مركز الحسين للسرطان

مكتب مكافحة السرطان

Cancer Control Office

وزارة الصحة

الدليل الإرشادي الأردني لعلاج الإدمان على التبغ

لنساعد المدخنين على الإقلاع عن التدخين

صدر في: تشرين الثاني 2013

تمت مراجعته في: شباط 2017

مجموعة إعداد الدليل

- د. فراس الهواري – مدير مكتب مكافحة السرطان، مركز الحسين للسرطان
- د. هبه أيوب – (سابقا) رئيس وحدة مكافحة التدخين في مكتب مكافحة السرطان، مركز الحسين للسرطان
- د. نور عبيدات– رئيس وحدة الأبحاث التطبيقية في مكتب مكافحة السرطان، مركز الحسين للسرطان
- د. مالك حباشنة – (سابقا) مدير مديرية التوعية والإعلام الصحي، وزارة الصحة الأردنية

تمت مراجعة الدليل بالتعاون مع خبراء دوليين:

- **Martin Raw - Special Lecturer, UK Centre for Tobacco Control Studies, University of Nottingham**
- **Scott Leischow - Senior Associate Consultant in Department of Research at Mayo Clinic; Co-lead for Cancer Prevention and Control at Mayo Clinic**
- **Tom Glynn - Director, Cancer Science and Trends and Director, International Cancer Control, American Cancer Society**

تم تطوير و مراجعة وتنقيح الدليل في شباط 2017 من خلال مركز الحسين للسرطان:

- م. رشا بدر – رئيس وحدة مكافحة التبغ، مركز الحسين للسرطان
- د. أسماء حاتوقاي – أخصائي مكافحة التبغ، مركز الحسين للسرطان

نرحب بملاحظاتكم حول تطوير وتنقيح هذا الدليل. وفي حال كان لديكم أية اقتراحات يرجى التواصل معنا من خلال البريد الالكتروني التالي: TDT@khcc.jo

الفهرس

مقدمة 1

نبذة عن الدليل الإرشادي الأردني لعلاج الإدمان على التبغ 2

نبذة عن علاج الإدمان على التبغ في الأردن 3

محتوى الدليل الإرشادي الأردني لعلاج الإدمان على التبغ 5

أولا: تدخلات علاج الإدمان على التبغ 7

- المشورة الموجزة (Brief advice) 7
  - نموذج AAR 7
  - نموذج 5As 9
- الدعم وجها لوجه (Face-to-face support) 11
- العلاج الدوائي للإدمان على التبغ (Pharmacotherapies) 13
  - العلاج الأحادي (Monotherapies) 13
  - الجمع بين أكثر من علاج (Combination therapies) 15

ثانيا: اعتبارات خاصة في علاج الإدمان على التبغ 17

- تقديم الدعم لعلاج الإدمان على التبغ للأطفال واليافعين 17

تقديم الدعم لعلاج الإدمان على التبغ لمدخني الأرجيلة 18

ثالثا: الملاحق 19

- ملحق (1): سياسات مكافحة التبغ 19
- ملحق (2): آلية الإدمان على النيكوتين 20
- ملحق (3): الآثار الصحية المرتبطة بالتدخين واستخدام التبغ 21
- ملحق (4): فوائد الإقلاع عن التدخين 23
- ملحق (5): تقييم مستوى الحافز للإقلاع عن التدخين 24
- ملحق (6): تقييم مستوى الإدمان على النيكوتين 25
- ملحق (7): فحص أول أكسيد الكربون 26
- ملحق (8): المقابلات التحفيزية 27
- ملحق (9): نصائح للمريض 28
- ملحق (10): الانتكاسة والوقاية منها 29
- ملحق (11): أعراض انسحاب النيكوتين من الجسم 31
- ملحق (12): العلاجات الدوائية المستخدمة في علاج الإدمان على التبغ 32
  - دواء الفارنيكلين (Varenicline) 32

- دواء بيوبروبيون (Bupropion) 33
- دواء نورتريبتيلين (Nortriptyline) 35
- لصقات النيكوتين (Nicotine patches) 37
- علكة النيكوتين (Nicotine gum) 38
- حبوب مص النيكوتين (Nicotine lozenges) 40

• ملحق (١٣): الجمع بين أكثر من دواء 42

المراجع 45

مقدمة

لم تعد الأدلة العلمية تقبل الشك فيما للتبغ من آثار ضارة على الصحة وتفاقم الأمراض غير السارية، ولم يعد بالإمكان اغفال النتائج الايجابية على الصحة العامة الناتجة عن الإقلاع عن استخدام التبغ. وعلى الرغم من ذلك، فإن معدلات استخدام التبغ حالياً في الأردن هي من أعلى المعدلات في منطقة شرق المتوسط والعالم، وذلك بين البالغين واليافعين على حد سواء. وبالإضافة إلى العبء الذي يتحمله الأردن جراء استخدام التبغ، فإنه أيضا يواجه تحديات بسبب انتشار عوامل خطورة أخرى مرتبطة بالأمراض غير السارية كسوء التغذية والسمنة وقلة النشاط البدني. لذا فليس غريبا أن السرطان والأمراض القلبية الوعائية هي أهم أسباب الوفاة في الأردن.

وبالرغم من ارتفاع معدلات استخدام التبغ في الأردن وانتشار التدخين في المجتمع حتى بين مقدمي الرعاية الصحية، الا أن العلاج لا يتوفر الا في عدد محدود من العيادات، وبالتالي لا يسهُل الحصول عليه. أما البيانات حول ممارسات مقدمي الرعاية الصحية المتعلقة بعلاج الإدمان على التبغ فهي محدودة جداً، كتلك حول مدى استفسار مقدمي الرعاية الصحية عن استخدام المريض للتبغ (tobacco use screening) ومدى تقديمهم العلاج لمستخدميه. وكل ذلك يؤكد الحاجة لتضافر وتعزيز الجهود لدعم هذه الممارسات (استفسار مقدمي الرعاية الصحية عن استخدام المريض للتبغ وتقديمهم العلاج للمدخنين) ودمجها ضمن نظم الرعاية الصحية القائمة، كالعيادات الصحية والمؤسسات التعليمية وأماكن العمل.

ولذلك فقد عملت وزارة الصحة وشركاؤها على تكثيف الجهود للحد من استخدام التبغ ومن أعبائه الصحية والاقتصادية باستخدام إطار منظمة الصحة العالمية للسياسات الست MPOWER (ملحق 1). ومن هذه الجهود وضع «الدليل الإرشادي الأردني لعلاج الإدمان على التبغ» بهدف تعزيز وتوحيد طرق علاج الإدمان على التبغ (راجع ملحق 2 للتعرف على آلية الإدمان على النيكوتين)، والذي يعد أكبرعامل خطورة تجب الوقاية منه للحد من العديد من الأمراض المزمنة والحالات الصحية في الأردن.

يمكن اعتبار هذا الدليل الإرشادي بمثابة مرجع لمقدمي الرعاية الصحية والمرشدين المهتمين في مجال مكافحة التبغ وعلاج الإدمان على التبغ، فهو يهدف إلى تقديم نبذة عن علاج الإدمان على التبغ في الأردن، ويعرض التدخلات المثبتة علمياً في علاج الإدمان على التبغ والتي يمكن استخدامها في الأردن. وتعد هذه النسخة من الدليل نقطة بداية وستستمر عملية تطويره ومراجعته ما دامت جهود علاج الإدمان على التبغ مستمرة وما دام الدليل مستخدماً في الأردن.

أما بالنسبة لمحتوى الدليل، فقد بُذلت الجهود لتناول المواضيع الرئيسية المتعلقة بعلاج الإدمان على التبغ. فاستهُلّ الدليل بنبذة عن الوضع في الأردن، تبعه وصف لأهم التدخلات التي يمكن توفيرها لمستخدمي التبغ، ومنها ما يُعرف بالمشورة الموجزة (brief advice) والتي بإمكان مقدمي الرعاية الصحية والمرشدين الصحيين ممن تنقصهم الخبرة أو الوقت تقديمها لجميع المراجعين. ومن التدخلات التي يمكن توفيرها أيضا لمستخدمي التبغ الدعم وجها لوجه (face-to-face support)، والذي يتكون من عدة جلسات يتخللها وضع خطة علاجية ووصف الأدويةاللازمة للإقلاع بالإضافة إلى تقديم المشورة والمتابعة. وبما أن الأطباء فقط هم المخولين بوصف الأدوية، فإنه ومن المتوقع أن يقتصر تقديم الدعم وجها لوجه على الأطباء. ونظرا لأهمية الأدوية في علاج الإدمان على التبغ، فقد تم تخصيص جزء كاملٍ لتناول هذا الموضوع. ومن المواضيع الأخرى التي تم تغطيتها في هذا الدليل، تقديم الدعم لمدخني الأرجيله وتقديم الدعم للأطفال واليافعين الذين يستخدمون التبغ، وهما موضوعان في غاية الأهمية في مجال الصحة العامة في الأردن. كما تمت إضافة مجموعة من الملاحق لتوفير مزيد من التفاصيل لمقدمي الرعاية الصحية والمرشدين الصحيين والتربويين الراغبين بالمشاركة بشكل فعال في علاج الإدمان على التبغ.

نبذة عن الدليل الإرشادي الأردني لعلاج الإدمان على التبغ

أُعد الدليل الإرشادي الأردني لعلاج الإدمان على التبغ لتوجيه مقدمي الرعاية الصحية حول كيفية مساعدة المدخنين في الإقلاع عن تدخين التبغ. يحتوي هذا الدليل على مجموعة من الإجراءات والتوصيات التي تمكّن مقدمي الرعاية الصحية (الممرضين والأطباء وأطباء الأسنان والصيادلة والقابلات) والمرشدين الصحيين من تحديد المدخنين من مرضاهم وتوفير ما يلزم من أجل علاج الإدمان على التبغ لديهم. كما يوفر هذا الدليل معلومات لصنّاع القرار في قطاع الرعاية الصحية حول الأدوات والموارد اللازمة لتوفير العلاج.

وهذا الدليل متاح لاستخدام جميع مقدمي الرعاية الصحية بهدف تضمين خدمات علاج الإدمان على التبغ ضمن الأنظمة الوطنية القائمة للرعاية الصحية. وبينما يمكن لأي من مقدمي الرعاية الصحية تقديم المشورة الموجزة، يقتصر تقديم الدعم وجها لوجه على الأطباء وذلك لأنهم الفئة الوحيدة المخولة بوصف الأدوية في الأردن. كما يمكن للمرشدين التربويين ومعلمي المدارس الاستفادة أيضاً من هذا الدليل، وخاصة من الجزء المتعلق بتقديم الدعم للأطفال واليافعين. هذا وتتوفر نسخة من هذا الدليل الإرشادي باللغة الإنجليزية.

ولضمان نشر معلومات طبية موثوقة، يرتكز الدليل إلى أدلة إرشادية عالمية وتقارير ودراسات علمية منشورة. وقد تم موائمة محتوى الدليل -حيثما لزم- بما يتناسب مع الوضع المحلي آخذا بعين الاعتبار الموارد المتاحة في الأردن من خبرات وقوى عاملة وأدوية والعيادات التي توفر الخدمات. فعلى سبيل المثال، تم عرض الأدوية المتوفرة في الأردن بشكل مفصل بينما تم استعراض الأدوية غير المتوفرة بشكل سريع. وقد تمت مراجعة هذا الدليل الإرشادي من قبل خبراء دوليين وصادق عليه خبراء محليون.

لقد تم إعداد الدليل الإرشادي من خلال الخطوات التالية:

- تشكيل مجموعة الدليل الإرشادي الأردني لعلاج الإدمان على التبغ حيث شكلت المجموعة من مكتب مكافحة السرطان في مركز الحسين للسرطان ووزارة الصحة ومجموعة من الخبراء الدوليين. وتم وضع خطة إعداد الدليل والموافقة عليها من قبل جميع اعضاء المجموعة.
- إجراء تحليل للوضع الحالي لممارسات علاج الإدمان على التبغ في الأردن national situational analysis حيث قام مركز الحسين للسرطان ووزارة الصحة بمراجعة البيانات المتاحة في الأردن.
- إعداد الاطار العام لمحتوى الدليل الإرشادي حيث تم استعراض آخر ما توصل إليه العلم في مجال علاج الإدمان على التبغ مع التركيز بشكل كبير على الأدلة الإرشادية العالمية، والدراسات العلمية المنشورة، والتجارب الناجحة في الدول الأخرى. وبعد دراسة الموارد المحلية المتاحة وتحديد الجمهور المستهدف من الدليل والإجراءات المتوقعة من مستخدميه والتحديات المتوقعة، تم تحديد المواضيع التي سيتم التطرق إليها، ومن ثم تم إعداد المحتوى المفصل للدليل.
- مراجعة الدليل الإرشادي حيث تمت مراجعة المسودة الأولى من قبل مجموعة الدليل الإرشادي الأردني لعلاج الإدمان على التبغ، ومن ثم من قبل الجهات الوطنية المعنية (مقدمي الرعاية الصحية الممثلين للجهات الصحية في الأردن)، وأخيرا من قبل مجموعة من الخبراء المحليين والإقليميين والدوليين في مجال مكافحة التبغ والذين حضروا مؤتمر علاج الإدمان على التبغ في عمان * . وقد تم تعديل الدليل الإرشادي وفقاً للملاحظات الواردة.
- مراجعة وتنقيح الدليل الإرشادي حيث تم في شباط 2017 تحديث الإحصاءات وتضمين ما جدّ من دليل علمي وإجراء مراجعة عامة لأقسام الدليل المختلفة.

Towards strengthened tobacco dependence treatment in the Eastern Mediterranean Region: addressing Framework Convention on Tobacco Control (FCTC)'s Article 14". Amman, November 2013

نبذة عن علاج الإدمان على التبغ في الأردن

الأردن دولة نامية يبلغ عدد سكانها نحو عشرة ملايين نسمة. ولقد أدرك الأردن خلال السنوات الأخيرة أن التبغ مشكلة صحية كبرى مما دفعه لاتخاذ خطوات عديدة للتصدي لها. وعلى الرغم من هذا، تشير الدراسات إلى ان مشكلة التبغ تحتل مرتبة عالية بالمقارنة مع دول الجوار.

وفقا لمنظمة الصحة العالمية فإن معدل انتشار تدخين السجائر بين البالغين وصل إلى 70 % بين الرجال و 11 % بين النساء- (1) واستنادا للمسح العالمي للتبغ بين الشباب لعام 2009، فإن نسب مستخدمي التبغ هي 34 % للذكور و 19 % للإناث.(2) وأظهر المسح العالمي للتبغ بين المهنيين الصحيين في عام 2004 أن 34 % من الأطباء الأردنيين يدخنون السجائر*.

تشير الدراسات إلى أن ما يقارب 63 % من المدخنين البالغين حاولوا الإقلاع عن التدخين، ولكن كانت نسبة النجاح في الإقلاع لدى النساء (13 %) أعلى منها عند الرجال (8 %).(3) وبينت الدراسات المحلية العوامل المرتبطة بوجود رغبة في الإقلاع عن التدخين عند مدخني السجائر البالغين ومن تلك العوامل: تدخين عدد أقل من السجائر يوميا، التعرض للرسائل الاعلامية المضادة للتدخين، وجود خلفية علمية طبية، وجود محاولات سابقة للإقلاع، والشعور بعدم السعادة (4) ومن الجدير بالذكر أيضا أن 52 % من المدخنين اليافعين لديهم الرغبة في الإقلاع عن التدخين (2)

وقد صادق الأردن على اتفاقية منظمة الصحة العالمية الإطارية بشأن مكافحة التبغ في آب 2004 والتزم بتنفيذ الاتفاقية وأدلتها الإرشادية. وتوصي المادة 14 من الاتفاقية (التدابير الرامية إلى الحد من الطلب فيما يتعلّق بالاعتماد على التبغ والإقلاع عنه) بأن تقوم الدول الموقعة على هذه الاتفاقية بتطوير وتنفيذ برامج فعالة ضمن الخطط والاستراتيجيات الصحية الوطنية لدعم الإقلاع عن استخدام التبغ، بحيث تتضمن هذه البرامج التشخيص والمشورة والعلاج (5) ويوصي الدليل الإرشادي للمادة 14 الحكومات بتعزيز أو إنشاء بنية تحتية مستدامة تحفز محاولات الإقلاع، وتضمن حصول الفرد على الدعم للإقلاع، وتوفر موارد مستدامة تضمن استمرارية توافر هذا الدعم (6)

والمواقع الحكومية الوحيدة التي توفر العلاج هي عيادات ثلاث تابعة لوزارة الصحة وتتوفر ضمن مراكز صحية أولية وهي موزعة على الوسط والشمال والجنوب. وتوفر هذه العيادات المشورة والعلاج الدوائي مجانا للمدخنين الراغبين في الإقلاع. كما توجد في مركز الحسين للسرطان أربع عيادات أخرى تقدم المشورة والعلاج الدوائي لمرضى السرطان وغيرهم من العامة. ولا يتوفر حتى الآن خط ساخن (quit-line) لتقديم المساعدة في الإقلاع عن التدخين.

أما بالنسبة للعلاجات الدوائية فتلك المتاحة في الأردن هي فارنيكلين وبدائل النيكوتين وبالتحديد اللصقات والعلكة وحبوب المص. ومع أن دواء بيوبروبيون غير مسجل بعد في المؤسسة العامة للغذاء والدواء إلا أنه متوفر في مركز الحسين للسرطان.

وأخيرا، وبالنسبة للتدريب على علاج الإدمان على التبغ فقد ازداد في السنوات الأخيرة. فمنذ عام 2011 تم تدريب ما يزيد عن 350 من مقدمي الرعاية الصحية في الأردن (أطباء وأطباء أسنان وصيادلة وممرضين) وما يزيد عن 300 مرشد صحي (معلم صحة) على المبادئ الأساسية لمكافحة التبغ وعلاج الإدمان عليه.

* بيانات إحصائية غير منشورة تم الحصول عليها من وزارة الصحة الأردنية

محتوى الدليل الإرشادي الأردني
لعلاج الإدمان على التبغ

أولا: تدخلات علاج الإدمان على التبغ

1. المشورة الموجزة (Brief advice)

هناك أكثر من نموذج لتقديم المشورة للمدخنين ومنها نموذج «AAR» الذي يتضمن السؤال والنصح والتحويل، ونموذج «5As» الذي يتضمن السؤال والنصح والتقييم والمساعدة والمتابعة.

يرفع تقديم المشورة الموجزة من معدلات النجاح في الإقلاع عن التبغ. فحتى عندما لا يكون مستخدم التبغ على استعداد لمحاولة الإقلاع، فإن تقديم مقدم الرعاية للمشورة الموجزة يزيد من مستوى الحافز عند المريض ومن احتمالية قيامه بمحاولات للإقلاع في المستقبل-(7) وعندما يراجع المدخن الخدمات الصحية طلبا لاستشارة طبية معينة ويقوم الطبيب بتقديم المشورة الموجزة له، فإن هذا يزيد من معدلات الإقلاع عن التدخين (والتي يستمر فيها الشخص مقلعا عن التدخين على الأقل لمدة 6-12 شهر) بمعدل نقطتين مئويتين بالمقارنة مع عدم القيام بأي تدخل (8)

إن الغاية المرجوة من المشورة الموجزة هي مساعدة مستخدم التبغ على إدراك ما يتعرض إليه من مخاطر بسبب استخدام التبغ، وما يترتب على الإقلاع من فوائد. ولا تعد المشورة الموجزة وحدها علاجاً للإدمان على التبغ، ولكنها تحث مستخدمي التبغ على محاولة الإقلاع. أما بالنسبة للمدخنين الشرهين، فإن المشورة الموجزة قد تشجعهم على طلب أو تقبل تلقي العلاج (9)

نموذج AAR (10,12)

يُنصح باستخدام نموذج «AAR» في مؤسسات الرعاية الصحية الأولية. حيث يقوم مقدم الرعاية الصحية (الطبيب أو الممرض أو طبيب الأسنان أو الصيدلي أو القابلة) بسؤال المريض عما إن كان مدخنا، ونصحه بالإقلاع عن التدخين والشرح له عن أضرار التدخين، وتحويله إلى خدمات علاج الإدمان على التبغ أو تزويده بأي مصادر أخرى كالنشرات العلمية التوعوية الخاصة بالإقلاع.

يتألف هذا النموذج من ثلاث خطوات تستغرق في العادة حوالي 3 دقائق: السؤال ثم تقديم النصيحة ثم التحويل.

1. السؤال عن استخدام التبغ :(Ask)

- اسأل في كل زيارة عما إن كان المريض يستخدم التبغ أو إن سبق له ذلك أو ان لم يسبق له استخدامه أبدا.
- حدد شكل التبغ الذي يستخدمه المريض (سجائر أو أرجيلة أو غيرها).
- حدد كمية وتكرار استخدام المريض للتبغ (مثلا عدد السجائر أو الأراجيل المستهلكة في اليوم أو الأسبوع).
- وثق حالة استخدام التبغ في ملف المريض الطبي.

2. تقديم النصيحة (Advise):

- حث كل مستخدم للتبغ على الإقلاع بطريقة واضحة بحيث تخاطب المريض بشكل شخصي. مثال: «ما رأيك بتدخينك؟» أو «هل تعلم كيف يؤثر التدخين على صحتك؟».
- اشرح للمريض عن ارتباط التدخين بمشاكله الصحية (حسب الحالة) وكيف أن التوقف عن التدخين يعود عليه بالنفع. مثال: «لقد أثرّ التدخين سلبا على حالة رئتيك، وتوقفك عن التدخين هو أهم ما يمكنك القيام به لحمايتهما»). راجع الملحق 3 للتعرف على الآثار الصحية المرتبطة بالتدخين واستخدام التبغ.
- سلّط الضوء على فوائد الإقلاع عن التدخين. راجع الملحق 4 للتعرف على فوائد الإقلاع.
- أكد على مستخدمي التبغ ممن لم تتكلل محاولاتهم السابقة في الإقلاع بالنجاح بأن أغلب المقلعين يحاولون مرارا قبل أن يتمكنوا من تحقيق الإقلاع التام عن التدخين. مثال: « أتفهم مدى صعوبة الإقلاع عن التدخين، ولكن إن رغبت بذلك يكنني مساعدتك».
- وثق النصيحة في ملف المريض الطبي.

3. تحويل المريض إلى خدمات علاج الإدمان على التبغ (Refer):

- ساعد المهتمين بالإقلاع عن التدخين من خلال تقديم المعلومات عن خدمات الإقلاع عن التبغ وتحويلهم إليها.
- قدّم الدعم لجميع المدخنين من خلال مواد المساعدة الذاتية (عند توفرها). تتمثل مواد المساعدة الذاتية بكافة الوسائل التي تعرّف المريض بمخاطر استخدام التبغ وطرق الإقلاع عنه، مثل البروشورات التوعوية والكتيّبات.
- وثق كل ما تم إجراؤه في ملف المريض الطبي.

نموذج AAR (10,12)

نموذج 5As (7,9)

يمكن استخدام نموذج 5As كنموذج آخر من المشورة الموجزة في مؤسسات الرعاية الصحية الأولية. ويقوم مقدم الرعاية الصحية (الطبيب أو الممرض أو طبيب الأسنان أو الصيدلي أو القابلة) بسؤال المريض عما إن كان مدخنا، ونصحه بالإقلاع عن التدخين والشرح له عن أضرار التدخين، وتقييم مدى استعداده للإقلاع عن التدخين، ومن ثم مساعدته في وضع خطة للإقلاع أو توفير معلومات عن خدمات علاج الإدمان على التبغ المتخصصة، وأخيرا يتم تحديد موعد للمتابعة أو تحويل المريض إلى الخدمات المتخصصة. وبالمقارنة مع نموذج AAR، فإن تطبيق نموذج 5As بشكل صحيح يحتاج إلى وقت أطول قليلاً وإلى خبرة أكبر.

يتألف هذا النموذج من خمس خطوات ويحتاج تنفيذها إلى حوالي 5 دقائق: السؤال ثم النصح ثم التقييم ثم المساعدة ثم المتابعة.

1. السؤال عن استخدام التبغ :(Ask)

- اسأل في كل زيارة عما إن كان المريض يستخدم التبغ أو إن سبق له ذلك أو إن لم يسبق له استخدامه أبدا.
- حدد شكل التبغ الذي يستخدمه المريض (سجائر أو أرجيلة أو غيرها).
- حدد كمية وتكرار استخدام المريض للتبغ (مثلا عدد السجائر أو الأراجيل المستهلكة في اليوم أو الأسبوع).
- وثق حالة استخدام التبغ في ملف المريض الطبي.

2. تقديم النصيحة (Advise):

- حث كل مستخدم للتبغ على الإقلاع بطريقة واضحة تخاطب المريض بشكل شخصي، مثال: «ما رأيك بتدخينك؟» أو «هل تعلم كيف يؤثر التدخين على صحتك؟».
- اشرح للمريض عن ارتباط التدخين بمشاكله الصحية (حسب الحالة) وكيف أن التوقف عن التدخين يعود عليه بالنفع، مثال: «لقد أثر التدخين سلبا على حالة رئتيك، وتوقفك عن التدخين هو أهم ما يمكنك القيام به لحمايتهما». راجع الملحق 3 للتعرف على الآثار الصحية المرتبطة بالتدخين واستخدام التبغ.
- سلط الضوء على فوائد الإقلاع عن التدخين. راجع الملحق 4 للتعرف على فوائد الإقلاع.
- أكد على مستخدمي التبغ ممن لم تتكلل محاولاتهم السابقة في الإقلاع بالنجاح بأن أغلب المقلعين يحاولون مرارا قبل أن يتمكنوا من تحقيق الإقلاع التام عن التدخين، مثال: « أتفهم مدى صعوبة الإقلاع عن التدخين، ولكن إن رغبت بذلك يكنني مساعدتك».
- وثق النصيحة في ملف المريض الطبي.

3. تقييم استعداد المريض لمحاولة الإقلاع (Assess):

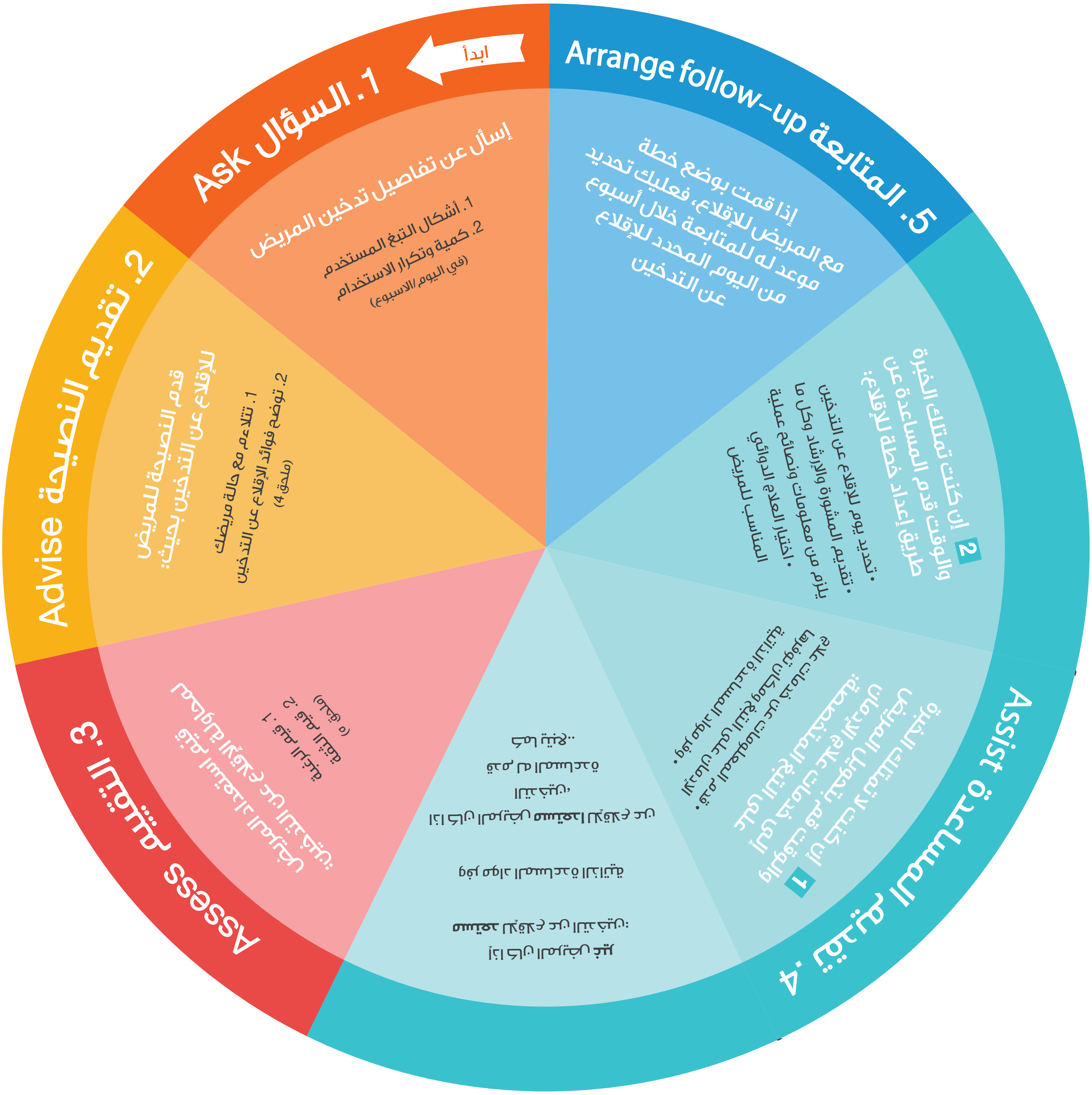
- قيّم أهمية الإقلاع عن التدخين للمريض (اهتمام المريض بالإقلاع ورغبته بأن يصبح غير مدخن). عد للملحق 5 للمساعدة.
- قيم ثقة المريض في قدرته على الإقلاع عن التدخين (اعتقاده بأنه سيتمكن من الإقلاع عن التدخين بنجاح).عد للملحق 5 للمساعدة.
- وثق الاستعداد للإقلاع في ملف المريض الطبي.

4. تقديم المساعدة في محاولات الإقلاع عن التدخين (Assist):

- إن كان المريض على استعداد للإقلاع، فهناك خياران:
  - إن لم يتوفر لديك الوقت والخبرة فقم بتحويل المريض إلى خدمات علاج الإدمان على التبغ المتخصصة.
  - أما إن كانت لديك الخبرة الكافية (مثلا من خلال الحصول على تدريب متخصص في علاج الإدمان على التبغ) فساعد المرضى المستعدين للإقلاع بوضع خطة للإقلاع وتقديم الدعم وجها لوجه.
- قدم مواد المساعدة الذاتية لجميع المدخنين (عند توفرها). تتمثل مواد المساعدة الذاتية بكافة الوسائل التي تعرّف المريض بأخطار التبغ وطرق الإقلاع عنه، مثل: البروشورات والكتيّبات التوعوية
- وثق ما تم تقديمه من مساعدة للمريض في ملفه الطبي.

5. المتابعة (Arrange):

- في حال قمت بتقديم الدعم للمريض وجها لوجه، فرتب له موعدا للمتابعة خلال أسبوع من اليوم المحدد للإقلاع عن التدخين.
- وثق كل ما تم تقديمه للمريض في ملفه الطبي.



ابدأ
1. السؤال Ask
إسأل عن تفاصيل تدخين المريض
1. أشكال التبغ المستخدم
2. كمية وتكرار الاستخدام
(في اليوم/الاسبوع)
2. تقديم النصيحة Advise
قدم النصيحة للمريض للإقلاع عن التدخين بحيث:
1. تتلاءم مع حالة مريضك
2. توضح فوائد الإقلاع عن التدخين
(ملحق 4)
Assess
Assist
5. المتابعة Arrange follow-up
إذا قمت بوضع خطة مع المريض للإقلاع، فعليك تحديد موعد له للمتابعة خلال أسبوع من اليوم المحدد للإقلاع عن التدخين
2 إن كنت تمتلك الخبرة والوقت قدم المساعدة عن طريق إعداد خطة للإقلاع:
• تحديد يوم للإقلاع عن التدخين
• تقديم المشورة والإرشاد وكل ما يلزم من معلومات ونصائح عملية
• اختيار العلاج الدوائي المناسب للمريض

نموذج 5As (7,9)

2. الدعم وجها لوجه (Face-to-face support)

يتعامل الأطباء مع العديد من الأمراض المزمنة. والإدمان على التبغ يعد من الأمراض المزمنة التي تتعرض للعديد من الانتكاسات وتحتاج إلى علاج كغيرها من الأمراض المزمنة. وهنا يأتي الدعم وجها لوجه كأحدى الوسائل العلاجية التي يوفرها مقدمو الرعاية الصحية المتخصصون للمدخنين الراغبين في الإقلاع عن التدخين. ففي هذه الجلسات يتم مساعدة المدخن في الإقلاع عن التدخين بتقديم النصح والمشورة، ووصف العلاج المناسب، والمتابعة. ومن الممكن عقد جلسات فردية (حيث يقابل الأخصائي مريضا واحدا) أو جماعية (حيث يقابل الأخصائي مجموعة من المرضى في الجلسة الواحدة).

هناك دليل واضح على أن تقديم الدعم وجها لوجه يرفع من معدلات الإقلاع عن التدخين مقارنة بتقديم المشورة الموجزة وحدها-(13, 14) فعندما يحدد المدخن تاريخاً للإقلاع عن التدخين وتتوفر لديه الرغبة في الحصول على المشورة، فإن الدعم وجها لوجه يزيد من معدلات الإقلاع عن التدخين (أولئك الذين يستمرون مقلعين بعد 6-12 شهر من اليوم الذي اقلعوا فيه عن التدخين) بمقدار 4% مقارنة بتقديم المواد المطبوعة أو تقديم المشورة الموجزة للمريض (8)

كما تشير الأدلة إلى أن معدلات الإقلاع أعلى في العموم عند استخدام الدواء مقروناً بالدعم وجها لوجه وإلى أن مدى الالتزام بأدوية الإقلاع عن التدخين يميل إلى الانخفاض في غياب التوجيه السلوكي، فيما يرتبط ضعف الالتزام بالعلاج بانخفاض معدلات الإقلاع عن التدخين-(7) وبالتالي، إذا ما أتيحت الفرصة، يجب استخدام التوجيه السلوكي وأدوية الإقلاع بالتزامن مع بعضهما البعض. وعندما لا يكون من الممكن استخدام علاج دوائي، فيوصى باستخدام العلاج غير الدوائي كالتوجيه السلوكي وذلك للتأكد من حصول جميع المدخنين على شيء من الدعم.

ومن المهم الالتزام بالمبادئ الأساسية للدعم وجها لوجه ومن ذلك إجراء التقييم الأولي للمريض، وتحديد موعد للإقلاع عن التدخين، والتأكيد على أهمية الإقلاع التام، وتوفير العديد من جلسات المشورة (7) ويرتبط زيادة عدد ومدة جلسات الدعم وجها لوجه بزيادة معدلات الإقلاع (7) وللحصول على نتائج أفضل، يستحسن أن يخصص الطبيب وقتا خاصا (زيارة خاصة) لتقديم الدعم وجها لوجه للإقلاع عن التدخين بمعزل عن التعامل مع حاجات المريض الصحية الأخرى (7) وينبغي أن يوفر الأطباء لجميع المدخنين الراغبين في الإقلاع العلاج على شكل أربع جلسات من الدعم وجها لوجه على الأقل. وقد أثبت هذا فعاليته في زيادة معدلات الإقلاع عن التدخين. وتتطلب مساعدة المدخن على الإقلاع ما مدته 20-25 دقيقة (5-10 دقائق في الزيارة الأولى وثم عدة دقائق في الزيارات اللاحقة).

ويبين المخطط التالي مراحل تقديم الدعم وجها لوجه بالتفصيل.

1 إجراء التقييم الأولي:

جمع المعلومات وتقييم ما يلي | توثيق المعلومات في الملف الطبي للمريض

العوامل الديموغرافية	تفاصيل استخدام التبغ	الوضع الصحي للمريض	عوامل أخرى غير طبية
☐ العمر ☐ الجنس ☐ الحالة الاجتماعية ☐ عدد الأطفال ☐ المستوى التعليمي	☐ العمر عند بدء التدخين ☐ أشكال التبغ المستخدمة ☐ عدد السجائر (أو غيرها من أشكال التبغ) المستخدمة يوميا أو أسبوعيا ☐ محاولات الإقلاع السابقة (المدة والأدوية المستخدمة وأسباب فشل محاولات الإقلاع)	☐ كل ما يعانيه من أمراض (السكري وارتفاع ضغط الدم والأمراض القلبية الوعائية..) بما فيها الأمراض النفسية وتعاطي المخدرات ☐ استخدام أدوية أخرى ☐ العلامات الحيوية ووزن الجسم	☐ مستوى الدعم الاجتماعي ☐ أنماط التدخين في البيت/العمل ☐ الأسباب الشخصية المحفزة للإقلاع ☐ المعيقات والعوامل المساعدة
مستوى الإدمان ☐ من خلال اختبار فاغيرستروم لإدمان النيكوتين (لمزيد من التفاصيل عد للملحق 6)	**أسباب التدخين وأسباب الرغبة في الإقلاع عنه**	**مستوى الحافز** ☐ الأهمية ☐ الثقة (لمزيد من التفاصيل عد للملحق 5)	**مستوى أول اكسيد الكربون** (لمزيد من التفاصيل عد للملحق 7)

2 وضع خطة الإقلاع:

رسم خطة واضحة بالتعاون مع المريض | توثيق الإجراءات في الملف الطبي للمريض

قدم العلاج السلوكي للمريض:

- تحديد يوم للإقلاع عن التدخين: اطلب من المريض تحديد يوم للاقلاع على أن لا يبعد أكثر من أسبوع عن تاريخ الزيارة الأولى، وكحد أقصى أسبوعين ان كانت درجة الإدمان على النيكوتين مرتفعة.
- تواصل مع المريض بطريقة تساعده خلال عملية التغيير بحيث تعزز الدافع الشخصي والالتزام بتغيير السلوك (عد للملحق 8 المقابلات التحفيزية).
- شجع المريض على بذل جهود جبارة لبدء عملية الإقلاع قبل أسبوع من اليوم المحدد للإقلاع (عد للملحق 9 لبعض النصائح).

حدد العلاجات الدوائية المناسبة (للتفاصيل عد للقسم الثالث من الدليل الخاص بالعلاج الدوائي):

- اختر العلاجات المناسبة
- أرشد المريض حول كيفية تناول الأدوية
- اخبر المريض بأهم الاثار الجانبية للأدوية

اعمل على الوقاية من الانتكاسة (لمزيد من التفاصيل عد للملحق 10):

- تناول موضوع الانتكاسة ابتداء من مرحلة إجراء التقييم الأولي
- حدد المواقف التي قد تسبب الانتكاسة
- ساعد المدخن على رفع ثقته بقدرته على الإقلاع
- استخدم تصوير المواقف
- قم بإعداد خطة العلاج الدوائي لتتناسب مع المريض بشكل فردي

3 اتخاذ الإجراءات اللازمة للمتابعة:

في كل زيارة متابعة قم بتقييم ما يلي مع المريض | توثيق الإجراءات في الملف الطبي للمريض

- حدد حالة استخدام التبغ عند المريض (مُقلع، أو عاد لنمط الاستخدام السابق، أو يستخدم بشكل أقل من السابق)
- حدد المشاكل التي تواجه المريض (مثلا الأعراض الانسحابية)
- قيم استخدام العلاج الدوائي ومشاكله (مثلا توفره والآثار الجانبية)
- إن حدثت الانتكاسة وقام المريض باستخدام التبغ فاستفسر عن مسببات ذلك واطلب من المريض أن يجدد التزامه بالإقلاع التام عن التبغ
- توقع وناقش التحديات التي من الممكن أن يواجهها المريض في المستقبل القريب (لمنع حصول الانتكاسة)
- وفر مواد المساعدة الذاتية والتي تتمثل بكافة الوسائل التي تعرّف المريض عن أخطار التبغ وطرق الإقلاع عنه، مثل: البروشورات والكتيّبات التوعوية
- وثق ما تم من إجراءات في ملف المريض

3. العلاج الدوائي للإدمان على التبغ (Pharmacotherapies)

بشكل عام، فإن الأدوية المستخدمة للإقلاع عن التدخين آمنة وذات جدوى اقتصادية، لذا في حال عدم وجود موانع لاستعمالها، يجب استخدامها مع كل من يرغب بالإقلاع عن التدخين (7, 15) آخذا بعين الاعتبار ضرورة اقتران العلاج الدوائي بتوفير المشورة وذلك لأن الفعالية الناتجة عن اقترانهما أعلى من استخدام أي منهما بمفرده (7) ومن المهم أيضا التعامل مع العلاج الدوائي للإدمان على التبغ بطريقة مماثلة لاستخدام الأدوية في علاج الأمراض المزمنة، حيث أنه قد تدعو الحاجة إلى عدة محاولات من العلاج باستخدام الأدوية قبل تحقيق الإقلاع التام عن التدخين (15)

إن تحديد جرعات الأدوية بشكل صحيح يتطلب معرفة أعراض انسحاب النيكوتين التي يعاني منها المدخن أثناء العلاج، لذا من الضروري الاستفسار عنها (راجع ملحق 11 للتعرف عليها) ومن ثم ضبط جرعات الأدوية بشكل مناسب لتخفيف هذه الأعراض. لقد تم تفصيل الجرعات وفترات العلاج بالأدوية ضمن الملحق 12، إلا أن العلاج على المستوى الفردي قد يتطلب بعض التعديلات على هذه الجرعات أو على الفترات الزمنية للعلاج من أجل تلبية احتياجات المريض الفردية بشكل أفضل.

تشكل بداية علاج الإدمان على التبغ تحدياً للمدخن، وبالتالي فإن الاستخدام المكثف للأدوية مهم للتأكد من أن الأدوية ستحقق أكبر أثر ممكن. فاستخدام العلاج بشكل لا يلبي احتياجات المريض (كاستخدام جرعات أقل من اللازم أو استخدام دواء واحد فقط في الحالات التي تتطلب الجمع بين أكثر من دواء) قد يضعف من فرص نجاح العلاج الدوائي في مساعدة المدخن مما يعيق تحقيق النتائج المتوقعة. وتشير الأدلة العلمية إلى أن تكثيف العلاج الدوائي (وخاصة عند المدخنين الشرهين) آمن ويزيد من فعالية العلاج لتحقيق الامتناع عن التدخين أو الحفاظ عليه (7) وقد تتضمن التدخلات الدوائية المكثفة ما يلي:

- مدة أطول من العلاج
- جرعات أعلى من الأدوية
- الجمع بين عدة علاجات مثل الجمع بين بدائل النيكوتين طويلة المفعول وقصيرة المفعول بحيث يتم استخدام جرعات وفيرة من هذه البدائل، أو مثل استعمال الأدوية التي لا تحتوي على النيكوتين (تؤخذ عن طريق الفم) وجمعها مع بدائل النيكوتين (طويلة أو قصيرة المفعول).

فيما يلي عرض موجز للأدوية المستخدمة في علاج الإدمان على التبغ.

العلاج الأحادي (Monotherapies)

تستخدم الفئات التالية من الأدوية لعلاج الإدمان على التبغ. وتم إيراد التفاصيل الخاصة بوصف استخدام كل منها ومعدلات الإقلاع في الملحق 12.

1. بدائل النيكوتين (Nicotine replacement therapies) (7,15,16)

- من الأدوية المعتمدة كخيار أول لعلاج الإدمان على التبغ.
- آلية عمل بدائل النيكوتين: عند التوقف عن التدخين، تنخفض نسبة النيكوتين التي تصل إلى الدماغ وتشغل المستقبلات، فتتولد لدى الشخص رغبة شديدة بالتدخين، لذا تقوم هنا بدائل النيكوتين بكبح هذه الرغبة بإشغالها لهذه المستقبلات بكميات محددة ومدروسة من النيكوتين، مما يؤدي إلى الحد من الآثار الانسحابية وبالتالي يقلل من التأثير المعزز الذي يولده النيكوتين الصادر من التبغ.
- يوجد نوعين من بدائل النيكوتين
  - طويلة المفعول: لصقات النيكوتين
  - قصيرة المفعول: حبوب مص النيكوتين، العلكة، بخاخ الفم ، بخاخ الأنف*، الأقراص تحت اللسان*، ورذاذ النيكوتين*.
- جميع أنواع بدائل النيكوتين توصل لمستخدمها النيكوتين بتراكيز أدنى من تلك التي توصلها السجائر، الا أن بخاخ الأنف قادر على رفع مستوى النيكوتين في الجسم بسرعة أكبر ولمستويات أعلى مقارنة بأشكال البدائل الأخرى، وبالتالي فهو الأكثر محاكاة لتأثير السجائر.
- فيما يلي نشير إلى بعض المفاهيم الخاطئة الشائعة والتي تحد من استخدام بدائل النيكوتين: (17)
  - التصور الخاطئ بأن لبدائل النيكوتين مضارا، وهو عكس الحقيقة حيث أن المخاطر المرتبطة بالنيكوتين الصادر من بدائل النيكوتين أقل بكثير من المخاطر المرتبطة بالتدخين.
  - المخاوف من إساءة استعمال بدائل النيكوتين والإدمان عليها مبالغ فيها، وفي الحقيقة فذلك أمر نادر والواقع أن استخدام هذه

*هذه الأدوية غير مسجلة بعد في الأردن

البدائل بجرعات أقل من المطلوب يعد المشكلة الأكبر، حيث أن استخدام جرعات أقل من المُوصى بها من بدائل النيكوتين، وخاصة عند بداية العلاج عندما تكون الأعراض الانسحابية في ذروتها، يقلل من فرص نجاح العلاج.

- يمكن استخدام بدائل النيكوتين بأمان مع مرضى القلب والأوعية الدموية (باستثناء أولئك الذين يعانون من عدم استقرار الدورة الدموية ، كمن أصيب حديثا بنوبة قلبية).

2. فارنيكلين (Varenicline) (18,21)

- من الأدوية المعتمدة كخيار أول لعلاج الإدمان على التبغ.
- آلية عمله: فارنيكلين هو معزز جزئي لمستقبلات النيكوتين في الدماغ، وبالتحديد لمستقبل الأستيل كولين النيكوتيني (مستقبل الفا 4 بيتا 2) Nicotinic acetylcholine receptor partial agonist . يرتبط فارنيكلين بمستقبلات النيكوتين في الدماغ فيمنع ارتباط النيكوتين الصادرمن التبغ بها، وبالتالي يتم الحد من التأثير المجزي والمعزز للتبغ. ولأن فارنيكلين يعمل كمعزز جزئي، فإن إرتباطه مع المستقبلات يعمل كذلك على تحفيز إفراز الدوبامين Dopamine (بطريقة مماثلة لتلك التي تنتج عند تعاطي النيكوتين) وبالتالي فهو يكبح الرغبة الشديدة بالتدخين ويخفف من الأعراض الانسحابية.
- أثارت الآثار الجانبية النادرة التالية بعض المخاوف إزاء استخدام فارنيكلين، مع أن حدوثها نادر والدراسات الدوائية عليها غير حاسمة. وعلى الرغم من ضرورة علم من يصف هذا الدواء بهذه الآثار الجانبية نادرة الحدوث (كما هو مبين أدناه)، الا أن دواء فارنيكلين عموما دواء آمن ولا يجب أن تحد آثاره الجانبية من استخدامه كعلاج للإدمان على التبغ:
  - أحداث مرتبطة بالقلب والأوعية الدموية: تتفاوت نتائج الدراسات التي تبحث في احتمالية حدوث آثار جانبية تؤثر على القلب والشرايين لدى مستخدمي فارنيكلين مقارنة بمن لا يستخدم هذا الدواء. الا أن هذه الدراسات تشير إلى أن احتمالية وقوع هذه الأحداث ضئيلة (تراوحت معدلاتها بين مستخدمي فارنيكلين من 0.3 % إلى 1.06 %).
  - في السابق، كان هناك تحذير على علبة الدواء (black box warning) حول تقلبات المزاج والميول الانتحارية والسلوكيات العدوانية، لكن قامت هيئة الغذاء والدواء الأمريكية (FDA) في عام 2016 بإزالة هذا التحذير لعدم وجود أدلة كافية تثبت علاقة الدواء بالتسبب بهذه الأعراض (22)

3. بيوبروبيون (Bupropion) (23,24)*

- من الأدوية المعتمدة كخيار أول لعلاج الإدمان على التبغ.
- لم يتم تسجيله في الأردن بعد، إلا أنه متوفر في مركز الحسين للسرطان.
- آلية عمله: لكونه مضاد اكتئاب أحادي الحلقة Monocyclic antidepressant، فإن بيوبروبيون يمنع اعادة امتصاص النورإبينفرين والدوبامين Norepinephrine-dopamine reuptake inhibitor وقد يثبط بيوبروبيون وظيفة مستقبل الأستيل كولين النيكوتيني لكن آلية عمله الدقيقة كعلاج للادمان على التبغ غير واضحة حتى الآن.
- كما هو الحال مع فارنيكلين، فقد قررت هيئة الغذاء والدواء الأمريكية (FDA) في عام 2016 ازالة التحذير على علبة دواء بيوبروبيون فيما يخص الميول الانتحارية وغيرها من الآثار الجانبية العصبية والنفسية حيث أن هذه الأعراض نادرة الحدوث ولا يوجد أدلة قاطعة تثبت علاقة الدواء بالتسبب بهذه الأعراض (22)
- هناك احتمالية لحصول نوبة صرع مع استخدام بيوبروبيون (الاحتمالية 1:1000 أو 0.1 % على جرعة 300 ملغ/اليوم) وتزداد الاحتمالية بزيادة الجرعة، لذا يتم تقييم احتمالية نوبة الصرع ويتم تجنب بيوبروبيون إذا ما زادت احتماليتها (مثلا بعد الإصابة بصدمة شديدة على الرأس) .

فيما يلي أدوية أخرى لكنها ليست معتمدة كخيار أول لعلاج الإدمان على التبغ:

- نورتريبتيلين (Nortiptyline) (7,23,25) من الأدوية المعتمدة كخيار ثاني لعلاج الإدمان على التبغ. وهو مضاد اكتئاب ثلاثي الحلقات Tricyclic antidepressant الا أن آلية عمله للمساعدة في الإقلاع عن التدخين غير واضحة. وكمعظم مضادات الاكتئاب، فهو يتضمن تحذيرا بشأن الانتحار. لذا ينبغي متابعة المريض عند استخدامه تحسباً لحدوث تغيرات في السلوك أو الأحداث ذات الصلة بالانتحار.
- سايتيسين (Cytisine) (8,26,27) ** : لدى سايتيسين خصائص دوائية مماثلة لفارينيكلين. وهو مرخص حاليا في بعض أسواق أوروبا الشرقية إلا أنه أرخص من فارنيكلين، مما يجعله دواء يمكن تسجيله مستقبلاً في الأردن.

*هذا الدواء غير مسجل بعد في الأردن ولكنه متوفر في مركز الحسين للسرطان

**هذا الدواء غير مسجل بعد في الأردن

- كلونيديـن (Clonidine) (7) : كلونيديـن معـزز لمسـتقبلات ألفـا 2 الأدرينالية ويسـتخدم فـي عـلاج ارتفـاع ضغـط الـدم. كمـا يعـد مـن أدويـة الخـط الثانـي لعـلاج الإدمـان علـى التبـغ (يعتقـد أن كلونيديـن يعاكـس فـي الجهـاز العصبـي المركـزي الأعـراض الانسـحابية للنيكوتيـن مثـل الرغبـة الشـديدة للتدخيـن والقلـق).و نظـرا لكونـه يخفـض ضغـط الـدم، يجـب الحـذر عنـد اسـتخدام الكلونيديـن ومراقبـة ضغـط الـدم عنـد المدخـن بشـكل حثيـث اثنـاء العـلاج تحسـبا مـن الآثـار الجانبيـة.

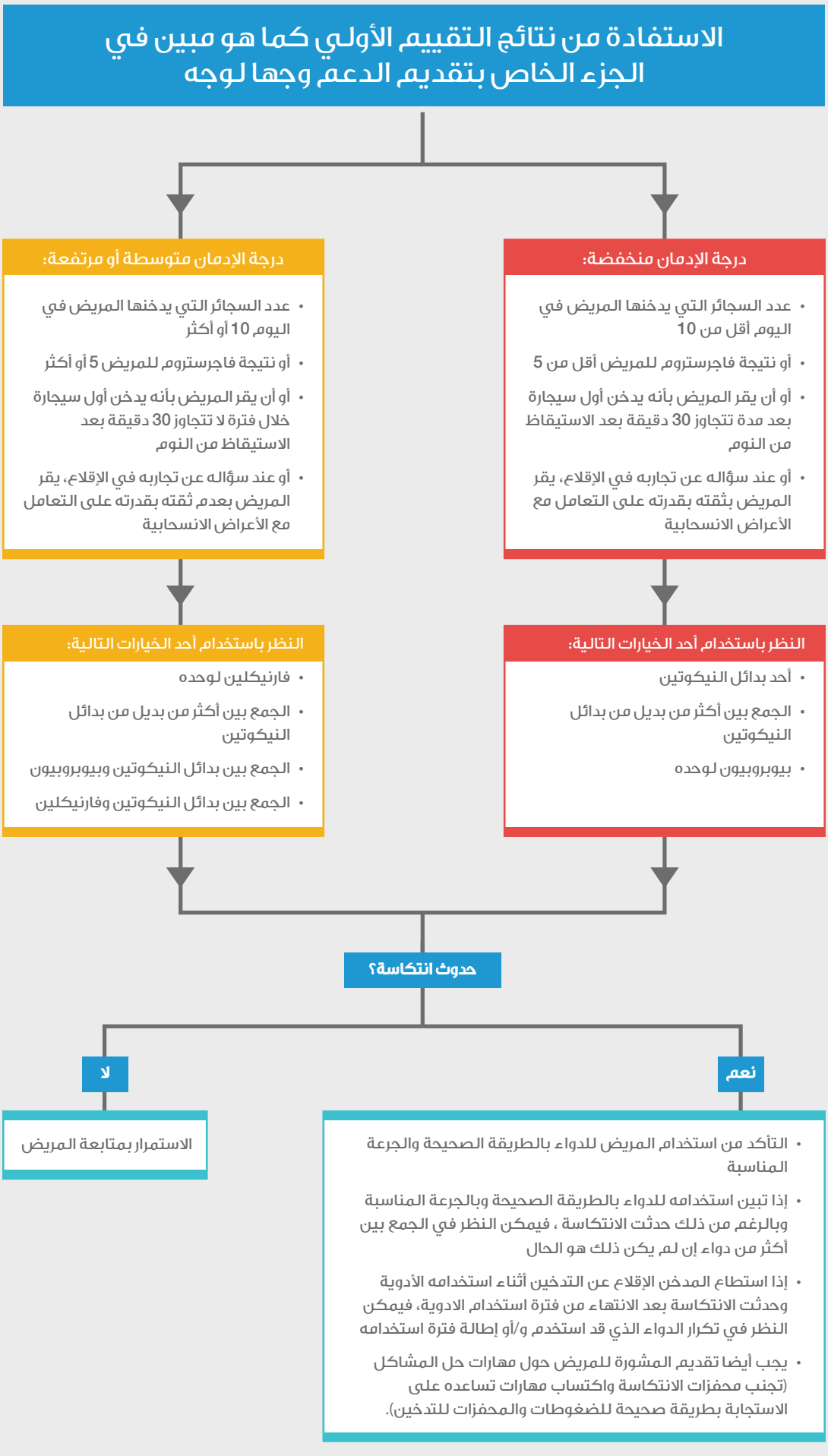
الجمع بين أكثر من علاج (Combination therapies)

تشـير الأدلـة الطبيـة إلـى أن الجمـع بيـن أكثـر مـن دواء أعلـى فعاليـة مـن اسـتخدام دواء واحـد لعـلاج الإدمـان علـى التبـغ. ويمكـن الجمـع بيـن الأدويـة علـى النحـو التالـي (لمزيـد مـن التفاصيـل عـد إلى الملحـق 13):

- بدائـل النيكوتيـن طويلـة المفعـول (لصقـات النيكوتيـن) مـع بدائـل النيكوتيـن قصيـرة المفعـول (حبـوب مـص النيكوتيـن أو علكـة النيكوتيـن أو بخـاخ فـم النيكوتيـن أو بخـاخ أنـف النيكوتيـن) (7, 15, 16)
- بيوبروبيـون مـع بدائـل النيكوتيـن قصيـرة المفعـول (حبـوب مـص النيكوتيـن أو علكـة النيكوتيـن أو بخـاخ النيكوتيـن أو بخـاخ أنـف النيكوتيـن) (7, 28, 29)
- بيوبروبيون مع بدائل النيكوتين طويلة المفعول (لصقات النيكوتين) (7, 28, 29)
- فارنيكليـن مـع بدائـل النيكوتيـن قصيـرة المفعـول (حبـوب مـص النيكوتيـن أو علكـة النيكوتيـن أو بخـاخ فـم النيكوتيـن أو بخـاخ أنـف النيكوتيـن) (30, 31)
- فارانيكلين مع بدائل النيكوتين طويلة المفعول (لصقات النيكوتين) (30, 31)

ملاحظـة: علـى الرغـم مـن أن استخدام فارنيكليـن مـع بدائـل النيكوتيـن (طويلـة أو قصيـرة المفعـول) لـم يظهـر أي فعاليـة إضافيـة عـن اسـتخدام الفارنيكليـن وحـده، الا أن اسـتخدامهما معـا مقبـول ويسـتخدم ضمـن بعـض الممارسـات الطبيـة (30, 31)

يوضح المخطط التالي طرق استخدام العلاج الدوائي حسب حالة المريض:


الاستفادة من نتائج التقييم الأولي كما هو مبين في الجزء الخاص بتقديم الدعم وجها لوجه
درجة الإدمان منخفضة:
• عدد السجائر التي يدخنها المريض في اليوم أقل من 10
• أو نتيجة فاجرستروم للمريض أقل من 5
• أو أن يقر المريض بأنه يدخن أول سيجارة بعد مدة تتجاوز 30 دقيقة بعد الاستيقاظ من النوم
• أو عند سؤاله عن تجاربه في الإقلاع، يقر المريض بثقته بقدرته على التعامل مع الأعراض الانسحابية
درجة الإدمان متوسطة أو مرتفعة:
• عدد السجائر التي يدخنها المريض في اليوم 10 أو أكثر
• أو نتيجة فاجرستروم للمريض 5 أو أكثر
• أو أن يقر المريض بأنه يدخن أول سيجارة خلال فترة لا تتجاوز 30 دقيقة بعد الاستيقاظ من النوم
• أو عند سؤاله عن تجاربه في الإقلاع، يقر المريض بعدم ثقته بقدرته على التعامل مع الأعراض الانسحابية
النظر باستخدام أحد الخيارات التالية:
• أحد بدائل النيكوتين
• الجمع بين أكثر من بديل من بدائل النيكوتين
• بيوبروبيون لوحده
النظر باستخدام أحد الخيارات التالية:
• فارنيكلين لوحده
• الجمع بين أكثر من بديل من بدائل النيكوتين
• الجمع بين بدائل النيكوتين وبيوبروبيون
• الجمع بين بدائل النيكوتين وفارنيكلين
حدوث انتكاسة؟
نعم
• التأكد من استخدام المريض للدواء بالطريقة الصحيحة والجرعة المناسبة
• إذا تبين استخدامه للدواء بالطريقة الصحيحة وبالجرعة المناسبة وبالرغم من ذلك حدثت الانتكاسة ، فيمكن النظر في الجمع بين أكثر من دواء إن لم يكن ذلك هو الحال
• إذا استطاع المدخن الإقلاع عن التدخين أثناء استخدامه الأدوية وحدثت الانتكاسة بعد الانتهاء من فترة استخدام الادوية، فيمكن النظر في تكرار الدواء الذي قد استخدم و/أو إطالة فترة استخدامه
• يجب أيضا تقديم المشورة للمريض حول مهارات حل المشاكل (تجنب محفزات الانتكاسة واكتساب مهارات تساعده على الاستجابة بطريقة صحيحة للضغوطات والمحفزات للتدخين).
لا
الاستمرار بمتابعة المريض

ثانيا: اعتبارات خاصة في علاج الإدمان على التبغ

1. تقديم الدعم لعلاج الإدمان على التبغ للأطفال واليافعين

أثبتت الدراسات في الولايات المتحدة أن 88 % من البالغين الذين يدخنون بشكل يومي قد قاموا بتدخين أول سيجارة لهم قبل بلوغ سن الثامنة عشرة، وعليه فإن استخدام التبغ من قبل الأطفال يعد مرضا لا ينبغي أن يتجاهله الأطباء وغيرهم من مقدمي الرعاية الصحية (32) وفي الأردن، يبدأ ما يقارب 57 % من المدخنين (بيانات عام 2007) التدخين قبل سن الثامنة عشرة، مما يشير إلى أن مشكلة استخدام التبغ بين الشباب في الأردن ملحة وتتطلب اهتماما خاصاً *.

عادة ما يبدأ الإدمان في مرحلة الطفولة أو المراهقة، والتعرض للتبغ خلال هذه المرحلة يؤثر على تطور الدماغ حيث أن النيكوتين (حتى وإن كان بمستويات منخفضة) قد يؤدي إلى تغيرات في الدماغ تحفز الاستمرار في استخدام النيكوتين وربما تعاطي مواد أخرى (32) وتكون قشرة الفص الجبهي (الجزء من الدماغ الذي يمكننا من تقييم الأوضاع واتخاذ القرارات السليمة، والسيطرة على عواطفنا ورغباتنا) قيد النمو في هذه المرحلة،(33) لذلك فإن استخدام التبغ يؤثر على هذا الجزء من الدماغ بحيث يزيد من احتمالية اتخاذ اليافعين للقرارات غير السليمة (كتعاطي المخدرات أو الاستمرار في تعاطي المواد غير المشروعة).

وكلما بدأ الشخص باستخدام التبغ في سن أصغر ازدادت المشاكل الناجمة عن استخدامه وزادت صعوبة الإقلاع عنه واحتمالية الوفاة المبكرة بسبب الإصابة بأمراض ترتبط بالتدخين. ومن الجدير بالذكر هنا أيضا، أن المدخنين من اليافعين أكثر عرضة لتعاطي الكحول والمخدرات، وأكثر عرضة للإصابة بنوبات الهلع والقلق والاكتئاب مقارنة بأقرانهم من غير المدخنين (32, 34, 35)

ومن عوامل الخطورة التي تزيد من احتمالية البدء باستخدام التبغ: (32)

- كون أصدقاء الفرد من المدخنين
- سلوكيات الوالدين من حيث تعاطي التبغ
- وجود اضطرابات نفسية
- التعرض للإعلانات الترويجية
- قلة الثقة بالنفس
- تدني المستوى الاجتماعي والاقتصادي
- الشعور بأن العواقب الصحية للتدخين بعيدة المدى ولذلك ليس لها اهمية أو صلة بالوقت الراهن
- الرغبة في انقاص الوزن

كيفية مساعدة الأطفال واليافعين في الإقلاع عن التدخين: (7)

- وجه رسالة قوية حول أهمية الإقلاع عن استخدام التبغ، وركز على الأمور التي تُعنى بها هذه الفئة العمرية مثل مناقشة المصروف الشخصي والمظهر والجمال والعجز الجنسي
- استخدام التدخلات التي أثبتت فعاليتها بشكل عام وتشمل:
  - تقديم المشورة الموجزة وتكرارها
  - توفير مواد المساعدة الذاتية أو المطبوعات
  - التحويل للمختصين في هذا المجال

- بالنسبة للعلاج الدوائي في هذه الفئة العمرية، فعلى الرغم من كون بدائل النيكوتين أدوية آمنة، إلا أنه لم يتم إثبات فعالية بدائل النيكوتين أو بيوبروبيون عند اليافعين. وبالتالي، فإنه وبشكل عام لا يُنصح باستخدام الأدوية لدى الأطفال واليافعين.
- قدم المساعدة بأسلوب يحترم سرية وخصوصية الفرد (مثلاً مقابلة الأطفال واليافعين دون حضور آبائهم وأمهاتهم).
- قدم النصيحة والدعم لأفراد الأسرة المدخنين للإقلاع عن التدخين وذلك للحد من تعرض الطفل القسري لدخان التبغ، والذي قد يكون سبباً في فشل محاولة الإقلاع.

* مصدر البيانات وزارة الصحة، مسح سلوكيات وعوامل الخطورة للأمراض غير السارية 2007 - بيانات غير منشورة

2. تقديم الدعم لعلاج الإدمان على التبغ لمدخني الأرجيلة

أصبحت الأرجيلة اليوم منتشرة في جميع أنحاء العالم، ولذا فقد تزايدت معدلات تدخينها وخاصة بين الشباب. ويعتقد أن سبب انتشار استخدامها يعود جزئياً لانتشار معلومات مغلوطة عنها مثل الاعتقاد بأنها أقل ضرراً وأقل إدماناً من السجائر وأن بإمكان مدخنها التوقف عن استخدامها متى أراد. ومن الدوافع الرئيسية لتدخين الأرجيلة الأسباب الاجتماعية (كالخروج مع الأصدقاء) والملل والرغبة بتمضية الوقت (36, 37)

ورغم عدم وجود تدخلات مثبتة علمياً لعلاج الإدمان على الأرجيلة، إلا أن هناك بعض الأمور الأساسية التي يجب أن يعرفها مقدمو الرعاية الصحية عن علاج مدخني الأرجيلة.

الإدمان على الأرجيلة

- جلسة واحدة من تدخين الأرجيلة (تستهلك 10 غم من التبغ) تنتج كمية من النيكوتين تعادل 4 أضعاف الكمية التي تنتجها عملية تدخين سيجارة واحدة (38)
- تؤثر العوامل التالية على عدد جلسات تدخين الأرجيلة في اليوم: تدخين أول أرجيلة في وقت مبكر من اليوم، التدخين حتى عند المرض، ظهور الرغبة خلال وقت قصير بعد الانتهاء من تدخين الأرجيلة، ومدى صعوبة تخطي أول أرجيلة في اليوم (39) وهذه العوامل، اذا استفسر عنها مقدم الرعاية الصحية، قد تساعده في تقييم مدى إدمان مدخن الأرجيلة.

علاج الإدمان على التبغ لدى مدخني الأرجيلة

- لا يهتم مدخنو الأرجيلة كثيراً بالإقلاع كما هو الحال لدى مدخني السجائر، فقد أظهرت الدراسات أن 28.4 % فقط من مدخني الأرجيلة يرغبون في الإقلاع عنها (40)
- لا يوجد إلى الآن أي دليل إرشادي للإقلاع عن الأرجيلة والبيانات المتوفرة عن علاج الإدمان على الأرجيلة محدودة (41) ومع ذلك، فإنه ينبغي محاولة تنفيذ الاقتراحات التالية مع جميع مدخني الأرجيلة:
  - الاستفسار عن أنماط التدخين بشكل مفصل (هل يستخدم المدخن الأرجيلة بشكل منتظم أو في المناسبات)
  - تقديم المشورة باتباع مبادئ المقابلات التحفيزية (تعزيز الدافع للإقلاع)
  - تجنب مقارنة السجائر بالأرجيلة (فكلاهما ضار)
  - استخدام العلاج الدوائي: لا توجد أدلة كافية فيما يتعلق باستخدام الأدوية المعتمدة للإقلاع عن تدخين السجائر لمدخني الأرجيلة الراغبين في الإقلاع عنها. قد يرغب مقدمو الرعاية الصحية - ممن يتمتعون بالخبرة الكافية - باستخدام الأدوية وفقا لتقديرهم الشخصي.
  - التعامل مع الانتكاسة - ينبغي التعامل مع الانتكاسة بطريقة مشابهة للتعامل معها عند مدخني السجائر.

ملحق (1): سياسات مكافحة التبغ

إن إطار منظمة الصحة العالمية للسياسات الست "MPOWER" هو مجموعة من الاستراتيجيات التي أثبتت فعاليتها في الحد من استخدام التبغ. هذا وقد أثبتت هذه السياسات نجاحها في العديد من البلدان وتشير الأدلة إلى أن هذه الاستراتيجيات تدعم بعضا البعض مما يعظم الفائدة.(42)

وهذه السياسات هي:

- M رصد تعاطي التبغ وسياسات الوقاية (Monitor)
- P الحماية من التعرض لدخان التبغ (Protect)
- O توفير المساعدة على الإقلاع عن تعاطي التبغ (Offer)
- W التحذير من أخطار التبغ (Warn)
- E إنفاذ حظر الإعلان عن التبغ والترويج له ورعايته (Enforce)
- R زيادة الضرائب على التبغ (Raise)

Offer توفير المساعدة على الإقلاع عن تعاطي التبغ (43)

يزيد عدد ضحايا وباء التبغ على بليون مدخن في عموم أرجاء العالم. وعلى الرغم من رغبة معظم المدخنين بالإقلاع عن التدخين إلا أن القليل منهم يستطيع الحصول على المساعدة والدعم وذلك لعدم توفر خدمات علاج الإدمان على التبغ بالشكل المطلوب. لذا يعتبر علاج الإدمان على التبغ من المكونات الأساسية لأي استراتيجية شاملة لمكافحة التبغ كما هو موضح في المادة 14 من الإتفاقية الإطارية لمكافحة التبغ، وعليه فإن نظم الرعاية الصحية في كل دولة تتحمل المسؤولية الأساسية في توفير علاج الإدمان على التبغ من خلال برامج للعلاج بحيث تشتمل على ما يلي:

- دمج النصح بشأن الإقلاع عن التدخين في خدمات الرعاية الصحية الأولية الروتينية
- توفير خطوط هاتفية مجانية يسهل الوصول إليها للمساعدة على الإقلاع عن التدخين (تُعرف باسم خطوط المساعدة على الإقلاع عن التدخين)
- توفير أدوية الإقلاع عن التدخين مجانا أو بتكلفة منخفضة

ملحق (2): آلية الإدمان على النيكوتين

الأسس البيولوجية (44, 45)

- النيكوتين مادة مدرجة تحت الدليل التشخيصي والإحصائي الامريكي الخامس (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-V) على أنها مسببة للإدمان، فتصنف في المرتبة الثالثة بعد الهيروين والكوكائين.
- إن ارتباط النيكوتين بمستقبلات الأستيل كولين النيكوتينية في الدماغ يؤدي إلى إفراز الدوبامين (Dopamine)، وهو ناقل عصبي يتواجد في مناطق الدماغ التي تنظم الحركة والعواطف والإدراك والتحفيز ومشاعر السرور.
- ان الشروع في تعاطي المواد المسببة للإدمان (كاستخدام التبغ) يبدأ طوعياً في أغلب الأحيان، ولكن عندما يصل الأمر لمرحلة الإدمان، فإن الشخص يفقد القدرة على السيطرة على ذاته ويصبح من الصعب الإقلاع. وعليه فان الإدمان على التبغ في كثير من الأحيان يصبح مرضا مزمنا.

العوامل التي تدل على الحاجة إلى تكثيف علاج الإدمان على التبغ أو على ارتفاع احتمالية حدوث الانتكاسة (العودة مجددا إلى التدخين) (46-49)

- أن يسجل المريض مستوى مرتفعا من الإدمان على النيكوتين (يقاس ذلك من خلال اختبار فاجرستروم بحيث يزيد عن 5 نقاط على مقياس من 10 نقاط، ولمزيد من التفاصيل عن اختبار فاغرستروم عد إلى الملحق 6)
- أن يكون المريض مدخنا شرها (بحيث يتجاوز 25 سيجارة في اليوم)
- قصر الفترة التي تسبق تدخين أول سيجارة في اليوم بعد الاستيقاظ (بحيث لا تزيد عن 5 دقائق بعد الاستيقاظ)
- كون المريضة أنثى
- بدء استخدام التبغ في عمر مبكر (قبل وصول عمر 17 سنة)
- تعدد المحاولات السابقة غير الناجحة للإقلاع عن التدخين
- وجود مدخن آخر في المنزل
- الحالة النفسية الحالية
- التعاطي الحالي للكحول أو المخدرات
- انخفاض مستوى الحافز للإقلاع

ملحق (3): الآثار الصحية المرتبطة بالتدخين واستخدام التبغ

تدخين السجائر(50)

أنواع السرطان المرتبطة بالتدخين:

- سرطان الرئة
- سرطان الفم
- سرطان الحنجرة
- سرطان المريء
- سرطان الكلى والمثانة
- سرطان عنق الرحم
- سرطان البنكرياس
- سرطان المعدة
- سرطان القولون والمستقيم
- سرطان الدم النخاعي الحاد (Acute Myelod Leukemia)
- سرطان الكبد

التأثير على القلب والأوعية الدموية:

- الأزمة القلبية (أمراض القلب التاجية) (Heart attack:Coronary Heart Disease)
- السكتة الدماغية (أمراض الأوعية الدماغية) (Stroke:Cerebro-vascular disease)
- أمراض الشرايين الطرفية التي تزيد من احتمالية بتر الأطراف (Peripheral arterial disease)

التأثير على الجهاز التنفسي:

- مرض الانسداد الرئوي المزمن (COPD) يؤدي إلى فقدان وظائف الرئة بشكل دائم، مما يسبب ضيق النفس وعدم القدرة على ممارسة الرياضة والحاجة المتكررة للأكسجين.
- انتفاخ الرئة (Emphysema) تمدد دائم للحويصلات الهوائية مما يفقدها وظيفتها
- التهاب الشعب الهوائية المزمن (Chronic bronchitis) فرط مزمن في إفراز المخاط
- السل (Tuberculosis)

التدخين وداء السكري:

- يرفع التدخين من مستوى السكر في الدم ويزيد من مقاومة الجسم للأنسولين ويسبب تغيرات في مستويات البروتينات الدهنية منخفضة ومرتفعة الكثافة (LDL & HDL) كما تتوفر الأدلة العلمية الكافية التي تؤكد على أن التدخين عامل مسبب للإصابة بمرض السكري من النوع الثاني (Diabetes Type II)

التدخين والعقم:

- يرتبط التدخين بالعجز الجنسي والعقم، وهو سبب محتمل لعدم نجاح الحمل
- يزيد التدخين من تكرر اضطرابات الطمث
- يزيد التدخين من احتمالية حدوث اختلال أو ضعف في الانتصاب

التدخين وصحة المرأة:

- يعيق التدخين نمو الجنين داخل الرحم، مما يؤدي إلى انخفاض وزن الطفل عند الولادة
- يساهم التدخين في الإصابة بسرطان عنق الرحم
- يسبب التدخين الحمل خارج الرحم (Ectopic Pregnancy)

التدخين وآثاره الأخرى على الصحة:

- التهاب المفاصل الروماتويدي (Rheumatoid arthritis)
- ضعف وظائف الجهاز المناعي
- تفاقم حدوث الضمور البقعي المرتبط بتقدم العمر أو بالشيخوخة (Age related macular degeneration)

تدخين الأرجيلة

بالإضافة إلى غاز أول أكسيد الكربون CO والنيكوتين فإن دخان الأرجيلة يحتوي أيضاً على العديد من المواد السامة التي تنتج بسبب استخدام الفحم لإشعال تبغ الأرجيلة (38, 51-56) مثل:

- مركبات الهيدروكربونات العطرية متعددة الحلقات (Polyaromatic hydrocarbon)
- النيتروزامين (TSNA)
- المعادن الثقيلة (مثل الزرنيخ والبريليوم والرصاص)

ونظراً لوجود هذا العدد الهائل من المواد السامة في دخان الأرجيلة (57)، فقد ارتبط تدخينها مع العديد من الآثار الضارة على المدى القصير والطويل:

تدهور في اداء الجهاز الدوراني والتنفسي:

- من الآثار الصحية لتدخين الأرجيلة على المدى القصير والطويل كذلك، إضعاف وظائف الرئة، حيث يرتبط تدخين الأرجيلة بانخفاض حاد في حجم الزفير القسري في الثانية الأولى (FEV1)، وانخفاض السعة الحيوية القسرية (FVC)، وانخفاض في نسبة (FEV1/FVC) وتدني قيم كل من PEF وحجم الزفير المتبقي EELV (58) . كما أن تدخين الأرجيلة يؤدي إلى إضعاف القدرة على ممارسة الرياضة حيث وُجد أن مدخني الأرجيلة يستمرون بالتمرين لفترات أقصر من أقرانهم من غير المدخنين كما يعاني مدخنو الأرجيلة خلال التمرين من تدني حجم الأكسجين المستهلك، وضيق النفس بشكل كبير في منتصف التمرين (58-60)
- يرجح أن يكون تدخين الأرجيلة سبباً لمرض الانسداد الرئوي المزمن (58)

زيادة احتمالية الاصابة بالسرطان:

- يرتبط تدخين الأرجيلة بسرطان الرئة وسرطان المثانة وسرطان البلعوم الأنفي وسرطان المريء (61)

ملحق (4): فوائد الإقلاع عن التدخين

يتم لمس بعض فوائد الإقلاع عن التدخين مباشرة، وتظهر الفوائد الأخرى مع مرور الوقت.(62, 63)

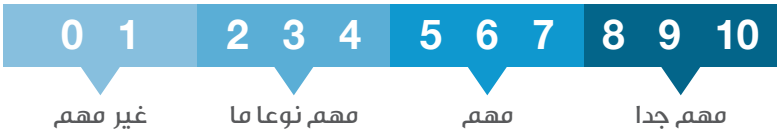
ملحق (5): تقييم مستوى الحافز للإقلاع عن التدخين

لمساعدة المدخن باتخاذ القرار بالإقلاع، يجب أولا التأكد من مستوى الحافز لديه وجديته في اتخاذ الخطوات اللازمة للإقلاع. لذا من المهم معرفة تقييم المدخن لنفسه من حيث أهمية الإقلاع عن التدخين بالنسبة له، وثقته بقدرته على الإقلاع، وبالتالي يمكن استنتاج مدى استعداده للإقلاع عن التدخين.

فيما يلي احدى الطرق المتبعة لتقييم مستوى الحافز للإقلاع عن التدخين وذلك بسؤال المريض عن اهمية الإقلاع عن التدخين بالنسبة له، ثم سؤاله عن مدى ثقته بقدرته على الإقلاع عن التدخين، بحيث يُجيب عن هذين السؤالين بالاعتماد على مقياس مدرج من 0 إلى 10 كما هو موضح أدناه (64):

تقييم مدى الأهمية

على المقياس المدرج من 0 إلى 10، ما أهمية الإقلاع عن التدخين بالنسبة لك اليوم ؟



تقييم مدى الثقة

على المقياس المدرج من 0 إلى 10، ما مدى ثقتك بقدرتك على الإقلاع عن التدخين اليوم؟

على سبيل المثال:

إذا كانت اجابة المريض كالتالي: الأهمية: 5 ، الثقة: 3

ستكون الخطوات التالية هي الحديث مع المريض عن دلائل هذه الدرجات:

- يبدو أن الإقلاع مهم لك اليوم. ولكن بخصوص ثقتك بقدرتك على الإقلاع عن التدخين اليوم، لماذا أجبت ب 3 وليس 1 أو 2؟ (اترك له المجال للتفكير جيدا بالأسباب التي أدت إلى نوع من الثقة عنده)
- كيف يمكن أن نرفع الدرجة ل 5 أو 6؟ (أترك له المجال ليقترح أساليب بإمكانها مساعدته على رفع مستوى الثقة، وهنا سيتم التعرف على كل ما يُقلق المريض ويحد من ثقته بقدرته على الإقلاع).

ملحق (6): تقييم مستوى الإدمان على النيكوتين

يساعد تحديد مستوى الإدمان على النيكوتين في تحديد المدخنين الذين سيستفيدون من المساعدة المكثفة للإقلاع عن التدخين. ومن أكثر الأدوات استخداما لتقييم إدمان النيكوتين اختبار فاجرستروم لإدمان النيكوتين Fagerstrom Test for Nicotine Dependence وهو أداة مثبتة علميا ومستخدمة على نطاق واسع.

تحدد نتيجة الاختبار النهائية درجة الإدمان بحيث:(65)

- 2-0 درجة الإدمان منخفضة جداً
- 4-3 درجة الإدمان منخفضة
- 5 درجة الإدمان متوسطة
- 7-6 درجة الإدمان مرتفعة
- 10-8 درجة الإدمان مرتفعة جداً

ولحساب مستوى الإدمان تُستخدم الأسئلة الست التالية وتجمع النقاط كما هو مبين في الجدول التالي:

1. متى تدخن أول سيجارة بعد استيقاظك من النوم؟	النتيجة
في غضون 5 دقائق	3
بعد مرور 6-30 دقيقة	2
بعد مرور 31-60 دقيقة	1
بعد مرور أكثر من 60 دقيقة	0
2. هل تجد صعوبة في الامتناع عن التدخين في الأماكن التي يحظر فيها التدخين (مثلا في اماكن العبادة أو المكتبة أو السينما...إلخ)؟	
نعم	1
لا	0
3. اي سيجارة تجد أن تركها هو الاصعب (اي سيجارة تعتبرها الأهم في يومك)؟	
أول سيجارة في الصباح	1
أي سيجارة اخرى	0
4. ما عدد السجائر التي تدخنها في اليوم؟	
10 أو أقل	0
20-11	1
30-21	2
31 أو أكثر	3
5. هل تدخن في الساعات الأولى بعد استيقاظك عدداً أكبر من السجائر مقارنة مع باقي ساعات اليوم؟	
نعم	1
لا	0
6. هل تدخن حتى ولو كنت مريضا ولا تستطيع مغادرة فراشك معظم اليوم؟	
نعم	1
لا	0

ملحق (7): فحص أول أكسيد الكربون

جهاز قياس أول أكسيد الكربون في الزفير (Smokerlyser):

- فحص بسيط وغير مؤلم
- فعال للتثبت من حالة تدخين المريض
- يوفر فرصة للمريض ليرى احدى الانجازات الفورية والمباشرة للإقلاع عن التدخين
- يقيس مدى التقدم نحو تحقيق الإقلاع التام عن التدخين

التعليمات:

- اشرح إجراءات عملية القياس للمريض كما يلي
  - خذ نفساً عميقاً واحبسه لمدة 15 ثانية
  - قم بالزفير في الجهاز (باستخدام قطعة الفم التي تستخدم لمرة واحدة)
- اقرأ مستوى أول أكسيد الكربون في وحدة الPPM (جزء في المليون) والنسبة المئوية للكاربوكسي هيموغلوبين (COHb) والذي يظهر في غضون ثوان على الشاشة.

مستويات أول أكسيد الكربون المقاسة وما تشير اليه: (66)

حالة التدخين	COHb
غير المدخنين من سكان المدن	0.7 % (3-6 جزء في المليون)
غير المدخنين من سكان المناطق الصناعية أو ممن يسكنون مع مدخنين	1.5-2 % (7-10 جزء في المليون)
مدخن سجائر	5 % (10 جزء في المليون) أو أكثر
مدخن لـ20 سيجارة في اليوم	3-6 % (15-34 جزء في المليون)
مدخن لـ40 سيجارة في اليوم	6-10 % (15-60 جزء في المليون)
مدخن لأكثر من 40 سيجارة في اليوم	إلى 20 %
مستوى أول أكسيد الكربون الذي يدل على تدخين المريض هو CoHB 2.5 % (10 أجزاء في المليون)	

ملاحظة: تتأثر قراءة أول أكسيد الكربون بالعديد من العوامل مثل نوع الجهاز ونوع السجائر وعدد السجائر المدخنة والوقت منذ تدخين آخر سيجارة وطبيعة عمل الشخص والوقت الذي تم فيه الفحص خلال اليوم.

ملحق (8): المقابلات التحفيزية (64)

- أسلوب المقابلات التحفيزية هو أحد الأساليب المستخدمة في تقديم المشورة الشخصية، أي تحوير المشورة بما يناسب الشخص ومتطلباته وحاجاته الشخصية.
- هو أسلوب تواصل يهدف إلى مساعدة المريض في التغلب على التناقض ما بين مواصلته لتعاطي التبغ ورغبته في جني فوائد الإقلاع عنه، وبالتالي تمكينه للمضي قدما في محاولته الإقلاع عن التدخين والثبات على الوضع الجديد. وتستخدم المقابلات التحفيزية لرفع مستوى استعداد المريض (راجع ملحق 5) من خلال رفع درجة أهمية الإقلاع عن التدخين ورفع درجة الثقة بالذات في القدرة على الإقلاع.
- وبينما يكون مقدم الرعاية الطبية عادة صاحب القرار في علاج الأمراض الأخرى حيث يحدد ما على المريض عمله والأدوية التي يجب أن يتناولها، فان المقابلات التحفيزية ترتكز على التعاون ما بين المريض ومقدم خدمة علاج الإدمان على التبغ. ويتلخص دور مقدم الخدمة في مساعدة المريض على استكشاف ذاته ومن ذلك المعيقات وعوامل النجاح الشخصية، بالإضافة إلى مساعدته على رسم خطته الشخصية للإقلاع.
- توظف المقابلات التحفيزية عدد من مبادئ التواصل لتوفر للمريض فرصة لاستكشاف ذاته. ومن هذه المبادئ استخدام الأسئلة مفتوحة الاجابة والتي تترك المجال للمريض بأن يعبر عن ذاته ويستمع إلى أفكاره من خلال كلماته (عوضا عن الأسئلة التي تقتصر اجابتها على «نعم» أو «لا» أو غيرها من الاجابات القصيرة). كما توظف المقابلات التحفيزية مبدأ التلخيص وهو أن يقوم مقدم الخدمة بتلخيص ما قاله المريض وإعادته على مسامعه ليوفر له فرصة أخرى لسماع أفكاره الشخصية وتقييمها.
- من الأساسيات التي يجب أن يراعيها مقدم الخدمة اشعار المريض بالتعاطف (أي اشعاره بالتفهم وتقدير موقفه وليس اشعاره بالعطف والشفقة) حيث أن ذلك يساعد المريض على الاستمرار في التعبير عن ذاته واستكشاف أفكاره. ومن الأساسيات أيضا القدرة على دعم الكفاءة الذاتية للمريض بإبراز نقاط القوة عند المريض لدعم ثقته بنفسه.

ملحق (9): نصائح للمريض

يجب على المريض أن يبذل جهوداً كبيرة استعدادا للإقلاع عن التدخين خلال الأسبوع الذي يسبق اليوم المحدد للإقلاع. لذا انصح المريض بالتالي لزيادة فرصه في النجاح:

- عدم التدخين في الأماكن المغلقة
- تغيير مكان الجلوس المفضل إن كان موقعه المفضل للتدخين
- إزالة جميع منافض السجائر من المنزل لتجنب محفزات التدخين
- إبقاء الأماكن المغلقة خالية من التدخين
- تعلم كيفية التعامل مع الرغبة الملحة للتدخين من خلال القيام بالتالي:
  - شرب الماء
  - تغيير المكان: الخروج والمشي
  - النوم مبكرا إن ألحت الرغبة بالتدخين قرب وقت النوم
  - أخذ حمام ساخن
  - الذهاب إلى النادي الرياضي
  - مضغ أو مص أقراص تمتاز بطعم قوي كعلكة النعناع الخالية من السكر أو المسواك
  - الابتعاد عن تناول القهوة/الشاي أو الكحول (كونها من المشروبات التي في العادة تصاحب تدخين السيجارة أو الأرجيلة)
- التدرج في تقليل عدد السجائر المدخنة حتى يوم الإقلاع

زيادة الوزن بعد الإقلاع عن التدخين: (5, 67)

- قد تشكل مخاوف زيادة الوزن مانعا للإقلاع عن التدخين، حيث يكتسب غالبية المدخنين وزنا يقل عن 5 كغ.
- تميل النساء إلى اكتساب الوزن أكثر من الرجال، كما أن المدخنون الشرهون (أكثر من 25 سيجارة باليوم) يكونون أكثر عرضة لزيادة كبيرة في الوزن.
- إن سبب ازدياد الوزن يعود إلى زيادة كميات الطعام المتناولة وانخفاض عمليات الأيض.
- يجب مراعاة ما يلي عند وضع خطة العلاج للمريض:
  - النصح ببدء/زيادة النشاط البدني والالتزام بنظام غذائي صحي
  - طمأنة المريض بأن زيادة الوزن بعد الإقلاع عن التدخين أمر شائع وعادة ما ينقص من تلقاء نفسه
  - تقديم المشورة عن الفوائد الصحية للإقلاع عن التدخين مقارنة بالمخاطر الصحية للزيادة المعتدلة في الوزن، والمخاطر الصحية للاستمرار بالتدخين.
  - اتباع نظام غذائي بشكل متزامن مع محاولة الإقلاع عن التدخين قد يزيد من احتمالية حدوث انتكاسة، لذلك يجب تركيز الاهتمام على الإقلاع عن التدخين والاستمرار به أولا ثم معالجة مسألة زيادة الوزن.
  - استخدام الأدوية المعروفة بأنها قد تؤجل حدوث زيادة في الوزن، مثل علكة النيكوتين والبيوبروبيون.

ملحق (10): الانتكاسة والوقاية منها

الانتكاسة والعودة إلى التدخين

- الانتكاسة هي استخدام التبغ مجدداً بعد الانقطاع عنه لفترة. وهي أمر شائع لدى مدمني التبغ ولا تعني فشل العلاج.
- معدلات حدوث الانتكاسة مماثلة لتلك عند مرضى الأمراض المزمنة الأخرى (داء السكري وارتفاع ضغط الدم والربو) والتي تشمل أيضا عناصر فسيولوجية وسلوكية. (68)
- ترتبط الانتكاسة بشدة الأعراض الانسحابية ومجموعة من العوامل الأخرى (مثل التوتر وزيادة الوزن) التي ترافق محاولة الإقلاع عن التبغ. ولذلك، فإن معظم المدخنين يكررون محاولات الإقلاع قبل تحقيق النجاح في الإقلاع على المدى الطويل. (69, 70)

الوقاية من الانتكاسة

لم يثبت علمياً بعد فعالية أي من التدخلات لمنع الانتكاسة. (71) ومع ذلك، فعلى الطبيب أو مقدم المشورة أن يبذل أقصى الجهود لمنع حدوثها. وعليه نبين أدناه التقنيات التي يمكن استخدامها لتقليل احتمالية حدوث الانتكاسة (7, 15, 70)

1. **تناول موضوع الانتكاسة بداية من التقييم الأولي للمريض**

2. **التعرف مع المريض على المواقف التي قد تسبب الانتكاسة من خلال:**

- محفزات الانتكاسة
  - المشاعر السلبية: الغضب والإحباط والملل
  - الصراعات الشخصية في الزواج أو بين صاحب العمل والموظف
  - الضغوط الاجتماعية: الاختلاط أو التعايش مع مستخدمين آخرين للتبغ
- نمط استخدام التبغ: الصباح، في العمل...إلخ
- التعرض القسري لدخان التبغ ولغيره من محفزات التدخين
- تناول المنبهات التي تزيد الرغبة في التدخين مثل القهوة والكحول
- ينبغي الانتباه إلى أن محفزات الانتكاسة لا تقتصر على المواقف العصيبة أو السلبية: فعلى سبيل المثال، على الرغم من تزايد احتمالية حدوث الانتكاسة في حالات التوتر الشديدة، إلا أنه قد يحدث أيضاً ضمن أجواء احتفالية مبهجة (وخاصة، وفي أي من الحالتين، اذا تناول المريض الكحول).

3. **بناء ثقة المريض بنفسه من خلال إيجاد طرق لإرشاده ليتجاوز هذه المواقف دون تدخين. ومنها:**

- بناء مهارات التأقلم للمريض:
  - المهارات المعرفية: ما يمكن أن يُحدّث به المريض نفسه (انظر إلى الجدول أدناه)
  - المهارات السلوكية: ما يمكن أن يقوم به المريض (انظر إلى الجدول أدناه)
- تعليم المريض على كيفية الحد من الرغبة في التدخين في المواقف المحفزة
- تذكير المريض كيف استطاع تجنب الانتكاسة في مواقف سابقة مماثلة

4. **استخدام تصوير المواقف**

- تدريب المريض على تجنب الانتكاسة من خلال تصور نفسه في احد المواقف المحفزة، ومساعدته على تجاوز ذلك الموقف فكريا دون اللجوء إلى التدخين.
- الطلب من المريض القيام بذلك (تصوير الموقف) عدة مرات وكل ما دعت الحاجة

5. **وضع خطة علاجية دوائية تناسب المريض بشكل فردي من حيث العودة إلى استخدام الدواء أو التعديل فيه أو الجمع بين أدوية مختلفة .**

أمثلة على بناء المهارات المعرفية للمريض	أمثلة على بناء المهارات السلوكية للمريض
• حدث نفسك: «يمكنني القيام بهذا» و «لن أدخن اليوم» • تذكر الأسباب التي تدفعك للإقلاع عن التدخين • فكر فيما حققته من إنجازات حتى الآن • تذكر دائماً بأن التدخين لن يحل ما تواجه من مشاكل	• اخرج من المكان أو الموقف الذي يجعلك تفكر بالتدخين • خذ نفسا عميقا • استخدم منتجات النعناع القوية • تناول وجبة خفيفة (مثل الخيار أو الجزر) • اخرج للمشي • اتصل بصديق • قم بأداء التمارين الرياضية

ملحق (11): أعراض انسحاب النيكوتين من الجسم

عند الإقلاع عن التبغ أو التقليل من الكميات المستخدمة يتعرض المريض إلى أعراض ناتجة عن انسحاب النيكوتين من الجسم. وتختلف حدة الأعراض من مدخن إلى آخر، وتختفي معظمها في غضون أربعة أسابيع من الإقلاع. وتتضمن هذه الأعراض ما يلي: (72)

- التهيج
- الغضب
- زيادة الوزن
- الأرق
- صعوبة في التركيز
- القلق
- عدم الارتياح
- الانزعاج
- انخفاض معدل ضربات القلب
- عدم القدرة على أداء العمل بشكل طبيعي
- التوق للتدخين
- الصداع

ملحق (12): العلاجات الدوائية المستخدمة في علاج الإدمان على التبغ

دواء الفارنيكلين (Varenicline)

من الأدوية المعتمدة كخيار أول لعلاج الإدمان على التبغ (18, 73-75)

الإيجابيات

- وجوده على شكل حبوب يجعله سهل الإستخدام
- بشكل عام آثاره الجانبية، إن حدثت، ليست شديدة ويمكن تحملها
- لم يُعرف له بعد أية تداخلات دوائية

السلبيات

- من الآثار الجانبية الشائعة لهذا الدواء: الغثيان والأحلام الغريبة واضطرابات النوم

الجرعات وتعليمات الاستخدام

- يتوفر على شكل أقراص بتركيزين: 0.5 ملغ و1.0 ملغ
- يتم البدء باستخدامه قبل أسبوع من اليوم المحدد للإقلاع ويُطلب من المريض خفض عدد السجائر تدريجيا أثناء هذا الأسبوع

الفترة	الجرعة	ملاحظات
اليوم 1 إلى 3	0.5 ملغ مرة واحدة يوميا	يُفضل مساء
اليوم 4 إلى 7	0.5 ملغ مرتين في اليوم	صباحا ومساء
اليوم 8 (المُحدد للإقلاع) وحتى 12 اسبوعا	1.0 ملغ مرتين في اليوم	صباحا ومساء يجب التوقف التام عن التدخين في اليوم 8 والاستمرار باستخدام الدواء
بعد انتهاء مدة العلاج المذكورة، من المقبول الاستمرار باستخدام هذا الدواء لمدة 12 اسبوعا اضافية بتركيز1.0 ملغ مرتين يوميا اذا فضل المريض ذلك، وذلك منعا للانتكاسة.		

ملاحظة: يمتاز فارنيكلين بتأثير يعتمد على الجرعة (اي أن تأثيره على الإقلاع عن التدخين يزداد بزيادة الجرعة). ومع ذلك، يوصى باستخدامه بجرعات محددة لتفادي زيادة آثاره الجانبية، ولا سيّما الغثيان.

تعليمات للمرضى

- يُنصح بتناول الدواء مع الطعام وكوب كامل من الماء لتقليل الشعور بالغثيان
- يجب توخي الحذر عند القيادة أو استخدام الآلات لحين التأكد من أن هذا العلاج لا يؤثر على أداء المريض

تعليمات لتعديل الجرعات

- إذا اشتكى المريض من شدة الآثار الجانبية يمكن تخفيض الجرعة مؤقتا إلى 0.5 ملغ مرتين يومياً لتحسين القدرة على تحمل الدواء
- يجب تعديل الجرعة في حالة القصور الكلوي (التصفية الكلوية للكرياتينين <30 مل في الدقيقة، CrCl <30) بحيث لا تتجاوز 0.5 ملغ مرتين يومياً
- يجب تعديل الجرعة عند مرضى المراحل المتقدمة من الفشل الكلوي والذين يخضعون لغسيل الكلى لتصبح 0.5 ملغ مرة واحدة يومياً
- لا حاجة لتخفيف جرعة فارنيكلين بشكل تدريجي عند اقتراب نهاية فترة العلاج، بل يمكن ايقافه فجأة. ولكن في حال وجود احتمالية عالية للانتكاسة عند المريض في الفترة التي تعقب انتهاء العلاج، فمن المقبول ايقاف فارنيكلين بشكل تدريجي.

التحذيرات وموانع الاستعمال

يستخدم بحذر لدى مرضى:

- المراحل المتقدمة من القصور الكلوي أو عند من يخضع لغسيل الكلى
- الأمراض النفسية الخطيرة

الآثار الجانبية

- الغثيان
- أحلام غريبة
- الإمساك
- انتفاخ البطن
- آثار جانبية نادرة الحدوث:

- أظهرت الدراسات أن الأعراض الجانبية المرتبطة بالقلب والأوعية الدموية عموماً نادرة الحدوث، ولكن تم الإبلاغ عنها أكثر عند المرضى المصابين في الأصل بأمراض القلب والأوعية الدموية. لذا ينبغي الطلب من المرضى إبلاغ مقدم الرعاية الصحية في حال ظهور أو تفاقم أي أعراض مرتبطة بالقلب والأوعية الدموية، والتماس الخدمات الصحية الفورية عند الإصابة بأعراض احتشاء عضلة القلب أو السكتة الدماغية.
- في السابق، كان يوجد تحذير على علبة الدواء (black box warning) حول تقلبات المزاج والميول الانتحارية والسلوكيات العدوانية. لكن قامت هيئة الغذاء والدواء الأمريكية (FDA) في عام 2016 بإزالة هذا التحذير لعدم وجود أدلة كافية تثبت علاقة هذا الدواء بالتسبب بهذه الأعراض.

معدلات الإقلاع عن التدخين وفقاً للدراسات العلمية

- كان متوسط معدلات الإقلاع باستخدام فارينكلين 46.5 % مقارنة بـ 18 % للعلاج الوهمي وذلك عند تقييم حالة التدخين بعد 12-9 أسبوع من بدء العلاج (الاحتمالية النسبية Relative Risk 2.57، وفترة الثقة 95 % من 2.33 إلى 2.84).
- كان متوسط معدلات الإقلاع باستخدام فارنيكلين 24 % مقارنة بـ11 ٪ للعلاج الوهمي وذلك عند تقييم حالة الإقلاع بعد 6 اشهر على الاقل من بدء العلاج (الخطورة النسبية Relative Risk 2.31، وفترة الثقة 95 % من 2.01 إلى 2.66).

دواء بيوبروبيون (Bupropion)

من الأدوية المعتمدة كخيار أول لعلاج الإدمان على التبغ (23, 24, 76, 77)

الإيجابيات

- وجوده على شكل حبوب يجعله سهل الاستخدام
- يمكن استخدامه مع بدائل النيكوتين
- قد يكون مفيدا للمرضى الذين عانوا سابقا أو يعانون حاليا من الاكتئاب
- بشكل عام، آثاره الجانبية إن حدثت يمكن تحملها
- قد يؤجل من زيادة الوزن المرتبطة بالإقلاع عن التدخين

السلبيات

- يمنع استخدامه في بعض الحالات المرضية وقد يتداخل بشكل سلبي مع مضادات الاكتئاب من مجموعة مثبطات انزيمات المونو أمين أوكسيديز (MAO inhibitors)

الجرعات وتعليمات الاستخدام

- متوفر بتركيز 150 ملغ على شكل حبوب
- يبدأ باستخدامه قبل أسبوع من اليوم المحدد للإقلاع ويطلب من المريض خفض عدد السجائر تدريجيا أثناء هذا الأسبوع .

الفترة	الجرعة	ملاحظات
اليوم 1 إلى 3	150 ملغ مرة واحدة يوميا	يُفضل صباحا
اليوم 4 إلى 7	150 ملغ مرتين في اليوم	صباحا ومساء (8 ساعات على الأقل بين الجرعتين)
اليوم 8 (المُحدد للإقلاع) وحتى 12 اسبوعا	150 ملغ مرتين في اليوم	صباحا ومساء يجب التوقف التام عن التدخين في اليوم 8 والاستمرار باستخدام الدواء
من المقبول الاستمرار في استخدام البيوبروبيون لغاية سنة لمنع حصول الانتكاسة.		

ملاحظة: يمتاز بيوبروبيون بتأثير يعتمد على الجرعة (أي أن تأثيره على الإقلاع عن التدخين يزداد بزيادة الجرعة). ومع ذلك، يوصى باستخدامه بجرعات محددة لتفادي زيادة آثاره الجانبية، ولا سيما حدوث نوبات الصرع.

تعليمات للمرضى

- يجب تنبيه المريض لتوخي الحذر عند القيادة أو استخدام الآلات لحين التأكد من ان العلاج لا يؤثر على أدائه

تعليمات لتعديل الجرعات

- يجب تعديل الجرعة للمرضى المصابين بتشمع الكبد: 150 ملغ كل يومين.
- لا حاجة لتخفيف جرعة البيوبروبيون بشكل تدريجي عند اقتراب نهاية فترة العلاج بل يمكن إيقافه فجأة. ولكن في حال وجود احتمالية عالية للانتكاسة عند المريض في الفترة التي تعقب انتهاء العلاج، فمن المقبول ايقاف البيوبروبيون بشكل تدريجي.

التحذيرات وموانع الاستعمال

التداخلات الدوائية

- قد يتفاعل سلباً مع مضادات الاكتئاب من مجموعة مثبطات انزيمات المونو أمين أوكسيديز (MAO inhibitors). لذا يجب الامتناع عن استخدام بيوبروبيون ومثبطات مونو أمين أوكسيديز بشكل متزامن ويجب أن يترك فاصل زمني مقداره 14 يوماً على الأقل بين آخر جرعة من مثبطات مونو أمين أوكسيديز غير العكسية (Irreversible MAO inhibitors) وبين الجرعة الأولى من بيوبروبيون. وأما بالنسبة لمثبطات مونو أمين أوكسيديز العكسية (Reversible MAO inhibitors)، ففترة 24 ساعة بين العلاجين تعد كافية.
- يثبط بيوبروبيون إنزيم CYP2D6، وبالتالي يجب تناول أدنى جرعة فعالة من الأدوية التي لها نطاق علاجي ضيق وتستقلب من خلال هذا الإنزيم. ومن الأمثلة على هذه الأدوية:
  - بعض مضادات الاكتئاب: مثل Desipramine, Imipramine, Paroxetine
  - مضادات الذهان Antipsychotics مثل: Risperidone, Thioridazine
  - حاصرات بيتا Beta-blockers مثل: Metoprolol
  - الأدوية المنظمة لاضطراب نظم النبض القلبي Type 1C Antiarrhythmics مثل: Propafanone, Flecainide
- قد تقل فعالية الأدوية التي تنشط بواسطة إنزيم CYP2D6 مثل عقار Tamoxifen
- يتم استقلاب بيوبروبيون إلى أهم مستقلب نشط له ألا وهو هيدروكسي بيوبروبيون من خلال إنزيم CYP2B6. لذا يجب الحذر عند استخدام بيوبروبيون مع أدوية تحث أيضه مثل: Carbamazepine, Phenytoin, Ritonavir, Phenobarbital أو تمنع أيضه مثل: Sertraline, Paroxetine, Valproate
- يجب عدم استخدام بيوبروبيون في المرضى الذين يتناولون أدوية أخرى تحتوي على بيوبروبيون (لأن حدوث نوبات الصرع تعتمد على جرعته، لذا يجب تجنب زيادتها).

التداخلات الدوائية-المرضية

- يجب تجنب استخدام بيوبروبيون لدى المرضى المصابين بالفشل الكبدي

- يمنع استخدام بيوبروبيون لدى المرضى المصابين بالاضطراب ثنائي القطب لأنه قد يسبب نوبة جنون خلال مرحلة الاكتئاب في مرضهم.

الآثار الجانبية

- جفاف الفم
- الأرق
- الآثار الجانبية نادرة الحدوث:

احتمالية لحصول نوبة صرع (الاحتمالية 1000/1 على جرعة 300 مغ باليوم) وتزداد الاحتمالية بزيادة الجرعة. لذا يجب تقييم خطورة حدوث النوبات وتجنب بيوبروبيون إن ارتفعت درجة الخطورة، على سبيل المثال:

- إن أصيب المريض سابقاً بالنوبات
- ان تعرض المريض لإصابات في الرأس أو الدماغ
- ان كان المريض يعاني من فقدان الشهية العصبي أو الشره المرضي
- ان تم استخدام بيوبروبيون بشكل متزامن مع الأدوية التي تحفز حدوث نوبات الصرع
- مع المرضى الذين يتعرضون لأعراض انسحابية جراء التوقف المفاجئ لتناول الكحول أو أي دواء يسبب توقف استخدامه زيادة احتمالية حدوث نوبات الصرع (خصوصاً البنزوديازيبينات والأدوية المشابهه للبنزوديازيبين)

كما هو الحال مع فارنيكلين، فقد قررت هيئة الغذاء والدواء الأمريكية (FDA) في عام 2016 عدم ضرورة وضع تحذير على علبة دواء البيوبروبيون بما يخص الميول الانتحارية وغيرها من الآثار الجانبية العصبية والنفسية حيث أن هذه الأعراض نادرة الحدوث ولا يوجد أدلة قاطعة تثبت علاقة الدواء بالتسبب بهذه الأعراض.

معدلات الإقلاع عن التدخين وفقاً للدراسات العلمية

- كان متوسط معدلات الإقلاع لبيوبروبيون 22 % مقارنة بـ 12 % للعلاج الوهمي وذلك عند تقييم حالة التدخين بعد 6 اشهر من بدء العلاج (الاحتمالية النسبية Relative Risk 1.81، وفترة الثقة 95 % من 1.51 إلى 2.16).
- كان متوسط معدلات الإقلاع للبيوبروبيون18 % مقارنة بـ 10 % للعلاج الوهمي وذلك عند تقييم حالة التدخين بعد 12 شهر من بدء العلاج (الاحتمالية النسبية Relative Risk 1.64، وفترة الثقة 95 % من 1.46 إلى 1.84).

دواء نورتريبتيلين (Nortriptyline)

من الأدوية المعتمدة كخيار ثاني لعلاج الإدمان على التبغ (23, 25, 78, 79)

الإيجابيات

- ثمنه غير مكلف

السلبيات

- على الرغم من أن الدراسات أثبتت فعاليته في علاج الإدمان على التبغ، إلا أنه لم يتم الاتفاق على جرعاته وطول فترة استخدامه.
- خلافا لبيوبروبيون وفارنيكلين، فيجب البدء باستخدام نورتريبتيلين قبل 10إلى 28 يوماً من اليوم المحدد للاقلاع ليسمح له بالوصول إلى حالة الاستقرار ضمن الجرعة المستهدفة. ومع ذلك فقد بدأت معظم الدراسات التي تقيّم نورتريبتيلين كدواء مساعد للإقلاع عن التدخين باستخدامه قبل عشرة أيام من اليوم المحدد للاقلاع.

الجرعات وتعليمات الاستخدام

- متوفر على شكل أقراص بتركيز 25 ملغ.
- في دراسات نورتريبتيلين تم استخدام جرعة 25 ملغ/يوم في بداية العلاج، ثم تم زيادة الجرعة بشكل تدريجي إلى الجرعة المطلوبة 75-100 ملغ/يوم.

- يمكن البدء في العلاج قبل 10-28 يوم من اليوم المحدد للاقلاع للسماح لنورتريبتيلين بالوصول إلى جرعاته العلاجية، وذلك باتباع ما يلي:

الفترة	الجرعة
اليوم 1 إلى 3	25 ملغ في اليوم
اليوم 4 إلى 7	50 ملغ في اليوم
الأسبوع الثالث	75 ملغ في اليوم
الأسبوع الرابع	يجب فحص نسبة الدواء في الدم للتأكد من وصوله للمستوى العلاجي (50-150 نانوغرام/مل في الدم). إن لم يكن كذلك، فيجب زيادة جرعته إلى 100 ملغ/يوم وفحص مستويات نورتريبتيلين في الدم مجددا للتأكد من الوصول للمستوى العلاجي.

ملاحظات:

- يجب فحص مستويات نورتريبتيلين في الدم بشكل متكرر.
- مع أن فترة العلاج تصل إلى 12 أسبوعاً، فقد يقرر الطبيب زيادتها لتصل إلى 24 أسبوع.
- لا يجب إيقاف الدواء بشكل مفاجئ.

تعليمات للمرضى

- يجب توخي الحذر عند القيادة أو استخدام الآلات لحين التأكد من أن العلاج لا يؤثر على أداء المريض

التحذيرات وموانع الاستعمال

- نظرا لاحتمالية حدوث عدم انتظام ضربات القلب وضعف انقباض عضلة القلب، يجب أن يستخدم الدواء بحذر لدى المرضى المصابين بأمراض القلب والأوعية الدموية.
- لا يجب استخدامه مع مثبطات انزيمات المونو أمين أوكسيديز (MAO Inhibitors).

الآثار الجانبية

- الخدران
- جفاف الفم
- عدم وضوح الرؤية
- احتباس البول
- دوار
- ارتجاف اليدين
- الآثار الجانبية النادرة: يوجد على علبة الدواء تحذير واضح بأن مضادات الاكتئاب قد تزيد من الميول والسلوكيات الانتحارية لدى الأطفال والمراهقين والشباب. لذا يجب مراقبة مستخدمي نورتريبتيلين تحسباً لحدوث التغيرات في السلوك، كالعدائية وسرعة الهيجان والاكتئاب والأحداث ذات الصلة بالانتحار.

معدلات الإقلاع عن التدخين وفقاً للدراسات العلمية

- كان متوسط معدلات الإقلاع لنورتريبتلين 20 % مقارنة بـ 10 % للعلاج الوهمي وذلك عند تقييم حالة التدخين بعد 6-12 شهر من بدء العلاج (الاحتمالية النسبية Relative Risk 2.03، وفترة الثقة 95 % من 1.48 إلى 2.78)

لصقات النيكوتين(Nicotine patches)

توصيل النيكوتين من خلال الجلد - من الأدوية المعتمدة كخيار أول لعلاج الإدمان على التبغ (16, 80-82)

الإيجابيات

- سهلة الاستخدام
- تستخدم لمرة واحدة فقط في اليوم
- آثارها الجانبية قليلة

السلبيات

- توصل النيكوتين بشكل أبطأ من غيرها من بدائل النيكوتين ولكن تمتاز بتوفير النيكوتين بكمية ثابتة لمدة طويلة.

الجرعات وتعليمات الاستخدام

- تتوفر بتراكيز توصل للجسم ما مقداره 25 ملغ و 15 ملغ و10 ملغ و5 ملغ من النيكوتين (لصقات لـ16 ساعة) بحيث توضع هذه اللصقات خلال النهار وتتم ازالتها ليلا
- تتوفر أيضا بتراكيز أخرى توصل للجسم ما مقداره 21 ملغ و 14 ملغ و 7 ملغ من النيكوتين (لصقات ل24 ساعة)
- اطلب من المريض بدء استخدام بدائل النيكوتين في اليوم المحدد للإقلاع عن التدخين
- على الرغم من أنه يفضل ترك التدخين عند البدء باستخدام بدائل النيكوتين إلا أن استخدام هذه الأدوية ليس ممنوعا مطلقا للمدخن إذا لم يحقق الإقلاع التام. فقد لا يتمكن بعض المرضى من الإقلاع التام قبل البدء باستخدام النيكوتين، وخاصة في بداية العلاج. وفي مثل هذه الحالات، يطلب من المريض تقليل تدخينه بشكل تدريجي
- تاليا الجرعات والإطار الزمني التقريبي للاستخدام:

الفترة	40 سيجارة/يوم على الأقل	39-21 سيجارة/يوم	20-10 سيجارة/يوم	أقل من 10 سجائر/ يوم
الأسبوع 1-6 من التوقف التام عن التدخين	ما يعادل 42 ملغ من النيكوتين/ يوم من خلال لصقات النيكوتين	ما يعادل 28-35 ملغ من النيكوتين/ يوم من خلال لصقات النيكوتين	ما يعادل 14-21 ملغ من النيكوتين/ يوم من خلال لصقات النيكوتين	ما يعادل 14 ملغ من النيكوتين/ يوم من خلال لصقات النيكوتين
بعد 4-6 أسابيع من التوقف التام عن التدخين	• تقليل جرعة اللصقة كل 2-4 أسابيع بمقدار 5 إلى 10 ملغ. • يجب إجراء التعديلات بحيث تستمر السيطرة على الأعراض الانسحابيه. فاذا أدى تقليل الجرعة إلى ظهور اعراض انسحابيه، من الممكن تأجيل التقليل التدريجي لجرعات اللصقة.			

- ينبغي تعديل جرعات بدائل النيكوتين وفقاً لما يبلغ عنه المريض من أعراض انسحابيه أو رغبة شديدة بالتدخين أو أي آثار جانبية مزعجة. وبالتالي، وضمن الممارسات السريرية، فقد يحتاج مقدمو الرعاية الصحية إلى تعديل الجرعات الواردة في الجدول السابق وفقا لتقديرهم)أي استخدام بدائل النيكوتين بجرعات أعلى أو مدة علاج أطول إذا استمرت الأعراض الانسحابية أو استخدام جرعات أقل من بدائل النيكوتين/مدة علاج أقصر إن كان استخدامها يزعج المريض)

تعليمات للمرضى

- توضع اللصقة كل صباح وتستبدل في الصباح التالي، أما في حالة حدوث اضطرابات في النوم عند استمرارية استخدام اللصقة ليلا، توضع اللصقة كل صباح وتزال قبل النوم وتوضع لصقة جديدة في الصباح التالي.
- يجب وضع اللصقة على منطقة من الجلد نظيفة وجافة وخالية من الشعر، مثل الذراع والظهر والورك.
- يجب تغيير هذه المناطق يومياً وعدم استخدام اللصقة في نفس الموقع لأيام متتالية تفاديا لحدوث تهيج في الجلد.

التحذيرات وموانع الاستعمال (عامة لكل بدائل النيكوتين)

- إن استخدام بدائل النيكوتين من قبل مرضى القلب والشرايين (ذوي الحالة المستقرة) أقل خطرا على مستخدمها بالمقارنة بالاستمرار مع التدخين. لكن في حالة مرضى القلب (غير مستقري الحالة)، فيجب عليهم تجنب استخدام بدائل النيكوتين. على سبيل المثال: بعد الاصابة باحتشاء عضلة القلب مباشرة (في غضون أسبوعين من الاصابة)، وعند المصابين بعدم انتظام ضربات القلب الخطيرة، والمصابين بالذبحة الصدرية غير المستقرة.
- ينبغي نصح المرضى المصابين بداء السكري بمراقبة مستويات السكر في الدم بانتظام.
- ينبغي استخدام بدائل النيكوتين بحذر عند المرضى المصابين باختلال كبدي متوسط إلى شديد و/أو قصور كلوي حاد – فقد تنخفض كفاءة التخلص من النيكوتين أو مستقلباته (وبالتالي زيادة احتمالية حدوث الآثار الجانبية).

الآثار الجانبية

- تهيج الجلد
- الدوار والصداع
- الانزعاج الهضمي
- الغثيان والقيء

معدلات الإقلاع عن التدخين وفقاً للدراسات العلمية

- كان متوسط معدلات الإقلاع للصقات تقريبا 16 % مقارنة بـ 10 % للعلاج الوهمي وذلك عند تقييم حالة التدخين بعد 6 أشهر أو أكثر من بدء العلاج (الخطورة النسبية 1.81، وفترة الثقة 95 % من 1.51 إلى 2.16)

علكة النيكوتين (Nicotine gum)

(توصيل النيكوتين عبر غشاء بطانة الفم) (16, 80-82)

الإيجابيات

- سهلة الاستخدام
- من السهل التحكم بتركيز النيكوتين وفقاً لشدة الأعراض الانسحابية

السلبيات

- قد يكون الالتزام بها مشكلة حيث أن عدد مرات الاستخدام اليومي كبير
- غير مناسبة للأشخاص الذين يعانون من مشاكل في الأسنان أو الفك
- تقنية المضغ السليم، بحيث يتم استخلاص النيكوتين لكن بالحد الأدنى من الآثار الجانبية، قد لا يكون تنفيذها سهلاً على البعض.
- الاسم المستخدم «العلكة» مضلل، حيث أنها لا تُمضغ مثل العلكة العادية.

الجرعات وتعليمات الاستخدام

- متوفرة بتراكيز 2 ملغ و4 ملغ
- اطلب من المريض بدء استخدام بدائل النيكوتين في اليوم المحدد للإقلاع عن التدخين بحيث تُستخدم كاستجابة للرغبة الشديدة بالنيكوتين
- على الرغم من أنه يفضل ترك التدخين عند البدء باستخدام بدائل النيكوتين إلا أن استخدام هذه الأدوية ليس ممنوعا مطلقا للمدخن إذا لم يحقق الإقلاع التام. فقد لا يتمكن بعض المرضى من الإقلاع التام قبل البدء باستخدام النيكوتين، وخاصة في بداية العلاج. وفي مثل هذه الحالات، يطلب من المريض تقليل تدخينه بشكل تدريجي
- تاليا الجرعات والإطار الزمني التقريبي لاستخدام علكة النيكوتين:

الفترة	أقل من 15 سيجارة/يوم	15-20 سيجارة/يوم	أكثر من 21 سيجارة/يوم
الأسبوع 1 - 6	حبة واحدة من العلكة (بتركيز 2 ملغ) كل 1-2 ساعة (10-15) قطعة/يوم	حبة واحدة من العلكة (بتركيز 4 ملغ) كل 1-2 ساعة (10-15) قطعة/يوم	لا ينصح باستخدام علكة النيكوتين وحدها للمدخنين الشرهين. ومع ذلك، وفي الحالات التي تكون فيها العلكة هي الخيار الوحيد المتاح، فيتم اتباع نفس النظام المحدد لمدخني 15-20 سيجارة
الأسبوع 7 - 9	حبة واحدة من العلكة (بتركيز 2 ملغ) كل 2-4 ساعات	حبة واحدة من العلكة (بتركيز 4 ملغ) كل 2-4 ساعات	
الأسبوع 10 - 12	حبة واحدة من العلكة (بتركيز 2 ملغ) كل 4-8 ساعات	حبة واحدة من العلكة (بتركيز 2 ملغ) كل 4-8 ساعات	

- ينبغي تعديل جرعات بدائل النيكوتين وفقاً لما يُبلغ عنه المريض من أعراض انسحابية أو رغبة شديدة بالتدخين أو أي آثار جانبية مزعجة. وبالتالي، وضمن الممارسات السريرية، فقد يحتاج مقدمو الرعاية الصحية إلى تعديل الجرعات الواردة في الجدول السابق وفقا لتقديرهم)أي استخدام بدائل النيكوتين بجرعات أعلى أو مدة علاج أطول إذا استمرت الأعراض الانسحابية أو استخدام جرعات أقل من بدائل النيكوتين/مدة علاج أقصر إن كان استخدامها يزعج المريض)

تعليمات للمرضى:

- قد يكون طعمها غير مستساغ في البداية ولكن يُنصح الاستمرار باستعمالها
- عدم الأكل أو الشرب قبل مضغ العلكة بـ15 دقيقة أو أثناء مضغها
- تجنب المشروبات الحمضية
- يُنصح بمضغ العلكة كالتالي:
  - امضغ حبة العلكة ببطء من 15-30 مضغة وعندما تشعر بإحساس حارق أو بدغدغة توقف عن المضغ ثم ضع أو خزن قطعة العلكة بين الخد واللثة
  - استأنف عملية المضغ حين يتلاشى طعمها أو ما تسببه من احساس حارق أو دغدغة (حوالي دقيقة واحدة)
  - عند استئناف عملية المضغ، انقل العلكة إلى الجهة الاخرى من الفم وتابع المضغ
  - حاول أن تحدّ من بلع اللعاب قدر الإمكان (من أجل توفير كمية أكبر من النيكوتين للامتصاص عن طريق غشاء الفم)
  - كرر خطوات المضغ/التخزين إلى أن يتلاشى طعم العلكة (الاحساس الحارق أو الدغدغة) بشكل تام (حوالي 30 دقيقة)
  - لا تستخدم أكثر من حبة واحدة في آن واحد ولا تمضغ حبة بعد الأخرى مباشرة لأن ذلك قد يزيد من احتمالية حدوث الآثار الجانبية
- نصائح لتسهيل عملية التخفيف التدريجي للجرعة (تقريبا من الأسبوع السابع من بدء العلاج)
  - تقليل العدد اليومي المستخدم من العلكة بمعدل حبة واحدة كل 4-7 أيام.
  - تقليل وقت مضغ كل قطعة من 30 دقيقة إلى 15 دقيقة.
  - استبدال قطعة أو أكثر من علكة النيكوتين بعدد مماثل من العلكة العادية الخالية من السكر ومن ثم زيادة عدد قطع العلكة العادية بشكل تدريجي.

التحذيرات وموانع الاستعمال (عامة لكل بدائل النيكوتين)

- بالنسبة لمرضى أمراض القلب والشرايين ممن هم في حالة مستقرة، فإن استخدام بدائل النيكوتين يشكل خطراً أقل على مستخدمها بالمقارنة مع الاستمرار بالتدخين. لكن يجب تجنب بدائل النيكوتين مع مرضى القلب والشرايين ممن هم في حالة غير مستقرة: على سبيل المثال بعد الإصابة باحتشاء عضلة القلب مباشرة (في غضون أسبوعين من الإصابة)، وعند المصابين بعدم انتظام ضربات القلب، والمصابين بالذبحة الصدرية غير المستقرة.
- ينبغي نصح المرضى المصابين بداء السكري بمراقبة مستويات السكر في الدم بانتظام.
- ينبغي استخدام بدائل النيكوتين بحذر عند المرضى المصابين باختلال كبدي متوسط إلى شديد و/أو قصور كلوي حاد – فقد

تنخفض كفاءة التخلص من النيكوتين أو مستقلباته (وبالتالي زيادة احتمالية حدوث الآثار الجانبية).

- قد يفاقم النيكوتين الذي يتم بلعه من أعراض التهاب المريء أو التهاب المعدة أو القرحة – ينبغي استخدام بدائل النيكوتين عن طريق الفم بحذر مع هذه الحالات.

الآثار الجانبية

- ألم في الفم والفواق (الحازوقة) (جراء البلع المفرط للنيكوتين في البداية) وعسر الهضم، وآلام في الفك.
- تكون الآثار الجانبية بسيطة وعابرة، وغالبا ما يمكن تجنبها عن طريق تصحيح طريقة المضغ.

معدلات الإقلاع عن التدخين وفقاً للدراسات العلمية

- كان متوسط معدلات الإقلاع للعلكة تقريبا 18 % مقارنة بـ 11 % للعلاج الوهمي وذلك عند تقييم حالة التدخين بعد 6 أشهر أو أكثر من بدء العلاج (الاحتمالية النسبية Relative Risk 1.43، وفترة الثقة 95 % من 1.33 إلى 1.53)
- في حالة المدخنين الشرهين، فقد تبين وجود فائدة أكبر من استخدام العلكة ذات التركيز 4 ملغ بدلا من تركيز 2 ملغ.

حبوب مص النيكوتين (Nicotine lozenges)

(توصيل النيكوتين عبر غشاء بطانة الفم) (16, 80-82)

الإيجابيات

- سهلة الاستخدام
- من السهل التحكم بتركيز النيكوتين وفقاً لشدة الأعراض الانسحابية
- توصل النيكوتين بتراكيز أعلى بما يقارب بـ 25 % من علكة النيكوتين

السلبيات

- قد يكون الالتزام بها مشكلة حيث أن عدد مرات الاستخدام اليومي كبير

الجرعات وتعليمات الاستخدام

- متوفرة بتركيز 1 ملغ
- اطلب من المريض بدء استخدام بدائل النيكوتين في اليوم المحدد للإقلاع عن التدخين بحيث يتم استخدامها كاستجابة للرغبة الشديدة بالنيكوتين
- على الرغم من أنه يفضل ترك التدخين عند البدء باستخدام بدائل النيكوتين الا ان استخدام هذه الأدوية ليس ممنوعا مطلقا للمدخن اذا لم يحقق الإقلاع التام. فقد لا يتمكن بعض المرضى من الإقلاع التام قبل البدء باستخدام النيكوتين، وخاصة في بداية العلاج. وفي مثل هذه الحالات، يطلب من المريض تقليل تدخينه بشكل تدريجي
- تاليا الجرعات والإطار الزمني التقريبي لاستخدام حبوب مص النيكوتين.

الفترة	أقل من 15 سيجارة/يوم	أكثر من 15 سيجارة/يوم
الأسبوع 1 - 6	حبة واحدة من العلكة (بتركيز 1 ملغ) كل 1-2 ساعة (10-15) قطعة/يوم	لا يُنصح باستخدام حبوب مص النيكوتين وحدها لمن يدخنون 15 سيجارة أو اكثر في اليوم.
الأسبوع 7 - 9	تخفيف الجرعات حسب قدرة التحمل: حبة واحدة (بتركيز 1 ملغ) كل 2-4 ساعات	
الأسبوع 10 - 12	الاستمرار في تخفيف الجرعات حسب قدرة التحمل: حبة واحدة (بتركيز 1 ملغ) كل 4-8 ساعات	

تعليمات للمرضى

- يجب استخدام 9 حبوب مص على الأقل يومياً في أول 6 أسابيع لرفع احتمالية الإقلاع. ولكن لا يجب أن يتجاوز عددها 20 حبة في اليوم.
- يجب عدم الأكل أو الشرب قبل استخدام حبوب المص بـ15 دقيقة أو أثناء مصها
- يجب تجنب المشروبات الحمضية
- يتم نصح المرضى باستخدام حبوب المص كالتالي:
  - اترك حبوب المص تذوب ببطء في الفم لمدة 20-30 دقيقة، وكرر تحريك الحبة داخل الفم أثناء هذه المدة وحاول أن تحد من بلع اللعاب قدر الإمكان (من أجل توفير كمية أكبر من النيكوتين للامتصاص عن طريق غشاء الفم).
  - قد يسبب استخلاص النيكوتين من الحبوب احساساً دافئاً ومدغدغاً، وهذا طبيعي.
  - لا تمضغ أو تعض أو تبلع أي جزء من حبوب المص
  - لا تستخدم أكثر من حبة واحدة في آن واحد ولا تأخذ حبة مباشرة بعد الأخرى لأن ذلك قد يزيد من احتمالية ظهور الآثار الجانبية
- لتسهيل عملية التخفيف التدريجي للجرعة (تقريبا من الأسبوع السابع من بدء العلاج) انصح مريضك بما يلي:
  - تقليل العدد اليومي المستخدم من الحبوب بمعدل حبة واحدة كل 4-7 أيام.
  - استبدال حبة أو أكثر من حبوب مص النيكوتين بعدد مماثل من حبوب مص النعناع الخالية من السكر ومن ثم زيادة عدد حبوب النعناع بشكل تدريجي.

التحذيرات وموانع الاستعمال (عامة لكل بدائل النيكوتين)

- بالنسبة لمرضى أمراض القلب والشرايين ممن هم في حالة مستقرة، فإن استخدام بدائل النيكوتين يشكل خطراً أقل على مستخدمها بالمقارنة مع الاستمرار بالتدخين. لكن يجب تجنب بدائل النيكوتين مع مرضى القلب والشرايين ممن هم في حالة غير مستقرة: على سبيل المثال بعد الاصابة باحتشاء عضلة القلب مباشرة (في غضون أسبوعين من الاصابة)، وعند المصابين بعدم انتظام ضربات القلب، والمصابين بالذبحة الصدرية غير المستقرة.
- ينبغي نصح المرضى المصابين بداء السكري بمراقبة مستويات السكر في الدم بانتظام.
- ينبغي استخدام بدائل النيكوتين بحذر عند المرضى المصابين باختلال كبدي متوسط إلى شديد و/أو قصور كلوي حاد – فقد تنخفض كفاءة التخلص من النيكوتين أو مستقلباته (وبالتالي زيادة احتمالية حدوث الآثار الجانبية).
- قد يفاقم النيكوتين الذي يتم بلعه من أعراض التهاب المريء أو التهاب المعدة أو القرحة لذا ينبغي استخدام بدائل النيكوتين عن طريق الفم بحذر مع هذه الحالات.

الآثار الجانبية

- لفواق
- القرحة
- الغثيان

معدلات الإقلاع عن التدخين وفقاً للدراسات العلمية

- كان متوسط معدلات الإقلاع لحبوب المص تقريبا 16 % مقارنة بـ 8 % للعلاج الوهمي وذلك عند تقييم حالة التدخين بعد 6 أشهر أو أكثر من بدء العلاج (الاحتمالية النسبية Relative Risk 2.00، وفترة الثقة 95 % من 1.63 إلى 2.45)

ملحق (13): الجمع بين أكثر من دواء

الدواء	الإيجابيات والسلبيات	الجرعات وتعليمات الاستخدام	التحذيرات وموانع الاستعمال	الآثار الجانبية الشائعة	معدلات الإقلاع عن التدخين وفقاً للدراسات العلمية*
بدائل النيكوتين طويلة المفعول مع بدائل النيكوتين قصيرة المفعول (80)	**الإيجابيات** • الحفاظ على مستويات ثابتة من النيكوتين لمدة طويلة عن طريق بدائل النيكوتين طويلة المفعول (اللصقة) مع توفر إمكانية التكيف السريع مع الرغبات الشديدة عن طريق بدائل النيكوتين قصيرة المفعول (مثلا العلكة أو حبوب المص) • أكثر فعالية من استخدام بديل للنيكوتين واحد **السلبيات** • كلفة العلاج	• حدد الجرعة للصقة وفقاً لعدد السجائر المدخنة يومياً كما هو موضح في القسم المحدد لكل بديل من بدائل النيكوتين. • قم بوصف علكة النيكوتين أو حبوب مص النيكوتين كل 1-2 ساعة أو وفقاً للحاجة تبعاً لحدوث الأعراض الانسحابية الحادة • قم بزيادة جرعة اللصقات ان دعت الحاجة إلى استخدام بدائل النيكوتين سريعة المفعول بشكل أكثر من المعتاد. والغاية من ذلك تقليل الحاجة إلى جرعات بدائل النيكوتين قصيرة المفعول. • بعد مرور 4-6 أسابيع تقريبا، قم بتخفيف جرعات بدائل النيكوتين بشكل تدريجي وكما هو موضح في القسم المحدد لكل بديل من بدائل النيكوتين.	عد إلى التحذيرات الخاصة بكل دواء.	• عد إلى التحذيرات الخاصة بكل دواء. • حذر المريض من الآثار الجانبية الأكثر شيوعاً بين الأدوية لأنها قد تزداد حدة عند الجمع بين عدة أدوية (مثل الغثيان والتقيؤ والأرق).	• كان متوسط معدلات الإقلاع (على المدى الطويل) لمجموعة بدائل النيكوتين تقريبا 15 % مقارنة بـ 9.8 % للعلاج الوهمي أو باستخدام بديل واحد فقط (الخطورة النسبية 1.53، وفترة الثقة 95 % من 1.11 إلى 1.63)

الدواء	الإيجابيات والسلبيات	الجرعات وتعليمات الاستخدام	التحذيرات وموانع الاستعمال	الآثار الجانبية الشائعة	معدلات الإقلاع عن التدخين وفقاً للدراسات العلمية*
البيوبروبيون وبدائل النيكوتين طويلة المفعول أو قصيرة المفعول (28, 29, 80)	**الإيجابيات** • بالإضافة إلى ايجابيات استخدام البيوبروبيون، يستطيع المريض الحفاظ على مستويات ثابتة من النيكوتين لمدة طويلة عن طريق بدائل النيكوتين طويلة المفعول (اللصقة اذا استخدمت) مع توفر إمكانية التكيف السريع مع الرغبات الشديدة عن طريق بدائل النيكوتين قصيرة المفعول (مثل العلكة أو حبوب المص اذا استخدم احدهما) • أكثر فعالية من استخدام علاج واحد **السلبيات** • كلفة العلاج	• يمكن الجمع بين استخدام البيوبروبيون و اللصقات وبدائل النيكوتين قصيرة المفعول لدى بعض المرضى، إذا كان مستوى الإدمان مرتفع جدا. • يبدأ باستخدام البيوبروبيون قبل أسبوع من اليوم المحدد للإقلاع عن التدخين وفقا لتعليمات استخدام البيوبروبيون وحده. • تحدد جرعة لصقة النيكوتين وفقاً لعدد السجائر المدخنة يومياً ويبدأ باستخدام اللصقة في اليوم المحدد للإقلاع عن التدخين. • تخفف جرعة اللصقات وفقاً لدرجة الاستجابة لها أو كالمعتاد (عادة بعد مرور 4-6 أسابيع). • قد يتم وصف بدائل النيكوتين قصيرة المفعول أيضاً إن كانت الرغبة بالتدخين ملحة. • يجب تنبيه المريض على توخي الحذر عند القيادة أو استخدام الآلات حتى التأكد من ان العلاج لا يؤثر على أدائه.	عد إلى التحذيرات الخاصة بكل دواء.	• عد إلى التحذيرات الخاصة بكل دواء. • حذر المريض من الآثار الجانبية الأكثر شيوعاً بين الأدوية لأنها قد تزداد حدة عند الجمع بين عدة أدوية (مثل الأرق).	• كانت معدلات الإقلاع (بعد أطول فترة متابعة) للبيوبروبيون مع اللصقات 22.4 % في مقابل بـ 9.8 % للصقة وحدها (الخطورة النسبية 2.28، وفترة الثقة 95 % من 1.46 إلى 3.56)

الدواء	الإيجابيات والسلبيات	الجرعات وتعليمات الاستخدام	التحذيرات وموانع الاستعمال	الآثار الجانبية الشائعة	معدلات الإقلاع عن التدخين وفقاً للدراسات العلمية*
الفارنيكلين وبدائل النيكوتين طويلة المفعول أو قصيرة المفعول (31 ,30)	**الإيجابيات** • بالإضافة إلى ايجابيات استخدام الفارنيكلين، يستطيع المريض الحفاظ على مستويات ثابتة من النيكوتين لمدة طويلة عن طريق بدائل النيكوتين طويلة المفعول (اللصقة اذا استخدمت) مع توفر إمكانية التكيف السريع مع الرغبات الشديدة عن طريق بدائل النيكوتين قصيرة المفعول (مثل العلكة أو حبوب المص اذا استخدم احدهما) **السلبيات** • كلفة العلاج	• يبدأ باستخدام الفارنيكلين قبل أسبوع من اليوم المحدد للإقلاع عن التدخين وفقا لتعليمات استخدام الفارنيكلين وحده. • تحدد جرعة لصقة النيكوتين وفقاً لعدد السجائر المدخنة يومياً وبدء استخدام اللصقة في اليوم المحدد للإقلاع عن التدخين. • تخفف جرعة اللصقات وفقاً لدرجة الاستجابة لها أو كالمعتاد (عادة بعد مرور 4-6 أسابيع). • قد يتم وصف بدائل النيكوتين قصيرة المفعول أيضاً إن كانت الرغبة بالتدخين ملحة. • يجب تنبيه المريض على توخي الحذر عند القيادة أو استخدام الآلات حتى التأكد من ان العلاج لا يؤثر على ادائه.	عد إلى التحذيرات الخاصة بكل دواء.	• عد إلى التحذيرات الخاصة بكل دواء. • حذر المريض من الآثار الجانبية الأكثر شيوعاً بين الأدوية لأنها قد تزداد حدة عند الجمع بين عدة أدوية (مثل الغثيان والأرق).	• يوجد دراسات محدودة عن الجمع بين هذه الأدوية. ومع ذلك، فقد يجد مقدمو الرعاية الصحية هذا الجمع مفيداً لدى للمرضى الذين درجة ادمانهم عالية ويستخدمون الفارنيكلين ولكن يحتاجون إلى وسائل إضافية للسيطرة على الأعراض الانسحابية الحادة.

المراجع

References

1. WHO, Prevelance of tobacco smoking.
   http://gamapserver.who.int/gho/interactive_charts/tobacco/use/atlas.html

2. WHO, Global Youth Tobacco Survey.
   http://www.emro.who.int/images/stories/tfi/documents/GYTS_FS_JOR_2009.pdf

3. King Hussein Institute for Biotechnology and Cancer, Center of Consulting University of Jordan, Department of Statistics, Jordan. The National Survey on Knowledge, Attitudes, and Practices Towards Cancer Prevention and Care in Jordan, 2011. Report available through Center of Consultation, Jordan University

4. Abughosh S, Wu IH, Hawari F, Peters RJ, Yang M, et al. (2011) Predictors of Intention to Quit Cigarette Smoking among Jordanian Adults. Epidemiol 1:103.

5. WHO Framework Convention on Tobacco Control.
   From http://whqlibdoc.who.int/publications/20039241591013/.pdf

6. Guidelines for the implementation of Article 14 of the WHO Framework Convention on Tobacco Control (Demand reduction measures concerning tobacco dependence and cessation.
   Retrieved from http://www.who.int/fctc/Guidelines.pdf

7. Fiore MC, Jaen CR, Baker TB, et al. Treating tobacco use and dependence: 2008 update. Rockville, MD: Department of Health and Human Services, U.S. Public Health Service, 2008.

8. Healthcare interventions to promote and assist tobacco cessation: a review of efficacy, effectiveness and affordability for use in national guideline development. Robert West, Martin Raw, et al, July 2013.

9. Strengthening health systems for treating tobacco dependence in primary care: Part III - Training for primary care providers; World Health Organization 2013. Retrieved from http://apps.who.int/iris/bitstream/10665978924150541 3/4/84388/_eng_Part-III_service_providers.pdf

10. Strengthening health systems for treating tobacco dependence in primary care. Part II: Training for primary care service managers: planning and implementing system changes to support the delivery of brief tobacco interventions; World Health Organization 2013. Retrieved from http://apps.who.int/iris/bitstream/10665978924150541 3/3/84388/_eng_Part-II_service_managers.pdf

11. Protocols and Scripts: American dental hygienists ‹ Association's Smoking Cessation Initiative (SCI). Ask. Advise. Refer. Retrieved from http://www.askadviserefer.org/downloads/ProtocolsAndScripts.pdf

12. Tobacco Cessation Leadership Network. Help Your Colleagues: Ask, Advise, Refer Model. Retrieved from https://www.myctb.org/wst/healthylawrence/livewell/TobaccoFreeLiving/American%20Lung%20Association%20Advocates%20Toolbox/Module-4/Ask-Advise-Refer-Model.pdf

13. Lancaster T, Stead LF. 2006. Individual behavioural counselling for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews.

14. Stead LF, Lancaster T. 2006. Group behaviour therapy programmes for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews.

15. American College of Chest Physicians. Tobacco Dependence Treatment Toolkit.
   http://tobaccodependence.chestnet.org/tk/home1

16. 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.

17. Foulds J, Hughes J, Hyland A, et al. Barriers to use of FDA-approved smoking cessation medications: implications for policy action. Society for Research on Nicotine and Tobacco. March, 2009.

18. Varenicline Product Label.
http://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/label/2008021928/s008lbl.pdf

19. Svanström H, Pasternak B, Hviid A. Use of varenicline for smoking cessation and risk of serious cardiovascular events: nationwide cohort study. BMJ. 2012 Nov 8;345:e7176.

20. Singh S, Loke YK, Spangler JG, Furberg CD. Risk of serious adverse cardiovascular events associated with varenicline: a systematic review and meta-analysis. CMAJ. 2011 Sep 6;183(12):135966-.

21. Prochaska JJ, Hilton JF. Risk of cardiovascular serious adverse events associated with varenicline use for tobacco cessation: systematic review and meta-analysis. BMJ. 2012 May 4;344:e2856.

22. FDA Drug Safety Communication: FDA revises description of mental health side effects of the stop-smoking medicines Chantix (varenicline) and Zyban (bupropion) to reflect clinical trial findings.
https://www.fda.gov/Drugs/DrugSafety/ucm532221.htm

23. Hughes JR, Stead LF, Hartmann-Boyce J, Cahill K, Lancaster T. Antidepressants for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev. 2014 Jan 8;1:CD000031.

24. Zyban Product Label
http://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/label/2011020711/s026lbl.pdf

25. Nortriptyline Product Information
http://www.medicines.org.uk/guides/nortriptyline

26. Etter JF. Cytisine for smoking cessation: a literature review and a meta-analysis. Arch Intern Med. 2006 Aug 14-9-1553:(15)166;28.

27. West R, Zatonski W, Cedzynska M, Lewandowska D, Pazik J, Aveyard P, Stapleton J. Placebo-controlled trial of cytisine for smoking cessation. N Engl J Med. 2011 Sep 29;365(13):1193200-.

28. Smith SS, McCarthy DE, Japuntich SJ, Christiansen B, Piper ME, Jorenby DE, Fraser DL, Fiore MC, Baker TB, Jackson TC. Comparative effectiveness of 5 smoking cessation pharmacotherapies in primary care clinics. Arch Intern Med. 2009 Dec 14;169(22):214855-.

29. Steinberg MB, Greenhaus S, Schmelzer AC, Bover MT, Foulds J, Hoover DR, Carson JL. Triple-combination pharmacotherapy for medically ill smokers: a randomized trial. Ann Intern Med. 2009 Apr 7;150(7):44754-.

30. Ebbert JO, Burke MV, Hays JT, Hurt RD. Combination treatment with varenicline and nicotine replacement therapy. Nicotine Tob Res. 2009 May;11(5):5726-.

31. Hajek P, Smith KM, Dhanji AR, McRobbie H. Is a combination of varenicline and nicotine patch more effective in helping smokers quit than varenicline alone? A randomised controlled trial. BMC Med. 2013 May 29;11:140.

32. U.S. Department of Health and Human Services. Preventing Tobacco Use Among Youth and Young Adults: A Report of the Surgeon General. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2012.

33. Gogtay N, Giedd JN, Lusk L, et al. Dynamic mapping of human cortical development during childhood through early adulthood. Proc Natl Acad Sci U S A. 2004 May 25;101(21):81749-.

34. The National Center on Addiction and Substance Abuse at Columbia University. Tobacco: The Smoking Gun. White paper, 2007. Retrieved from http://www.casacolumbia.org/download/file/fid/598.

35. MedlinePlus. Smoking and youth. Retrieved from http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/smokingandyouth.html

36. Amin TT, Amr MA, Zaza BO, Suleman W. Harm perception, attitudes and predictors of waterpipe (shisha) smoking among secondary school adolescents in Al-Hassa, Saudi Arabia. Asian Pac J Cancer Prev. 2010;11(2):293301-.

37. Nakkash R, Khalil J, Afifi R. The rise in narghile (shisha, hookah) waterpipe tobacco smoking: A qualitative study of perceptions of smokers and non smokers. BMC Public Health 2011, 11:315 doi:10.1186315-11-2458-1471/.

38. Neergaard J. et al. Waterpipe smoking and nicotine exposure: a review of the current evidence. Nicotine Tob Res. 2007 Oct;9(10):98794-.

39. Auf RA., et al. Assessment of tobacco dependence in waterpipe smokers in Egypt. Int J Tuberc Lung Dis. 2012 Jan;16(1):1327-

40. Ward KD., et al. Are waterpipe users interested in quitting? Nicotine Tob Res. 2005 Feb;7(1):14956-. .

41. Wasim Maziak, Kenneth D Ward, Thomas Eissenberg.The Cochrane Review: Interventions for waterpipe smoking cessation. 2011.

42. WHO report on the global tobacco epidemic, 2011: warning about the dangers of tobacco, Retrieved from http://www.who.int/tobacco/global_report/2011/en/

43. WHO, MPOWER.Offer help to quit tobacco use. http://www.who.int/tobacco/mpower/offer/ar/index2.html.

44. U.S. Department of Health and Human Services. The Health Consequences of Smoking - Nicotine Addiction: A Report of the Surgeon General. National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 1988.

45. Hasin DS, O›Brien CP, Auriacombe M, Borges G, Bucholz K, Budney A, et al. DSM-5 criteria for substance use disorders: recommendations and rationale. Am J Psychiatry. 2013;170(8):83451-.

46. Hymowitz N, Cummings KM, Hyland A, et al. Predictors of smoking cessation in a cohort of adult smokers followed for five years. Tob Control. 1997;6 Suppl 2:S5762-.

47. Vangeli E, Stapleton J, Smit ES, et al. Predictors of attempts to stop smoking and their success in adult general population samples: a systematic review. Addiction. 2011 Dec;106(12):211021-.

48. Goodwin RD, Pagura J, Spiwak R, et al. Predictors of persistent nicotine dependence among adults in the United States. Drug Alcohol Depend. 2011 Nov 1;118(233-127:(3-.

49. Hyland A, Borland R, Li Q, et al. Individual-level predictors of cessation behaviours among participants in the International Tobacco Control (ITC) Four Country Survey. Tob Control. 2006 Jun;15. Suppl 3:iii8394-.

50. U.S. Department of Health and Human Services. The Health Consequences of Smoking: 50 Years of Progress. A Report of the Surgeon General. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2014.

51. Al Rashidi M, Shihadeh A, Saliba NA. Volatile aldehydes in the mainstream smoke of the narghile waterpipe. Food Chem Toxicol. 2008;46(11):35469-.

52. Blank MD, Cobb CO, Kilgalen B, Austin J, Weaver MF, Shihadeh A, et al. Acute effects of waterpipe tobacco smoking: A double-blind, placebo-control study. Drug Alcohol Depend. 2011;116(19-102:(3-.

53. Cobb CO, Shihadeh A, Weaver MF, Eissenberg T. Waterpipe tobacco smoking and cigarette smoking: a direct comparison of toxicant exposure and subjective effects. Nicotine Tob Res. 2011;13(2):7887-.

54. Maziak W, Rastam S, Ibrahim I, Ward KD, Shihadeh A, Eissenberg T. CO exposure, puff topography, and subjective effects in waterpipe tobacco smokers. Nicotine Tob Res. 2009;11(7):80611-.

55. Shihadeh A. Investigation of mainstream smoke aerosol of the argileh water pipe. Food Chem Toxicol. 2003;41(1):14352-.

56. Shihadeh A, Saleh R. Polycyclic aromatic hydrocarbons, carbon monoxide, «tar», and nicotine in the mainstream smoke aerosol of the narghile water pipe. Food Chem Toxicol. 2005;43(5):65561-.

57. Shihadeh A. Investigation of mainstream smoke aerosol of the argileh water pipe. Food Chem. Toxicol.2003;41 :143– 152.

58. Raad D, et al, Effects of Water-pipe Smoking on Lung Function: A Systematic Review and Meta-analysis. CHEST. 2011;139(5):764774-

59. Hawari FI, et al. The acute effects of waterpipe smoking on lung function and exercise capacity in a pilot study of healthy participants. Inhal Toxicol. 2013 Aug;25(9):4927-.

60. Hawari FI, Obeidat NA, Ghonimat IM, Ayub HS, Dawahreh SS. The effect of habitual waterpipe tobacco smoking on pulmonary function and exercise capacity in young healthy males: A pilot study. Respir Med. 2017;122:715-.

61. Akl EA, et al. The effects of waterpipe tobacco smoking on health outcomes: a systematic review. International Journal of Epidemiology 2010;39:834–857.

62. Centers for Disease Control and Prevention. Quitting Smoking. Retrieved from http://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/fact_sheets/cessation/quitting/index.htm#benefits

63. U.S. Department of Health and Human Services. The Health Benefits of Smoking Cessation: A Report of the Surgeon General. Atlanta: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 1990

64. Miller, W. R., & Rollnick, S. (2012). Motivational interviewing: Preparing people for change (3rd ed.). New York: Guilford Press.

65. Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, Fagerstrom KO. The Fagerstrom Test for Nicotine Dependence: A revision of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. British Journal of Addictions 1991;86:111927-.

66. The buyer›s guide to respiratory care services. Retrieved from http://www.erscongress2010.org/uploads/Document/e1/WEB_CHEMIN_2567_1194523664.pdf

67. Pisinger C, Jorgensen T. 2007. Waist circumference and weight following smoking cessation in a general population The Inter99 study. Preventive Medicine.

68. McLellan AT, Lewis DC, O›Brien CP, et al. Drug dependence, a chronic medical illness: implications for treatment, insurance, and outcomes evaluation. JAMA. 2000 Oct 4;284(13):168995-.

69. Piasecki TM. Relapse to smoking. Clin Psychol Rev. 2006 Mar;26(2):196215-.

70. Relapse Prevention for Smoking, Shiffman S, Kassel J, Gwaltney C, et al. In: Relapse Prevention: Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviors. Second Edition, editors Marlatt GA and Donovan DM.

71. Hajek P, Stead LF, West R, Jarvis M, Lancaster T. 2006. Relapse prevention interventions for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews.

72. Hughes JR. Effects of abstinence from tobacco: valid symptoms and time course. Nicotine Tob Res. 2007 Mar;9(3):31527-.

73. Cahill K, Stead LF, Lancaster T. Nicotine receptor partial agonists for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev. 2012 Apr 18;4:CD006103.

74. Tonstad S, Tønnesen P, Hajek P, Williams KE, Billing CB, Reeves KR. Effect of maintenance therapy with varenicline on smoking cessation: a randomized controlled trial. JAMA. 2006; 296: 6471-.

75. Williams K, Reeves K, Billing C Jr, Pennington A, Gong J. A double-blind study evaluating the long-term safety of varenicline for smoking cessation. Curr Med Res Opin. 2007 Apr;23(4):793801-.

76. Barringer TA, Weaver EM. Does long-term bupropion (Zyban) use prevent smoking relapse after initial success at quitting smoking? J Fam Pract. 2002 Feb;51(2):172.

77. Cox L, Patten C, Niaura R, Decker P, Rigotti N, Sachs D, Buist A, Hurt R. Efficacy of bupropion for relapse prevention in smokers with and without a past history of major depression. J Gen Intern Med. 2004; 19: 828834-.

78. Aveyard P, Johnson C, Fillingham S, Parsons A, Murphy M. Nortriptyline plus nicotine replacement versus placebo plus nicotine replacement for smoking cessation: pragmatic randomised controlled trial. BMJ. 2008 May 31;336(7655):12237-.

79. Haggsträm FM, Chatkin JM, Sussenbach-Vaz E, Cesari DH, Fam CF, Fritscher CC. A controlled trial of nortriptyline, sustained-release bupropion and placebo for smoking cessation: preliminary results. Pulm Pharmacol Ther. 2006;19(3):2059-.

80. Mayo Clinic NDC Tobacco Dependence Treatment Medication Summary
http://www.mayo.edu/research/ndc_education/upload/tts-medication-summary-2010.doc

81. Product labels for various formulations and brands of nicotine replacement therapies were accessed through
http://www.medicines.org.uk/emc/default.aspx

82. Veterans Health Affairs: VHA Tobacco Use Cessation: Treatment Guidance, parts 2 and 3.
www.publichealth.va.gov/smoking/index.asp

إذا كان لديك أي ملاحظات أو استفسارات، يمكنك التواصل مع:

مركز الحسين للسرطان: 06 5300460

مكتب مكافحة السرطان (فرعي 2315)

عيادة الإقلاع عن التدخين (فرعي 4086)

TDT@khcc.jo

وزارة الصحة: 06 5200230

مديرية التوعية والإعلام الصحي

قسم الوقاية من أضرار التدخين