report of the Surgeon General*. 2010, Centers for Disease Control and Prevention (US): Atlanta (GA).
11. World Health Organization, *World Cancer Report 2008*. 2008.
12. Veryga A., Klumbienė J., Petkevičienė J., Žemaitienė N. *Tabako kontrolė ir pagalba metantiems rūkyti*. 2008, Kaunas: Kauno medicinos universitetas.
13. *Heated tobacco products, cigarettes, and e-cigarettes: What's the difference?* 2019 [2021.09.02]; <https://www.pmscience.com/whats-new/difference-between-heated-tobacco-platform-1-iqos-cigarettes-vaping>.
14. Benowitz, N.L., *Harms and Risks of Nicotine: Implications for Tobacco Harm Reduction*. 2019: Warsaw, Poland.
15. Lietuvos Respublikos Seimas. *Lietuvos Respublikos tabako, tabako gaminių ir su jais susijusių gaminių kontrolės įstatymas*. 1995 m. gruodžio 20 d. Nr. I-1143.
16. Institute, N.C. *Dictionary of Cancer Terms*. 2021.09.10.; <https://www.cancer.gov/publications/dictionaries/cancer-terms/def/tobacco-tar>.
17. Vikipedijos dalyviai. *Anglies monoksidas*. 2021 m. sausio 6 d. 17:42 UTC. Prieiga internetu: https://lt.wikipedia.org/wiki/Anglies_monoksidas.
18. Narkotikų, tabako ir alkoholio kontrolės departamentas. *Tabako sudedamųjų dalių poveikis organizmui*.
19. Kills, C.M. *Carbon Monoxide in Cigarettes*. 2021.09.15.; <https://www.carbonmonoxidekills.com/are-you-at-risk/carbon-monoxide-in-cigarettes/>.
20. Vikipedijos dalyviai. *Kancerogeninė medžiaga*. 2021 m. gegužės 24 d. 12:49 UTC. Prieiga internetu: [/lt.wikipedia.org/w/index.php?title=Kancerogeninė_medžiaga&oldid=6251045](https://lt.wikipedia.org/w/index.php?title=Kancerogeninė_medžiaga&oldid=6251045).
21. Australijos klasifikacijos kūrimo konsorciumas. *Tarptautinė statistinė ligų ir sveikatos sutrikimų klasifikacija*. 2015, Nepriklausoma ligoninėms kainas nustatanti institucija.
22. Hughes, J.R., *Should criteria for drug dependence differ across drugs?* *Addiction*, 2006. **101**(s1): p. 134-141.
23. Rose, J.E., et al., *Pharmacologic and sensorimotor components of satiation in cigarette smoking*. *Pharmacology Biochemistry and Behavior*, 2003. **76**(2): p. 243-250.
24. Pietrangelo, A. *The Effects of Smoking on the Body*. 2019 [2021.09.02]; <https://www.healthline.com/health/smoking/effects-on-body>.
25. Doll, R., et al., *Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors*. *Bmj*, 2004. **328**(7455): p. 1519.
26. Liutkutė Gumarov V. *Rūkymo socialinės ir ekonominės žalos vertinimas Lietuvoje. [Smoking-attributable Social and Economic Harm Assessment in Lithuania]. Daktaro disertacija, Lietuvos sveikatos mokslų universitetas, Medicinos akademija*, 2019.
27. US Department of Health and Human Services, *The health consequences of involuntary exposure to tobacco smoke: A report of the Surgeon General*. 2012.
28. Shargorodsky, J., *Secondhand smoke and rhinitis*. *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg*, 2016. **24**(3): p. 241-4.
29. Tammemagi, C.M., et al., *Secondhand smoke as a potential cause of chronic rhinosinusitis: a case-control study*. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*, 2010. **136**(4): p. 327-34.
30. Lima, A.C.S., et al., *Influence of hormonal contraceptives and the occurrence of stroke: integrative review*. *Rev Bras Enferm*, 2017. **70**(3): p. 647-655.
31. Marom-Haham, L. and A. Shulman, *Cigarette smoking and hormones*. *Curr Opin Obstet Gynecol*, 2016. **28**(4): p. 230-5.
32. GLOBOCAN, *CANCER TODAY. Estimated number of new cases in 2020*. 2020.
33. Fonseca-Moutinho, J.A., *Smoking and cervical cancer*. *ISRN obstetrics and gynecology*, 2011. **2011**: p. 847684-847684.
34. Šarvaitė R., Andrejevaitė V. *Intervencijos, galinčios padėti nutraukti rūkymą nėštumo metu. Literatūros apžvalga*. *Journal of Medical Sciences*, 2018, p. 1–8.
35. *Tobacco Cessation Guidelines for High Risk Groups 2017*; <http://tob-g.eu/wp-content/uploads/TOB-G-BOOK-DIGITAL-VERSION.pdf>.
36. Kharkova, O., et al., *Maternal smoking during pregnancy and placental abruption risk in Northwest Russia; a MCBR study: Olga Kharkova*. *European Journal of Public Health*, 2016. **26**.
37. Horne, A.W., et al., *The association between smoking and ectopic pregnancy: why nicotine is BAD for your fallopian tube*. *PloS one*, 2014. **9**(2): p. e89400-e89400.
38. Hyland, A., et al., *Associations of lifetime active and passive smoking with spontaneous abortion, stillbirth and tubal ectopic pregnancy: A cross-sectional analysis of historical data from the Women's Health Initiative*. *Tobacco control*, 2014. **24**.
39. Huuskonen, P., et al., *The human placental proteome is affected by maternal smoking*. *Reproductive Toxicology*, 2016. **63**.
40. Chamberlain, C., et al., *Psychosocial interventions for supporting women to stop smoking in pregnancy*. *The Cochrane database of systematic reviews*, 2013. **10**(10): p. CD001055-CD001055.
41. Kleinman, J.C., et al., *The effects of maternal smoking on fetal and infant mortality*. *Am J Epidemiol*, 1988. **127**(2): p. 274-82.
42. *No Fire, No Smoke: The Global State of Tobacco Harm Reduction*. 2018: London: Knowledge-Action-Change.
43. Mei-Dan, E., et al., *The unborn smoker: association between smoking during pregnancy and adverse perinatal outcomes*. *Journal of Perinatal Medicine*, 2015. **43**(5): p. 553-558.
44. Mutsaerts, M.A., et al., *Effects of paternal and maternal lifestyle factors on pregnancy complications and perinatal outcome. A population-based birth-cohort study: the GECKO Drenthe cohort*. *Hum Reprod*, 2014. **29**(4): p. 824-34.
45. Araji, S., et al., *Etiologies and Risk Factors of Placental Abruption and Neonatal Mortality: A Retrospective Study [6K]*. *Obstetrics & Gynecology*, 2017. **129**(5).
46. Mitchell, E., et al., *The combination of bed sharing and maternal smoking leads to a greatly increased risk of sudden unexpected death in infancy: the New Zealand SUDI Nationwide Case Control Study*. *New Zealand Medical Journal*, 2017. **130**: p. 52-64.
47. Obel, C., et al., *The risk of attention deficit hyperactivity disorder in children exposed to maternal smoking during pregnancy - a re-examination using a sibling design*. *J Child Psychol Psychiatry*, 2016. **57**(4): p. 532-7.

48. Ekblad, M., J. Korkeila, and L. Lehtonen, *Smoking during pregnancy affects foetal brain development*. Acta Paediatrica, 2015. **104**(1): p. 12-18.
49. Han, T.S., et al., *Contributions of maternal and paternal adiposity and smoking to adult offspring adiposity and cardiovascular risk: the Midspan Family Study*. BMJ Open, 2015. **5**(11): p. e007682.
50. Shenassa, E.D., et al., *Elevated risk of nicotine dependence among sib-pairs discordant for maternal smoking during pregnancy: evidence from a 40-year longitudinal study*. Epidemiology, 2015. **26**(3): p. 441-7.
51. Leonardi-Bee, J., J. Britton, and A. Venn, *Secondhand Smoke and Adverse Fetal Outcomes in Nonsmoking Pregnant Women: A Meta-analysis*. Pediatrics, 2011. **127**(4): p. 734.
52. Office on Smoking Health, *The Health Consequences of Involuntary Exposure to Tobacco Smoke: A Report of the Surgeon General*. 2006, Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention (US).
53. Leonardi-Bee, J., M. Jere, and J. Britton, *Exposure to Parental and Sibling Smoking and the Risk of Smoking Uptake in Childhood and Adolescence: A Systematic Review and Meta-Analysis*. Thorax, 2011. **66**: p. 847-55.
54. Blaakman, S.W., et al., *Secondhand Smoke Exposure Reduction After NICU Discharge: Results of a Randomized Trial*. Acad Pediatr, 2015. **15**(6): p. 605-12.
55. El-Mohandes, A.A.E., et al., *An intervention to reduce environmental tobacco smoke exposure improves pregnancy outcomes*. Pediatrics, 2010. **125**(4): p. 721-728.
56. Wagijo, M.A., et al., *Reducing tobacco smoking and smoke exposure to prevent preterm birth and its complications*. Paediatr Respir Rev, 2017. **22**: p. 3-10.
57. Lietuvos Respublikos Seimas. *Nutarimas dėl Lietuvos sveikatos 2014–2025 metų strategijos patvirtinimo*. 2014 m. birželio 26 d. Nr. XII-964.
58. Lietuvos Respublikos Seimas. *Nutarimas dėl Valstybinės narkotikų, tabako ir alkoholio kontrolės ir vartojimo prevencijos 2018–2028 metų programos patvirtinimo*. 2018 m. gruodžio 13 d. Nr. XIII-1765.
59. European Commission. *Revision of the Tobacco Products Directive*. 2021.12.08; https://ec.europa.eu/health/tobacco/products/revision_en.
60. Pasaulio sveikatos organizacija. *WHO report on the global tobacco epidemic 2021: addressing new and emerging products*. 2021. Prieiga internetu: <https://www.who.int/teams/health-promotion/tobacco-control/global-tobacco-report-2021&publication=9789240032095> (žiūrėta 2021-12-08).
61. Hymowitz, N., et al., *Predictors of smoking cessation in a cohort of adult smokers followed for five years*. Tob Control, 1997. **6 Suppl 2**(Suppl 2): p. S57-62.
62. *Kognityvinė ir elgesio terapija (KET) – sėkmės lydimas kelias į pasveikimą*. Prieiga internetu: <https://www.neuromedicina.lt/kognityvine-ir-elgesio-terapija-ket-%E2%80%93-sėkmės-lydimas-kelias-i-pasveikima/> (žiūrėta 2020-10-20).
63. World Health Organization, *Toolkit for delivering the 5A's and 5R's brief tobacco interventions in primary care*. 2014.
64. Quinn, V.P., et al., *Tobacco-cessation services and patient satisfaction in nine nonprofit HMOs*. Am J Prev Med, 2005. **29**(2): p. 77-84.
65. Zwar, N.A., C.P. Mendelsohn, and R.L. Richmond, *Supporting smoking cessation*. BMJ : British Medical Journal, 2014. **348**: p. f7535.
66. Leffingwell, T.R. and A.C. Babitzke, *Tobacco intervention practices of licensed psychologists*. J Clin Psychol, 2006. **62**(3): p. 313-23.
67. Solberg, L.I., et al., *Patient satisfaction and discussion of smoking cessation during clinical visits*. Mayo Clin Proc, 2001. **76**(2): p. 138-43.
68. Prochaska, J.O. and C.C. DiClemente, *Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change*. Psychotherapy: Theory, Research & Practice, 1982. **19**(3): p. 276-288.
69. Bulotaitė L., Vičiaitė S. *Su sveikata susijusį elgesį aiškinančios teorijos ir modeliai: kas skatina keisti elgesį*. Visuomenės sveikata, 2016, **1**(72), p. 9–19.
70. Pisinger, C., et al., *It is possible to help smokers in early motivational stages to quit. The Inter99 study*. Prev Med, 2005. **40**(3): p. 278-84.
71. McCaul, K.D., et al., *Motivation to quit using cigarettes: a review*. Addict Behav, 2006. **31**(1): p. 42-56.
72. Marlatt, G.A., S. Curry, and J.R. Gordon, *A longitudinal analysis of unaided smoking cessation*. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1988. **56**(5): p. 715-720.
73. Bauld, L., et al., *The effectiveness of NHS smoking cessation services: a systematic review*. J Public Health (Oxf), 2010. **32**(1): p. 71-82.
74. Miller, W.R. and S. Rollnick, *Motivational interviewing: Preparing people for change, 2nd ed*. 2002, New York, NY, US: The Guilford Press. xx, 428-xx, 428.
75. Bertone, E.R., L.A. Snyder, and A.S. Moore, *Environmental tobacco smoke and risk of malignant lymphoma in pet cats*. Am J Epidemiol, 2002. **156**(3): p. 268-73.
76. Perkins, K., et al., *Cognitive-Behavioral Therapy to reduce weight concerns improves smoking cessation outcome in weight-concerned women*. Journal of consulting and clinical psychology, 2001. **69**: p. 604-13.
77. Weinstein, N., et al., *Public understanding of the illnesses caused by cigarette smoking*. Nicotine Tob Res, 2004. **6**(2): p. 349-55.
78. Williams, G.C., et al., *Facilitating autonomous motivation for smoking cessation*. Health Psychol, 2002. **21**(1): p. 40-50.
79. Lindson, N., P. Aveyard, and J.R. Hughes, *Reduction versus abrupt cessation in smokers who want to quit*. Cochrane Database Syst Rev, 2010(3): p. Cd008033.
80. Solberg, L.I., et al., *Repeated tobacco-use screening and intervention in clinical practice: health impact and cost effectiveness*. Am J Prev Med, 2006. **31**(1): p. 62-71.
81. Bieliauskas A., Andrejevaitė V. *Kaip gydytojas gali motyvuoti pacientą mesti rūkyti?* Visuomenės sveikata, 2017, **4**(79), p. 23–27.
82. Smedberg, J., et al., *The relationship between maternal depression and smoking cessation during pregnancy--a cross-sectional study of pregnant women from 15 European countries*. Arch Womens Ment Health, 2015. **18**(1): p. 73-84.
83. Cheng, D., et al., *Intimate partner violence and maternal cigarette smoking before and during pregnancy*. Obstet Gynecol, 2015. **125**(2): p. 356-362.
84. Cui, Y., et al., *Smoking during pregnancy: findings from the 2009-2010 Canadian Community Health Survey*. PloS one, 2014. **9**(1): p. e84640-e84640.
85. Smedberg, J., et al., *Characteristics of women who continue smoking during pregnancy: a cross-sectional study of pregnant women and new mothers in 15 European countries*. BMC Pregnancy and Childbirth, 2014. **14**(1): p. 213.
86. Ncube, C.N. and B.A. Mueller, *Daughters of Mothers Who Smoke: A Population-based Cohort Study of Maternal Prenatal Tobacco use and Subsequent Prenatal Smoking in Offspring*. Paediatr Perinat Epidemiol, 2017. **31**(1): p. 14-20.
87. Brandon, T.H. and T.B. Baker, *The Smoking Consequences Questionnaire: The subjective expected utility of smoking in college students*. Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1991. **3**(3): p. 484-491.
88. Dempsey, D., P. Jacob, 3rd, and N.L. Benowitz, *Accelerated metabolism of nicotine and cotinine in pregnant smokers*. J Pharmacol Exp Ther, 2002. **301**(2): p. 594-8.
89. Kendrick, J.S., et al., *Integrating smoking cessation into routine public prenatal care: the Smoking Cessation in Pregnancy project*. Am J Public Health, 1995. **85**(2): p. 217-22.
90. Mullen, P.D., et al., *Improving disclosure of smoking by pregnant women*. Am J Obstet Gynecol, 1991. **165**(2): p. 409-13.
91. Melvin, C.L., et al., *Recommended cessation counselling for pregnant women who smoke: a review of the evidence*. Tobacco Control, 2000. **9**(suppl 3): p. iii80.
92. Claire, R., et al., *Pharmacological interventions for promoting smoking cessation during pregnancy*. Cochrane Database Syst Rev, 2020. **3**(3): p. Cd010078.
93. McBride, C.M. and P.L. Pirie, *Postpartum smoking relapse*. Addictive Behaviors, 1990. **15**(2): p. 165-168.
94. Schulte-Hobein, B., et al., *Cigarette smoke exposure and development of infants throughout the first year of life: influence of passive smoking and nursing on cotinine levels in breast milk and infant's urine*. Acta Paediatr, 1992. **81**(6-7): p. 550-7.

95. Jones, L.L., et al., *Parental and household smoking and the increased risk of bronchitis, bronchiolitis and other lower respiratory infections in infancy: systematic review and meta-analysis*. *Respir Res*, 2011. **12**(1): p. 5.
96. Levine, M.D. and M.D. Marcus, *Do changes in mood and concerns about weight relate to smoking relapse in the postpartum period?* *Arch Womens Ment Health*, 2004. **7**(3): p. 155-66.
97. Hall, S.M., et al., *Mood management and nicotine gum in smoking treatment: a therapeutic contact and placebo-controlled study*. *J Consult Clin Psychol*, 1996. **64**(5): p. 1003-9.
98. Van der Meer, R.M., et al., *Smoking cessation interventions for smokers with current or past depression*. *Cochrane Database Syst Rev*, 2013(8): p. Cd006102.
99. Lerman, C., et al., *Mediating mechanisms for the impact of bupropion in smoking cessation treatment*. *Drug Alcohol Depend*, 2002. **67**(2): p. 219-23.
100. United States Public Health Service Office of the Surgeon, G., et al., *Publications and Reports of the Surgeon General, in Smoking Cessation: A Report of the Surgeon General*. 2020, US Department of Health and Human Services: Washington (DC).
101. Parrott, A.C., *Does cigarette smoking cause stress?* *Am Psychol*, 1999. **54**(10): p. 817-20.
102. Hurt, R.D., et al., *Mortality following inpatient addictions treatment. Role of tobacco use in a community-based cohort*. *Jama*, 1996. **275**(14): p. 1097-103.
103. Molina-Linde, J.M., *Effectiveness of smoking cessation programs for seriously mentally ill*. *Actas Esp Psiquiatr*, 2011. **39**(2): p. 106-14.
104. Fidler, J.A., et al., *Vulnerability to smoking after trying a single cigarette can lie dormant for three years or more*. *Tobacco Control*, 2006. **15**(3): p. 205-209.
105. Palmer, R.H., et al., *Developmental epidemiology of drug use and abuse in adolescence and young adulthood: Evidence of generalized risk*. *Drug Alcohol Depend*, 2009. **102**(1-3): p. 78-87.
106. Branstetter, S.A., et al., *Beyond quitting: predictors of teen smoking cessation, reduction and acceleration following a school-based intervention*. *Drug and alcohol dependence*, 2009. **99**(1-3): p. 160-168.
107. Stanton, W., P. Baade, and J. Moffatt, *Predictors of smoking cessation processes among secondary school students*. *Subst Use Misuse*, 2006. **41**(13): p. 1683-94.
108. Valatkienė I., Andrejevaitė V. *Vaikų ir paauglių rūkymo mažinimo rekomendacijos ir strategijos*.
109. Zaboriskis A. ir kt. *Lietuvos moksleivių rūkymo ypatybės ir paplitimo pokyčiai 1994–2006 metais*.
110. Sussman, S. and P. Sun, *Youth tobacco use cessation: 2008 update*. *Tob Induc Dis*, 2009. **5**(1): p. 3.
111. Chassin, L., et al., *Parental Smoking Cessation and Adolescent Smoking*. *Journal of Pediatric Psychology*, 2002. **27**(6): p. 485-496.
112. Tønnesen, P., *How to reduce smoking among teenagers*. *European Respiratory Journal*, 2002. **19**(1): p. 1-3.
113. Harvey, J. and N. Chadi, *Strategies to promote smoking cessation among adolescents*. *Paediatr Child Health*, 2016. **21**(4): p. 201-8.
114. Sussman, S., *Effects of sixty six adolescent tobacco use cessation trials and seventeen prospective studies of self-initiated quitting*. *Tobacco induced diseases*, 2002. **1**(1): p. 35-81.
115. Sussman, S., P. Sun, and C. Dent, *A Meta-Analysis of Teen Cigarette Smoking Cessation*. *Health psychology : official journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*, 2006. **25**: p. 549-57.
116. Sussman, S., et al., *Project EX: A Program of Empirical Research on Adolescent Tobacco Use Cessation*. *Tobacco induced diseases*, 2004. **2**(3): p. 119-132.
117. Liang, L., et al., *Prices, policies and youth smoking, May 2001*. *Addiction*, 2003. **98 Suppl 1**: p. 105-22.
118. Levy, D.T., F. Chaloupka, and J. Gitchell, *The effects of tobacco control policies on smoking rates: a tobacco control scorecard*. *J Public Health Manag Pract*, 2004. **10**(4): p. 338-53.
119. Lovato, C., et al., *Impact of tobacco advertising and promotion on increasing adolescent smoking behaviours*. *Cochrane Database Syst Rev*, 2003(4): p. Cd003439.
120. Tedeschi, G.J., et al., *Putting It on the Line: Telephone Counseling for Adolescent Smokers*. *Journal of Counseling & Development*, 2005. **83**(4): p. 416-424.
121. Ockene, J.S. and N.H. Miller, *Cigarette Smoking, Cardiovascular Disease, and Stroke*. *Circulation*, 1997. **96**(9): p. 3243-3247.
122. Wilson, K., et al., *Effect of Smoking Cessation on Mortality After Myocardial Infarction*. *Archives of Internal Medicine*, 2000. **160**: p. 939.
123. Van Domburg, R.T., et al., *Smoking cessation reduces mortality after coronary artery bypass surgery: a 20-year follow-up study*. *Journal of the American College of Cardiology*, 2000. **36**(3): p. 878-883.
124. Mohiuddin, S.M., et al., *Intensive smoking cessation intervention reduces mortality in high-risk smokers with cardiovascular disease*. *Chest*, 2007. **131**(2): p. 446-52.
125. Critchley, J.A. and S. Capewell, *Mortality risk reduction associated with smoking cessation in patients with coronary heart disease: a systematic review*. *Jama*, 2003. **290**(1): p. 86-97.
126. Walters, N. and T. Coleman, *Comparison of the smoking behaviour and attitudes of smokers who attribute respiratory symptoms to smoking with those who do not*. *The British journal of general practice : the journal of the Royal College of General Practitioners*, 2002. **52**(475): p. 132-134.
127. Hersh, C.P., et al., *Predictors of survival in severe, early onset COPD*. *Chest*, 2004. **126**(5): p. 1443-51.
128. Vestbo, J., et al., *Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease: GOLD executive summary*. *Am J Respir Crit Care Med*, 2013. **187**(4): p. 347-65.
129. Scanlon, P.D., et al., *Smoking cessation and lung function in mild-to-moderate chronic obstructive pulmonary disease. The Lung Health Study*. *Am J Respir Crit Care Med*, 2000. **161**(2 Pt 1): p. 381-90.
130. Davila, E., et al., *Correlates of smoking quit attempts: Florida Tobacco Callback Survey, 2007*. *Tobacco induced diseases*, 2009. **5**: p. 10.
131. Wilson, J.S., J.S. Elborn, and D. Fitzsimons, *'It's not worth stopping now': why do smokers with chronic obstructive pulmonary disease continue to smoke? A qualitative study*. *J Clin Nurs*, 2011. **20**(5-6): p. 819-27.
132. Cataldo, J.K., S. Dubey, and J.J. Prochaska, *Smoking cessation: an integral part of lung cancer treatment*. *Oncology*, 2010. **78**(5-6): p. 289-301.
133. Pan, A., et al., *Relation of Smoking With Total Mortality and Cardiovascular Events Among Patients With Diabetes Mellitus: A Meta-Analysis and Systematic Review*. *Circulation*, 2015. **132**(19): p. 1795-1804.
134. Spijkerman, A.M., et al., *Smoking and long-term risk of type 2 diabetes: the EPIC-InterAct study in European populations*. *Diabetes Care*, 2014. **37**(12): p. 3164-71.
135. Pan, A., et al., *Relation of active, passive, and quitting smoking with incident type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis*. *The lancet. Diabetes & endocrinology*, 2015. **3**(12): p. 958-967.
136. Wei, X., M. E, and S. Yu, *A meta-analysis of passive smoking and risk of developing Type 2 Diabetes Mellitus*. *Diabetes Res Clin Pract*, 2015. **107**(1): p. 9-14.
137. Hudmon, K.S., et al., *Eating orientation, postcessation weight gain, and continued abstinence among female smokers receiving an unsolicited smoking cessation intervention*. *Health Psychol*, 1999. **18**(1): p. 29-36.
138. McBride, C.M., et al., *Changes over time in weight concerns among women smokers engaged in the cessation process*. *Annals of Behavioral Medicine*, 1996. **18**(4): p. 273.
139. Perkins, K.A., *Weight gain following smoking cessation*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1993. **61**(5): p. 768-777.
140. Pomerleau, C.S., et al., *The female weight-control smoker: A profile*. *Journal of Substance Abuse*, 1993. **5**(4): p. 391-400.
141. Cheskin, L., et al., *Calorie restriction increases cigarette use in adult smokers*. *Psychopharmacology*, 2005. **179**: p. 430-6.
142. Bock, B.C., et al., *Exercise effects on withdrawal and mood among women attempting smoking cessation*. *Addict Behav*, 1999. **24**(3): p. 399-410.

143. Juliano, L.M. and T.H. Brandon, *Reactivity to instructed smoking availability and environmental cues: evidence with urge and reaction time*. Exp Clin Psychopharmacol, 1998. **6**(1): p. 45-53.
144. Sayette, M.A., et al., *The effects of alcohol on cigarette craving in heavy smokers and tobacco chippers*. Psychol Addict Behav, 2005. **19**(3): p. 263-70.
145. Cohen, L.M., et al., *Multimodal assessment of the effect of chewing gum on nicotine withdrawal*. Addict Behav, 2001. **26**(2): p. 289-95.
146. Dr. John R. Hughes. *Minnesota Tobacco Withdrawal Scale*. <http://www.med.uvm.edu/behaviorandhealth/research/minnesota-tobacco-withdrawal-scale>.
147. Wetter, D.W., et al., *Late relapse/sustained abstinence among former smokers: a longitudinal study*. Prev Med, 2004. **39**(6): p. 1156-63.
148. Hughes, J.R., et al., *Smoking cessation among self-quitters*. Health Psychol, 1992. **11**(5): p. 331-4.
149. Barua RS, Rigotti NA, Benowitz NL, Cummings KM, Jazayeri MA, Morris PB, Ratchford EV, Sarna L, Stecker EC, Wiggins BS. 2018 ACC Expert Consensus Decision Pathway on Tobacco Cessation Treatment: A Report of the American College of Cardiology Task Force on Clinical Expert Consensus Documents. J Am Coll Cardiol. 2018. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26389730/>
150. Cahill K, Stevens S, Perera R, et al. Pharmacological interventions for smoking cessation: an overview and network meta-analysis. <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD009329.pub2/full>
151. Koegelenberg CF, Noor F, Bateman ED, van Zyl-Smit RN, Bruning A, O'Brien JA, Smith C, Abdool-Gaffar MS, Emanuel S, Esterhuizen TM, Iruksen EM. Efficacy of varenicline combined with nicotine replacement therapy vs varenicline alone for smoking cessation: a randomized clinical trial. JAMA. 2014. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25005652/>
152. Initiating Pharmacologic Treatment in Tobacco-Dependent Adults. An Official American Thoracic Society Clinical Practice Guideline, 2020. <https://www.atsjournals.org/doi/pdf/10.1164/rccm.202005-1982ST>
153. Anthenelli RM, Benowitz NL, West R, St Aubin L, McRae T, Lawrence D, Ascher J, Russ C, Krishen A, Evins AE. Neuropsychiatric safety and efficacy of varenicline, bupropion, and nicotine patch in smokers with and without psychiatric disorders (EAGLES): a double-blind, randomised, placebo-controlled clinical trial. Lancet. 2016. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27116918/>
154. Baker TB, Piper ME, Stein JH, Smith SS, Bolt DM, Fraser DL, Fiore MC. Effects of Nicotine Patch vs Varenicline vs Combination Nicotine Replacement Therapy on Smoking Cessation at 26 Weeks: A Randomized Clinical Trial. JAMA. 2016. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26813210/>
155. Gonzales D, Rennard SI, Nides M, Oncken C, Azoulay S, Billing CB, Watsky EJ, Gong J, Williams KE, Reeves KR; Varenicline Phase 3 Study Group. Varenicline, an alpha4beta2 nicotinic acetylcholine receptor partial agonist, vs sustained-release bupropion and placebo for smoking cessation: a randomized controlled trial. JAMA. 2006. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16820546/>
156. Jorenby DE, Hays JT, Rigotti NA, Azoulay S, Watsky EJ, Williams KE, Billing CB, Gong J, Reeves KR; Varenicline Phase 3 Study Group. Efficacy of varenicline, an alpha4beta2 nicotinic acetylcholine receptor partial agonist, vs placebo or sustained-release bupropion for smoking cessation: a randomized controlled trial. JAMA. 2006 Jul 5;296(1):56-63. doi: 10.1001/jama.296.1.56. Erratum in: JAMA. 2006. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16820547/>
157. Patnode CD, Henderson JT, Coppola EL, Melnikow J, Durbin S, Thomas RG. Interventions for Tobacco Cessation in Adults, Including Pregnant Persons: Updated Evidence Report and Systematic Review for the US Preventive Services Task Force. JAMA. 2021. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33464342/>
158. Prieiga internetu: https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/label/2016/021928s040lbl.pdf.
159. Prieiga internetu: https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/label/2009/018644s039s040.pdf.
160. Tonstad S, Farsang C, Klaene G, Lewis K, Manolis A, Perruchoud AP, Silagy C, van Spiegel PI, Astbury C, Hider A, Sweet R. Bupropion SR for smoking cessation in smokers with cardiovascular disease: a multicentre, randomised study. Eur Heart J. 2003. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12714026/>
161. Bullen C, Howe C, Laugesen M, McRobbie H, Parag V, Williman J, Walker N. Electronic cigarettes for smoking cessation: a randomised controlled trial. Lancet. 2013. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24029165/>
162. Lee SH, Ahn SH, Cheong YS. Effect of Electronic Cigarettes on Smoking Reduction and Cessation in Korean Male Smokers: A Randomized Controlled Study. J Am Board Fam Med. 2019. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31300577/>
163. Hajek P, Phillips-Waller A, Przulj D, Pesola F, Myers Smith K, Bisal N, Li J, Parrott S, Sasieni P, Dawkins L, Ross L, Goniewicz M, Wu Q, McRobbie HJ. A Randomized Trial of E-Cigarettes versus Nicotine-Replacement Therapy. N Engl J Med. 2019. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30699054/>
164. Walker N, Parag V, Verbiest M, Laking G, Laugesen M, Bullen C. Nicotine patches used in combination with e-cigarettes (with and without nicotine) for smoking cessation: a pragmatic, randomised trial. Lancet Respir Med. 2020. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31515173/>
165. Caponnetto P, Campagna D, Cibella F, Morjaria JB, Caruso M, Russo C, Polosa R. Efficacy and Safety of an electronic cigarette (ECLAT) as tobacco cigarettes substitute: a prospective 12-month randomized control design study. PLoS One. 2013. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23826093/>
166. Hughes JR, Stead LF, Hartmann-Boyce J, Cahill K, Lancaster T. Antidepressants for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev. 2014 Jan 8;2014(1):CD000031. doi: 10.1002/14651858.CD000031.pub4. Update in: Cochrane Database Syst Rev. 2020. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24402784/>
167. Cunningham JA, Kushnir V, Selby P, Tyndale RF, Zawertailo L, Leatherdale ST. Effect of Mailing Nicotine Patches on Tobacco Cessation Among Adult Smokers: A Randomized Clinical Trial. JAMA Intern Med. 2016. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26809849/>
168. Walker N, Howe C, Glover M, McRobbie H, Barnes J, Nosa V, Parag V, Bassett B, Bullen C. Cytisine versus nicotine for smoking cessation. N Engl J Med. 2014. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25517706/>
169. Hajek P, McRobbie H, Myers K. Efficacy of cytosine in helping smokers quit: systematic review and meta-analysis. Thorax. 2013. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23404838/>
170. Karnieg T, Wang X. Cytisine for smoking cessation. CMAJ. 2018. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5953578/>
171. Fant RV, Henningfield JE, Shiffman S, Strahs KR, Reitberg DP. A pharmacokinetic crossover study to compare the absorption characteristics of three transdermal nicotine patches. Pharmacol Biochem Behav. 2000. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11164075/>
172. Prieiga internetu: https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/label/2016/020076Orig1s042lbl.pdf.
173. Prieiga internetu: https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/label/2012/018612s061_020066s042lbl.pdf.
174. Prieiga internetu: https://vapris.vvkt.lt/vvkt-web/public/medications/view/16009/46008?fileName=0269_1-4_nicorette+freshmint_vaist_kram_guma_RPP_210126.docx.
175. Prieiga internetu: <https://vapris.vvkt.lt/vvkt-web/public/medications/view/23435/53972?fileName=3025+Pakuot%C4%97s+lape-lis+2021+11+18.docx>.
176. Prieiga internetu: https://vapris.vvkt.lt/vvkt-web/public/medications/view/17373/9847?fileName=1559_1+Tabex+tab+RPP+151028.docx.
177. Eisenberg MJ, Hébert-Losier A, Windle SB, et al. Effect of e-Cigarettes Plus Counseling vs Counseling Alone on Smoking Cessation: A Randomized Clinical Trial. JAMA. 2020. <https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/2772759>

Leidinio bibliografinė informacija patiekama Lietuvos nacionalinės Martyno Mažvydo bibliotekos
Nacionalinės bibliografijos duomenų banke (NBDB)

**Metodinė medžiaga sveikatos priežiūros specialistams,
teikiantiems pagalbą norintiems mesti rūkyti asmenims**

Parengė Respublikinis priklausomybės ligų centras

Spausdino UAB „Vaistų žinios“
Laisvės pr. 125A, LT-06118 Vilnius
www.gydytojobiblioteka.lt, gydytojobiblioteka@gydytojobiblioteka.lt
Tiražas 3000 vnt.

ISBN 978-609-8215-41-0 (Elektorinis leidinys)
ISBN 978-609-8215-40-3 (Spausdintas leidinys)

