



General practitioners help in smoking cessation

Austė Bandzaitė¹, Gailė Damulevičiūtė¹, Rūta Bilinevičiūtė¹

¹Lithuanian university of health sciences, faculty of Medicine

Abstract

All over the world smoking remains the leading preventable cause of death and disease. According to the World Health Organization (WHO), around 6 million people worldwide die from tobacco-related illnesses each year, and will die up to 10 million by 2030. Tobacco smoking causes diseases such as malignant neoplasms of lung and other organs, chronic obstructive pulmonary disease and ischemic heart disease, but smoking cessation has a positive effect on health at any age. With the increase in smoking harm data and the increasing amount of smoking restrictions and other preventive measures, a large proportion of smokers are trying to quit smoking completely independently by abandoning tobacco or using 'reduction' tactics, but smoking cessation without specialist supervision is only 2 - 3 percent successful. There is no clear strategy in Lithuania to help a smoker, so doctors need simple and affordable tools. Based on NICE recommendations and selected scientific sources, this article presents the latest science-based tools available to general practitioners to advise their patients on how to stop smoking. Doctors are advised to use short interventions (5As Ask, Advise, Assess, Assist, Arrange) or a very brief advice. To support motivation, it is important to explain to patients the harm of smoking and health benefits after quitting. The smoker should be directed towards behavioral therapy. Alternative nicotine therapy or medical treatment (bupropion, varenicline) is also proposed. Short intervention increases smoking success by 1 to 3 percent, while co-administration of nicotine therapy or medication increases the likelihood of quitting smoking by another 0.7 - 2.1 percent. The combination of behavioral therapy and nicotine replacement therapy or varenicline produces the best effect. In order to avoid relapse, it is necessary to have the support of a doctor, relatives, it is important to plan ahead and take specific steps.

Keywords: smoking cessation, short interventions, evidence-based interventions

Šeimos gydytojo pagalba metantiems rūkyti

Austė Bandzaitė¹, Gailė Damulevičiūtė¹, Rūta Bilinevičiūtė¹

¹Lietuvos sveikatos mokslų universitetas, Medicinos fakultetas

Santrauka

Rūkymas visame pasaulyje išlieka pirmaujančiu koreguojamu mirčių ir ligotumo priežastiniu veiksnium. Pasaulio sveikatos organizacijos (PSO) duomenimis kiekvienais metais nuo tabako sukeltų ligų miršta apie 6 milijonai žmonių visame pasaulyje, o iki 2030 skaičius išaugs iki 10 milijonų. Tabako rūkymas sąlygoja tokias ligas kaip plaučių ir kitų organų piktybiniai navikai, lėtinė obstrukcinė plaučių liga ir išeminė širdies liga, tačiau metus rūkyti bet kokiame amžiuje stebimas teigiamas efektas sveikatai. Daugėjant duomenų apie rūkymo žalą ir taikant vis daugiau rūkymo apribojimų ir kitų prevencinių priemonių didelė dalis rūkančiųjų bando patys mesti rūkyti visiškai savarankiškai atsisakydami tabako ar taikydami „mažinimo“ taktiką, tačiau specialistų neprižiūrimas metimas rūkyti sėkmingas tik 2 – 3 proc. atvejų. Lietuvoje nėra aiškios strategijos kaip padėti rūkančiajam, tad gydytojams reikalingos paprastos ir prieinamos priemonės. Vadovaudamiesi NICE rekomendacijomis ir atrinktais moksliniais šaltiniais šiame straipsnyje pateikiame naujausias mokslo įrodymais pagrįstas priemones, kuriomis gali naudotis šeimos gydytojai patardami savo pacientams kaip mesti rūkyti. Gydytojams siūloma taikyti trumpąsias intervencijas (5As angl. Ask, Advise, Assess, Assist, Arrange) ar labai trumpo patarimo modelį (angl. very brief advice). Motyvacijai palaikyti svarbu paaiškinti pacientams rūkymo sukeltą žalą ir naudą sveikatai. Rūkantysis turėtų būti nukreipiamas elgesio terapijai. Taip pat siūloma taikyti pakaitinę nikotino terapiją ar medikamentinį gydymą (bupropioną, varenikliną). Trumpo patarimo intervencija rūkymo nutraukimo sėkmę padidina nuo 1 iki 3 proc., o kartu taikant pakaitinę nikotino terapiją ar medikamentus, tikimybė mesti rūkyti padidėja dar 0,7 – 2,1 proc. Elgesio terapijos ir pakaitinės nikotino terapijos ar vareniklino kombinacija duoda geriausią efektą. Siekiant išvengti atkryčių būtinas gydytojo, artimųjų palaikymas, konkrečių žingsnių planavimas ir užtikrinimas.

Raktiniai žodžiai: metimas rūkyti, trumposios intervencijos, įrodymais grįstos intervencijos

Įvadas

Pasaulinės sveikatos organizacijos duomenimis, rūkymas yra pirmaujantis veiksnys susijęs su galimai išvengiamomis mirtimis. Kasmet dėl rūkymo sukeltų ligų miršta 6 milijonai žmonių visame pasaulyje [1]. Rūkantys asmenys vidutiniškai gyvena 10 metų trumpiau bei pradeda suserga 10 metų anksčiau nei nerūkantieji [2]. Trys pagrindinės priežastys susijusios su mirtimis dėl rūkymo yra plaučių vėžys, lėtinė obstrukcinė plaučių liga ir išeminė širdies liga [3]. Viena iš su rūkymu susijusių vaisiaus mirties priežasčių gali būti persileidimas bei nepakankamas vaisiaus vystymasis [4]. 2018 m. Lietuvoje dažniausios su rūkymu susijusios mirties priežastys buvo trachėjos, bronchų ir plaučių piktybiniai navikai, išeminė širdies liga bei pneumonija [5]. 2014 m. Lietuvoje kiekvieną dieną rūkė 33 proc. vyrų ir 12 proc. moterų. Vertinant Lietuvos suaugusių žmonių gyvenseną 1994-2014 metais metusiųjų rūkyti dalis didėjo. Moterų, metusių rūkyti, skaičius padidėjo 4 kartus, vyrų – beveik du kartus [6].

Su rūkymu siejama ekonominė žala skaičiuojama šimtais milijardų dolerių kiekvienais metais. Paskaičiuota, kad XXI a. tabako vartojimas gali nužudyti apie milijardą žmonių, jei nebus imtasi veiksmų [1]. Gydytojo pagalba tikimybę mesti rūkyti beveik padvigubina [7].

Metimo rūkyti privalumai

Metantys rūkyti iki 30-ies metų amžiaus gali tikėtis panašios tikėtinos gyvenimo trukmės kaip ir niekad nerūkę asmenys [8]. Jei metama rūkyti 35-erių metų ir vėliau, vidutinė tikėtina gyvenimo trukmė pailgėja 2-3 mėnesiais kiekvienais metais, kuriais nebuvo rūkoma arba 4-6 valandomis kiekvieną dieną [2]. Net ir rūkantiesiems, vyresniems nei 80 metų, nustojus rūkyti sumažėja mirtingumas, tad bet kuriame amžiuje stebima reikšminga nauda sveikatai [9]. Rūkantiems asmenims naudinga žinoti, kokie pokyčiai vyksta organizme metus rūkyti (**1 lentelė**) [10].

Laikas nuo metimo rūkyti	Naudingi sveikatos pokyčiai
24 val.	Pradeda valytis plaučiai
48 val.	Pašalinamas anglies monoksidas, pagerėja skonio ir kvapo pojūtis
72 val.	Kvėpavimas tampa lengvesnis, atsipalaiduoja kvėpavimo takai
2-12 savaitių	Pagerėja kraujotaka
3-9 mėnesiai	Plaučių funkcija ↑ 10%, ↓ kosulys, švokštimas
1 metai	Rizika miokardo infarkto išsivystymui ↓ apie 50%
10 metų	Rizika plaučių vėžio išsivystymui ↓ apie 50%
15 metų	Rizika išsivystyti miokardo infarktui tampa tokia pati, kaip ir niekad nerūkius

1 lentelė. Sveikatos pokyčiai metus rūkyti

Žinios apie rūkymo žalą ir metimo rūkyti naudą pasiekia vis didesnę visuomenės dalį. Prie to prisideda ne tik sveikatos priežiūros specialistai, bet ir valstybės taikoma politika apribojant rūkymo vietas, didinant tabako gaminių kainas ir taikant kitas prevencines priemones. Dėl to dauguma rūkančiųjų nori ir bando mesti rūkyti, tačiau didžioji dalis tai daro savarankiškai staigiai nustodami rūkyti arba palaipsniui mažindami surūkomų cigarečių kiekį [11].

Rūkymo įpročių patikros ir pagalbos teikimo rekomendacijos šeimos gydytojams

Motyvuojam pokalbiui naudojamos trumposios intervencijos (5As taisyklė angl. *Ask, Advise,*

Assess, Assist, Arrange): paklausk, patark, įvertink, padėk, pasek (**2 lentelė**). Žmogaus klausiama ar jis rūko dabar, ar rūkė anksčiau (paklausk). Išsiaiškinama kiek rūko, kada surūko pirmąją cigaretę. Šeimos gydytojams tą atlikti gali padėti klausimynai, pavyzdys - Fagerström K.O. (1991) priklausomybės nuo nikotino testas (**1 priedas**). Informacija apie rūkymą padeda suprasti kokia yra padaryta žala ir galimi iššūkiai metant rūkyti. Patariama mesti rūkyti (patark). Tuomet įvertinama paciento motyvacija mesti rūkyti (įvertink). Tai padaryti galima labai paprastai, naudojant skaitinę skalę, paprašant įvertinti motyvaciją nuo 0 iki 10. Taip pat paaiškinama apie galimus metimo metodus: elgesio terapiją, pakaitinę nikotino terapiją, medikamentinį gydymą ar šių intervencijų

kombinaciją (padėk). Labai svarbu stebėti pacientą, žinoti kaip jam sekasi procese, kokios iškilusios bėdos, susitarti dėl apsilankymo (pasek). Pirmasis susitikimas turėtų būti po savaitės metus rūkyti. Taip pat gali būti naudojamas dar paprastesnis labai trumpo patarimo modelis (angl. *very brief advice*) (3 lentelė) [11-14].



2 lentelė. 5As modelis

Intervencija	Pagrindas
Nustatyti rūkymo būklę (angl. <i>ASK</i>): „Ar rūkote ar kitais būdais vartojate nikotiną?“	Žinios apie rūkymo būklę yra būtina bet kokios intervencijos sąlyga
Patarti, kad geriausias dalykas, kurį pacientas gali padaryti dėl savo dabartinės ir būsimos sveikatos, yra mesti rūkyti (angl. <i>ADVISE</i>)	Patarimų teikimas be paramos pasiūlymo nepadedą metant rūkyti. Galima patarti, kaip geriausia mesti: „Geriausias būdas mesti rūkyti yra elgesio palaikymo ir vaistų derinys. Ar galiu jus nukreipti pabandyti, jei norėtumėte?“
Veiksmai pagal paciento atsaką į patarimą (angl. <i>ACT</i>): Palengvinti apsisprendimą mesti rūkyti nukreipiant elgesio terapijai ar išrašant medikamentus Jei pacientas nenori mesti rūkyti, pažymėti dokumentuose, jog buvo patarta mesti rūkyti	Pasižymėjus dokumentuose, jog pacientui jau buvo patarta mesti rūkyti išlieka gydytojui priminimas, jog galima vėl bandyti patarti radus tinkamą laiką.

3 lentelė. Labai trumpo patarimo taikymo modelis

Reikėtų įsitikinti, kad bus galima naudoti įrodymais grįstas intervencijas (4 lentelė). Ypatingas dėmesys skiriamas didelės rizikos grupių asmenims: turintiems psichinių sveikatos sutrikimų (pvz.: sergantiems depresija), piktnaudžiaujantiems įvairiomis psichoaktyviomis medžiagomis, gyvenantiems blogomis socialinėmis sąlygomis. Atidžiau vertinami pacientai, kurių ligas sukėlė rūkymas (pvz.: plaučių vėžys), ar šis įprotis galėtų pabloginti esamas patologijas (pvz.: širdies ir kraujagyslių ligas). Su padidėjusiu mirtingumu rūkant ypatingai susiję sergantieji 1 tipo cukriniu diabetu, bronchine astma, lėtine obstrukcine plaučių liga. Būtina nėsčiosioms aiškinti apie rūkymo žalą kūdikiui ir skatinti jas mesti rūkyti [12].

Intervencijos:	Elgesio terapija
	Bupropionas
	Pakaitinė nikotino terapija
	Vareniklinas
	Trumposios intervencijos

4 lentelė. Įrodymais grįstos intervencijos.

Praktinės šeimos gydytojo rekomendacijos metantiems rūkyti

1. Išsiaiškinama, ką pacientas pats vartojo siekdamas mesti rūkyti, įskaitant ir nikotino turinčius produktus [12].
2. Privaloma iš anksto sutarti dieną, kada pacientas mes rūkyti - tai padės sėkmingiau siekti tikslo ir bus svarbu, jei jis vartos medikamentus [13].
3. Įrodyta, kad nuolatinis žinutėmis palaikomas kontaktas palengvina rūkymo metimo procesą, sumažina atkryčio riziką – taip suteikiama parama, primenama kaip kovoti su iškilusiais sunkumais [12, 15].
4. Vareniklinas – tai vaistas be nikotino priklausomybei nuo tabako gydyti, tačiau vartojamas tik kaip papildoma priemonė neatsisakant psichologinės pagalbos. Medikamentas pradedamas vartoti savaitę prieš dieną, kurią pacientas mes rūkyti. Rekomenduojama paros dozė yra 2 mg vareniklino, dozė palaipsniui didinama iki palaikomosios per vieną savaitę. Įprastai gydymas užtrunka 12 savaičių [12, 16,17].
5. Suaugusiesiems prieš metant rūkyti galima išrašyti ne tik vareniklino, bet ir bupropiono, pakaitinę nikotino terapiją (PNT), tačiau reikia išsiaiškinti gretutines patologijas ir vartojamus vaistus, kad būtų įvertinta, ar nėra kontraindikacijų šiems medikamentams [16]. Bupropionas – tai antidepresantas, kurio veiksmingumas pastebėtas metantiems rūkyti pacientams. Jis pradedamas vartoti savaitę prieš dieną, kurią mes rūkyti. Vartojama po 300 mg per dieną apie 7-8 savaites. Būtina susisiekti su asmeniu dar prieš pasibaigiant vartojamiems vaistams ir išsiaiškinti kaip jam sekasi rūkymo atsisakymo procese [12, 16-18].
6. Svarbu pacientui paaiškinti, kad vareniklino ir elgesio terapijos kombinacija arba ilgalaikės ir trumpalaikės PNT kombinacija duoda geriausią efektą. PNT – tai priemonės turinčios nikotino, bet neturinčios tabako. Formos yra įvairios: nikotino kramtomoji guma, pastilės, tabletės po liežuvio, purškalas į nosį ar į burną, transderminis nikotino pleistras [12, 19].
7. Jei asmuo yra vyresnis kaip 12 metų reikėtų apsvarstyti PNT galimybę, tačiau tik kaip papildomą rūkymo nutraukimo priemonę [12, 20].
8. Rūkančiajam psichologinę pagalbą turi teikti tik apmokytas personalas. Gali būti taikoma kognityvinė elgesio terapija, psichologo konsultacija, reikalinga grupės parama (psichologinė grupė ar artimųjų palaikymas). Konsultacijos, terapijos gali būti atliekamos individualiai arba grupėje atsižvelgiant į asmenines savybes, įprastai bent 4 savaites [12]. Papildomai galima kreiptis į valstybinį psichikos sveikatos centrą, kuris konsultuoja asmenis, norinčius mesti rūkyti, elektroniniu paštu info@vpsc.lt. Kauno klinikos dalyvauja projekte „Pagalba metantiems rūkyti“ ir visiems, kurie nori mesti šį žalingą įprotį, siūlo profesionalią pagalbą telefonu +37060195360 darbo dienomis nuo 13 iki 19 val.
9. Visus pacientus, kuriems bus atliekamos planinės chirurginės operacijos, reikia skatinti atsikratyti žalingo įpročio, nes moksliniai tyrimai rodo, kad rūkymas prailgina sveikimo trukmę po operacijų [12, 21].

10. Jei žmogus dar nėra apsisprendęs mesti rūkyti, išsiaiškinama ar jis supranta rūkymo žalą. Tuomet siūloma mažiau pavojinga rūkymo forma pvz.: elektroninės cigaretės. Bet koks rūkymas yra žalingas, tačiau elektroninės cigaretės gali padėti sumažinti rūkymo dažnį ar visai atsisakyti. Reikia skatinti ateityje kreiptis pagalbos ir nuolat tik pasitaikius progai vis paklausti, ar pacientas pasiruošęs mesti rūkyti [12, 22].
11. Šiais laikais populiariu naudoti mobiliąsias aplikacijas, tačiau jas sunku reguliuoti ir išsiaiškinti, kurios bus naudingos pacientui, o, kurios galimai bus nepagrįstos moksliniais įrodymais, tad jų naudoti nerekomenduojama [23].

Apibendrinimas

Metimas rūkyti yra ilgas procesas, reikalaujantis ne tik paties paciento, bet ir jo artimųjų, šeimos gydytojo ir kitų specialistų pastangų. Trumpųjų intervencijų ir labai trumpo patarimo modelio taikymas yra vienos iš šeimos gydytojų naudojamų verbalinių pagalbos metantiesiems rūkyti priemonių. Kaip nemedikamentinės priemonės taikoma kognityvinė elgesio terapija, pakaitinė nikotino terapija. Kombinuotam gydymui galima skirti ir medikamentinį gydymą nervų sistemą veikiančiais vaistais - bupropionu, vareniklinu.

1 priedas. Fagerström K.O. (1991) priklausomybės nuo nikotino testas

1. Kada surūkote savo pirmąją cigaretę nubudęs ryte?

1. Per 5 min. (3balai)
2. Po 6–30 min. (2balai)
3. Po 31–60 min. (1balas)
4. Po 60 min. ir daugiau (0balų)

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

1. Taip (1)
2. Ne (0)

3. Kurios cigaretės Jūs labiausiai nenorėtumėte atsisakyti?

1. Pirmosios rytinės (1)
2. Bet kurios kitos (0)

4. Kiek cigarečių surūkote per dieną?

1. 10 ir mažiau (0)
2. Nuo 11 iki 20 (1)
3. Nuo 21 iki 30 (2)
4. 31 ir daugiau (3)

5. Ar pirmosiomis valandomis po nubudimo Jūs rūkote dažniau negu kitu dienos metu?

1. Taip(1)
2. Ne(0)

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

1. Taip (1)
2. Ne (0)

0–3 balai – silpna priklausomybė nuo nikotino

4–7 balai – vidutinio stiprumo priklausomybė nuo nikotino

8–10 balai – stipri priklausomybė nuo nikotino

Literatūra

1. World Health Organization Report on the Global Tobacco Epidemic, 2011. Warning about the dangers of tobacco. World Health Organization, Geneva 2011.
2. Jha P, Phil D, Peto R. Global effects of smoking, of quitting, and of taxing tobacco. *New England Journal of Medicine*, 2014; 370:60-68.
3. Action on Smoking and Health. Smoking statistics: Fact sheet no.1. November, 2018.
4. West R. Tobacco smoking: Health impact, prevalence, correlates and interventions. *Psychology & Health*, 2017 Aug;32(8): 1018–1036
5. Higienos institutas. Rūkymo padariniai Lietuvos gyventojų sveikatai. Visuomenės sveikatos netolygumai 2018, Nr.1 (28), Vilnius
6. Grabauskas V, Klumbienė J, Petkevičienė J ir kiti. Suaugusių žmonių gyvenamosios tyrimas 2014, Lietuvos sveikatos mokslų universitetas.
7. Zwar NA, Mendelsohn CP, Richmond RL. Supporting smoking cessation: Clinical Review. *BMJ*. 2014;348:f7535.
8. Pirie K, Peto R, Reeves GK, Green J, Beral V. The 21st century hazards of smoking and benefits of stopping: A prospective study of one million women in the UK. *Lancet*, 2013 Jan 12;381(9861):133-41.
9. Gellert C, Schöttker B, Brenner H. Smoking and all-cause mortality in older people: systematic review and meta-analysis. *Arch Intern Med*. 2012 Jun 11;172(11):837-44.
10. Van Schayck OCP, Williams S, Barchilon V, Baxter N, Jawad M, Katsounou PA, Kirenga BJ, Panaitescu C, Tsiligianni IG, Zwar N, Ostrem A. Treating tobacco dependence: guidance for primary care on life-saving interventions. Position statement of the IPCRG. *NPJ Prim Care Respir Med*. 2017 Jun 9;27(1):38.
11. Cahill K, Stead LF, Lancaster T. Nicotine receptor partial agonists for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;4 CD006103.
12. NICE guideline. Stop smoking interventions and services. Public Health England 2018
13. Abar B, Baumann BM, Rosenbaum C, Boyer E, Ziedonis D, Boudreaux ED. Profiles of importance, readiness and confidence in quitting tobacco use. *J Subst Use*. 2013;18(2):75-81.
14. Aveyard P, Begh R, Parsons A, West R. Brief opportunistic smoking cessation interventions: a systematic review and meta-analysis to compare advice to quit and offer of assistance. *Addiction*. 2012 Jun;107(6):1066-73.
15. Snuggs S, McRobbie H, Myers K, Schmocker F, Goddard J, Hajek P. Using text messaging to prevent relapse to smoking: intervention development, practicability and client reactions. *Addiction*. 2012 Dec;107 Suppl 2:39-44.
16. Peng AR, Morales M, Wileyto EP, Hawk LW Jr, Cinciripini P, George TP, Benowitz NL, Nollen NL, Lerman C, Tyndale RF, Schnoll R. Measures and predictors of varenicline adherence in the treatment of nicotine dependence. *Addict Behav*. 2017 Dec;75:122-129.
17. Hagen G, Wisløff T, Klemp M. Cost-Effectiveness of Varenicline, Bupropion and Nicotine Replacement Therapy for Smoking Cessation. Knowledge Centre for the Health Services at The Norwegian Institute of Public Health (NIPH); 2010 May. No. 10-2010
18. Jiang B, He Y, Zuo F, Wu L, Liu QH, Zhang L, Zhou CX, Cheng JJ, Chan Sc ZS, Lam DQ. Effectiveness of bupropion and counseling for smoking cessation. *Zhonghua Yu Fang Yi Xue Za Zhi*. 2016 Jul 6;50(7):640-4.
19. Stead LF, Perera R, Bullen C, Mant D, Hartmann-Boyce J, Cahill K, Lancaster T. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012 Nov 14;11:CD000146.
20. King JL, Pomeranz JL, Merten JW. A systematic review and meta-evaluation of adolescent smoking cessation interventions that utilized nicotine replacement therapy. *Addict Behav*. 2016 Jan;52:39-45.
21. Bottorff JL, Seaton CL, Viney N, Stolp S, Krueckl S, Holm N. The Stop Smoking Before Surgery Program: Impact on Awareness of Smoking-Related Perioperative Complications and Smoking Behavior in Northern Canadian Communities. *J Prim Care Community Health*. 2016 Jan;7(1):16-23.
22. Ebbert JO, Agunwamba AA, Rutten LJ. Counseling patients on the use of electronic cigarettes. *Mayo Clin Proc*. 2015 Jan;90(1):128-34.
23. Haskins BL, Lesperance D, Gibbons P, Boudreaux ED. A systematic review of smartphone applications for smoking cessation. *Transl Behav Med*. 2017 Jun;7(2):292-299.