



مؤسسة الحسين للسرطان
مركز الحسين للسرطان



الدليل الإرشادي الأردني لعلاج الإدمان على التبغ

"لنساعد المدخنين في الإقلاع عن التدخين"

مجموعة اعداد التقرير

- د. فراس الهواري – مدير مكتب مكافحة السرطان، مركز الحسين للسرطان
- د. هبه ايوب – رئيس وحدة مكافحة التدخين في مكتب مكافحة السرطان، مركز الحسين للسرطان
- د. نور عبيدات – رئيس وحدة الابحاث التطبيقية في مكتب مكافحة السرطان، مركز الحسين للسرطان
- د. مالك حباشنة – مدير مديرية التوعية والاعلام الصحي، وزارة الصحة الاردنية

تم مراجعة التقرير 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

جدول المحتويات

1	المُلخَص التَّنفيذِي.....
4	المقدمة.....
6	الدليل الإرشادي الأردني لعلاج الإدمان على التبغ.....
8	تداخلات علاج الإدمان على التبغ.....
8	النصيحة الموجزة (Brief advice).....
10	الرسم التوضيحي 1: السؤال والنصح والتحويل (AAR).....
13	الرسم التوضيحي 2: السؤال والنصح والتقييم والمساعدة والمتابعة (5As).....
15	الدعم وجها لوجه (Face-to-face support).....
17	الرسم التوضيحي 3: الدعم وجها لوجه.....
19	العلاج الدوائي للإدمان على التبغ (Pharmacotherapies).....
25	الرسم التوضيحي 4: استخدام ادوية علاج الإدمان على التبغ.....
26	تقديم الدعم لعلاج الإدمان على التبغ للأطفال والمراهقين.....
28	تقديم الدعم لعلاج الإدمان على التبغ لمدخني الأرجيلة.....
30	الملاحق.....
31	الملحق 1: مكافحة التبغ.....
32	الملحق 2: الآثار الصحية الناجمة عن التدخين واستخدام التبغ.....
35	الملحق 3: فوائد الإقلاع عن التدخين.....
36	الملحق 4: الإدمان على النيكوتين.....
37	الملحق 5: تقييم مستوى الإدمان على النيكوتين.....
39	الملحق 6: تقييم مستوى الحافز للإقلاع عن التدخين.....
40	الملحق 7: الأعراض الانسحابية للنيكوتين.....
41	الملحق 8: الانتكاسة والوقاية منها.....
44	الملحق 9: إعداد خطة للإقلاع عن التدخين.....
46	الملحق 10: فحص أول أكسيد الكربون.....
47	الملحق 11: العلاجات الدوائية لعلاج الإدمان على التبغ.....
60	الملحق 12: المقابلات التحفيزية.....
61	الملحق 13: مواد المساعدة الذاتية.....
62	الملحق 14: زيادة الوزن بعد التوقف عن التدخين.....
63	الملحق 15: طرق أخرى للإقلاع عن التدخين في الأردن.....
64	المراجع.....

1. الملخص التنفيذي

لم تعد الأدلة العلمية تقبل الشك فيما للتبغ من آثار ضارة على الصحة وتفاقم الامراض غير السارية، ولم يعد بالامكان دحض ما لحد استخدام التبغ من آثار إيجابيه على الصحة العامة. وعلى الرغم من هذه الحقائق، فمعدلات استخدام التبغ حالياً في الأردن من أعلى المعدلات في منطقة الشرق المتوسط والعالم، وذلك سواء أكان بين البالغين أو الشباب. وعدا عن العبء الذي يتحمله الأردن جراء استخدام التبغ، فإنه ايضا يواجه تحديات بسبب انتشار عوامل سلوكية إضافية ومرتبطة بالامراض غير السارية كسوء التغذية والسمنة وقلة النشاط البدني. ولذا، فإنه ليس من المستغرب أن السرطان والأمراض القلبية الوعائية من أهم أسباب الوفاة في الأردن. ونتيجة لذلك، فقد عملت وزارة الصحة وشركاؤها على زيادة الجهود للحد من استخدام التبغ ومن اعبائه الصحية والاقتصادية باستخدام إطار منظمة الصحة العالمية للسياسات الست MPOWER. ومن هذه الجهود تطوير الدليل الإرشادي الوطني لعلاج الإدمان على التبغ.

تم تطوير هذا الدليل الإرشادي بهدف تعزيز وتنقيف وتوحيد طرق علاج الإدمان على التبغ، والذي يعد اكبر عامل خطورة يجب الوقاية منه للحد من العديد من الأمراض والحالات الصحية الحادة والمزمنة في الأردن.

يتوفر علاج الإدمان على التدخين في الأردن في عدد محدود من العيادات، وبالتالي فهو علاج لا يسهل الحصول عليه. وأما البيانات حول ممارسات مقدمي الرعاية الصحية المتعلقة بعلاج الإدمان على التبغ فهي محدودة جداً؛ مثل مدى استفسار مقدمي الرعاية الصحية عن استخدام المريض للتبغ (tobacco use screening) ومدى تقديمهم العلاج لمستخدميه. ولكن ارتفاع معدلات استخدام التبغ واعتبار التدخين جزء من العادات المجتمعية (حتى بين مقدمي الرعاية الصحية) يوحيان بالحاجة لتظافر وتعزيز الجهود لحث هذه الممارسات (استفسار مقدمي الرعاية الصحية عن استخدام المريض للتبغ وتقديمهم العلاج للمدخنين) ولدمجها ضمن نظم الرعاية الصحية القائمة، كالعيادات الصحية والمؤسسات التعليمية وأماكن العمل.

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 إدمان التبغ في الأردن، ويعرض التداخلات المثبتة علمياً في علاج الإدمان على التبغ والتي يمكن استخدامها في الأردن. وكما أنه قائم على أدلة إرشادية عالمية وتقارير ودراسات علمية منشورة لضمان ترويج معلومات طبية موثوقة. وتم تعديل محتوى هذا الدليل -حيثما لزم

الأمر - بما يتناسب مع الوضع المحلي. فعلى سبيل المثال، تم عرض الأدوية المتوفرة بالأردن بشكل مفصل بينما الادوية غير المتوفرة تم استعراضها بشكل سريع.

وقد تم مراجعة هذا الدليل الإرشادي من قبل خبراء دوليين وصادق عليه خبراء صحيين محليين في مجال علاج الإدمان على التبغ في الأردن.

أما بالنسبة لمحتوى الدليل الإرشادي، فقد بذلت جهود لتناول المواضيع الرئيسية المتعلقة بعلاج إدمان التبغ. فاستهل الدليل بنبذة عن الوضع في الأردن، تبعه وصف لأهم المداخلات التي يمكن توفيرها لمستخدمي التبغ. منها ما يعرف بالنصيحة الموجزة (brief advice) والتي بإمكان مقدمي الرعاية الصحية والمرشدين الصحيين ممن تنقصهم الخبرة أو الوقت تقديمها لجميع المراجعين. وفي هذا الدليل تم عرض نموذجين من النصيحة الموجزة. الاول من ثلاث خطوات (AAR) تتضمن (1) الاستفسار عن استخدام التبغ و(2) تقديم النصح للاقلاع عنه و(3) التحويل للحصول على المزيد من المساعدة. والثاني من خمس خطوات (5As) تتضمن (1) الاستفسار عن استخدام التبغ و(2) تقديم النصح للاقلاع عنه و(3) تقييم الاستعداد للاقلاع و(4) المساعدة من خلال وضع خطة للاقلاع او التحويل على خدمات الاقلاع المتوفرة و(5) المتابعة. ومن المداخلات التي يمكن توفيرها لمستخدمي التبغ ايضا الدعم وجها لوجه (face-to-face support)، والذي يتكون من عدة جلسات يتخللها وضع خطة علاجية ووصف الادوية اللازمة للاقلاع بالاضافة الى تقديم المشورة والمتابعة. وبما أنه يحق للأطباء فقط وصف الأدوية، فإنه ومن المتوقع أن يقتصر تقديم الدعم وجها لوجه على الأطباء. ونظرا لأهمية الأدوية في علاج الإدمان على التبغ، فقد تم تخصيص جزء كاملا لتناول هذا الموضوع. ومن المواضيع الأخرى التي تم تغطيتها في هذا الدليل، تقديم الدعم لمدخني الأرجيلة وتقديم الدعم للأطفال والمراهقين الذين يستخدمون التبغ، وهما موضوعان في غاية الأهمية في مجال الصحة العامة في الأردن.

ولكل موضوع يتناوله الدليل، تم وصف المفاهيم المتعلقة به مع تقديم خلاصة لأهم النقاط الأساسية الواردة به. وأينما تطلب الأمر توضيحاً لتفاصيل العملية التنفيذية، فقد تم إضافة رسوم/مخططات توضيحية (مخطط الAAR ومخطط ال5As ومخطط الدعم وجها لوجه ومخطط استخدام الأدوية). كما تم إضافة مجموعة من الملاحق لتوفير مزيداً من التفاصيل الطبية لمقدمي الرعاية الصحية والمرشدين الصحيين والتربويين الراغبين بالمشاركة بشكل فعال في علاج إدمان التبغ. وتتضمن الملاحق مواضيع تتعلق بالآثار الصحية المترتبة على التدخين واستخدام التبغ وفوائد الإقلاع عن التدخين، وما يتعلق بإدمان النيكوتين وأعراضه الانسحابية، وتقييم مستوى الحافز للاقلاع ومستوى الإدمان على

النيكوتين، ووضع خطة للاقلاع عن التدخين، واستخدام مقياس أول أكسيد الكربون للمساعدة في جهود علاج الإدمان على التبغ، ونفاذي الانتكاسة وكيفية التعامل معها عند حدوثها، وتعليمات محددة بشأن استخدام أدوية الاقلاع عن التبغ، ومبادئ المقابلات التحفيزية. وكما خصص موضوع مستقل لتناول مسألة التحكم بالوزن اثناء مرحلة الاقلاع عن التدخين. وأخيراً تم بإيجاز تناول المداخلات التي تعد هامشية في علاج الإدمان على التبغ أو تلك التي لم يتم الاعتراف بها على نطاق واسع في المجال الطبي (على سبيل المثال استخدام مواد المساعدة الذاتية والعلاج بالتنويم) وذلك لمن يرغب بمعرفة أي أساليب لا يقرها الدليل الإرشادي الأردني.

يمثل هذا الدليل الإرشادي نقطة بداية لجهود علاج الإدمان على التبغ في الأردن، وستستمر عملية تطويره ومراجعته مادامت جهود علاج الإدمان على التبغ مستمرة والدليل مستخدماً في الأردن.

.. المقدمة

الأردن دولة نامية يبلغ عدد سكانها نحو ستة ملايين نسمة. أدرك الأردن خلال السنوات الأخيرة أن التبغ مشكلة صحية كبرى مما دفعه لاتخاذ خطوات عديدة للتصدي لها. وعلى الرغم من هذا، تشير الدراسات الى ان مشكلة التبغ تحتل مرتبة عالية بالمقارنة مع دول الجوار. [1]

وفقا لتقرير انتشار عوامل الخطورة المرتبطة بأنماط الحياة في الأردن، فإن معدل انتشار تدخين السجائر والأرجيلة بين البالغين وصل إلى 32% و 8.7% على التوالي، [2] واستنادا للمسح العالمي للتبغ بين الشباب لعام 2009، فإن نسب المدخنين الحاليين للسجائر ومدخني الأرجيلة وصلت إلى 11.5% و 20.7% على التوالي، [3] في حين أظهر المسح العالمي للتبغ بين المهنيين الصحيين في عام 2004 أن 34% من الأطباء الأردنيين يدخنون السجائر.*

حاول ما يقارب على 63% من المدخنين البالغين الإقلاع عن التدخين ولكن دون جدوى. فقد كانت نسبة من حاول الإقلاع عن التدخين من الرجال (66%) أعلى بقليل من النساء (63%)، ولكن كانت نسبة النجاح في الإقلاع لدى النساء (13%) أعلى منها عند الرجال (8%). [2] وبينت الدراسات المحلية ان هناك عوامل قد ارتبطت بوجود رغبة في الإقلاع عن التدخين عند مدخني السجائر البالغين بالمقارنة مع المدخنين الذين ليس لديهم رغبة في الإقلاع، ومن تلك العوامل: تدخين عدد اقل من السجائر يوميا، التعرض للرسائل الاعلامية المضادة للتدخين، وجود خلفية طبية، وجود محاولات سابقة للإقلاع، والشعور بعدم السعادة. [4] ومن الجدير بالذكر أيضا أن 51.6% من المدخنين المراهقين لديهم الرغبة في الإقلاع عن التدخين. [3]

صادق الأردن على اتفاقية منظمة الصحة العالمية الإطارية بشأن مكافحة التبغ في آب 2004 والتزم بتنفيذ الاتفاقية وادلتها الارشادية. توصي المادة 14 من الاتفاقية (التدابير الرامية إلى الحد من الطلب فيما يتعلق بالاعتماد على التبغ والإقلاع عنه) أن تطور الدول وتنفذ برامج فعالة ضمن البرامج والخطط والاستراتيجيات الصحية الوطنية من اجل تعزيز الإقلاع عن استخدام التبغ، بحيث تحوي هذه البرامج التشخيص والعلاج وخدمات إسداء المشورة بشأن الإقلاع عن التبغ. [5] وتوصي الإرشادات الإضافية الواردة في الدليل الارشادي حول المادة 14 من الاتفاقية، توصي الحكومات بتعزيز أو إنشاء بنية تحتية مستدامة تحفز محاولات الإقلاع وتضمن الوصول إلى ما يلزم من دعم للإقلاع، وتوفر موارد مستدامة تضمن استمرارية الدعم. [6]

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

خدمات علاج الإدمان على التبغ في الأردن

العيادات: لدى وزارة الصحة ثلاث عيادات للإقلاع عن التدخين ضمن المراكز الصحية الأولية والعيادات الثلاث موزعة على الوسط والشمال والجنوب. توفر هذه العيادات المشورة والعلاج الدوائي مجاناً للمدخنين الراغبين في الإقلاع عن التدخين، وهي المواقع الصحية الحكومية الوحيدة التي توفر العلاج. كما يوجد في مركز الحسين للسرطان عيادة أخرى للإقلاع عن التدخين تقدم المشورة والعلاج الدوائي بشكل أساسي لمرضى السرطان وإلى غيرهم من العامة. ولم يتم حتى الآن تأسيس أي خط ساخن (quit-line) لتقديم المساعدة في الإقلاع عن التدخين.

العلاجات الدوائية: الأدوية المستخدمة لعلاج الإدمان على التبغ المسجلة والمتاحة في الأردن هي الفارنيكلين وبدائل النيكوتين وبالتحديد اللصقات والحلقة وحبوب المص. ومع أن دواء البيوبروبيون غير مسجل بعد في المؤسسة العامة للغذاء والدواء، إلا أنه متوفر في مركز الحسين للسرطان.

التدريب على علاج الإدمان على التبغ: على مدى السنوات الأخيرة، ازداد التدريب على علاج الإدمان على التبغ في الأردن. فمنذ عام 2011، تم تدريب حوالي 200 من مقدمي الرعاية الصحية (أطباء وأطباء أسنان وصيادلة وممرضات) على علاج الإدمان على التبغ في الأردن، كما تم تدريب 327 مرشد صحي (مرشدي المدارس والمعلمين) على المبادئ الأساسية لمكافحة التبغ وعلاج الإدمان عليه.

خدمات علاج الإدمان على التبغ في إيجاز: على الرغم من وجود مستوى مرتفع من الرغبة في الإقلاع عن التدخين، إلا أن إمكانية الحصول على العلاج لا تزال محدودة بالرغم من ارتفاع معدلات التدخين في الأردن. لذا فهناك حاجة متزايدة لخدمات الإقلاع عن التدخين. وتتوي وزارة الصحة زيادة هذه الخدمات من خلال إنشاء المزيد من العيادات، وزيادة عدد مقدمي الرعاية الصحية المدربين وكذلك توفير الأدوية بشكل مستمر.

III. الدليل الإرشادي الأردني لعلاج الإدمان على التبغ

- أعد الدليل الإرشادي الأردني لعلاج الإدمان على التبغ لتوجيه مقدمي الرعاية الصحية حول كيفية مساعدة المدخنين في الإقلاع عن تدخين التبغ. يحتوي الدليل على مجموعة من الإجراءات والتوصيات تمكن مقدمي الرعاية الصحية (المرضى والأطباء وأسنان والصيادلة والقابلات) والمرشدين الصحيين للتعرف على المدخنين من مرضاهم وتوفير ما يلزم للتعامل معهم من أجل علاج إدمان التبغ لديهم. كما يوفر هذا الدليل معلومات لصناع القرار في الرعاية الصحية حول الأدوات والموارد اللازمة لتوفير العلاج.
- هذا الدليل متاح لاستخدام جميع مقدمي الرعاية الصحية بهدف تضمين خدمات علاج الإدمان على التبغ ضمن الانظمة الوطنية للرعاية الصحية. يستطيع أي من مقدمي الرعاية الصحية تقديم النصيحة الموجزة عند مقابلتهم لمرضاهم، بينما يقتصر تقديم الدعم وجها لوجه على الأطباء وذلك لأنهم الفئة المرخصة الوحيدة لوصف الأدوية في الأردن. يمكن للمرشدين التربويين ومعلمي المدارس الاستفادة أيضاً من هذا الدليل، وخاصة من الجزء المتعلق بتقديم الدعم للأطفال والمراهقين المدمنين على التبغ. هذا وسيتم تحديث الدليل وتحسينه بناء على تجربة العمل به.
- يستند الدليل الإرشادي على أحدث الدراسات العلمية مع أخذه بالاعتبار الموارد المتاحة في البلد، من حيث الخبرات والقوى العاملة والأدوية والعيادات التي توفر الخدمات.
- يتطرق الدليل الإرشادي لأهم أنواع العلاج والدعم للإدمان على التبغ (النصيحة الموجزة، الدعم وجها لوجه، العلاج الدوائي)، كما يتضمن جزءاً خاصاً بتقديم الدعم للمدخنين من الأطفال والمراهقين والمدخني الأرجيلة. تم تناول كل موضوع بإيجاز مع تلخيص نقاطه الهامة. كما قدمت ملاحظات وإرشادات مفصلة من خلال الملاحق والرسوم التوضيحية.
- تم إعداد الدليل الإرشادي على عدة مراحل:
 - i. تشكيل مجموعة الدليل الإرشادي الأردني لعلاج الإدمان على التبغ: شكلت المجموعة من مكتب مكافحة السرطان في مركز الحسين للسرطان (بما في ذلك وحدة مكافحة التبغ وعيادة علاج الإدمان على التبغ)، ورئيس مكافحة التدخين في وزارة الصحة ومجموعة من الخبراء الدوليين. وتم بناء خطة تبين كيفية إعداد الدليل الإرشادي ومراجعته، وتمت الموافقة على الخطة من قبل جميع أعضاء المجموعة.
 - ii. إجراء تحليل الوضع المحلي لممارسات علاج الإدمان على التبغ في الأردن: أجرى مركز الحسين للسرطان ووزارة الصحة تحليلاً لوضع (national situation analysis) ممارسات علاج الإدمان على التبغ من خلال مراجعة البيانات المتاحة في الأردن. وبما أن ثلثي المدخنين البالغين حاولوا الإقلاع عن التدخين خلال

العام الماضي، وأن أكثر من نصف المراهقين المدخنين لديهم الرغبة في الإقلاع عن التدخين، وأن الموارد المتاحة لعلاج الإدمان على التبغ في الأردن محدودة، كل هذا يبين حجم الفجوة بين رغبة المدخنين في الإقلاع وبين ما هو متاح فعلياً لعلاج الإدمان على التبغ في الأردن. وأشار هذا التحليل إلى الحاجة لتوسيع نطاق الخدمات في كل من القطاعين العام والخاص، والحاجة إلى تأهيل مقدمي الرعاية الصحية ليتمكنوا من علاج الإدمان على التبغ.

iii. إعداد الاطار العام لمحتوى الدليل الإرشادي: تم في البداية استعراض آخر ما توصل إليه العلم في مجال علاج الإدمان على التبغ، مع التركيز بشكل كبير على الأدلة الإرشادية العالمية المهمة بعلاج إدمان التبغ، والدراسات العلمية المنشورة والمتعلقة بموضوع علاج الإدمان على التبغ، وتجارب العلاج الناجحة في الدول الأخرى. وبعد الأخذ بعين الاعتبار الموارد المحلية المتاحة والجمهور المستهدف للدليل والإجراءات المتوقع أن ينجزها هذا الجمهور والتحديات المتوقعة، تم تحديد المواضيع التي سيتم التطرق إليها، ومن ثم تم إعداد محتوى الدليل المفصل.

iv. مراجعة الدليل الإرشادي: تم مراجعة المسودة الأولى من قبل مجموعة الدليل الإرشادي الأردني لعلاج الإدمان على التبغ، ومن ثم من قبل الجهات الوطنية المعنية (مقدمي الرعاية الصحية الممثلين لأهم الجهات الصحية في الأردن)، وأخيراً من قبل مجموعة من الخبراء المحليين والإقليميين والدوليين في مجال مكافحة التبغ، ممن حضروا ورشة عمل علاج الإدمان على التبغ في عمان[†] والتي تم فيها عرض الدليل الإرشادي ومناقشته. وقد تم تعديل الدليل الإرشادي بعد كل مراجعة وفقاً للملاحظات الواردة عليه.

v. يتوفر ايضاً الدليل الإرشادي باللغة الانجليزية.

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

١٧. تداخلات علاج الإدمان على التبغ

1. النصيحة الموجزة (Brief advice)

- تم اقتراح أكثر من نموذج لتقديم النصح للمدخنين (على سبيل المثال، نموذج "AAR" الذي يتضمن السؤال والنصح والتحويل ونموذج "5As" الذي يتضمن السؤال والنصح والتقييم والمساعدة والمتابعة أو التحويل).
- تزيد النصيحة الموجزة من معدلات الإقلاع عن التبغ. وحتى عندما لا يكون مستخدم التبغ على استعداد لمحاولة الإقلاع، فإن تقديم النصيحة الموجزة يزيد من مستوى الحافز عند المدخن للإقلاع ويزيد من احتمالية القيام بمحاولات للإقلاع في المستقبل. [7]
- عند تقديم النصيحة الموجزة للمريض المدخن الذي يراجع للحصول على استشارة طبية أخرى، فإن معدلات الإقلاع (6-12 شهر) تزداد بمعدل نقطتين مئويتين بالمقارنة مع عدم القيام بأي شيء أو تقديم الرعاية المعتادة. [8]
- إن الغاية المرجوة من النصيحة الموجزة مساعدة المرضى على إدراك ما يتعرضون إليه من مخاطر بسبب استخدام التبغ، وما يترتب على الإقلاع عنه من فوائد. لا تعد النصيحة الموجزة وحدها علاجاً للإدمان على التبغ، ولكنها تحت مستخدم التبغ على محاولة الإقلاع. وأما بالنسبة للمدخنين الشريين، فإن النصيحة الموجزة قد تشجعهم على طلب أو تقبل تلقي العلاج. [9]

نموذج AAR [10-12]

- ينصح باستخدام نموذج "AAR" من قبل مؤسسات الرعاية الصحية الأولية، حيث يقوم مقدم الرعاية الصحية (الطبيب، الممرضة، طبيب الأسنان، الصيدلي، القابلة) بسؤال المريض إن كان مدخناً، ونصحه بالإقلاع عن التدخين والشرح له عن الآثار السلبية للتدخين، وتحويله إلى خدمات علاج الإدمان على التبغ أو تزويده بأي مصادر أخرى (كالنشرات العلمية التوعوية الخاصة في الإقلاع).
- يتألف من ثلاث خطوات تستغرق في العادة حوالي 3 دقائق: السؤال وتقديم النصيحة والتحويل.

A: السؤال عن استخدام التبغ

- أسأل في كل زيارة (أو على الأقل مرة واحدة في السنة) ما إذا كان المريض مستخدماً للتبغ أو سبق له ذلك أو لم يستخدمه في حياته.
- حدد شكل التبغ الذي يستخدمه.

- حدد تكراره لاستخدام التبغ (مثلا عدد السجائر او الأراجيل المستهلكة في اليوم او الاسبوع).
- وثق حالة استخدام التبغ في سجل المريض الطبي.

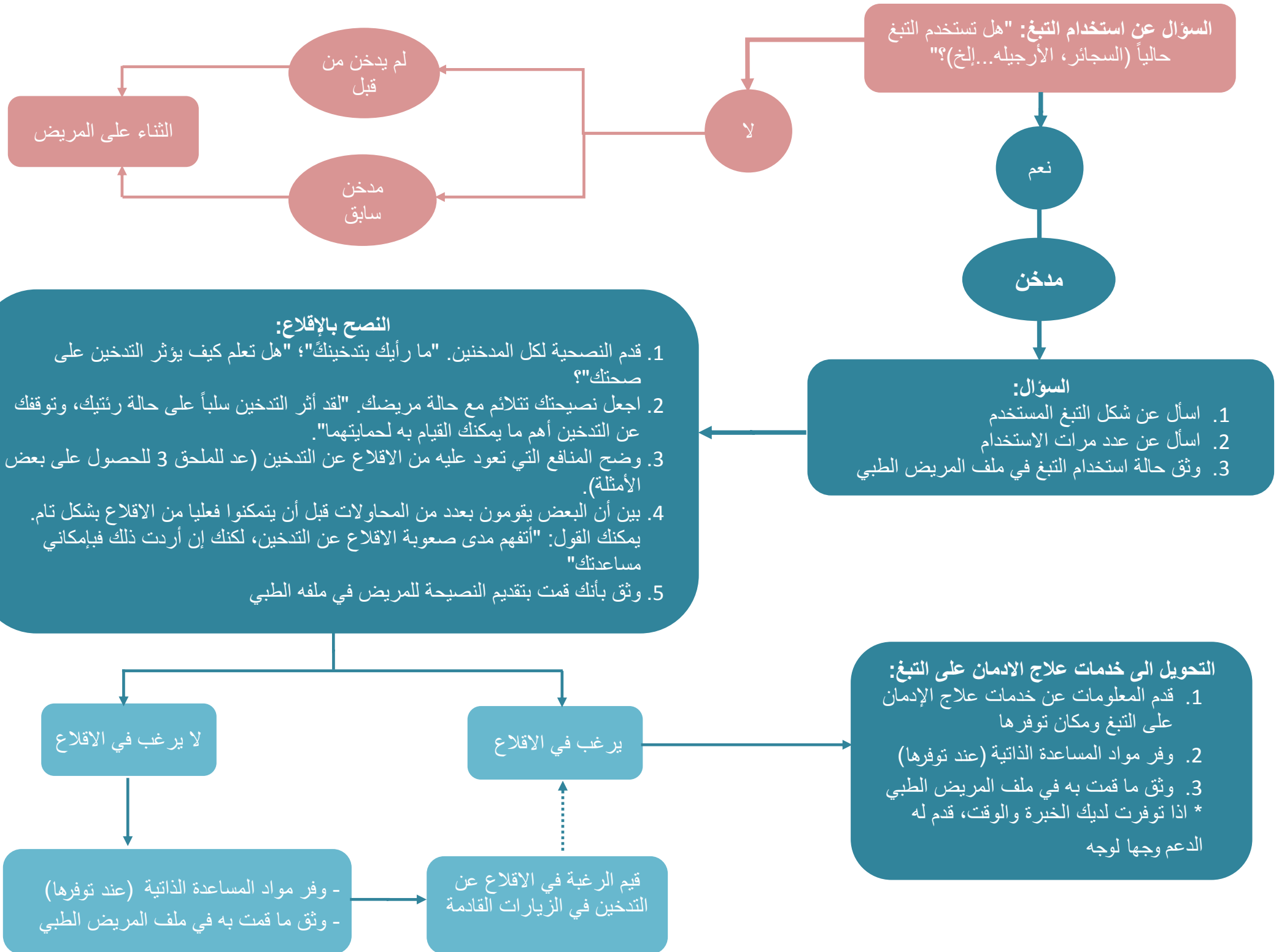
A: النصح للإقلاع

- حث كل مستخدم للتبغ على الإقلاع بطريقة واضحة وقوية وتخاطب المريض بشكل شخصي.
- اشرح للمريض عن ارتباط التدخين بمشاكله الصحية (حسب الحالة) وكيف أن التوقف عن التدخين قد يعود عليه بالنفع.
- سلط الضوء على فوائد الإقلاع عن التدخين.
- اكد على مستخدمي التبغ ممن لم تتكلل محاولاتهم السابقة في الإقلاع عن التدخين بالنجاح أن معظم الناس قد يحاولوا مرارا وتكرارا قبل أن يتمكنوا من تحقيق الإقلاع التام عن التدخين.
- وثق النصيحة في الملف الطبي للمريض.

R: تحويل المريض إلى خدمات علاج الإدمان على التبغ

- ساعد الراغبين في الإقلاع عن التدخين بتقديم المعلومات او الدعم: قم بتوفير المعلومات عن خدمات الإقلاع عن التبغ وتحويلهم إليها (مثل عيادات علاج الإدمان على التبغ او الخط الساخن). إن توفرت لديك الخبرة والوقت فقم بتقديم الدعم وجها لوجه.
- قدّم لجميع المدخنين مواداً تساعدهم على التنقيف الذاتي (عند توفرها).
- وثق كل ما تم إجراؤه في سجل المريض الطبي.

الرسم التوضيحي 1: السؤال والنصح والتحويل (نموذج AAR)



نموذج 5As [7, 9]

- يمكن استخدام نموذج 5As كنموذج آخر من النصيحة الموجزة من قبل مؤسسات الرعاية الصحية الأولية، حيث يقوم مقدم الرعاية الصحية (الطبيب، الممرضة، طبيب الأسنان، الصيدلي، القابلة) بسؤال المريض ما إن كان مدخناً، وينصحه بالإقلاع عن التدخين والشرح له عن الآثار السلبية للتدخين، وتحديد مدى تقبله لفكرة الإقلاع عن التدخين، ومن ثم مساعدته في وضع خطة للإقلاع أو إعطائه معلومات للتواصل مع المختصين في هذا المجال، وتحديد موعد للمتابعة أو التحويل إلى خدمات علاج الإدمان على التبغ.
- بالمقارنة مع نموذج الAAR، فإن تطبيق نموذج 5As بشكل صحيح يحتاج إلى وقت أطول قليلاً وإلى خبرة أكبر من تلك التي يحتاجها نموذج AAR.
- يتألف نموذج 5As من خمس خطوات ويحتاج تنفيذها إلى حوالي 5 دقائق: السؤال والنصح والتقييم والمساعدة والمتابعة.

A: السؤال عن استخدام التبغ

- أسأل في كل زيارة (أو على الأقل مرة واحدة في السنة) ما إذا كان المريض مستخدماً للتبغ أو سبق له ذلك أو لم يستخدمه في حياته.
- حدد شكل التبغ الذي يستخدمه.
- حدد تكراره لاستخدام التبغ (مثلاً عدد السجائر أو الأراجيل المستهلكة في اليوم أو الاسبوع).
- وثق حالة استخدام التبغ في سجل المريض الطبي.

A: النصح للإقلاع

- حث كل مستخدم للتبغ على الإقلاع بطريقة واضحة وقوية وتخاطب المريض بشكل شخصي.
- اشرح للمريض عن ارتباط التدخين بمشاكله الصحية (حسب الحالة) وكيف أن التوقف عن التدخين قد يعود عليه بالنعيم.
- سلط الضوء على فوائد الإقلاع عن التدخين.
- أكد على مستخدمي التبغ ممن لم تتكلم محاولاتهم السابقة في الإقلاع عن التدخين بالنجاح أن معظم الناس قد يحاولوا مرارا وتكرارا قبل أن يتمكنوا من تحقيق الإقلاع التام عن التدخين.

- وثق النصيحة في الملف الطبي للمريض.

A: تقييم مدى الاستعداد لمحاولة الإقلاع عن التدخين

- قيم ما إذا كان المريض يرغب في الإقلاع عن التدخين (تقييم أهمية الإقلاع عن التدخين).
- حدد ما إذا كان المريض يعتقد بأنه سيتمكن من الإقلاع عن التدخين بنجاح (تقييم ثقته في قدرته على الإقلاع عن التدخين).
- وثق الرغبة في الإقلاع في ملف المريض الطبي.

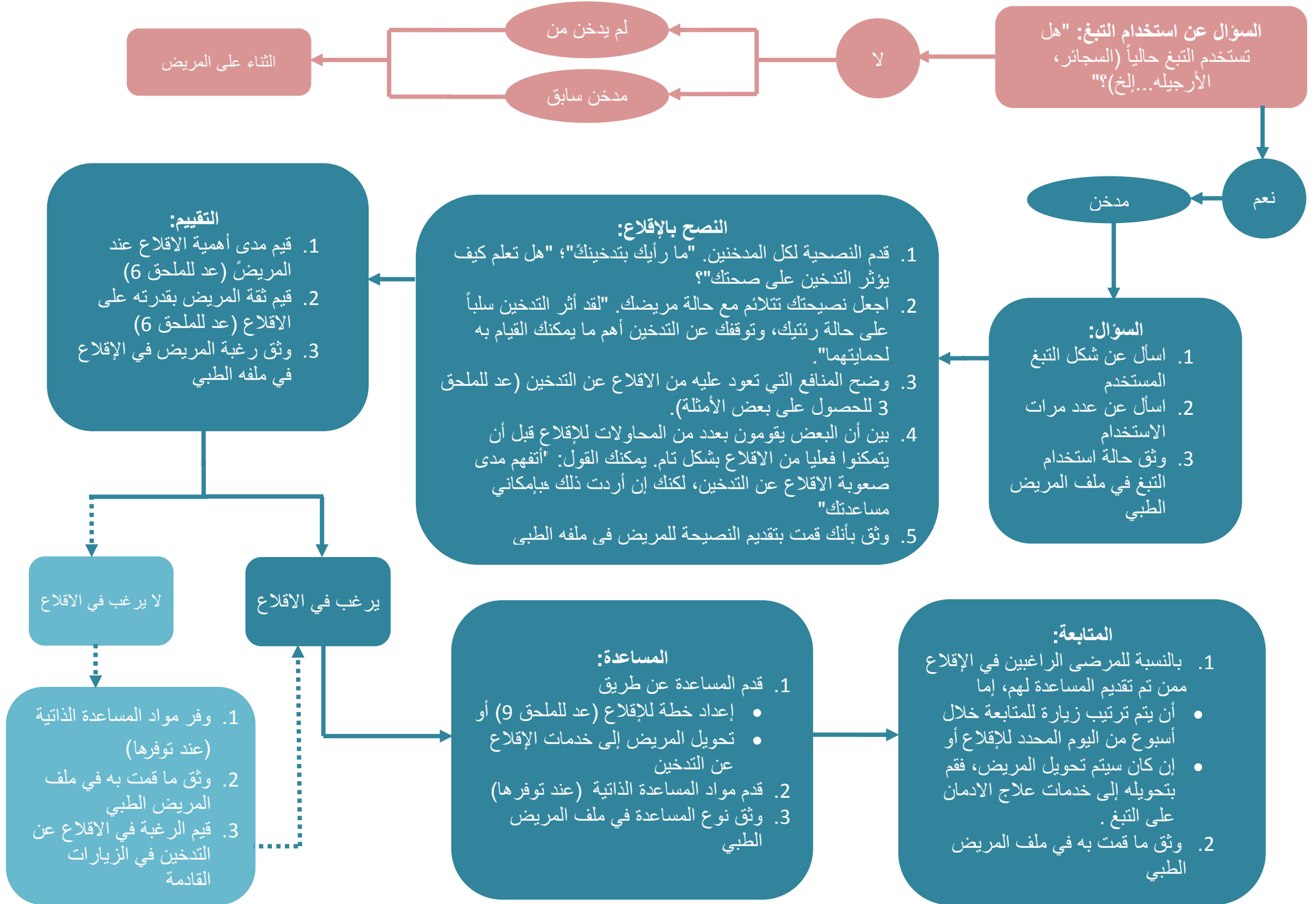
A: تقديم المساعدة في محاولات الإقلاع عن التدخين

- ساعد الراغبين في الإقلاع عن التدخين من خلال وضع خطة للإقلاع أو بتحويلهم إلى خدمات علاج الإدمان على التبغ. وإذا توفرت لديك الخبرة والوقت، فقدم لهم الدعم وجها لوجه.
- قدم مواد المساعدة الذاتية لجميع المدخنين (عند توفرها).
- وثق ما تم تقديمه من مساعدة للمريض في ملفه الطبي.

A: المتابعة

- إذا كان المريض على استعداد للإقلاع عن التدخين ووضعت معه خطة للإقلاع، فعليك تحديد موعدا له للمتابعة خلال أسبوع من اليوم المحدد للإقلاع عن التدخين.
- أما إذا كان المريض مستعداً للإقلاع عن التدخين ولم تكن تمتلك الخبرة أو الوقت لمساعدته، فقم بتحويله إلى خدمات علاج الإدمان على التبغ.
- وثق كل ما تم تقديمه للمريض في ملفه الطبي.

الرسم التوضيحي 2: السؤال والنصح والتقييم والمساعدة والمتابعة (نموذج 5As)



الخلاصة [7]

- الخطوة الأولى في علاج الإدمان على التبغ هي التعرف على مستخدمي التبغ.
- جميع مقدمي الرعاية الصحية لهم دور فعال في تقديم المداخلات للمرضى المستخدمين للتبغ.
- ينبغي تقديم النصيحة الموجزة لكل مريض مستخدم للتبغ، ويجب توثيقها في كل زيارة.
- تقديم بعض المشورة للمريض حول الاقلاع عن التدخين أكثر فعالية من مجرد نصح المريض بالاقلاع، فهذا يضاعف معدلات الاقلاع عن التدخين عند مقارنتها بعدم تقديم أي تداحلات.

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

- يعد الدعم وجها لوجه أحد 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. قد تعقد جلسات إنفرادية (الأخصائي يقابل مريض واحد) أو جماعية (الأخصائي يقابل مجموعة من المرضى في الجلسة الواحدة).
- هناك دليل واضح على أن تقديم الدعم وجها لوجه يزيد معدلات الإقلاع عن التدخين وذلك عند مقارنته بتقديم النصيحة الموجزة. [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 (لمدة 6-12 شهر) بمقدار أربع بالمئة مقارنة بتقديم المواد المطبوعة أو تقديم نصائح موجزة للمريض. [8]
- تشير الأدلة إلى أن معدلات الإقلاع أعلى في العموم عند استخدام الدواء مقروناً بالدعم وجها لوجه وبخلاف ذلك، فهناك أدلة تشير إلى أن مدى الالتزام بأدوية الإقلاع عن التدخين يميل إلى الانخفاض بغياب التوجيه السلوكي، وترتبط قلة الالتزام بالعلاج بانخفاض معدلات الإقلاع عن التدخين. [7] وبالتالي، إذا أتاحت الفرصة، يجب استخدام التوجيه السلوكي وأدوية الإقلاع بالتزامن مع بعضهما البعض.
- من المهم الالتزام بالمبادئ الأساسية للدعم وجها لوجه كتحديد موعد للإقلاع عن التدخين والتأكيد على أهمية الإقلاع التام عنه وتوفير العديد من جلسات المشورة. [7]
- ترتبط زيادة عدد ومدة جلسات الدعم وجها لوجه بزيادة معدلات الإقلاع. [7]
- للحصول على نتائج أفضل، يستحسن أن يخصص الطبيب وقت (زيارة خاصة للعيادة) للتركيز فقط على تقديم الدعم وجها لوجه للإقلاع عن التدخين. [7]

الرسم التوضيحي 3: الدعم وجها لوجه

تم نصح المريض وتحويله من قبل مقدم الرعاية الصحية المختص

تم نصح المريض ويمكن لمقدم الرعاية الصحية المختص أن يقدم المزيد من الدعم

تحويل ذاتي للمريض

يمكن أن يوفر الدعم وجها لوجه للمدخنين الراغبين في الإقلاع عن التدخين

1. التقييم الأولي: جمع معلومات عن

- i. العوامل الديموغرافية التي قد تساعد في جعل النصيحة أكثر ملائمة للمريض
- العمر
 - الجنس
 - الحالة الاجتماعية
 - عدد الأطفال
 - المستوى التعليمي

- ii. استخدام التبغ
- العمر عند بدء التدخين
 - أشكال التبغ المستخدمة
 - عدد السجائر (أو غيرها من التبغ) المستخدمة يوميا أو أسبوعياً
 - محاولات الإقلاع السابقة (المدة والأدوية المستخدمة وأسباب فشل محاولات الإقلاع)

- iii. الوضع الصحي للمريض
- كل ما يعانيه المريض من أمراض (السكري وارتفاع ضغط الدم والأمراض القلبية الوعائية...) بما فيها الأمراض النفسية وتعاطي المخدرات
 - استخدام أدوية أخرى
 - العلامات الحيوية ووزن الجسم
 - مستوى أول أكسيد الكربون

- iv. متغيرات غير طبية
- مستوى الدعم الاجتماعي
 - أنماط التدخين في البيت/العمل
 - الأسباب الشخصية المحفزة للإقلاع
 - المعيقات المتوقعة أو العوامل المساعدة

2. تحديد ما يلي:

مستوى الإدمان: اختبار فاغيرستروم لادمان النيكوتين (للمزيد من التفاصيل، عد للملحق 5)

أسباب التدخين والرغبة في الإقلاع عنه

- مستوى الحافز (للمزيد من التفاصيل، عد للملحق 6)
- الأهمية: "باستخدام التدرج من 0 إلى 10، ما أهمية الإقلاع عن التدخين اليوم بالنسبة لك؟"
 - الثقة: "باستخدام التدرج من 0 إلى 10، ما مقدار ثقتك بقدرتك على الإقلاع عن التدخين اليوم؟"

مستوى أول أكسيد الكربون (للمزيد من التفاصيل، عد للملحق 10)

3. تقديم العلاج

3. تقديم العلاج

خطة الإقلاع

- حدد يوماً للإقلاع عن التدخين (target quit date)
- حدد العلاجات الدوائية
- شجع المريض على بذل جهود جبارة لبدء عملية الإقلاع قبل أسبوع من اليوم المحدد للإقلاع
- أكد على أهمية التغيير قبل الإقلاع
- قدم الدعم والتشجيع
- وفر كل ما يحتاج إليه المريض من معلومات
- عد للملحق 9

العلاجات الدوائية

- حدد أفضل العلاجات التي تتناسب مع المريض (عد للرسم التوضيحي 4)
- أرشد المريض حول الكيفية التي سيتناول بها الدواء (حبوب عن طريق الفم) قبل أسبوع من اليوم المحدد للإقلاع
- أرشد المريض على الكيفية التي سيستخدم بها بدائل النيكوتين بدءاً من اليوم المحدد للإقلاع
- أخبر المريض بأهم الآثار الجانبية للأدوية
- عد للملحق 11

الوقاية من الانتكاسات

- تناول موضوع الانتكاسة عند 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
- عد للملحق 8

4. اتخاذ الإجراءات اللازمة للمتابعة

إجراءات متابعة المريض:

- حدد حالة استخدام التبغ
- حدد المشاكل التي تواجه المريض (مثلاً الأعراض الانسحابية)
- قيم استخدام العلاج الدوائي ومشاكله (مثلاً مدى توفره والآثار الجانبية)
- توقع وناقش التحديات التي من الممكن أن يواجهها في المستقبل القريب (لمنع حصول انتكاسة)
- إن تم استخدام التبغ، فاستفسر عن مسببات ذلك واجعل المدخن يجدد التزامه بالإقلاع التام عن التبغ.
- وفر أساليب المساعدة الذاتية
- وثق ما تم من إجراءات في ملف المريض

الخلاصة [7]

- يعالج الأطباء العامون العديد من الأمراض المزمنة، والإدمان على التبغ يعد من الأمراض المزمنة التي تتعرض للعديد من الانتكاسات وتحتاج إلى علاج، مثلها كمثل غيرها من الأمراض المزمنة. تتطلب مساعدة المدخن على الإقلاع ما مدته 20-25 دقيقة (5-10 دقائق في الزيارة الأولى و ثم عدة دقائق في الزيارات اللاحقة).
- ينبغي على الأطباء تشجيع جميع المرضى المدخنين على استخدام العلاجات الدوائية وفقاً لحالتهم الطبية لعلاج الإدمان على التبغ. وعندما لا يكون من الممكن استخدام علاج دوائي، فيوصى بالنصح باستخدام العلاج غير الدوائي وذلك للتأكد من حصول جميع المدخنين على الدعم العلاجي.
- ينبغي 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.
- يتوجب على العيادة متابعة العلاج الدوائي لمرضاها على الأقل لمدة ثلاثة أشهر، و تشير الأدلة العلمية إلى أن استخدام العلاج الدوائي لمدة أطول من 3 شهور تزيد من معدلات الإقلاع.
- يجب أن ينبه المرضى الذين يستخدمون العلاج الدوائي إلى أهمية تناوله وفقاً لتوصيات الطبيب.

3. العلاج الدوائي للإدمان على التبغ (Pharmacotherapies):

الأساسيات العامة للعلاج الدوائي

- بشكل عام، فإن الأدوية المستخدمة للإقلاع عن التدخين آمنة وفعالة من حيث التكلفة. ولذا وفي حال عدم وجود موانع لاستعمالها، يجب أن ينصح باستخدامها كل من يريد الإقلاع عن التدخين. [7, 15]
- ينبغي أن يقترن العلاج الدوائي بالحصول على المشورة، وذلك لأن الفعالية الناتجة عن اقترانهما أعلى من استخدام أي منهما بمفرده. [7]
- ينبغي أن يتم التعامل مع العلاج الدوائي للإدمان على التبغ بطريقة مماثلة لاستخدام أدوية الأمراض المزمنة: قد تدعو الحاجة إلى إجراء عدة محاولات من العلاج باستخدام الأدوية قبل تحقيق الإقلاع التام عن التدخين. [15]
- من المهم الاستفسار عن الأعراض الانسحابية التي يعاني منها المدخن أثناء العلاج ومن ثم ضبط جرعات الأدوية بشكل مناسب لتخفيف هذه الأعراض. ومع أنه قد تم التطرق إلى جرعات محددة من الأدوية وفترات محددة من العلاج بالأدوية ضمن ملحق 11، إلا أن العلاج على المستوى الفردي قد يتطلب بعض التعديلات على هذه الجرعات أو على الفترة 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 قدر من الأثر. فاستخدام العلاج بشكل لا يلبي احتياجات المريض (مثلاً استخدام جرعات أقل من اللازم أو استخدام دواء واحد عندما يترتب الجمع بين أكثر من دواء) قد لا يحقق النتائج المتوقعة ويؤدي إلى عدم الكفاءة في استخدام الأدوية.
- بالنسبة لموضوع تكثيف العلاج الدوائي المستخدم لعلاج الإدمان على التبغ ما إذا كان آمناً أم لا، فإن الإثباتات العلمية تشير إلى أن تكثيف العلاج الدوائي المستخدم (وخاصة للمدخنين الشبهين) آمن ويزيد من فعالية العلاج لتحقيق الامتناع أو الحفاظ عليه. [7] وقد تتضمن التدخلات الدوائية المكثفة:
 - مدة أطول من العلاج
 - جرعات أعلى من الأدوية
 - الجمع بين عدة علاجات (فمثلاً الجمع بين بدائل النيكوتين طويلة وقصيرة المفعول، أو الجمع بين الأدوية التي تؤخذ عبر الفم مع بدائل النيكوتين طويلة أو قصيرة المفعول)

- في الحالات التي لا تتوفر فيها الأدوية التي تؤخذ عن طريق الفم، فإنه يجب الجمع بين بدائل النيكوتين والتأكد من استخدام جرعات وفيرة من البدائل.

A. العلاج الأحادي (Monotherapies)

- تستخدم الفئات التالية من الأدوية لعلاج الادمان على التبغ. وتم إيراد التفاصيل الخاصة بوصف استخدام كل منها في جزء خاص (للحصول على المزيد من التفاصيل، عد إلى الملحق 11).

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

- من الادوية المعتمدة كخيار اول لعلاج الادمان على التبغ.
- آلية عمل بدائل النيكوتين: بالتوقف عن التدخين، فإن اشغال مستقبلات النيكوتين في الدماغ ينخفض، مما يولد رغبة شديدة للتدخين. يمكن أن تكبح بدائل النيكوتين هذه الرغبة باشغالها للمستقبلات، مما يؤدي إلى الحد من الآثار الانسحابية وبالتالي يقلل من التأثير المعزز الذي يولده النيكوتين الصادر من التبغ.
- يوجد نوعين من بدائل النيكوتين
 - أ. طويلة المفعول - لصقات النيكوتين
 - ب. قصيرة المفعول - حبوب مص النيكوتين، العلكة، بخاخ الفم[‡]، بخاخ الأنف[‡] وغيرها (الأقراص تحت اللسان[‡] ورذاذ النيكوتين[‡]).
- جميع انواع بدائل النيكوتين توفر لمستخدمها النيكوتين بتركيز أدنى من السجائر ولكن يوفر بخاخ الأنف النيكوتين بكميات أكبر وبشكل أسرع من الأشكال الأخرى من البدائل، وبالتالي فهو أكثر محاكاة لتأثير السجائر.
- حدّت المفاهيم الخاطئة العامة من استخدام بدائل النيكوتين، لذا فقد وجب الإشارة إليها: [17]
 - أ. التصور الخاطئ بشأن مضار بدائل النيكوتين - المخاطر المرتبطة بالنيكوتين الصادر من بدائل النيكوتين أقل بكثير من المخاطر المرتبطة بالتدخين.
 - ب. المخاوف من إساءة استعمال بدائل النيكوتين والادمان عليها مبالغ فيها وحدثها أمر نادر. في الواقع، استخدام هذه البدائل بجرعات أقل من المطلوب يشكل المشكلة الأكبر. فاستخدام جرعات أقل من

[‡] هذه الأدوية غير مسجلة بعد في الأردن

الموصى بها من بدائل النيكوتين، وخاصة عند بداية العلاج عندما تكون الأعراض الانسحابية في ذروتها، يقلل من فرص نجاح العلاج.

iii. يمكن استخدام بدائل النيكوتين بأمان مع مرضى القلب والأوعية الدموية (باستثناء أولئك الذين تعاني دورتهم الدموية من حالة من عدم الاستقرار، مثلا من أصيب حديثا بنوبة قلبية).

ii. فارنيكلين (Varenicline) [18-21]

- من الادوية المعتمدة كخيار اول لعلاج الادمان على التبغ.
- آلية عمل الفارنيكلين: الفارنيكلين معزز جزئي لمستقبلات النيكوتين في الدماغ، وبالتحديد معزز جزئي لمستقبل الأستيل كولين النيكوتيني (مستقبل الفا-4 بيتا-2) . فيرتبط الفارنيكلين بمستقبلات النيكوتين في الدماغ ويمنع ارتباط النيكوتين الصادر من التبغ، وبالتالي يتم الحد من التأثير المجزي والمعزز للتبغ. ولأن الفارنيكلين يعمل كمعزز جزئي، إرتباط هذا الدواء مع المستقبلات أيضا يحفز إفراز الدوبامين (بطريقة مماثلة للنيكوتين) 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. يجب على من يصف الدواء أن يكون على علم بهذه الآثار الجانبية النادرة (كما هو مبين أدناه)، مع الأخذ بعين الاعتبار أن دواء الفارنيكلين عموما دواء آمن وأن آثاره الجانبية يجب ألا تثبط من اختياره كعلاج للادمان على التبغ:
 - i. احداث مرتبطة بالقلب والأوعية الدموية: تتفاوت نتائج الدراسات التي تبحث في مدى أهمية وقوع آثار جانبية تؤثر على القلب والشرايين لدى مستخدمي الفارنيكلين عند مقارنتهم بغير المستخدمين للدواء. تشير الدراسات إلى أن احتمالية وقوع هذه الاحداث ضئيلة (تراوحت معدلاتها بين مستخدمي الفارنيكلين من 0.3% الى 1.06%).
 - ii. يرد على علبة الفارنيكلين تحذير واضح حول ظهور ميول انتحارية وغيرها من الأعراض الجانبية العصبية والنفسية، لكنها أعراض نادرة الحدوث (سواء لدى المرضى النفسيين أو غيرهم) ولا يوجد دليل قاطع بأن الفارنيكلين هو المسبب لها، وخاصة لأن بعض هذه الأعراض قد تكون أعراضا انسحابية للنيكوتين وليست آثارا جانبية للدواء. ومع ذلك، يجب متابعة مستخدمي الفارنيكلين تحسباً لحدوث التغيرات في السلوك، كالعداء وسرعة الهيجان والاكتئاب والأحداث ذات الصلة بالانتحار.

III. البيوبروبيون (Bupropion) § [22, 23]

- من الادوية المعتمدة كخيار اول لعلاج الادمان على التبغ.
- لكونه مضاد اكتئاب أحادي الحلقة، فإن البيوبروبيون يمنع اعادة امتصاص النورإبينفرين والدوبامين؛ وقد يثبط البيوبروبيون وظيفة مستقبل الأستيل كولين النيكوتيني لكن آلية عمله الدقيقة كعلاج للادمان على التبغ غير واضحة.
- يرد على علبة البيوبروبيون تحذير واضح حول الميل للانتحارية وغيرها من الآثار الجانبية العصبية والنفسية. فقد حدثت عند بعض المدخنين الذين استخدموا البيوبروبيون للمساعدة في الإقلاع عن التدخين تغيرات في السلوك كالعداء و سرعة الهيجان والاكنتاب وظهور أفكار أو سلوكيات انتحارية. ومع ذلك، وكما هو الحال مع الفارنيكلين، فهذه الأعراض نادرة الحدوث ولا يوجد عليها أدلة قاطعة. ولكن يجب متابعة مستخدمي البيوبروبيون تحسباً لحدوث التغيرات في السلوك والأحداث ذات الصلة بالانتحار.
- هناك احتمالية لحصول نوبة صرع مع استخدام البيوبروبيون (الاحتمالية 1:1000 او 0.1% على جرعة 300 مغ باليوم) وتزداد الاحتمالية بزيادة الجرعة، لذا يتم تقييم احتمالية نوبة الصرع ويتم تجنب البيوبروبيون إذا ما زادت احتماليته (مثلا بعد الاصابة بصدمة شديدة على الرأس) .

IV. أدوية أخرى:

نورترىبتيلين (Nortriptyline) [7, 22, 24]

- من الادوية المعتمدة كخيار ثاني لعلاج الادمان على التبغ (ليست معتمدة كخيار اول).
- مضاد اكتئاب ثلاثي الحلقات وآلية عمله كمساعد في الاقلاع عن التدخين غير واضحة.
- مثل معظم مضادات الاكتئاب، فهو يتضمن تحذيراً بشأن الانتحار: لذا ينبغي متابعة المريض الذي يستخدمه تحسباً لحدوث التغيرات في السلوك، كالعداء والإثارة والاكنتاب والأحداث ذات الصلة بالانتحار.

سايتيسين (Cytisine)**

§ هذا الدواء غير مسجل بعد في الأردن ولكنه متوفر في مركز الحسين للسرطان
** هذه الأدوية غير مسجلة بعد في الأردن

- يحمل سايتيسين خصائص دوائية مماثلة لفارينيكلين، فهو مرخص حالياً في بعض أسواق أوروبا الشرقية، وهو أرخص من الفارينيكلين، مما يجعله دواء يمكن تسجيله مستقبلاً في الأردن. [8, 25, 26]

الكلونيدين (Clonidine)

- الكلونيدين معزز لمستقبلات ألفا 2 الأدرينالية ويستخدم في علاج ارتفاع ضغط الدم، وأيضاً يعد من أدوية الخط الثاني لعلاج الإدمان على التبغ (يعتقد أن الكلونيدين يعاكس في الجهاز العصبي المركزي الأعراض الانسحابية للنيكوتين مثل الرغبة الشديدة للتدخين والقلق). [7]
- نظراً لكونه يخفض ضغط الدم، يجب الحذر عند استخدام الكلونيدين ومراقبة ضغط الدم عند المدخن بشكل حثيث أثناء العلاج تحسباً من الآثار الجانبية.

A. الجمع بين أكثر من علاج (Combination therapies):

- تشير الأدلة الطبية إلى أن الجمع بين أكثر من دواء أكثر فعالية من استخدام دواء واحد لعلاج الإدمان على التبغ. يمكن الجمع بين الأدوية على النحو التالي: (بدائل نيكوتين قصيرة المفعول + بدائل النيكوتين طويلة المفعول، أي لصقات النيكوتين) أو (بدائل النيكوتين طويلة المفعول و/أو قصيرة المفعول + دواء يؤخذ عن طريق الفم). على وجه التحديد:
 - i. لصقات النيكوتين مع (حبوب مص النيكوتين أو علكة النيكوتين أو بخاخ فم النيكوتين أو بخاخ أنف النيكوتين). [7, 15, 16]
 - ii. البيوبروبيون مع إما (حبوب مص النيكوتين أو علكة النيكوتين أو بخاخ النيكوتين أو بخاخ أنف النيكوتين) أو (لصقات النيكوتين) أو بدائل النيكوتين طويلة وقصيرة المفعول. [7, 27, 28]
 - iii. فارينيكلين مع إما (حبوب مص النيكوتين أو علكة النيكوتين أو بخاخ فم النيكوتين أو بخاخ أنف النيكوتين أو (لصقات النيكوتين) أو بدائل النيكوتين طويلة وقصيرة المفعول. إن استخدام الفارينيكلين مع بدائل النيكوتين لم يظهر أي فعالية إضافية عن استخدام الفارينيكلين لوحده. ولكن استخدامهما معاً مقبول ويستخدم ضمن بعض الممارسات الطبية. [29, 30]

الأدوية- نتائج الإقلاع

- تم عرض معدلات الإقلاع عن التدخين للعلاجات الدوائية المذكورة أعلاه في الملحق 11.

الرسم التوضيحي 4: استخدام ادوية علاج الإدمان على التبغ

- تقييم مدى الإدمان على التبغ
- تقييم التاريخ الطبي والأمراض التي يعاني منها المريض واستخدامه لأي أدوية

تقييم الإدمان من متوسط إلى شديد (مثلا عدد السجائر المدخنة في اليوم عشرة أو أكثر، أو أن تكون نتيجة فاجستروم 5 أو أكثر، أو أن يقر المريض بأنه يدخن أول سيجارة خلال 30 دقيقة من استيقاظه، أو يقر المريض بعدم قدرته على التعامل مع الأعراض الانسحابية عند الاستفسار عن محاولته للحد من استخدام التبغ).

تقييم الإدمان من بسيط إلى متوسط (مثلا عدد السجائر المدخنة في اليوم خمسة أو أقل، أو أن نتيجة فاجستروم 5 أو أقل، أو أن يقر المريض بأنه يدخن أول سيجارة بعد 30 دقيقة من الاستيقاظ، أو أن يقر المريض بقدرته على التعامل مع الأعراض الانسحابية عند الاستفسار عن محاولته للحد من استخدام التبغ).

النظر باستخدام أحد الخيارات التالية

1. الفارنيكلين لوحده
2. الجمع بين أكثر من بديل من بدائل النيكوتين
3. الجمع بين بدائل النيكوتين والبيوبروبيون
4. الجمع بين بدائل النيكوتين والفارنيكلين

النظر باستخدام أحد الخيارات التالية

1. أحد بدائل النيكوتين
2. الجمع بين أكثر من بديل من بدائل النيكوتين
3. البيوبروبيون لوحده

حدوث انتكاسة

- يجب تقديم استشارة للمريض للتأكد من استخدامه للدواء بالطريقة الصحيحة والجرعة المناسبة
- إذا تبين ان استخدامه للدواء تم بالطريقة الصحيحة وبالجرعة المناسبة وحصلت الانتكاسة بالرغم من ذلك، فيمكن النظر في الجمع بين أكثر من دواء إن لم يكن ذلك هو الحال
- إذا استطاع المدخن الإقلاع عن التدخين اثناء استخدامه الادوية وحدثت الانتكاسة بعد الانتهاء من فترة استخدام الادوية، فيمكن النظر في تكرار الدواء الذي قد استخدم و/او إطالة فترة استخدامه
- يجب ايضا تقديم المشورة للمريض حول مهارات حل المشاكل (تجنب محفزات الانتكاسة واكتساب مهارات تساعده على الاستجابة بطريقة صحيحة للضغوطات والمحفزات للتدخين).
- عد للملحق 8

نعم

لا

الاستمرار في متابعة المريض

٧. تقديم الدعم لعلاج الإدمان على التبغ للأطفال والمراهقين

- 88% من البالغين في الولايات المتحدة الأمريكية ممن دخنوا بشكل يومي قد قاموا بتدخين أول سيجارة لهم قبل بلوغ سن الثامنة عشر. ولذا فإن استخدام التبغ من قبل الأطفال يعد كأحد أمراض الأطفال والتي لا ينبغي أن يتجاهلها الأطباء وغيرهم من مقدمي الرعاية الصحية.[31] وفي الأردن، بدأ ما يقارب على 57% من المدخنين (بيانات عام 2007) التدخين قبل سن الـ18، مما يشير إلى أن مشكلة استخدام التبغ بين الشباب في الأردن أيضاً ملحّة وتتطلب اهتماماً خاصاً.^{††}
- كلما كان سن البدء في استخدام التبغ أصغر، كلما ازدادت المشاكل الناجمة عن استخدامه. فكلما باشر الأشخاص في استخدامه في سن أصغر، كلما زادت صعوبة الاقلاع عنه وزادت احتمالية الموت المبكر بسبب الإصابة بأمراض ترتبط بالتدخين. ومن الجدير بالذكر هنا أيضاً، ان المدخنين المراهقين أكثر عرضة لتعاطي الكحول والمخدرات، وأكثر عرضة للإصابة بنوبات الهلع والقلق والاكتئاب مقارنة بأقرانهم من غير المدخنين.[31-33]
- يؤثر التبغ على تطور الدماغ، وقد يسبب التعرض حتى إلى مستويات منخفضة من النيكوتين إلى تغييرات في الدماغ تحفز الاستمرار في استخدام النيكوتين وربما تعاطي مواد أخرى.[31] يبدأ الإدمان عادة في مرحلة الطفولة أو المراهقة. وبينما يستمر الدماغ في التطور إلى مرحلة البلوغ فإنه يتعرض لتغييرات جذرية خلال فترة المراهقة. وبما أن قشرة الفص الجبهي (الجزء من الدماغ الذي يمكننا من تقييم الأوضاع واتخاذ القرارات السليمة، والسيطرة على عواطفنا ورغباتنا) ما تزال قيد النمو،[34] فهذا يزيد من احتمالية اتخاذ المراهقين للقرارات غير السليمة (مثل تعاطي المخدرات أو الاستمرار في تعاطي المواد غير المشروعة).
- لا يوجد تداخل اثبت تفوقاً على غيره من التداخلات في علاج الإدمان على التبغ لدى الشباب.[35]

ومن عوامل الخطورة التي تزيد من احتمالية البدء باستخدام التبغ:[31]

- الأصدقاء المدخنون
- سلوكيات وتصرفات الوالدين
- وجود اضطرابات نفسية
- التعرض للإعلانات المروجة
- غير ذلك: قلة الثقة بالنفس وتدني المستوى الاجتماعي والاقتصادي، الشعور بان العواقب الصحية للتدخين بعيدة المدى ولذلك ليس لها أهمية أو صلة لصحتهم الحالية، والرغبة في انقاص الوزن.

^{††}مصدر البيانات وزارة الصحة، مسح سلوكيات وعوامل الخطورة للأمراض غير السارية 2007 - بيانات غير منشورة

كيفية مساعدة الأطفال والمراهقين في الإقلاع عن التدخين: [7]

- وجه رسالة قوية حول أهمية الإقلاع عن استخدام التبغ
- استخدم تداخلات المشورة التي أثبتت فعاليتها بشكل عام. وعند تكثيف هذه التداخلات (زيادة عددها ومدتها)، يمكن تحقيق نتائج أفضل. وتشمل التداخلات:
 - تقديم النصيحة الموجزة وتكرارها.
 - توفير مطويات المساعدة الذاتية أو المطبوعات أو التحويل للمختصين في هذا المجال.
 - تركيز على الأمور التي تعنى بها هذه الفئة العمرية مثل مناقشة المصروف الشخصي والمظهر والجمال والعجز الجنسي.
- بالنسبة للعلاج الدوائي في هذه الفئة العمرية، فعلى الرغم من كون بدائل النيكوتين أدوية آمنة، إلا أنه لم يتم إثبات فعالية بدائل النيكوتين أو البيوبروبيون عند المراهقين. وبالتالي، فإنه لا ينصح باستخدام الأدوية لدى الأطفال والمراهقين بشكل عام.
- قدم المداخلات بأسلوب يحترم سرية وخصوصية الفرد (مثلاً مقابلة الأطفال والمراهقين دون حضور آبائهم وأمهاتهم).
- قدم النصيحة والدعم لأفراد الأسرة المدخنين للإقلاع عن التدخين وذلك للحد من التعرض للتدخين السلبي، والذي قد يكون سبباً في فشل محاولة الإقلاع.

الخلاصة

- يجب على مقدمي الرعاية الصحية السؤال عن التدخين وتوجيه رسالة قوية مضادة له.
- المشورة مهمة لهذه الفئة العمرية.
- لا ينصح باستخدام الأدوية. وإن استخدمت، فيجب استخدامها بحذر.
- علاج الآباء والأمهات من الإدمان على التبغ يوفر بيئة مناسبة للإقلاع عن التدخين.

VI. تقديم الدعم لعلاج الإدمان على التبغ لمدخني الأرجيلة:

- لقد أصبحت الأرجيلة منتشرة في جميع أنحاء العالم، ولذا فقد تزايدت معدلات تدخينها وخاصة بين الشباب. ويعتقد أن سبب انتشار استخدامها يعود جزئياً لانتشار معلومات مغلوبة عنها مثل الاعتقاد بأنها أقل ضرراً وأقل إدماناً من السجائر وان بإمكان مدخنها التوقف عن استخدامها متى أراد. ومن الدوافع الرئيسية لتدخين الأرجيلة الاسباب الاجتماعية (الخروج مع الأصدقاء) والملل وتمضية الوقت. [36, 37]
- تنتشر عادة تدخين الأرجيلة في الأردن، ورغم عدم وجود تداخلات مثبتة علمياً لعلاج إدمانها، إلا أن هناك بعض الأمور الأساسية التي يجب أن يعرفها مقدمو الرعاية الصحية عند علاج مدخني الأرجيلة، ومنها:

الآثار الصحية لاستخدام الأرجيلة

- نظراً لوجود العديد من المواد السامة في دخان الأرجيلة، [38] فقد ارتبط تدخينها مع العديد من الآثار الضارة على المدى القصير والطويل.
 - تدهور حاد في أداء الجهاز الدوراني والتنفسي
 - زيادة احتمالية الإصابة بأمراض الجهاز التنفسي والسرطان
- لمزيد من المعلومات عن المخاطر الصحية لاستخدام الأرجيلة، عد للملحق 2.

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. [39]
- تؤثر العوامل التالية على عدد جلسات تدخين الأرجيلة في اليوم: قصر الفترة الزمنية التي تسبق تدخين أول أرجيلة في اليوم، التدخين حتى عند المرض، قصر الفترة الزمنية قبل ظهور الرغبة للتدخين، ومدى صعوبة تخطي أول أرجيلة في اليوم. [40] وهذه العوامل، إذا استفسر عنها مقدم الرعاية الصحية، قد تساعد في تقييم مدى إدمان مدخن الأرجيلة.

علاج الإدمان على التبغ لدى مدخني الأرجيلة

- لا يهتم مدخنو الأرجيلة كثيراً في الإقلاع عن تدخينها كما هو الحال لدى مدخني السجائر، فقد أظهرت الدراسات أن 28.4% فقط من مدخني الأرجيلة يرغبون في الإقلاع عنها. [41]

- لا يوجد إلى الآن أي دليل إرشادي للإقلاع عن الأرجيلة، وكذلك فإن البيانات المتوفرة عن علاج الإدمان على الأرجيلة محدودة. [42] 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 والمقابلات التحفيزية (خلق دافع 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 يفضل مقدمو الرعاية الصحية - ممن يتمتعون بالخبرة الكافية - في استخدام الأدوية وفقا لتقديرهم الشخصي.
 - التعامل مع الانتكاسة - ينبغي التعامل مع الانتكاسة بطريقة مشابهة لانتكاسة مدخني السجائر.

VII. الملاحق

الملحق 1: 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 نجاحها في العديد من البلدان، وهناك دلائل تشير إلى أن هذه الاستراتيجيات لديها تأثيراً تآزرياً. [1]

MPOWER

MONITOR	رصد تعاطي التبغ وسياسات الوقاية
PROTECT	حماية الناس من دخان التبغ
OFFER	عرض المساعدة على الإقلاع عن تعاطي التبغ
WARN	التحذير من أخطار التبغ
ENFORCE	إنفاذ حظر الإعلان عن التبغ والترويج له ورعايته
RAISE	زيادة الضرائب على التبغ

الملحق 2: الآثار الصحية الناجمة عن التدخين واستخدام التبغ

تدخين السجائر [43]

أنواع السرطان المرتبطة باستخدام التبغ:

- 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
- سرطان الكبد

تأثيره على القلب والأوعية الدموية

- الأزمة القلبية (أمراض القلب التاجية)
- السكتة الدماغية (أمراض الأوعية الدماغية)
- أمراض الشرايين الطرفية التي تزيد من احتمالية بتر الأطراف

تأثيره على الجهاز التنفسي

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

التدخين وداء السكري

- يرفع التدخين من مستوى السكر في الدم ويزيد من مقاومة الجسم للأنسولين ويسبب تغيرات في مستويات البروتينات الدهنية منخفضة ومرتفعة الكثافة. وبالتالي فإن التدخين يعد عامل خطورة لداء السكري.^{##}

التدخين والعقم

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

التدخين وأثره على صحة 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

التدخين وآثاره الأخرى على الصحة

- التهاب المفاصل الروماتويدي
- ضعف وظائف الجهاز المناعي
- تقاوم حدوث الضمور البقعي المرتبط بتقدم العمر أو بالشيخوخة

^{##} الأدلة غير كافية على أن الإقلاع عن التدخين يؤدي إلى ارتفاع خطر الإصابة بالسكري على المدى القصير لدى من يعانون من الوزن الزائد، وزيادة مخاطر السكري على المدى الطويل بغض النظر عن وزن الجسم أو الزيادة في الوزن بعد الإقلاع

تدخين الأرجيلة

- بالإضافة الى العدد الهائل من السموم الموجودة في التبغ (أول أكسيد الكربون، النيكوتين)، فإن دخان الأرجيلة يحتوي أيضاً على مركبات الهيدروكربونات العطرية متعددة الحلقات والنيتروزأمين والمعادن الثقيلة (مثل الزرنيخ والبريليوم والرصاص) وذلك بسبب استخدام الفحم لإشعال تبغ الأرجيلة. [39, 44-49].
- يرتبط تدخين الأرجيلة بسرطان الرئة وأمراض الجهاز التنفسي وسرطان المثانة وسرطان البلعوم الأنفي وسرطان المريء. [50]
- من الآثار الحادة لتدخين الأرجيلة إضعاف وظائف الرئة والقدرة على ممارسة الرياضة. [51] فان تدخين الأرجيلة يرتبط بانخفاض حاد في حجم الزفير القسري في الثانية الاولى (FEV1)، وانخفاض السعة الحيوية القسرية (FVC)، وانخفاض في نسبة (FEV1/FVC). [52].
- ويرجح أن يكون تدخين الأرجيلة سبباً لمرض الانسداد الرئوي المزمن. [52].

الملحق 3: فوائد الإقلاع عن التدخين

سيتم لمس بعض فوائد الإقلاع عن التدخين مباشرة، وستظهر فوائدها الأخرى مع مرور الوقت. [53, 54].

1. فوائد مباشرة

- يبدأ معدل ضربات القلب وضغط الدم في العودة إلى المستويات الطبيعية
- ينخفض مستوى أول أكسيد الكربون في غضون ساعات
- تتحسن الدورة الدموية في غضون أسابيع، ويقل السعال وإنتاج البلغم
- تتحسن وظائف الرئة وحاسة الشم/الذوق في غضون أشهر.

2. فوائد على المدى الطويل

- تنخفض احتمالية الإصابة بأمراض القلب التاجي بشكل كبير بعد مرور سنة إلى سنتين من الإقلاع
- انخفاض احتمالية الإصابة والوفاة من السرطان (مثل الرئة والمريء والمثانة)
 - مع أن انخفاض احتمالية الإصابة بالسرطان يحتاج إلى عدة سنوات بعد الإقلاع، إلا أن احتمالية الإصابة تستمر بالانخفاض مع زيادة طول الفترة الزمنية للإقلاع.
- تنخفض احتمالية الإصابة بالأمراض مثل مرض الانسداد الرئوي المزمن وأمراض الأوعية الطرفية

الملحق 4: الإدمان على النيكوتين

الأسس البيولوجية: [55, 56]

- النيكوتين: مادة مدرجة تحت الدليل التشخيصي والاحصائي الأمريكي الرابع (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-IV) على أنها مسببة للإدمان. فهي مصنفة في الإدمان في المرتبة الثالثة بعد الهيروين والكوكائين.
- إن ارتباط النيكوتين بمستقبلات الأستيل كولين النيكوتينية في الدماغ يؤدي إلى إفراز الدوبامين.
- الدوبامين ناقل عصبي موجود في مناطق الدماغ التي تنظم الحركة والعواطف والإدراك والتحفيز ومشاعر السرور.
- الشروع في تعاطي المخدرات (استخدام التبغ) يكون طوعياً في أغلب الأحيان، ولكن عندما يصل الأمر لمرحلة الإدمان، فإنه لا يمكن التحكم في النفس ويصبح من الصعب الإقلاع عن التدخين. حيث ان الإدمان على التبغ في كثير من الأحيان يصبح مرضاً مزمناً.

العوامل التي تدل على الحاجة إلى تكثيف علاج الإدمان على التبغ أو على ارتفاع احتمالية حدوث الانتكاسة- [57]

60]

- مستوى الإدمان الجسدي على النيكوتين مرتفع (نتيجة إدمان النيكوتين في اختبار فاجرستروم $\leq 10/5$ نقاط)
- مدخن سجائر شه (≤ 25 سيجارة/يوم)
- قصر الفترة التي تسبق تدخين أول سيجارة في اليوم (≥ 5 دقائق)
- الجنس: أنثى
- بدء استخدام التبغ في الصغر (≥ 17 سنة)
- تعدد المحاولات السابقة للإقلاع عن التدخين
- وجود مدخن آخر في المنزل
- الحالة النفسية الراهنة
- التعاطي الحالي للكحول أو المخدرات
- انخفاض مستوى الحافز للإقلاع

الملحق 5: تقييم مستوى الإدمان على النيكوتين

يساعد قياس مستوى الإدمان على النيكوتين في تحديد المدخنين الذين سيستفيدون من المساعدة المكثفة للإقلاع عن التدخين. من أكثر الأدوات استخداماً لتقييم إدمان النيكوتين اختبار فاجرستروم لإدمان النيكوتين (Fagerstrom Test for Nicotine Dependence) والذي يتكون من ستة أسئلة. ومقياس فاجرستروم أداة متحقق منها ومستخدمة على نطاق واسع. تحدد نتيجة الاختبار النهائية درجة الإدمان: [61]

- 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 استخدم الأسئلة الست التالية واجمع النقاط، كما هو مبين في الجدول التالي:

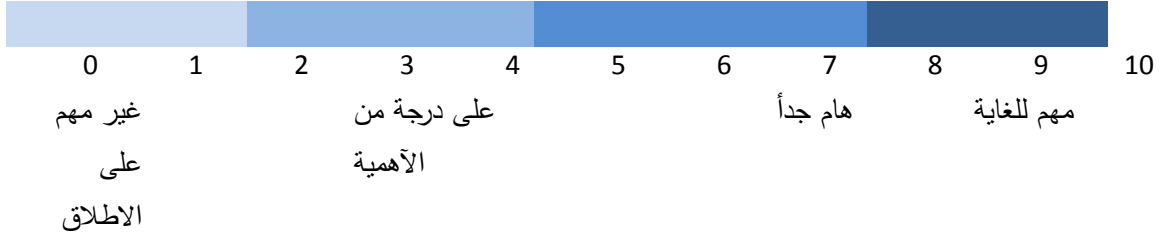
اختبار فاجرستروم لإدمان النيكوتين من تدخين السجائر

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

الملحق 6: تقييم مستوى الحافز للاقلاع عن التدخين

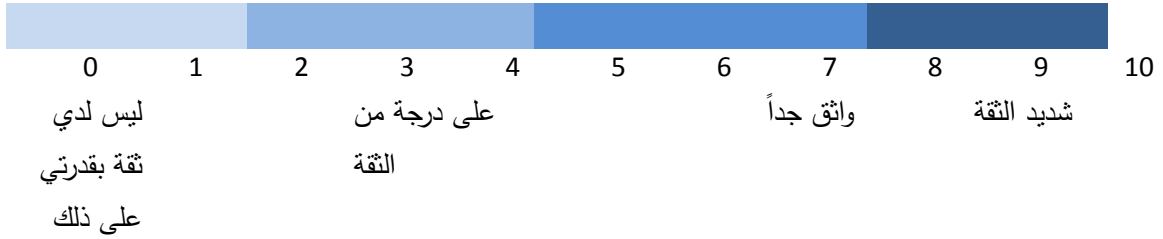
تقييم مدى الأهمية [62]:

على تدرج من 0 إلى 10، ما أهمية الاقلاع عن التدخين اليوم بالنسبة لك؟



تقييم مدى الثقة [62]:

على تدرج من 0 إلى 10، ما مدى ثقتك بقدرتك على الاقلاع عن التدخين اليوم؟



الملحق 7: الأعراض الانسحابية للنيكوتين

وفيما يلي الأعراض التي قد يتعرض لها المدخن بعد الإقلاع عن أو الحد من استخدام التبغ. قد تختلف حدة الأعراض من مدخن إلى آخر، وتختفي معظمها في غضون أربعة أسابيع من الإقلاع.

تتضمن الأعراض: [63]

- 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

الملحق 8: الانتكاسة والوقاية منها

الانتكاسة والعودة إلى التدخين

- الانتكاسة هي استخدام التبغ مجدداً بعد الانقطاع عنه لفترة.
- الانتكاسة بعد الإقلاع عن التدخين أمر شائع لدى مدمني التبغ وهو لا يعني فشل العلاج.
- معدلات الانتكاسة مماثلة لتلك عند الأمراض المزمنة (داء السكري وارتفاع ضغط الدم والربو) والتي تشمل أيضاً عناصر فسيولوجية وسلوكية. [64]
- 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. [65, 66]

الوقاية من الانتكاسة

لم يثبت علمياً بعد فعالية أي من التدخلات لمنع الانتكاسة. [67] 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, 66]

1. تناول موضوع الانتكاسة ضمن التقييم الأولي للمريض
2. تعرف مع المريض على المواقف التي قد تسبب الانتكاسة من خلال:
 - محفزات الانتكاسة
 - a. المشاعر السلبية: الغضب والإحباط والملل
 - b. الصراعات الشخصية في الزواج أو بين صاحب العمل والموظف
 - c. الضغوط الاجتماعية: الاختلاط أو التعايش مع مستخدمين آخرين للتبغ
 - نمط استخدام التبغ: الصباح، في العمل... إلخ
 - التعرض لدخان التبغ السلبي ومحفزات التدخين
 - تناول المنبهات التي تزيد الرغبة في التدخين مثل القهوة والكحول

- ينبغي الانتباه إلى أن محفزات الانتكاسة لا تقتصر على المواقف العصبية 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. ابني ثقة المريض بنفسه من خلال إيجاد طرق لإرشاده ليتجاوز هذه المواقف دون تدخين. ومنها:
 - بناء مهارات التأقلم للمريض:
 - a. المهارات المعرفية: أشياء يمكن أن يحدث بها المريض نفسه (انظر أدناه)
 - b. المهارات السلوكية: أشياء يمكن أن يقوم بها المريض (انظر أدناه)
 - تعليم المريض على كيفية الحد من الرغبة في التدخين في المواقف المحفزة
 - تذكير المريض كيف استطاع تجنب الانتكاسة في مواقف سابقة مماثلة
- 4. استخدم تصوير المواقف
 - تدريب المريض على تجنب الانتكاسة من خلال تصور نفسه في احد المواقف المحفزة، وساعده على تجاوز ذلك الموقف فكريا دون تدخين.
 - الطلب من المريض القيام بذلك (تصوير الموقف) عدة مرات وكل ما دعت الحاجة
- 5. ضع خطة علاجية دوائية تناسب المريض بشكل فردي- إعادة استخدام الدواء او التعديل فيه او الجمع بين أدوية مختلفة

امثلة على بناء المهارات المعرفية 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 تواجهه من مشاكل

امثلة على بناء المهارات السلوكية للمريض

- اخرج من المكان او الموقف المحفز لك بالتدخين
- خذ نفسا عميقا
- استخدم منتجات النعناع القوية

- تناول وجبة خفيفة (مثل الخيار او الجزر المقطع طوليا)
- امشي
- اتصل بصديق
- قم بأداء التمارين الرياضية

الملحق 9: إعداد خطة للإقلاع عن التدخين

بعد إجراء التقييم الأولي، سيتخلل تقديم الطبيب للمشورة الطبية الأولى لمريضه الأمور التالية:

1. تحديد يوماً للإقلاع عن التدخين

○ امنح المريض أسبوعاً واحداً (وكحد أقصى أسبوعين إن كانت درجة الإدمان على النيكوتين مرتفعة) لتحديد اليوم

2. اختيار أفضل ما يناسب المريض من علاجات دوائية

○ أرشد المريض على كيفية البدء بالعلاج (الحبوب التي تؤخذ عن طريق الفم - البيوبروبيون او الفارنيكلين) في الأسبوع الذي يسبق اليوم المحدد للإقلاع

○ أرشد المريض على كيفية بدء استخدام بدائل النيكوتين في اليوم المحدد للإقلاع

○ قدم المشورة للمريض عن أهم الآثار الجانبية للأدوية.

3. يجب على المريض أن يبذل جهوداً كبيرة استعداداً للإقلاع عن التدخين خلال الأسبوع الذي يسبق اليوم المحدد للإقلاع. لذا انصح المريض بالتالي:

○ محاولة عدم التدخين في الأماكن المغلقة

○ تغيير مكان الجلوس المفضل اذا كان في السابق موقعا للتدخين

○ إزالة جميع منافض السجائر من المنزل لتجنب المحفزات للتدخين

○ إبقاء الأماكن المغلقة خالية من التدخين

○ تعلم كيفية التعامل مع الرغبات الملحة للتدخين من خلال القيام بالتالي:

- شرب الماء

- تغيير المكان: الخروج والمشي

- النوم مبكراً إن أُلحقت الرغبة بالتدخين قرب وقت النوم

- أخذ حمام ساخن

- الذهاب الى 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 السجارة او الارجيلة)

○ التدرج في تقليل عدد السجائر المدخنة

4. التأكيد على أهمية الالتزام بهذه التغييرات في الأسبوع الذي يسبق اليوم المحدد للإقلاع، فهي ستزيد من فرص النجاح

5. توفير الدعم والتشجيع

6. تقديم ما يلزم من معلومات

الملحق 10: فحص أول أكسيد الكربون

جهاز قياس أول أكسيد الكربون في النفس (Smokerlyser):

- فحص بسيط وغير مؤلم
- فعال لتأكيد حالة تدخين المريض
- يوفر فرصة للمريض ليرى من الانجازات الفورية والمباشرة لعدم التدخين
- يقيس مدى التقدم نحو تحقيق الاقلاع التام عن التدخين

التعليمات:

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

مستويات أول أكسيد الكربون المقاسة وما تشير اليه:[68]

حالة التدخين	COHb ^{SS}
غير المدخنين القاطنين في المدن	0.7% (3-6 جزء في المليون)
غير المدخنين القاطنين في المناطق الصناعية أو مع مدخنين	1.5-2% (7-10 جزء في المليون)
مدخن سجائر	5% (10 جزء في المليون) أو أكثر
مدخن لـ 20 سيجارة في اليوم	3-6% (15-34 جزء في المليون)
مدخن لـ 40 سيجارة في اليوم	6-10% (15-60 جزء في المليون)
مدخن لأكثر من 40 سيجارة في اليوم	إلى 20%
مستوى أول أكسيد الكربون الذي يؤكد تدخين المريض هو 2.5% COHb (10 جزء في المليون)	

^{SS} تتأثر قراءات أول أكسيد الكربون بالعديد من العوامل مثل نوع الجهاز ونوع السجائر وعدد السجائر المدخنة والوقت الذي يسبق آخر سيجارة تم تدخينها قبل القياس وطبيعة عمل الشخص، والوقت الذي تم فيه الفحص خلال اليوم...

الملحق 11: العلاجات الدوائية لعلاج الإدمان على التبغ

الأدوية المستخدمة في علاج الإدمان على التبغ [69, 70]

دواء الفارنيكلين: (من الأدوية المعتمدة كخيار اول لعلاج الإدمان على التبغ) [18, 71-73]

معدلات الإقلاع عن التدخين وفقاً للدراسات العلمية*	الأثار الجانبية	التحذيرات وموانع الاستعمال	الجرعات وتعليمات الاستخدام	نصائح الاستخدام (الإيجابيات والسلبيات)
<ul style="list-style-type: none"> • كان متوسط معدلات الإقلاع للفارنيكلين 46.5% مقارنة بـ 18% للعلاج الوهمي وذلك عند تقييم حالة التدخين بعد 9-12 أسبوع من بدء العلاج (الخطورة النسبية 2.57، وفترة الثقة 95% من 2.33 إلى 2.84) • كان متوسط معدلات الإقلاع للفارنيكلين 24% مقارنة بـ 11% للعلاج الوهمي وذلك عند تقييم حالة الإقلاع بعد 6 أشهر على الأقل من بدء العلاج (الخطورة النسبية 2.31، وفترة الثقة 95% من 2.01 إلى 2.66) 	<ul style="list-style-type: none"> • الغثيان • أحلام غريبة • الإمساك • انتفاخ البطن <p>الأثار الجانبية النادرة:</p> <p>i. سلامة القلب: أظهرت الدراسات أن الأعراض الجانبية المرتبطة بالقلب والأوعية الدموية عموماً نادرة الحدوث، ولكن تم الإبلاغ عنها أكثر عند المرضى الذين استخدموا الفارنيكلين (خصوصاً لدى المدخنين الذين في الاصل كانوا مصابين 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.</p> <p>ii. يوجد على علبة الدواء تحذير واضح (black box warning) حول تقلبات المزاج والميول الانتحارية والسلوكيات العدوانية.</p>	<p>يستخدم بحذر لدى المرضى المصابين</p> <ul style="list-style-type: none"> • بدرجة متقدمة من القصور الكلوي أو عند من يخضع لغسيل الكلى • بمرض نفسي خطير 	<p>يتوفر على شكل أقراص بتركيزين: 0.5 ملغ و 1 ملغ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. يبدأ باستخدامه قبل أسبوع من اليوم المحدد للإقلاع ويطلب من المريض خفض عدد السجائر تدريجياً أثناء هذا الأسبوع. 2. في أول ثلاث أيام، ينبغي تناول 0.5 ملغ يومياً (يفضل مساءً) 3. من اليوم الرابع إلى اليوم السابع، يجب تناول 0.5 ملغ مرتين في اليوم (صباحاً ومساءً) 4. في اليوم المحدد للإقلاع (اليوم الثامن)، ينبغي التوقف التام عن التدخين والاستمرار في تناول 1.0 ملغ من الفارنيكلين مرتين يومياً (صباحاً ومساءً) لمدة 12 أسبوع على الأقل <p>ملاحظات إضافية</p> <ul style="list-style-type: none"> • يمكن تناول الدواء مع الطعام وكوب كامل من الماء لتقليل الشعور بالغثيان • إذا شكى المريض من شدة الأثار الجانبية يمكن تخفيض الجرعة مؤقتاً 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 ألا تتجاوز 0.5 ملغ مرتين يومياً • يجب تعديل الجرعة عند المرضى الذين في المرحلة النهائية من الفشل الكلوي ويخضعون لغسيل الكلى لتصبح 0.5 ملغ يومياً • إذا تمكن المريض من الإقلاع أثناء فترة الـ 12 اسبوع من العلاج ثم بدى بحاجة إلى مواصلة العلاج عند انتهاء الـ 12 أسبوع، فمن الممكن الاستمرار بالدواء لمدة 12 أسبوعاً آخراً بتركيز 1.0 ملغ مرتين يومياً منعا من حدوث الانتكاسة. • لا حاجة لتخفيف جرعة الفارنيكلين بشكل تدريجي عند اقتراب نهاية فترة العلاج ويمكن إيقافه فجأة، ولكن عند استخدامه لعلاج الإدمان على التدخين، فإن احتمالية الانتكاسة قد تزداد في الفترة التي تعقب انتهاء العلاج. لذا فإنه ولدى المرضى ممن تكون احتمالية 	<p>الإيجابيات</p> <ul style="list-style-type: none"> • وجوده على شكل حبوب يجعله سهل الاستخدام • بشكل عام أثاره الجانبية، إذا حدثت، ليست شديدة ويمكن تحملها • لم يعرف له بعد أي تداخلات دوائية <p>السلبيات</p> <ul style="list-style-type: none"> • من الأثار الجانبية الشائعة لهذا الدواء: الغثيان والأحلام الغريبة واضطرابات النوم

دواء الفارنيكلين: (من الادوية المعتمدة كخيار اول لعلاج الادمان على التبغ)[73-71, 18]

معدلات الاقلاع عن التدخين وفقاً للدراسات العلمية*	الآثار الجانبية	التحذيرات وموانع الاستعمال	الجرعات وتعليمات الاستخدام	نصائح الاستخدام (الإيجابيات والسلبيات)
			<p>انتكاستهم مرتفعه، قد يتم النظر في إيقاف الدواء بشكل تدريجي.</p> <ul style="list-style-type: none"> • يمتاز الفارنيكلين بتأثير يعتمد على الجرعة (اي تأثيره على الاقلاع عن التدخين يزداد اذا زادت جرعته). ومع ذلك، يوصى باستخدامه بجرعات محددة لتفادي زيادة آثاره الجانبية، ولا سيما الغثيان. • يجب تنبيه المريض على توخي الحذر عند القيادة أو استخدام الآلات حتى التأكد من ان العلاج لا يؤثر على ادائه 	

معدلات الإقلاع عن التدخين وفقاً للدراسات العلمية*	الآثار الجانبية	التحذيرات وموانع الاستعمال	الجرعات وتعليمات الاستخدام	نصائح الاستخدام (الإيجابيات والسلبيات)
<ul style="list-style-type: none"> • كان متوسط معدلات الإقلاع لبيوبروبيون 22% مقارنة بـ 12% للعلاج الوهمي وذلك عند تقييم حالة التدخين بعد 6 اشهر من بدء العلاج (الخطورة النسبية 1.81، وفترة الثقة 95% من 1.51 إلى 2.16) • كان متوسط معدلات الإقلاع للبيوبروبيون 18% مقارنة بـ 10% للعلاج الوهمي وذلك عند تقييم حالة التدخين بعد 12 شهر من بدء العلاج (الخطورة النسبية 1.64، وفترة الثقة 95% من 1.46 إلى 1.84) 	<ul style="list-style-type: none"> • جفاف الفم • الأرق <p>الآثار الجانبية النادرة:</p> <p>أ. احتمالية لحصول نوبة صرع (الاحتمالية 1000/1 على جرعة 300 مغ باليوم) وتزداد الاحتمالية بزيادة الجرعة. لذا يجب تقييم خطورة حدوث النوبات وتجنب البيوبروبيون إن ارتفعت درجة الخطورة، على سبيل المثال:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 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 البيوبروبيون 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 المشابهة للبنزوديازيبين) ii. يوجد على علبة الدواء تحذير واضح (black box warning) عن تقلبات المزاج والميول الانتحارية ومحاولات الانتحار والسلوك العدوانى. 	<p>التداخلات الدوائية</p> <ul style="list-style-type: none"> • قد يتفاعل سلباً مع مضادات الاكتئاب من مجموعة مثبطات انزيمات المونو أمين أوكسيديز (MAO inhibitors). لذا يجب الامتناع عن استخدام البيوبروبيون 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 البيوبروبيون. وأما بالنسبة لمثبطات مونو أمين أوكسيديز العكسية (reversible MAO inhibitors)، ففترة 24 ساعة بين العلاجين تعد كافية. • يثبط البيوبروبيون 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: <ul style="list-style-type: none"> ○ بعض مضادات الاكتئاب (مثل ديسبيرامين، إيميبرامين، باروكستين) ○ مضادات الالتهاب (مثل ريسبيريدون، ثيوريدازين) ○ حاصرات بيتا (مثل ميتوبرولول) ○ الأدوية المنظمة لضغط الدم من نوع C1 (مثل بروبيفون، فليكانيد) • قد تقل فعالية الأدوية التي تنشط بواسطة إنزيم CYP2D6 مثل عقار تاموكسيفين. • يتم استقلاب البيوبروبيون إلى أهم مستقلب نشط له ألا وهو هيدروكسي بيوبروبيون من خلال إنزيم CYP2B6. لذا يجب الحذر عند استخدام البيوبروبيون مع أدوية تحت أيضه (مثل كاربامازيبين، فينيتوين، ريتونافير، فينوباريتال) أو تمنع أيضه (مثل الفلبروات، سيرترالين، باروكستين) • يجب عدم استخدام البيوبروبيون في المرضى الذين يتناولون أدوية أخرى تحتوي على البيوبروبيون (لأن حدوث نوبات الصرع تعتمد على جرعته، لذا يجب تجنب زيادتها). 	<p>متوفر بتركيز 150 ملغ وعلى شكل حبوب</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. يبدأ باستخدامه قبل أسبوع من اليوم المحدد للإقلاع ويطلب من المريض خفض عدد السجائر تدريجياً أثناء هذا الأسبوع. 2. في أول ثلاث أيام، ينبغي تناول 150 ملغ يوماً (يفضل صباحاً) 3. من اليوم الرابع إلى اليوم السابع، ينبغي تناول 150 ملغ مرتين يومياً (يتوجب المراجعة 8 ساعات على الأقل بين الجرعتين) 4. في اليوم المحدد للإقلاع (اليوم الثامن)، يجب التوقف التام عن التدخين والاستمرار في تناول 150 ملغ من البيوبروبيون مرتين يومياً لمدة 12 أسبوع على الأقل <p>ملاحظات إضافية</p> <ul style="list-style-type: none"> • من الممكن الاستمرار في استخدام البيوبروبيون لغاية سنة لمنع حصول الانتكاسة. • يجب تعديل الجرعة للمرضى المصابين بتشمع الكبد: 150 ملغ كل يومين. • لا حاجة لتخفيف جرعة البيوبروبيون بشكل تدريجي عند اقتراب نهاية فترة العلاج ويمكن إيقافه فجأة، ولكن عند استخدامه لعلاج الإدمان على التدخين، فإن احتمالية الانتكاسة قد تزداد في الفترة التي تعقب انتهاء العلاج. لذا فإنه ولدى المرضى ممن تكون احتمالية انتكاسهم مرتفعة، قد يتم النظر في إيقاف الدواء بشكل تدريجي. • يمتاز البيوبروبيون بتأثير يعتمد على الجرعة 	<p>الإيجابيات</p> <ul style="list-style-type: none"> • وجوده على شكل حبوب يجعله سهل الاستخدام • يمكن استخدامه مع بدائل النيكوتين (عد إلى الجزء الخاص بالجمع بين أكثر من علاج) • قد يكون مفيداً، خصوصاً للمرضى الذين عانوا سابقاً أو يعانون حالياً من الاكتئاب • بشكل عام آثاره الجانبية، اذا حدثت، يمكن تحملها قد يؤجل من زيادة الوزن المرتبطة بالإقلاع عن التدخين <p>السلبيات</p> <ul style="list-style-type: none"> • يمنع استخدامه في بعض الحالات المرضية وقد يتداخل بشكل سلبي مع مضادات الاكتئاب من مجموعة مثبطات انزيمات المونو أمين أوكسيديز (MAO inhibitors)

دواء البيوبروبيون (من الادوية المعتمدة كخيار اول لعلاج الادمان على التبغ) [22, 23, 74, 75]

معدلات الاقلاع عن التدخين وفقاً للدراسات العلمية*	الآثار الجانبية	التحذيرات وموانع الاستعمال	الجرعات وتعليمات الاستخدام	نصائح الاستخدام (الإيجابيات والسلبيات)
		<p>التداخلات الدوائية-المرضية</p> <ul style="list-style-type: none"> • يجب تجنب استخدام البيوبروبيون للمرضى المصابين بالفشل الكبدى • يمنع استخدام البيوبروبيون لدى المرضى المصابين بالاضطراب ثنائي القطب لأنه قد يسبب نوبة جنون خلال مرحلة الاكتئاب في مرضهم. 	<p>(اي تأثيره على الاقلاع عن التدخين يزداد اذا زادت جرعته). ومع ذلك، يوصى باستخدامه بجرعات محددة لتفادي زيادة آثاره الجانبية، ولا سيما حدوث نوبات الصرع.</p> <ul style="list-style-type: none"> • يجب تنبيه المريض على توخي الحذر عند القيادة أو استخدام الآلات حتى التأكد من ان العلاج لا يؤثر على ادائه 	

دواء النورترينبتيلين (من الادوية المعتمدة كخيار ثاني لعلاج الادمان على التبغ (ليست معتمدة كخيار اول).) [22, 24, 76, 77]

معدلات الإقلاع عن التدخين وفقاً للدراسات العلمية*	الآثار الجانبية	التحذيرات وموانع الاستعمال	الجرعات وتعليمات الاستخدام	نصائح الاستخدام (الإيجابيات والسلبيات)
<ul style="list-style-type: none"> • كان متوسط معدلات الإقلاع للنورترينبتيلين 20% مقارنة بـ 10% للعلاج الوهمي وذلك عند تقييم حالة التدخين بعد 6-12 شهر من بدء العلاج (الخطورة النسبية 2.03، وفترة الثقة 95% من 1.48 إلى 2.78) 	<ul style="list-style-type: none"> • التخدر • جفاف الفم • عدم وضوح الرؤية • احتباس البول • دوار • ارتجاج اليدين <p>الآثار الجانبية النادرة</p> <p>أ. يوجد على علية الدواء تحذير واضح- قد تزيد مضادات الاكتئاب من الميول والسلوكيات الانتحارية لدى الأطفال والمراهقين والشباب. لذا يجب مراقبة مستخدمي النورترينبتيلين تحسباً لحدوث التغيرات في السلوك، كالعداء وسرعة الهيجان والاكتئاب والأحداث ذات الصلة بالانتحار.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • نظراً 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). 	<p>متوفر على شكل أقراص بتركيز 25 ملغ. في دراسات النورترينبتيلين 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 للتوقف عن التدخين للسماح للنورترينبتيلين الوصول إلى جرعاته العلاجية، وذلك باتباع ما يلي:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 25 ملغ/يوم في الأيام الثلاث الأولى من العلاج 2. زيادة الجرعة إلى 50 ملغ/يوم لمدة 11 يوم 3. زيادة الجرعة إلى 75 ملغ/يوم في الأسبوع الثالث 4. في 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. 5. يجب فحص مستويات النورترينبتيلين في الدم مجدداً. <p>ملاحظات إضافية لاستعمال الدواء</p> <ul style="list-style-type: none"> • لا يجب إيقاف الدواء بشكل مفاجئ. • مع أن فترة العلاج تصل إلى 12 أسبوعاً، فقد يقرر الطبيب زيادتها لتصل إلى 24 اسبوع. • يجب تنبيه المريض على توخي الحذر عند القيادة أو استخدام الآلات حتى التأكد من ان العلاج لا يؤثر على ادائه. 	<p>الإيجابيات</p> <ul style="list-style-type: none"> • ثمنه غير مكلف <p>السلبيات</p> <ul style="list-style-type: none"> • على الرغم من أن الدراسات أثبتت فعاليته في علاج الإدمان على التبغ، إلا أنه لم يتم الاتفاق على جرعاته وطول فترة استخدامه. • خلافاً للبيوبروبيون والفارنيكلين، فيجب البدء باستخدام نورترينبتيلين قبل 10 إلى 28 يوماً من اليوم المحدد للتوقف عن التدخين ليسمح له بالوصول إلى حالة الاستقرار ضمن الجرعة المستهدفة. ومع ذلك، فقد بدأت معظم الدراسات التي تقيم النورترينبتيلين كدواء مساعد للإقلاع عن التدخين قبل عشرة أيام من اليوم المحدد للإقلاع.

- تم احتساب النسب من "Cochrane Reviews". ويتم في الـ "Cochrane Reviews" دمج نتائج عدة دراسات للحصول على نتيجة واحدة تلخص فعالية الدواء. نسب الإقلاع المقدمة في الجداول تساوي: [عدد المتوقفين عن التدخين من مستخدمي الدواء الفعلي أو من مستخدمي الدواء الوهمي] / [عدد مستخدمي الدواء الفعلي أو الدواء الوهمي]، يتم تعديل المخاطر النسبية للاخذ بعين الاعتبار عدم تجانس الدراسات.

أدوية بدائل النيكوتين (من الادوية المعتمدة كخيار اول لعلاج الادمان على التبغ) - لصقات النيكوتين، توصل النيكوتين عبر الجلد [16, 69, 70, 78]

نصائح الاستخدام (الإيجابيات والسلبيات)	الجرعات وتعليمات الاستخدام	التحذيرات وموانع الاستعمال	الآثار الجانبية	معدلات الإقلاع عن التدخين وفقاً للدراسات العلمية*
<p>الإيجابيات</p> <ul style="list-style-type: none"> • سهولة الاستخدام • تستخدم لمرة واحدة فقط في اليوم • آثارها الجانبية قليلة <p>السلبيات</p> <p>توصل النيكوتين بشكل أبطأ من غيرها من بدائل النيكوتين (ولكن تمتاز بتوفير النيكوتين بكمية ثابتة لمدة طويلة)</p>	<p>تتوفر بتركيز 15 ملغ و10 ملغ و5 ملغ (لصقات ل16 ساعة)، وتعرف بالمرحل رقم 1 و2 و3 على التوالي.</p> <p>يجب تشجيع المرضى على التوقف عن التدخين قبل بدء استخدام بدائل النيكوتين. ومع ذلك، قد لا يتمكن بعض المرضى من الإقلاع التام، وخاصة في بداية العلاج. في مثل هذه الحالات، يطلب من المريض تقليل تدخينه بشكل تدريجي: مع انه يفضل ترك التدخين عند البدء باستخدام بدائل النيكوتين الا ان استخدام هذه الادوية ليس ممنوعاً مطلقاً للمدخن اذا لم يحقق الإقلاع التام.</p> <p>متوفر أدناه الجرعات والإطار الزمني التقريبي للاستخدام. ومع ذلك، ينبغي تعديل جرعات بدائل النيكوتين وفقاً لما يبلغ 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 أدناه وفقاً 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):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. الطلب من المريض بدء استخدام بدائل النيكوتين في اليوم المحدد للإقلاع عن التدخين. 2. التوضيح للمريض كيفية وضع اللصقة: توضع اللصقة كل صباح وتستبدل في الصباح التالي (في حالة حدوث اضطرابات في النوم عند استمرارية استخدام اللصقة ليلاً، توضع اللصقة كل صباح وتزال قبل النوم وتوضع لصقة جديدة في الصباح التالي) 3. تحديد جرعة اللصقات كالتالي: <ul style="list-style-type: none"> ○ مدخنين على الأقل 40 سيجارة/يوم = 42 ملغ/يوم من بدائل النيكوتين لصقتين من تركيز "15 ملغ" ○ مدخنين 21-39 سيجارة/يوم = 28-35 ملغ/يوم من بدائل النيكوتين لصقة من تركيز "15 ملغ" مع لصقة من تركيز "10 ملغ" أو لصقة من تركيز "15 ملغ" مع لصقة من تركيز "5 ملغ" ○ مدخنين 10-20 سيجارة/يوم = 14-21 ملغ/يوم من بدائل النيكوتين لصقة من تركيز "15 ملغ" أو لصقة من تركيز "10 ملغ" 	<p>عامة لكل بدائل النيكوتين</p> <ul style="list-style-type: none"> • بالنسبة للمصابين بأمراض القلب والشرابين ولكن في حالة مستقرة، فإن استخدام بدائل النيكوتين يشكل خطراً أقل على مستخدميها بالمقارنة بالاستمرار مع التدخين. • ومع هذا يجب تجنب بدائل النيكوتين مع مرضى القلب والشرابين المصابين بحالة عدم استقرار: على سبيل المثال بعد الإصابة باحتشاء عضلة القلب مباشرة (في غضون أسبوعين من الإصابة)، 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 كيدي متوسط إلى شديد و/أو قصور كلوي حاد - فقد تنخفض كفاءة التخلص من النيكوتين أو مستقبلاته (وبالتالي زيادة احتمالية حدوث الآثار الجانبية). 	<ul style="list-style-type: none"> • تهيج الجلد • الدوار والصداع • الانزعاج الهضمي • الغثيان والقيء 	<ul style="list-style-type: none"> • كان متوسط معدلات الإقلاع للصفات تقريبا 16% مقارنة بـ10% 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)

أدوية بدائل النيكوتين (من الادوية المعتمدة كخيار اول لعلاج الادمان على التبغ) - لصقات النيكوتين، توصل النيكوتين عبر الجلد [16, 69, 70, 78]

معدلات الاقلاع عن التدخين وفقاً للدراسات العلمية*	الآثار الجانبية	التحذيرات وموانع الاستعمال	الجرعات وتعليمات الاستخدام	نصائح الاستخدام (الإيجابيات والسلبيات)
			<p>○ مدخنين اقل من 10 سيجارة/يوم = 14 ملغ/يوم من بدائل النيكوتين = لصقة من تركيز "10 ملغ"</p> <p>4. بعد 4-6 أسابيع من التوقف التام عن التدخين، يتم تقليل جرعة اللصقة كل 2-4 أسابيع بمقدار 5 إلى 10 ملغ. ويجب إجراء التعديلات بحيث تستمر السيطرة على الأعراض الانسحابية. فإذا أدى تقليل الجرعة الى ظهور اعراض انسحابية، من الممكن تأجيل التقليل التدريجي لجرعات اللصقة.</p> <p>ملاحظات إضافية</p> <p>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 تفادياً لحدوث تهيج في الجلد.</p>	

أدوية بدائل النيكوتين (من الأدوية المعتمدة كخيار أول لعلاج الإدمان على التبغ) - علكة النيكوتين - توصيل النيكوتين عبر غشاء بطانة الفم [16, 69, 70, 78]

نصائح الاستخدام (الإيجابيات والسلبيات)	الجرعات وتعليمات الاستخدام	التحذيرات وموانع الاستعمال	الآثار الجانبية	معدلات الإقلاع عن التدخين وفقاً للدراسات العلمية*
<p>الإيجابيات</p> <ul style="list-style-type: none"> • سهولة الاستخدام • من السهل التحكم بتركيز النيكوتين وفقاً لشدة الأعراض الانسحابية <p>السلبيات</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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، والتي قد لا يكون تنفيذها سهلاً على البعض، تقنية مهمة لاستخلاص النيكوتين بالحد الأدنى من الآثار الجانبية. • الاسم المستخدم ("العلكة") مضلل، حيث أنها لا تمضغ مثل العلكة العادية. <p>ملاحظات إضافية تعليمات للمرضى:</p>	<p>متوفرة بتركيز 2 ملغ و4 ملغ</p> <p>يجب تشجيع المرضى على التوقف عن التدخين قبل بدء استخدام بدائل النيكوتين. ومع ذلك، قد لا يتمكن بعض المرضى من الإقلاع التام، وخاصة في بداية العلاج. في مثل هذه الحالات، يطلب من المريض تقليل تدخينه بشكل تدريجي: مع انه يفضل ترك التدخين عند البدء باستخدام بدائل النيكوتين إلا ان استخدام هذه الادوية ليس ممنوعاً مطلقاً للمدخن اذا لم يحقق الإقلاع التام.</p> <p>يتم استخدام العلكة كاستجابة للرضا الشديدة بالنيكوتين. ومتوفر أدناه الجرعات والإطار الزمني التقريبي لاستخدام علكة النيكوتين. ومع ذلك، ينبغي تعديل جرعات بدائل النيكوتين وفقاً لما يبلغ 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 أدناه وفقاً 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):</p> <p>يطلب من المريض بدء استخدام بدائل النيكوتين في اليوم المحدد للتوقف عن التدخين والابتداء باستخدام علكة النيكوتين كالتالي:</p> <p><u>مدخنون أقل من باكييت (>15 سيجارة/يوم):</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. الأسبوع 1-6: مضغ حبة واحدة من العلكة بتركيز 2 ملغ كل 1-2 ساعة (10-15 قطعة/يوم) 2. الأسبوع 7-9: : مضغ حبة واحدة من العلكة (بتركيز 2 ملغ) كل 2-4 ساعات 3. الأسبوع 10-12: مضغ حبة واحدة من العلكة(بتركيز 2 ملغ) كل 4-8 ساعات <p><u>مدخنون باكييت (15-20 سيجارة/يوم):</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. الأسبوع 1-6: مضغ حبة واحدة من العلكة (بتركيز 4 ملغ) كل 1-2 ساعة (10-15 قطعة/يوم) 2. الأسبوع 7-9: : مضغ حبة واحدة من العلكة (بتركيز 4 ملغ) كل 2-4 ساعات 3. الأسبوع 10-12: مضغ حبة واحدة من العلكة (بتركيز 2 ملغ) كل 4-8 ساعات <p><u>مدخنون <21 سيجارة/يوم:</u></p> <p>لا ينصح باستخدام علكة النيكوتين وحدها للمدخنين الشبهين. ومع ذلك، وفي الحالات التي تكون فيها العلكة هي الخيار الوحيد المناسب، فيتم اتباع نفس النظام المحدد لمدخني 15-20 سيجارة/يوم المنكور أعلاه.</p>	<p>عامة لكل بدائل النيكوتين</p> <ul style="list-style-type: none"> • بالنسبة للمصابين بأمراض القلب والشرايين ولكن في حالة مستقرة، فإن استخدام بدائل النيكوتين يشكل خطراً أقل على مستخدميها بالمقارنة بالاستمرار مع التدخين. مع هذا يجب تجنب بدائل النيكوتين مع مرضى القلب والشرايين المصابين بحالة عدم استقرار: على سبيل المثال بعد الإصابة باحتشاء عضلة القلب مباشرة (في غضون أسبوعين من الإصابة)، 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 لدى المرضى المصابين باختلال كيدي متوسط إلى شديد و/أو قصور كلوي حاد - فقد تتخفف 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. 	<ul style="list-style-type: none"> • ألم في الفم والفوق (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. 	<ul style="list-style-type: none"> • كان متوسط معدلات الإقلاع للعلكة تقريبا 18% مقارنة بـ11% للعلاج الوهمي وذلك عند تقييم حالة التدخين بعد 6 أشهر أو أكثر من بدء العلاج (الخطورة النسبية 1.43، وفترة الثقة 95% من 1.33 إلى 1.53) • في حالة المدخنين الشبهين، فقد تبين وجود فائدة أكبر من استخدام العلكة ذات التركيز 4 ملغ بدل من تركيز 2 ملغ.

أدوية بدائل النيكوتين (من الأدوية المعتمدة كخيار اول لعلاج الادمان على التبغ) - علكة النيكوتين - توصل النيكوتين عبر غشاء بطانة الفم [16, 69, 70, 78]

معدلات الاقلاع عن التدخين وفقاً للدراسات العلمية*	الآثار الجانبية	التحذيرات وموانع الاستعمال	الجرعات وتعليمات الاستخدام	نصائح الاستخدام (الإيجابيات والسلبيات)
			<ul style="list-style-type: none"> • يتم استخدام العلكة كاستجابة للريفة الشديدة بالتدخين • قد يكون طعمها غير مستساغ في البداية ولكن يجب نصح المريض بالاستمرار باستعمالها • تنبيه المستخدم على عدم الأكل أو الشرب قبل مضغ العلكة بـ15 دقيقة أو أثناء مضغها • تنبيه المستخدم على تجنب المشروبات الحمضية • نصح المرضى بمضغ العلكة كالتالي: <ul style="list-style-type: none"> ○ امضغ حبة العلكة ببطء من 15-30 مضغاً وعندما تشعر باحساس حارق أو مدغدغ توقف عن المضغ ثم ضع او خزن قطعة العلكة بين الخد واللثة ○ استأنف عملية المضغ حين يتلاشى طعمها أو ما تسببه من احساس مدغدغ (حوالي دقيقة واحدة) ○ عند استئناف عملية المضغ، انقل العلكة الى الجهة الاخرى من الفم وتابع المضغ ○ وحاول أن تحد من بلع اللعاب قدر الإمكان (من اجل توفير كمية اكبر من النيكوتين للامتصاص عن طريق غشاء الفم). ○ كرر خطوات المضغ/التخزين إلى أن يتلاشى طعم العلكة (الاحساس المدغدغ) 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 <p>نصائح لتسهيل عملية التخفيف التدريجي للجرعة (تقريباً من الاسبوع السابع من بدء العلاج)</p> <ul style="list-style-type: none"> • تقليل العدد اليومي المستخدم من العلكة بمعدل حبة واحدة كل 4-7 أيام. • تقليل وقت مضغ كل قطعة من 30 دقيقة إلى 15 دقيقة. <p>استبدال قطعة أو أكثر من علكة النيكوتين بعدد مماثل من العلكة العادية الخالية من السكر ومن ثم زيادة عدد قطع العلكة العادية بشكل تدريجي.</p>	

أدوية بدائل النيكوتين (من الأدوية المعتمدة كخيار أول لعلاج الإدمان على التبغ) - حبوب مص النيكوتين - توصيل النيكوتين عبر غشاء بطانة الفم [16, 69, 70, 78]

معدلات الإقلاع عن التدخين وفقاً للدراسات العلمية*	الأثار الجانبية	التحذيرات وموانع الاستعمال	الجرعات وتعليمات الاستخدام	نصائح الاستخدام (الإيجابيات والسلبيات)
<ul style="list-style-type: none"> • 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 (الخطورة النسبية 2.00، وفترة الثقة 95% من 1.63 إلى 2.45) 	<ul style="list-style-type: none"> • الفواق • القرحة • الغثيان 	<p>عامة لكل بدائل النيكوتين</p> <ul style="list-style-type: none"> • للمصابين بأمراض القلب والشرابين ولكن في حالة مستقرة، فإن استخدام بدائل النيكوتين يشكل خطراً أقل على مستخدميها بالمقارنة بالاستمرار في التدخين. فقط يجب تجنب بدائل النيكوتين مع مرضى القلب والشرابين المصابين بحالة عدم استقرار: على سبيل المثال بعد الإصابة باحتشاء عضلة القلب مباشرة (في غضون أسبوعين من الإصابة)، 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 لدى المرضى المصابين باختلال كيدي متوسط إلى شديد و/أو قصور كلوي حاد - فقد تتخفض كفاءة التخلص من النيكوتين أو مستقلباته (وبالتالي زيادة احتمالية حدوث الأثار 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. 	<p>متوفرة بتركيز 1 ملغ.</p> <p>يجب تشجيع المرضى على التوقف عن التدخين قبل بدء استخدام بدائل النيكوتين. ومع ذلك، قد لا يتمكن بعض المرضى من الإقلاع التام، وخاصة في بداية العلاج. في مثل هذه الحالات، يطلب من المريض تقليل تدخينه بشكل تدريجي: مع انه يفضل ترك التدخين عند البدء باستخدام بدائل النيكوتين الا ان استخدام هذه الادوية ليس ممنوعا مطلقا للمدخن اذا لم يحقق الإقلاع التام يتم استخدام حبوب المص كاستجابة للرجبة الشديدة بالنيكوتين. ومتوفر أدناه الجرعات والإطار الزمني التقريبي لاستخدام حبوب مص النيكوتين. ومع ذلك، ينبغي تعديل جرعات بدائل النيكوتين وفقاً لما يبلغ 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 أدناه وفقاً لتقديرهم (أي استخدام بدائل النيكوتين بجرعات أعلى او مدة علاج أطول إذا استمرت الأعراض الانسحابية أو استخدام جرعات أقل من بدائل النيكوتين/مدة علاج أقصر إن كان استخدامها يزعج المريض):</p> <p>يطلب من المريض بدء استخدام بدائل النيكوتين في اليوم المحدد للتوقف عن التدخين</p> <p>لمدخنون أقل من باكيت (>15 سيجارة/يوم):</p> <p>1. الأسبوع 1-6: تناول حبة واحدة بتركيز 1 ملغ كل 1-2 ساعة (10-15 قطعة/يوم)</p> <p>2. تخفيف الجرعات حسب قدرة التحمل (تقريباً في الأسابيع 7-9): تناول حبة واحدة بتركيز 1 ملغ كل 2-4 ساعات</p> <p>3. الاستمرار في تخفيف الجرعات حسب قدرة التحمل (تقريباً في الأسابيع 10-12): تناول حبة واحدة بتركيز 1 ملغ كل 4-8 ساعات</p> <p>لمدخنون: <14 سيجارة/اليوم</p> <p>لا ينصح باستخدام حبوب مص النيكوتين وحدها لمن يدخنون 15 سيجارة أو أكثر في اليوم.</p> <p>ملاحظات إضافية</p> <ul style="list-style-type: none"> • يجب أن تستخدم 9 حبوب مص على الأقل يومياً في أول 6 أسابيع لتحسين احتمالية الإقلاع. ولكن لا يجب أن يتجاوز عددها عن 20 حبة في اليوم. • يجب تنبيه المستخدم على عدم الأكل أو الشرب قبل استخدام حبوب المص بـ 15 دقيقة أو أثناء مصها • تنبيه المستخدم على تجنب المشروبات الحمضية • نصح المرضى باستخدام حبوب المص كالتالي: <ul style="list-style-type: none"> ○ اترك حبوب المص تذوب ببطء في الفم لمدة 20-30 دقيقة، وكرر تحريك الحبة داخل 	<p>الإيجابيات</p> <ul style="list-style-type: none"> • سهولة الاستخدام • من السهل التحكم بتركيز النيكوتين وفقاً لشدة الأعراض الانسحابية • توصل النيكوتين بتركيز أعلى بما يقارب بـ 25% من علكة النيكوتين <p>السلبيات</p> <ul style="list-style-type: none"> • قد يكون الالتزام بها مشكلة حيث أن عدد مرات الاستخدام اليومي كبير

أدوية بدائل النيكوتين (من الادوية المعتمدة كخيار اول لعلاج الادمان على التبغ) - حبوب مص النيكوتين - توصل النيكوتين عبر غشاء بطانة الفم [16, 69, 70, 78]

معدلات الاقلاع عن التدخين وفقاً للدراسات العلمية*	الآثار الجانبية	التحذيرات وموانع الاستعمال	الجرعات وتعليمات الاستخدام	نصائح الاستخدام (الإيجابيات والسلبيات)
			<p>الفم اثناء هذه المدة وحاول أن تحد من بلع اللعاب قدر الإمكان (من اجل توفير كمية اكبر من النيكوتين للامتصاص عن طريق غشاء الفم).</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ قد يسبب استخلاص النيكوتين من الحبوب احساساً دافئاً ومدغدغاً. هذا هو الوضع الطبيعي. ○ 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 <p>نصائح لتخفيف الجرعة (تقريبا من الاسبوع السابع من بدء العلاج)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. 	

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 وقصيرة المفعول [69]	<p>الإيجابيات</p> <ul style="list-style-type: none"> الحفاظ على مستويات ثابتة من النيكوتين لمدة طويلة (عن طريق اللصقة) مع توفر إمكانية التكيف السريع مع الرغبات الشديدة (عن طريق العلكة أو حبوب المص) أكثر فعالية من استخدام بديل واحد <p>السلبيات</p> <ul style="list-style-type: none"> كلفة العلاج 	<ul style="list-style-type: none"> حدد الجرعة للصة 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 تقريباً، قم بتخفيف جرعات بدائل النيكوتين بشكل تدريجي وكما هو موضح في القسم المحدد لكل بديل من بدائل النيكوتين. 	<p>عد إلى التحذيرات الخاصة بكل دواء.</p> <ul style="list-style-type: none"> عد إلى التحذيرات الخاصة بكل دواء. 	<ul style="list-style-type: none"> حذر المريض عن الآثار الجانبية الأكثر شيوعاً بين الأدوية لأنها قد تزداد حدة عند الجمع بين عدة أدوية (مثل الغثيان والتقيؤ والأرق). 	<ul style="list-style-type: none"> كان متوسط معدلات الإقلاع (على المدى الطويل) لمجموعة بدائل النيكوتين تقريباً 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)
الببوبروبيون وبدائل النيكوتين [27, 28, 69]	<p>الإيجابيات</p> <ul style="list-style-type: none"> بالإضافة إلى إيجابيات استخدام الببوبروبيون، يستطيع المريض الحفاظ على مستويات ثابتة من النيكوتين لمدة طويلة (عن طريق اللصقة اذا استخدمت) مع توفر إمكانية التكيف السريع مع الرغبات الشديدة (عن طريق العلكة أو حبوب المص اذا استخدمت احدهما) أكثر فعالية من استخدام علاج واحد <p>السلبيات</p> <ul style="list-style-type: none"> كلفة العلاج 	<ul style="list-style-type: none"> يمكن استخدام الببوبروبيون مع اللصقات وبدائل النيكوتين قصيرة المفعول لدى بعض المرضى، إذا كان مستوى الإدمان مرتفع جداً. يبدأ باستخدام الببوبروبيون قبل أسبوع من اليوم المحدد للإقلاع عن التدخين وفقاً لتعليمات استخدام الببوبروبيون وحده. تحدد جرعة لصة 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 ادائه. 	<p>عد إلى التحذيرات الخاصة بكل دواء.</p> <ul style="list-style-type: none"> عد إلى التحذيرات الخاصة بكل دواء. 	<ul style="list-style-type: none"> حذر المريض عن الآثار الجانبية الأكثر شيوعاً بين الأدوية لأنها قد تزداد حدة عند الجمع بين عدة أدوية (مثل الأرق). 	<ul style="list-style-type: none"> كانت معدلات الإقلاع (بعد أطول فترة متابعة) للببوبروبيون مع اللصقات 22.4% في مقابل 9.8% للصة وحدها (الخطورة النسبية 2.28، وفترة الثقة 95% من 1.46 إلى 3.56)

معدلات الإقلاع عن التدخين وفقاً للدراسات العلمية*	الآثار الجانبية الشائعة	التحذيرات وموانع الاستعمال	الجرعات وتعليمات الاستخدام	الإيجابيات والسلبيات	الدواء
<ul style="list-style-type: none"> • يوجد دراسات محدودة عن الجمع بين هذه الأدوية. ومع ذلك، فقد يجد مقدمو الرعاية الصحية هذا الجمع مفيداً لدى المرضى الذين درجة ادمانهم عالية ويستخدمون الفارنيكلين ولكن يحتاجون إلى وسائل إضافية للسيطرة على الأعراض الانسحابية الحادة. 	<ul style="list-style-type: none"> • عد إلى التحذيرات الخاصة بكل دواء. • حذر المريض عن الآثار الجانبية الأكثر شيوعاً بين الأدوية لأنها قد تزداد حدة عند الجمع بين عدة أدوية (مثل الغثيان والأرق). 	<p>عد إلى التحذيرات الخاصة بكل دواء.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • يبدأ باستخدام الفارنيكلين قبل أسبوع من اليوم المحدد للإقلاع عن التدخين وفقاً 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 ملحّة. • يجب تنبيه المريض على توخي الحذر عند القيادة أو استخدام الآلات حتى التأكد من ان العلاج لا يؤثر على ادائه. 	<p>الإيجابيات</p> <ul style="list-style-type: none"> • بالإضافة الى ايجابيات استخدام الفارنيكلين، يستطيع المريض الحفاظ على مستويات ثابتة من النيكوتين لمدة طويلة (عن طريق اللصقة اذا استخدمت) مع توفر إمكانية التكيف السريع مع الرغبات الشديدة (عن طريق العلكة او حبوب المص اذا استخدمت احدهما) <p>السلبيات</p> <ul style="list-style-type: none"> • كلفة العلاج 	<p>الفارنيكلين وبدائل النيكوتين, [29] 30***</p>

الملحق 12: المقابلات التحفيزية [62]

- المقابلات التحفيزية أحد أساليب المشورة الشخصية، ويوصى بها لمتعاطي المواد المدمنة (المدخنين)، الذين يحتاجون لوقت أطول من مجرد تداخلات قصيرة.
- هي طريقة اتصالية تعاونية موجهة نحو تحقيق الأهداف، حيث يساعد مقدم الرعاية المدخن من خلال عملية التغيير. فهي تهدف إلى تعزيز الدافع الشخصي وللالتزام بتغيير السلوك إلى المستهدف، من خلال معرفة واكتشاف ما يمنع الأفراد من التغيير.
- تستند المقابلات التحفيزية على التعاون بدلا من المواجهة، والاستحضار بدلا من التعليم، والحكم الذاتي بدلا من فرض السلطة.
- أظهرت العديد من الدراسات والمراجعات للمقابلات التحفيزية تأثيرها المتوسط والثابت في تعزيز عدة تغيرات سلوكية.

الملحق 13: مواد المساعدة الذاتية

- هي استخدام مواد مثل دليل المساعدة الذاتية والمطبوعات ومواقع الإنترنت والكتيبات لتقديم الدعم والمشورة للمدخنين، وتقديم معلومات عن علاج الإدمان على التبغ والعلاجات الدوائية ذات الصلة، دون مساعدة مقدمي الخدمات الصحية أو مقدمي المشورة والمستشارين أو مجموعات الدعم.
- تؤثر استراتيجيات المساعدة الذاتية بشكل هامشي في معدلات الإقلاع، وخاصة عندما تقدم من دون أي شكل من أشكال المشورة والارشاد. [79]
- هناك ما يثبت على أن تصميم مواد تنقيفية بحيث تخاطب فئة محددة من المدخنين (مثلا فئة الحوامل او فئة مرضى القلب) تكون أكثر فعالية من المواد التي صممت للعموم. [7]

الملحق 14: زيادة الوزن بعد التوقف عن التدخين

يجب مراعاة ما يلي: [7, 80]

- قد تشكل مخاوف زيادة الوزن مانعا للإقلاع عن التدخين.
- يكتسب غالبية المدخنين وزناً يقل عن 5 كغ.
- تميل النساء إلى اكتساب وزن أكثر من الرجال، ويكون المدخنون الشرهون (أكثر من 25 سيجارة في اليوم) أكثر عرضة لزيادة كبيرة في الوزن.
- يزداد الوزن بسبب زيادة كميات الطعام المتناولة وانخفاض عمليات الأيض.

الخلاصة

- 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 فيجب تركيز الاهتمام على الإقلاع عن التدخين والاستمرار به أولاً ثم معالجة مسألة زيادة الوزن.
- استخدام الأدوية المعروفة بأنها قد تؤجل حدوث زيادة في الوزن، مثل علقة النيكوتين والبيوبروبيون.

الملحق 15: طرق أخرى للإقلاع عن التدخين في الأردن

(A) طرق بديلة لعلاج الإدمان على التبغ

- لا تتفق الاثباتات العلمية حول فعالية الوخز بالابر (acupuncture) وما شابهها من تقنيات (العلاج بالابر او acupressure، العلاج بالليزر او laser therapy ، التحفيز الكهربائي او electrostimulation) في الإقلاع عن التدخين. [81]
- لم يظهر للعلاج بالتنويم (hypnosis) تأثير أكبر على معدلات الإقلاع من التداخلات الأخرى أو حتى عدم استخدام أي علاج. [82]

(B) أجهزة توصيل النيكوتين الإلكترونية (ENDS، أو السجارة الإلكترونية)

- ENDS أجهزة إلكترونية تحتوي على النيكوتين وعلى مواد أخرى (على سبيل المثال: بروبيلين غليكول والغليسيرين) تعمل على إيصال النيكوتين عند تسخينها إلى مستخدم الجهاز وبعضها يحتوي أيضا على مواد منكهة مثل المنثول. [83]
- تعتبر أجهزة ENDS حاليا موضوعا لجدل واسع: [84] تشير بعض التقارير إلى أنها قد تساعد المدخنين على الإقلاع عن طريق الحد من الرغبة الشديدة ومن الأعراض الانسحابية. وتظهر أخرى آثار ضارة مباشرة لها على وظائف الرئة، على الرغم من أن التعرض للمواد السامة (كالقطران) في السجائر الإلكترونية أقل منها عند السجائر العادية. ومع ذلك، فإن الأدلة لا تزال غير كافية فيما يتعلق بفعالية (ENDS) في الإقلاع عن التدخين ومدى أثرها على الصحة، وما زال هناك حاجة لمزيد من الدراسات في هذا المجال.

المراجع

1. 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/.
2. 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
3. Country Factsheets: Global Youth Tobacco Survey - Jordan 2009. Accessed from http://www.emro.who.int/images/stories/tfi/documents/GYTS_FS_JOR_2009.pdf.
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/2003/9241591013.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/10665/84388/4/9789241505413_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/10665/84388/3/9789241505413_eng_P art-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/2008/021928s0081bl.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):1359-66.

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. Hughes JR, Stead LF, Hartmann-Boyce J, Cahill K, Lancaster T. Antidepressants for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014 Jan 8;1:CD000031. .
23. Zyban Product Label (http://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/label/2011/020711s0261bl.pdf).
24. Nortriptyline Product Information (<http://www.medicines.org.uk/guides/nortriptyline>).
25. Etter JF. Cytisine for smoking cessation: a literature review and a meta-analysis. *Arch Intern Med*. 2006 Aug 14-28;166(15):1553-9.
26. West R, Zatonski W, Cedzynska M, Lewandowska D, Pazik J, Aveyard P, Stapleton J. Placebo-controlled trial of cytidine for smoking cessation. *N Engl J Med*. 2011 Sep 29;365(13):1193-200.
27. 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):2148-55.
28. 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):447-54.
29. Ebbert JO, Burke MV, Hays JT, Hurt RD. Combination treatment with varenicline and nicotine replacement therapy. *Nicotine Tob Res*. 2009 May;11(5):572-6.
30. 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.
31. 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.

32. 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>.
33. MedlinePlus. Smoking and youth. Retrieved from <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/smokingandyouth.html>.
34. 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):8174-9. .
35. Grimshaw G, Stanton A. Tobacco cessation interventions for young people. Cochrane Database of Systematic Reviews 2006, Issue 4. Art. No: CD003289. DOI: 10.1002/14651858.CD003289.pub4.
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):293-301.
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:10.1186/1471-2458-11-315.
38. Shihadeh A. Investigation of mainstream smoke aerosol of the argileh water pipe. Food Chem. Toxicol. 2003;41 :143– 152.
39. Neergaard J. et al. Waterpipe smoking and nicotine exposure: a review of the current evidence. Nicotine Tob Res. 2007 Oct;9(10):987-94.
40. Auf RA., et al. Assessment of tobacco dependence in waterpipe smokers in Egypt. Int J Tuberc Lung Dis. 2012 Jan;16(1):132-7
41. Ward KD., et al. Are waterpipe users interested in quitting? Nicotine Tob Res. 2005 Feb;7(1):149-56. .
42. Maziak W, Ward KD, Eissenberg T. Interventions for waterpipe smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev. 2007 Oct 17;(4):CD005549.
43. 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.

44. Al Rashidi M, Shihadeh A, Saliba NA: Volatile aldehydes in the mainstream smoke of the narghile waterpipe. *Food Chem Toxicol* 2008, 46(11):3546-3549.
45. Blank MD, Cobb CO, Kilgalen B, Austin J, Weaver MF, Shihadeh A, Eissenberg T: Acute effects of waterpipe tobacco smoking: A double-blind, placebo-control study. *Drug Alcohol Depend* 2011, 116(1-3):102-109.
46. 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):78-87.
47. 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):806-811.
48. Shihadeh A: Investigation of mainstream smoke aerosol of the argileh water pipe. *Food Chem Toxicol* 2003, 41(1):143-152.
49. 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):655-661.
50. Akl EA, et al. The effects of waterpipe tobacco smoking on health outcomes: a systematic review. *International Journal of Epidemiology* 2010;39:834–857.
51. 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):492-7.
52. Raad D, et al, Effects of Water-pipe Smoking on Lung Function: A Systematic Review and Meta-analysis. *CHEST*. 2011;139(5):764-774
53. Centers for Disease Control and Prevention. Quitting Smoking. Retrieved from http://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/fact_sheets/cessation/quitting/index.htm#benefits.
54. 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

55. First, M. B., Frances, A., & Pincus, H. A. (2004). *DSM-IV-TR Guidebook*. Washington, DC: American Psychiatric Pub. .
56. 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.
57. 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:S57-62.
58. 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):2110-21.
59. 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(2-3):127-33.
60. 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:iii83-94.
61. 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;86:1119-27.
62. Miller, W. R., & Rollnick, S. (2012). *Motivational interviewing: Preparing people for change* (3rd ed.). New York: Guilford Press.
63. Hughes JR. Effects of abstinence from tobacco: valid symptoms and time course. *Nicotine Tob Res*. 2007 Mar;9(3):315-27.
64. 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):1689-95.
65. Piasecki TM. Relapse to smoking. *Clin Psychol Rev*. 2006 Mar;26(2):196-215.
66. Shiffman S, Kassel J, Gwaltney C, et al. Relapse Prevention for Smoking. In: *Relapse Prevention: Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviors*. Second Edition, editors Marlatt GA and Donovan DM.
67. Hajek P, Stead LF, West R, Jarvis M, Lancaster T. 2006. Relapse prevention interventions for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*.

68. The buyer's guide to respiratory care services. Retrieved from http://www.erscongress2010.org/uploads/Document/e1/WEB_CHEMIN_2567_1194523664.pdf.
69. Mayo Clinic NDC Tobacco Dependence Treatment Medication Summary (http://www.mayo.edu/research/ndc_education/upload/tts-medication-summary-2010.doc).
70. Veterans Health Affairs: VHA Tobacco Use Cessation: Treatment Guidance, parts 2 and 3 (www.publichealth.va.gov/smoking/index.asp).
71. Cahill K, Stead LF, Lancaster T. Nicotine receptor partial agonists for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012 Apr 18;4:CD006103.
72. 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: 64-71.
73. 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):793-801.
74. 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.
75. 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: 828-834.
76. 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):1223-7.
77. Haggström 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):205-9.
78. Product labels for various formulations and brands of nicotine replacement therapies were accessed through <http://www.medicines.org.uk/emc/default.aspx>.

79. Lancaster T, Stead LF. Self-help interventions for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2005, Issue 3. Art. No: CD001118. DOI: 10.1002/14651858. CD001118.pub2.
80. Pisinger C, Jorgensen T. 2007. Waist circumference and weight following smoking cessation in a general population The Inter99 study. Preventive Medicine.
81. White AR, Rampes H, Liu JP, Stead LF, Campbell J. Acupuncture and related interventions for smoking cessation (Review), 2011. The Cochrane Collaboration. Published by John Wiley & Sons, Ltd.
82. Barnes J, Dong CY, McRobbie H, Walker N, Mehta M, Stead LF. Hypnotherapy for smoking cessation (Review). 2010 The Cochrane Collaboration. Published by John Wiley & Sons, Ltd.
83. FDA (4 May 2009). "Evaluation of e-cigarettes". Food and Drug Administration (US) -center for drug evaluation and research. Retrieved 4 May 2009.
84. Polosa R, Rodu B, Caponnetto P, Maglia M, Raciti C. A fresh look at tobacco harm reduction: the case for the electronic cigarette. Harm Reduct J. 2013 Oct 4;10(1):19