

**KAUNO MEDICINOS UNIVERSITETAS**

**A.Veryga, J.Klumbienė, J.Petkevičienė, N.Žemaitienė**

**TABAKO KONTROLĖ IR PAGALBA METANTIEMS  
RŪKYTI**

**Mokymo knyga**

**Kaunas - 2008**

UDK 613.8  
Ta-02

Mokymo knyga skiriama studentams, rezidentams, gydytojams ir visuomenės sveikatos specialistams.

Knyga apsvařtyta KMU Visuomenės sveikatos fakulteto tarybos posėdyje, vykusiame 2008 m. birželio 3 d. Protokolo Nr. VF – 8 - 7

Recenzentai:

Doc. Dr. Ričardas Radišauskas

Dr. Lina Jaruševičienė

© A.Veryga  
© J.Klumbienė  
© J.Petkevičienė  
© N.Žemaitienė

ISBN 978-9955-402-05-3

# TURINYS

1. Įvadas .....	5
2. Rūkymo paplitimas pasaulyje ir Lietuvoje .....	6
3. Tabako poveikis sveikatai .....	10
4. Pasyvus rūkymas .....	21
5. Metimo rūkyti nauda .....	22
6. Tabako kontrolės principai .....	23
6.1. Tabako kontrolė Lietuvoje .....	23
6.2. Ekonominių rinkos kontrolės priemonių įgyvendinimas .....	32
6.3. Tabako pramonės veikla .....	35
7. Pagalba metantiems rūkyti .....	33
7.1. Pirminės sveikatos priežiūros specialistų pagalba metantiems rūkyti .....	41
7.2. Priklausomybė nuo tabako .....	43
7.3. Priklausomybės nuo tabako diagnostika .....	45
7.3.1. Anamnezė .....	46
7.3.2. Priklausomybės nuo tabako pobūdis ir laipsnis .....	47
7.3.3. Rūkymo tipo nustatymas .....	48
7.3.4. Kiti pagalbinių būdai .....	51
7.4. Metimo rūkyti procesas .....	51
7.5. Poveikio taktikos parinkimas .....	53
7.5.1. Minimalus poveikis .....	56
7.6. Priklausomybės nuo tabako gydymas .....	59
7.6.1. Priklausomybės nuo tabako gydymo būdai .....	60
7.7. Psichologinė pagalba metančiajam rūkyti .....	75
7.8. Sąlygos, turinčios įtakos metimo rūkyti sėkmei .....	79
7.8.1. Patarimai, kaip išvengti antsvorio ir nutukimo .....	80
7.9. Specialios pacientų grupės .....	82
8. Medicinos darbuotojo vaidmuo vykdamas tabako kontrolę .....	84
9. Priedai .....	86
10. Literatūra .....	117



---

---

# 1. Įvadas

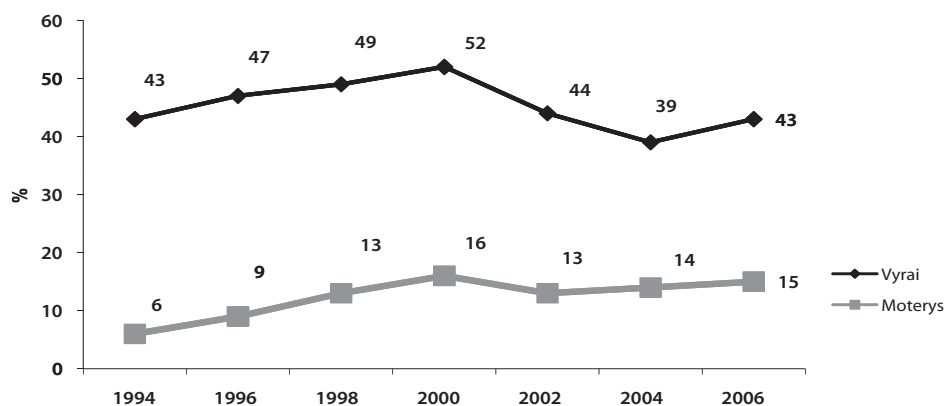
Tabako rūkymas - labiausiai paplitusi priklausomybės liga, tarptautinėje ligų klasifikacijoje TLK-10 žymima šifru F-17, *Psichikos ir elgesio sutrikimai vartojant tabaką*. Ši narkomanijos rūšis sąlygoja daugiau sveikatos problemų ir priešlaikinių mirčių, negu visos kitos legalios ir nelegalios narkotinės medžiagos kartu paėmus. Dėl rūkymo Lietuva kasmet netenka kelių tūkstančių gyvybių ir patiria milijonus litų nuostolių. Šių netekčių ir nuostolių galima būtų išvengti, jei žmonės nerūkytų. Tačiau didelė mūsų visuomenės dalis nepakankamai informuota apie rūkymo problemą. Rūkymas dažnai laikomas įprastu, normaliu reiškiniu, o tabako pramonė ir verslas netgi laikomi naudingais šalies ekonomikai. Lietuva turi parengusi ir priėmusi LR Tabako kontrolės įstatymą, Valstybės tabako kontrolės programą. Rūkymo paplitimo mažinimo uždaviniai numatyti ir Lietuvos sveikatos programoje. Lietuva taip pat yra pasirašiusi ir ratifikavusi Pasaulio sveikatos organizacijos Tabako kontrolės pagrindų konvenciją. Todėl galima teigti, kad pagrindiniuose teisės aktuose Lietuva tinkamai įvardina rūkymo prevencijos bei pagalbos metantiems rūkyti svarbą, tačiau, įgyvendinant numatytus įsipareigojimus, neretai kyla sunkumų.

Šios knygos tikslas - supažindinti studentus, rezidentus, gydytojus, kitus medicinos darbuotojus su tabako vartojimo epidemiologine situacija bei jos pokyčiais Lietuvoje, esminiais tabako kontrolės principais, rūkymo, kaip priklausomybės ligos, diagnostikos bei gydymo pagrindais, paskatinti specialistus savo kasdiniame darbe suteikti pagalbą norintiems mesti rūkyti.

## 2. Rūkymo paplitimas pasaulyje ir Lietuvoje

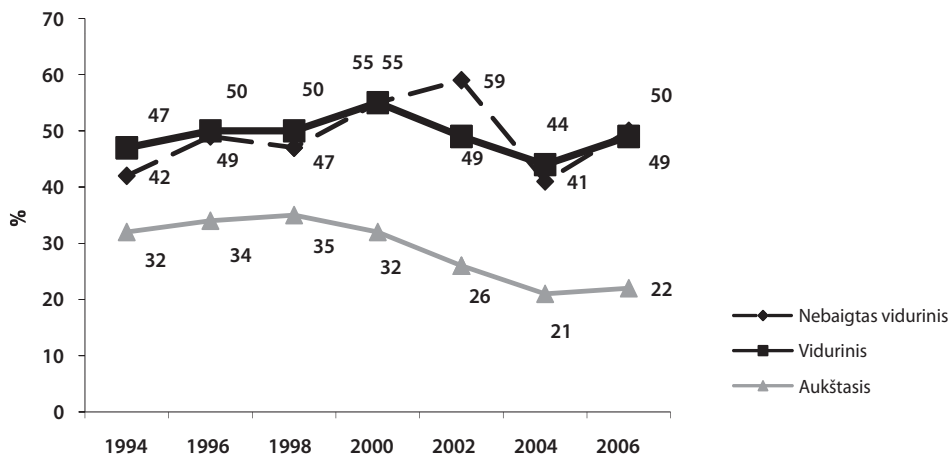
Plintantis tabako vartojimas tampa vis aktualesne pasaulio gyventojų sveikatos problema dėl didėjančio sergamumo ir mirtingumo nuo tabako sukeltų ligų. Pasaulyje rūko apie 1 milijardas vyrų, t.y. 35 proc. išsivysčiusių ir 50 proc. besivystančių šalių gyventojų. Rūkančių moterų yra apie 250 mln. - 22 proc. išsivysčiusių ir 9 proc. besivystančių šalių gyventojų.

Rūkymo paplitimas tarp suaugusių Lietuvos gyventojų vertinamas vykdant gyvensenos stebėseną pagal tarptautinį FINBALT HEALTH MONITOR projektą. Nuo 1994 m. rūkymo paplitimas tarp Lietuvos moterų didėjo (1 pav.). Per dvylika metų kasdien rūkančių moterų dalis išaugo nuo 6 proc. iki 15 proc. Tarp vyrų rūkymo paplitimas didėjo iki 2000 m., vėliau ėmė mažėti. 2006 m. rūkė 43 proc. vyrų.



1 pav. Kasdien rūkančių Lietuvos gyventojų dalis 1994 – 2006 m.

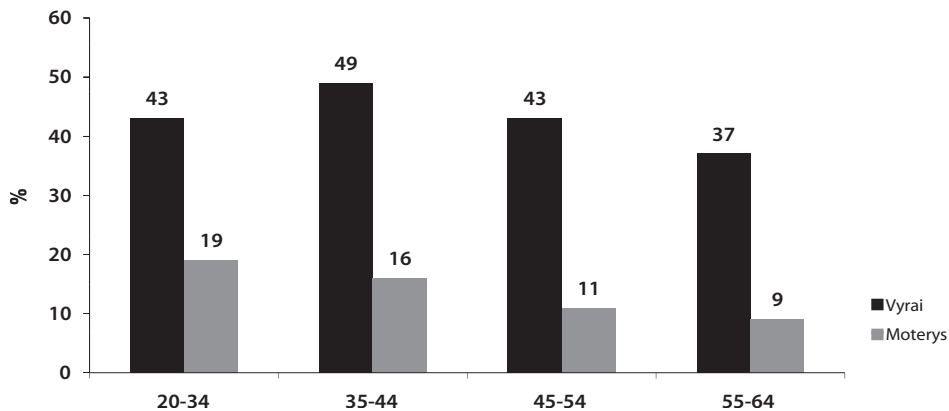
Rūkymo paplitimo pokyčiai priklausė nuo išsilavinimo. Per dvylika metų rūkymo paplitimas tarp aukštojo išsilavinimo vyrų sumažėjo nuo 32 proc. iki 22 proc. (2 pav.). 2006 m. rūkančių nebaigto vidurinio ir vidurinio išsilavinimo vyrų dalis buvo 2,5 karto didesnė nei aukštojo išsilavinimo.



**2 pav. Kasdien rūkusių vyrų dalis 1994 – 2006 m., atsižvelgiant į išsilavinimą**

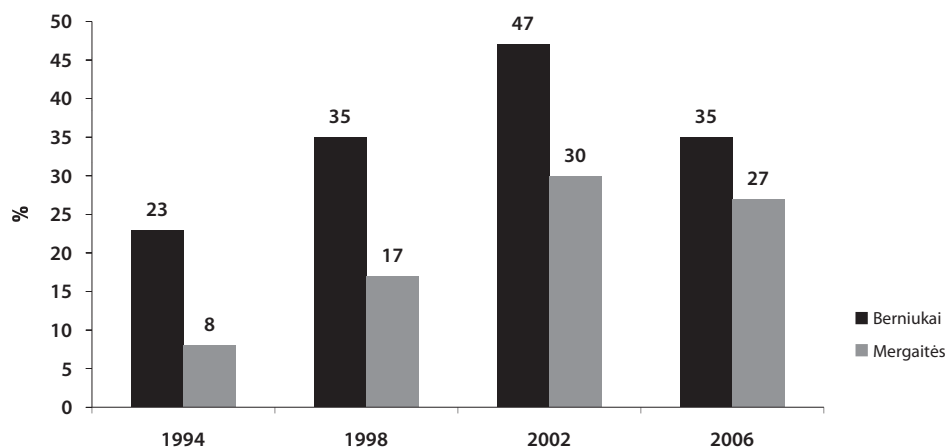
Tarp moterų rūkymo paplitimas didėjo visose išsilavinimo grupėse. Tačiau paskutiniaisiais metais tarp aukštojo išsilavinimo moterų stebimos rūkymo paplitimo mažėjimo tendencijos.

Dažniau rūkė jaunesnio amžiaus gyventojai (3 pav.). Vyriausioje amžiaus grupėje rūkančių moterų buvo du kartus mažiau nei jauniausioje.



**3 pav. Kasdien rūkusių vyrų ir moterų dalis 2006 m., atsižvelgiant į amžių**

Tyrimų duomenimis, apie 80 proc. rūkančiųjų pradeda rūkyti iki 18 metų, o nepradėjusieji rūkyti iki 25 m., dažniausiai šio žalingo įpročio neįgyja. Taigi absoliuti dauguma pradeda rūkyti dar nesubrendę, nesuvokdami rūkymo sukeltamų pasekmių. Lietuvos moksleivių gyvenamosios tyrimo duomenimis, 2006 m. kasdien, bent kartą per savaitę ir rečiau nei kartą per savaitę rūkė 3 proc. 11 m. berniukų ir 2 proc. mergaičių, 16 proc. 13 m. berniukų ir 8 proc. mergaičių bei 35 proc. 15 m. berniukų ir 27 proc. mergaičių. Didžiausias rūkymo paplitimas tarp 15 m. moksleivių buvo 2002 metais (4 pav.).



**4 pav. Kasdien, bent kartą per savaitę ir rečiau nei kartą per savaitę rūkusių 15 m. moksleivių dalis 1994-2006 metais**

Sveikatos priežiūros darbuotojai, kurie yra geriausiai informuoti apie rūkymo žalą ir kurių patarimai galėtų padėti žmonėms mesti rūkyti, gana dažnai patys turi šį žalingą įprotį. Lietuva dalyvavo Pasaulio sveikatos priežiūros specialistų tyrime (*Global Health Professionals Survey*), kurio tikslas buvo įvertinti sveikatos specialybių studentų rūkymo įpročius bei jų nuostatas dėl rūkymo. 2006 metais apklausti devynių kolegijų ir universitetų sveikatos specialybių trečio kurso studentai. Per praėjusias 30 dienų rūkė daugiau nei 25 proc. respondentų. Didelė dalis studentų (50-80 proc.) atsakė, kad jie

yra kada nors rūkę cigaretės. Apie pusė visų kasdien rūkančiųjų nurodė, kad rūkyti pradėjo būdami 15 metų ar jaunesni. Gydytojų apklausos duomenimis, kasdien rūkė 36 proc. vyrų ir 15 proc. moterų. Rūkantys gydytojai rečiau pataria pacientams mesti rūkyti, o pacientai jais mažiau tiki.

**Rūkymo plitimo priežastys.** Rūkymas yra sudėtingas psichosocialinis ir kultūrinis fenomenas. Jį sąlygoja keletas veiksnių:

- 1. Farmakologiniai ir biologiniai veiksniai.** Specifinis nikotino poveikis nervų sistemai bei psichikai ir individuali organizmo reakcija į tabaką yra esminiai veiksniai, lemiantys priklausomybės atsiradimą, jos laipsnį, rūkymo intensyvumą bei problemas, susijusias su metimu rūkyti.
- 2. Socialiniai veiksniai.** Rūkančių tėvų ir kitų suaugusiųjų pavyzdys formuoja netinkamą vaikų elgesio modelį. Paaugliai ir vaikai patiria bendraamžių spaudimą. Jiems daro įtaką tabako reklama per žiniasklaidos priemones.
- 3. Psichologiniai veiksniai.** Suaugusiems rūkantiesiems būdinga ekstraversija ir neurotiškumas. Jie dažniau priklauso žemesniems socialiniams sluoksniams. Tiriant moksleivių asmenybės ypatumus pastebėta, kad rūkantieji yra mažiau pažangūs, žemesnio intelekto, linkę į impulsyvų ir destruktivų elgesį. Panašūs asmenybės bruožai būdingi anksti pradedantiems vartoti alkoholį ir nelegalius narkotikus vaikams.

---

---

### 3. Tabako poveikis sveikatai

Tabako dūmuose yra apie 4800 įvairių medžiagų. Sveikatai pavojingas nikotinas, dervos, kancerogenai, anglies monoksidas, kietosios dūmų dalelės.

**Nikotinas** yra svarbiausia tabako dūmų veiklioji medžiaga, sąlygojanti priklausomybės atsiradimą. Suleidus į veną 60 mg nikotino, žmogus mirytų. Užsirūkius nikotinas pasiekia smegenis greičiau nei per 10 sekundžių. Iš pradžių jis stimuliuoja centrinę nervų sistemą, o vėliau slopina. Su nikotinu yra susiję žymūs elgsenos pokyčiai, t.y. nuotaikos svyravimai, įtampos sumažėjimas ir darbingumo padidėjimas. Ši medžiaga sukelia sujaudinimą, didina dėmesio koncentraciją ir susikaupimą, gerina atmintį, mažina baimę ir slopina apetitą. Nerūkantiems žmonėms ūmios dozės gali sukelti didesnius nuotaikos pokyčius nei kasdien rūkantiems, nes kai kuriems nikotino efektams atsiranda tolerancija. Taigi nikotino poveikis žmogaus psichikai priklauso nuo dozės ir yra panašus į kitų stimuliatorių poveikį.

Nikotinas veikia per cholinerginėje nervų sistemoje esančius receptorių. Jis prisijungia prie neuronų nikotininių acetilcholino receptorių (nAChRs), kurie yra išsidėstę aplink jonų kanalą. Prisijungus nikotinui, natrio jonai plūsta į ląstelės vidų ir sukelia jos depoliarizaciją. Smegenyse nikotininiai receptoriai yra išsidėstę presinapsėse ir moduliuoja neurotransmiterių išskyrimą, todėl nikotino poveikis gali būti siejamas su įvairiomis neurotransmiterių sistemomis. Nikotinas skatina dopamino sintezę, didindamas tirozino hidroksilazės raišką, ir reguliuoja jo pernešimą į tam tikras smegenų sritis, kurios yra susijusios su priklausomybės įvairioms narkotinėms medžiagoms atsiradimu. Todėl nikotino poveikis elgsenai ir priklausomybės atsiradimas labiausiai sietinas su dopamino išskyrimo padidėjimu. Tačiau ir kitų, susijusių su priklausomybe medžiagų (t.y. opioidų, glutamato, serotonino ir gliukokortikoidų) apykaita taip pat gali būti veikiama nikotino ir gali turėti reikšmės priklausomybės atsiradimui.

Tolerancijos nikotinui atsiradimas priklauso nuo nikotino receptorių, esančių centrinėje nervų sistemoje, ir genetinių veiksnių. Tyrimų duomenimis,

su rūkymo įpročiu yra susijusios bent 14 skirtingų chromosomų vietų. Vieno kurio nors geno poveikis rūkymo įpročiui yra silpnas. Tyrėjus domina lokusas, dislokuotas 5q chromosomoje netoli dopamino D1 receptoriaus, kuris yra siejamas su rūkymu, lokuso. Genetinės nikotino receptorių variacijos turi reikšmės rūkymo įpročiui. Manoma, kad priklausomybės nikotinui ir alkoholiui atsiradimą gali lemti tie patys genai, pvz.,  $\alpha 4$  nikotino receptorių genas.

Rūkymo intensyvumas priklauso ir nuo genų, kurie reguliuoja nikotino apykaitą. Daugiau rūkoma, kai nikotino apykaita yra greitesnė ir jis greičiau pašalinamas iš organizmo. Fermentas CYP2A6 dalyvauja nikotiną paverčiant kotininu. Šio fermento genetinis polimorfizmas yra susijęs su priklausomybės nuo tabako rizika, amžiumi, nuo kurio pradeda rūkyti, surūkomų cigarečių skaičiumi, rūkymo stažu, metimo rūkyti tikimybe, plaučių vėžio rizika. Vidutinis nikotino pusamžis yra dvi valandos, tačiau jis gali būti 35 proc. ilgesnis žmonėms, turintiems tam tikrą CYP2A6 geno variaciją. Rūkaliams, kurių CYP2A6 genas apsprendžia lėtą nikotino apykaitą, reikia surūkyti mažesnę cigarečių kiekį, kad išlaikytų pastovią plazmos nikotino koncentraciją. Tie rūkaliai, kurių genetiškai sąlygota nikotino apykaita yra greita, rūko dažniau ir intensyviau. CYP2A6 genetinės variacijos skiriasi tarp etninių grupių. Tarp Azijos šalių gyventojų dažniau nei tarp afrikiečių ar baltųjų paplitusios genetinės variacijos, nulemiančios lėtą nikotino apykaitą. Todėl azijiečiai surūko mažesnę cigarečių kiekį ir rečiau serga plaučių vėžiu.

Noras rūkyti atsiranda sumažėjus nikotino koncentracijai kraujyje. Rūkant siekiama išlaikyti pastovią nikotino koncentraciją ir išvengti simptomų, susijusių su nerūkymu: nervingumo, priešiško, nerimo, prislėgtos nuotaikos, sulėtėjusio širdies susitraukimų dažnio, padidėjusio apetito. Šie simptomai gali būti susiję su sumažėjusiu dopamino kiekiu smegenyse.

Nikotinas didina širdies susitraukimų dažnį, sutraukia kraujagysles, didina arterinį kraujospūdį, skatina cholesterolio kaupimąsi kraujagyslių sienelėse, didina trombocitų agregaciją, todėl rūkaliams greičiau vystosi aterosklerozė. Dėl sumažėjusio estrogenų kiekio rūkančioms moterims būna ankstyvesnė menopauzė.

**Dervos** yra pavojingiausios cigarečių cheminės medžiagos. Įrodyta, kad apie 80 iš jų sukelia arba gali sukelti vėžį. Dūmai patenka į burną koncentruoto aerozolio pavidalu, kurio viename kubiniame centimetre yra milijonai dalelių. Aerozoliui atvėsus susiformuoja dervos, kurios nusėda kvėpavimo takuose. Dervos sukelia vėžį ir plaučių ligas. Be to, jos silpnina imuninę sistemą.

**Anglies monoksidas** (smalkės) 200 kartų greičiau nei deguonis jungiasi su hemoglobinu. Padidėjęs anglies monoksido kiekis rūkalių kraujyje pablogina deguonies apykaitą. Dėl deguonies stokos smegenys ir raumenys negali normaliai funkcionuoti. Širdis ir plaučiai turi daugiau dirbti, kad užtikrintų organų aprūpinimą deguonimi. Be to, anglies monoksidas pažeidžia kraujagyslių sienelės ir didina aterosklerozės riziką.

Dėl toksinio tabako poveikio rūkymas sukelia įvairias ligas ir sveikatos sutrikimus (1 lentelė).

**1 lentelė. Rūkymo sukeltos ligos ir sveikatos sutrikimai**

Vėžys	Kvėpavimo sistemos ligos ir sveikatos sutrikimai	Širdies ir kraujagyslių ligos bei sveikatos sutrikimai	Kitos ligos ir sveikatos sutrikimai
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Plaučių</li> <li>• Burnos ertmės</li> <li>• Lūpų</li> <li>• Ryklės</li> <li>• Gerklų</li> <li>• Stemplės</li> <li>• Kasos</li> <li>• Šlapimo pūslės</li> <li>• Inkstų geldelių</li> <li>• Inkstų</li> <li>• Skrandžio</li> <li>• Gimdos kaklelio</li> <li>• Miloleukozė</li> <li>• Nosies ertmių</li> <li>• Kepenų</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lėtinė obstrukcinė plaučių liga (LOPL)</li> <li>• Ūmios kvėpavimo takų ligos, tarp jų pneumonija</li> <li>• Ankstyvas ir progresuojantis plaučių funkcijos silpnėjimas</li> <li>• Lėtinis kosulys, skrepliavimas, dusulys</li> <li>• Blogesni astmos gydymo rezultatai</li> <li>• Padidėjusi tuberkuliozės rizika</li> <li>• Poveikis rūkančios motinos vaisiaus kvėpavimo sistemai</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Išeminė širdies liga</li> <li>• Cerebrovaskulinės ligos</li> <li>• Aortos aneurizma</li> <li>• Periferinių arterijų ligos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Skrandžio opa</li> <li>• Dvylikapirštės žarnos opa</li> <li>• Krono liga</li> <li>• Komplikacijos po chirurginių operacijų dėl blogo žaizdų gijimo ir kvėpavimo funkcijos sutrikimo</li> <li>• Osteoporozė</li> <li>• Šlaunikaulio lūžis</li> <li>• Amžinė makulos degeneracija</li> <li>• Katarakta</li> <li>• Sumažėjęs moterų ir vyrų vaisingumas</li> <li>• Impotencija, spermos pakitimai</li> </ul> <p><b>Reprodukcinės problemos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nėštumo komplikacijos</li> <li>• Priešlaikinis gimdymas</li> <li>• Sulėtėjęs vaisiaus augimas ir mažas naujagimio svoris</li> <li>• Kūdikių staigios mirties sindromas</li> </ul>

Rūkymas yra tarp dešimties pagrindinių pasaulio gyventojų mirties priežasčių. Kasmet dėl rūkymo miršta apie 5 mln. žmonių. Pasaulio sveikatos organizacijos duomenimis, nekontroliuojamas rūkymo plitimas iki 2025 m. gali padidinti mirčių nuo tabako sukeltų ligų skaičių iki 10 mln. per metus. Jei rūkymo paplitimas nesikeis, tabakas pražudys 650 mln. rūkančių pasaulio gyventojų (10 proc. dabartinės populiacijos). Vidutinio amžiaus (35-69 m.) rūkalių mirtingumas yra tris kartus didesnis nei nerūkančiųjų. Pusė pradėjusių rūkyti paauglystėje ir neatsisakiusių šio žalingo įpročio, mirs nuo rūkymo sukeltų ligų. Ketvirtadalis rūkančiųjų mirs, sulaukę vidutinio amžiaus, ir jų gyvenimo trukmė bus 20-25 trumpesnė nei nerūkančiųjų. Kiti mirs vyresniame amžiuje. Jų gyvenimo trukmė sumažės 7-8 m., palyginti su nerūkančiais. 2005 m. ekonominiai tabako vartojimo kaštai (tiesioginės išlaidos sveikatos priežiūrai, netiesioginės išlaidos dėl priešlaikių mirčių, darbingumo sumažėjimo, invalidumo ir kt.) JAV sudarė 184 milijardus dolerių, Vokietijoje – 24 milijardus, Prancūzijoje – 16 milijardų, Australijoje – 14 milijardų. Rūkymas valstybei ir visuomenei kainuoja apie 1,5 karto daugiau, negu rūkantieji išleidžia rūkalams. Apytiksliai vertinant, Lietuvoje rūkymo pasekmių sveikatai kaštai gali siekti pusę milijardo litų per metus.

**Rūkymo poveikis širdies ir kraujagyslių ligoms.** Rūkančiųjų tikimybė mirti nuo širdies ir kraujagyslių ligų yra 1,6 karto didesnė nei nerūkančiųjų. Rūkymas yra vienas pagrindinių išeminės širdies ligos rizikos veiksnių. Jaunesnių nei 50 metų rūkalių miokardo infarkto rizika yra 5 kartus didesnė nei nerūkančiųjų. Kontraceptikus vartojančioms moterims rūkymas net 20 kartų padidina miokardo infarkto ir insulto riziką. Nikotinas pažeidžia periferines kraujagysles, skatindamas aterosklerozės atsiradimą. Rūkantieji dažniau skundžiasi protarpiniu šlubumu, jiems gali atsirasti kojų gangrena.

**Rūkymas ir vėžys.** Nuo 25 iki 30 proc. visų vėžio atvejų išsivysčiusiose šalyse yra susiję su rūkymu. Vėžio rizika priklauso nuo surūkytų per dieną cigarečių skaičiaus, rūkymo stažo, dervų ir nikotino kiekio cigaretėse. Rūkymas labiausiai didina plaučių vėžio riziką. Epidemiologinių tyrimų duomenimis, 87-91 proc. vyrų ir 57-86 proc. moterų plaučių vėžio atvejų sukelia rūkymas. Didelė dalis (43-60 proc.) stemplės, gerklų ir burnos ertmės vėžių siejama su tabako arba tabako ir alkoholio vartojimu. Šlapimo pūslės,

kasos, inkstų, skrandžio, gimdos kaklelio, nosies vėžiai, mieloleukozė taip pat yra susiję su rūkymu.

**Rūkymas ir kvėpavimo sistemos ligos.** Gleivinę dirginančios medžiagos (rūgščių radikalai, aldehydai ir kt.) sukelia lėtinį bronchų gleivinės uždegimą, virpamojo epitelio atrofiją ir vadinamąjį „rūkaliaus bronchitą“, o ilgainiui ir plaučių emfizemą bei lėtinį plaučių ir širdies nepakankamumą. Rūkančiųjų mirtingumas nuo lėtinės obstrukcinės plaučių ligos yra 14 kartų didesnis nei nerūkančiųjų. Rūkymas lemia 90 proc. plaučių emfizemos atvejų.

Rūkantieji dažniau serga plaučių uždegimu ir kitomis ūmiomis kvėpavimo sistemos ligomis. Rūkymas didina galimybę susirgti tuberkulioze, gripu, peršalimo ligomis. Rūkaliams dažniau paūmėja astma, ji sunkiau kontroliuojama. Kosulys, skrepliavimas, dusulys yra nuolat rūkalius varginantys simptomai. Rūkymas ypač pažeidžia rūkančių vaikų ir paauglių plaučius, lėtina augimą, sukelia ankstyvus plaučių funkcijos sutrikimus.

### **Rūkymo poveikis moterų sveikatai**

Lietuvoje reguliariai rūko apie pusę suaugusių vyrų ir daugiau kaip dešimtadalis suaugusių moterų. Per pastarąjį dešimtmetį jaunų moterų rūkymas Lietuvoje išaugo penkis kartus, o nepilnamečių merginų rūkymo paplitimas pralenkė suaugusių moterų rūkymo paplitimą. Tabako pandemija neaplenkė ir moterų. Šiuo metu pasaulyje reguliariai rūko apie 250 milijonų moterų. Beveik visose šalyse moterų rūkymo paplitimas yra daug mažesnis nei vyrų. Dviejose Europos valstybėse – Švedijoje ir Norvegijoje - moterų rūko tiek pat, kiek ir vyrų. Tabako reklamos rinkoje moterų rūkymas pateikiamas kaip emancipacijos, modernumo, seksualumo ir gero gyvenimo simbolis.

Didėjant moterų rūkymo paplitimui, daugėja ir moterų plaučių vėžio atvejų. Šalyse, kuriose moterys tradiciškai rūko labai mažai, moterų plaučių vėžio atvejai yra pavieniai. Tuo tarpu JAV, kur nuo 1950 metų moterų rūkymas pradėjo gana sparčiai didėti, mirtingumas nuo plaučių vėžio išaugo 600 procentų ir pralenkė mirtingumą nuo krūties vėžio. Lietuvoje, sparčiai daugėjant rūkančių moterų, galima tikėtis ir moterų plaučių vėžio atvejų padaugėjimo.

Rūkymo metu į moters organizmą patenkančios medžiagos veikia daugelį reprodukcinės sveikatos sričių. Apžvelgsime rūkymo poveikį atskirais moters gyvenimo laikotarpiais.

### **Rūkymas ir menstruacijų ciklo sutrikimai**

Jau ne viena studija patvirtino, kad rūkymas turi įtakos menstruacijų ciklui. Nustatyta, kad rūkančios moterys dažniau nei nerūkančios patiria skausmingas menstruacijas. Tyrimai patvirtina, kad rūkančios moterys 50 proc. dažniau nei nerūkančios nurodo patiriančios skausmingas menstruacijas, kurių dažnis buvo susijęs su rūkymo intensyvumu bei trukme. Vienoje iš studijų nustatyta, kad moterys, kurios surūkėdavo 10 ir daugiau cig./d., skųsdavosi skausmingomis menstruacijomis 1,9 k. dažniau nei nerūkančios, o rūkančios daugiau nei 9 metus, šį požymį nurodydavo ~ 3,4 k. dažniau nei nerūkančios. Rūkančios moterys dažniau nei nerūkančios nurodydavo turinčios neregulias menstruacijas.

### **Rūkymas ir geriamųjų kontraceptikų vartojimas**

Klasika tapo duomenys apie kombinuotų (turinčių sudėtyje estrogenų) geriamųjų kontraceptikų keliamą pavojų rūkančioms moterims. Rūkymas jau pats savaime yra išeminės širdies ligos bei insulto rizikos veiksnys, tačiau rūkančioms ir vartojančioms peroralinius kontraceptikus moterims šių ligų rizika gali išaugti keletą kartų. Studijos patvirtino, kad rūkant ir vartojant kombinuotus geriamuosius kontraceptikus išeminės širdies ligos rizika padidėja iki 20 kartų, o insulto rizika – iki 7,2 kartų. Geriamieji kontraceptikai laikomi viena efektyviausių priemonių, padedančių išvengti nepageidaujamo nėštumo, tačiau rūkančioms ir vartojančioms šiuos medikamentus moterims nepageidaujamo nėštumo procentas gali būti dvigubai didesnis nei nerūkančioms.

### **Gimdos kaklelio vėžys**

Gimdos kaklelio vėžys užima vis didesnę dalį moterų mirties priežasčių struktūroje. Kasmet pasaulyje diagnozuojama daugiau nei pusė milijono naujų šios ligos atvejų. Žinoma, kad žmogaus papiloma virusas yra vienas pagrindinių šios ligos sukėlėjų, tačiau tyrinėjant šiuo virusu infekuotas moteris paaiškėjo, kad rūkančios moterys turėjo didesnę riziką susirgti tiek

preinvaziniu, tiek invaziniu gimdos kaklelio vėžiu. Invazinio gimdos kaklelio vėžio rizika rūkančioms moterims padidėja net du-tris kartus. Ilgą laiką nebuvo aiškus tokio rūkymo poveikio mechanizmas, tačiau pastarųjų metų studijos parodė, kad rūkančių moterų gimdos kaklelio gleivėse randamos cigaretės dūmuose esančių toksinų (kancerogeninių) medžiagų sankaupos, be to, atsirado įrodymų, kad rūkymas gali susilpninti gimdos kaklelio imuninį atsaką.

### **Menopauzė**

Nors menopauzė laikoma natūralia moters reprodukcinio amžiaus pabaiga, ji neretai yra susijusi su nemaloniais pojūčiais, o tuos pojūčius patiriančios moterys ieško būdų jiems sušvelninti ar išvengti. Tyrimais buvo patvirtinta, kad rūkančioms moterims menopauzė pasireiškia vidutiniškai dviem metais anksčiau nei nerūkančioms. Metimas rūkyti gali atitolinti menopauzės atsiradimą. Kai kurios studijos parodė, kad rūkančios moterys menopauzės metu dažniau nei nerūkančios patiria nemalonius simptomus: karščio pylimus, padidėjusį prakaitavimą, miego sutrikimus.

### **Rūkymas ir vaisingumas**

Pastaruoju metu vis dažniau kalbant apie vaisingumo problemų turinčias šeimas ir apie galimybes joms padėti, dažnai nepelnytai pamirštami gyvenamosios veiksniai, galintys turėti didelės įtakos šeimai, norinčiai susilaukti vaikų. Vienas iš tokių veiksnių yra būtent rūkymas. Nustatyta, kad rūkymas mažina tiek vyrų, tiek moterų vaisingumą. Rūkančios moterys turi 10-40 proc. mažesnę tikimybę pastoti vieno ciklo metu - kuo intensyvesnis rūkymas, tuo mažesnė tikimybė, kad moteris pastos. Danijoje atlikta studija parodė, kad moterys, per parą surūkančios 5-9 cig., turėjo iki 1,8 karto didesnę tikimybę nepastoti per 12 mėn., lyginant jas su nerūkančiomis moterimis. Nustatyta, kad rūkymas didina tiek pirminio, tiek antrinio nevaisingumo riziką. Rūkančioms moterims nevaisingumas dažnai būna susijęs su kiaušintakių funkcijos pažeidimu.

### **Rūkymas nėštumo metu**

*Negimdinis nėštumas.* Rūkymas siejamas su padidėjusia negimdinio nėštumo rizika. Rūkančioms moterims negimdinio nėštumo tikimybė gali

padidėti iki 1,5-2,5 karto, o moterims, surūkančioms 1-5 cig./d., negimdinio nėštumo rizika yra iki 60 proc. didesnė nei nerūkančioms. Studijos su gyvūnais parodė, kad rūkant į organizmą patenkančios medžiagos slopina kiaušintakių gleivinės peristaltiką, taip didindamos negimdinio nėštumo tikimybę.

*Persileidimas.* Rūkymas gali padidinti persileidimo tikimybę iki 25 proc. Šiuo atveju rizika tiesiogiai priklauso nuo rūkymo intensyvumo. Tačiau net ir moterims, surūkančioms iki pusės pakelio cigarečių per parą, persileidimo tikimybė yra didesnė nei nerūkančioms. Egzistuoja nuomonė, kad persileidimas dažnai būna susijęs su embriono chromosominiais pažeidimais, tačiau vienoje iš studijų buvo nustatyta, kad rūkymas neturi įtakos genetiškai pažeistų embrionų žūčiai, tačiau reikšmingai padidina genetiškai sveikų embrionų žūties tikimybę.

*Rūkymo įtaka vaisiaus svoriui.* Rūkymo įtaką vaisiaus svoriui nagrinėjančios studijos atliktos ir Lietuvoje. Nustatyta, kad rūkančios mamos gimdo vidutiniškai 200-250 g mažesnio svorio naujagimius nei nerūkančios. Mažo gimimo svorio naujagimius rūkančios moterys gimdo tris kartus dažniau nei nerūkančios.

*Perinatalinės mirtys.* Lietuvoje nėra atlikta detalių studijų, kiek perinatalinių mirčių galima būtų sieti su motinos rūkymu. Tačiau Didžiojoje Britanijoje atlikti tyrimai parodė, kad maždaug trečdalis perinatalinių mirčių šioje šalyje yra sąlygotos rūkymo. Taip pat buvo nustatyta tiesioginė priklausomybė tarp surūkomų cigarečių skaičiaus ir perinatalinės mirties rizikos.

*Placentos komplikacijos.* Stebint rūkančias nėščiąsias paaiškėjo, kad rūkymas nėštumo metu iki 2,4 kartų padidina placentos atplyšimo tikimybę, o rūkymo metu patiriama hipoksija iki 3 kartų padidina placentos pirmeigos tikimybę, kuri aiškinama tuo, kad dėl patiriamos nuolatinės hipoksijos placenta vystosi didesnė, taip padidindama placentos pirmeigos tikimybę.

*Priešlaikinis gimdymas.* Tyrimais patvirtinta, kad prieššlaikinis gimdymas yra susijęs su padidėjusia naujagimio ligų bei mirties rizika. Nustatyta, kad

rūkančios moterys iki 2 kartų dažniau nei nerūkančios gimdo prieš laiką (iki 37-os nėštumo savaitės).

*Vaisiaus apsigimimai.* Rūkant į organizmą patenka apie 4000 įvairių medžiagų. Dalis šių medžiagų sukelia įvairių organų vėžinius susirgimus, tačiau kai kurios medžiagos, pvz., radioaktyvus Polonis 210, gali sukelti chromosominius pakitimus arba lemti fizinius vaisiaus vystymosi sutrikimus. Studijos parodė, kad rūkymas nėštumo metu siejamas su 30 proc. didesne „kiškio lūpos“ bei „vilko gomurio“ rizika bei 20 proc. didesne šlapimo sistemos apsigimimų rizika.

*Pasyvus rūkymas nėštumo metu.* Tyrimais nustatyta, kad pavojingas yra ne tik motinos rūkymas, bet ir buvimas aplinkoje, kurioje rūkoma (pasyvus rūkymas). Studijos parodė, kad pasyviai rūkančios moterys gimdo mažesnio svorio naujagimius, taip pat dažniau gimdo prieš laiką.

### **Rūkymo įtaka vaiko sveikatai**

*Rūkymas ir maitinimas krūtimi.* Maitinimo krūtimi reikšmė tiek mamai, tiek naujagimiui yra neabejotina. Todėl didelis dėmesys skiriamas įgyvendinant „Naujagimiui draugiškos ligoninės“ koncepciją. Tyrimų metu buvo nustatytas ryšys tarp rūkymo bei maitinimo krūtimi. Paaiškėjo, kad rūkančios mamos rečiau maitina kūdikį krūtimi nei nerūkančios. Rūkančioms mamoms paros pieno kiekis gali sumažėti daugiau kaip 250 ml, be to, pakinta ir pieno kokybė, nes rūkančių moterų piene randama mažiau lipidų. Manoma, kad toks poveikis gali pasireikšti dėl to, kad nikotinas slopina prolaktino gamybą.

*Staigios kūdikių mirties sindromas.* Motinos rūkymas nėštumo metu yra patvirtintas staigios kūdikių mirties sindromo rizikos veiksnys. Nustatyta, kad šios mirties rizikos dydis tiesiogiai priklauso nuo surūkomų cigarečių skaičiaus. Naujagimių, kurių mamos nėštumo metu surūkydavo 20 ir daugiau cig./d., tikimybė žūti dėl staigios kūdikių mirties sindromo buvo apytikriai tris kartus didesnė nei tų, kurių mamos nėštumo metu nerūkė.

*Rūkymo sukeltos ligos vaikystėje.* Studijos parodė, kad mamos rūkymas nėštumo metu gali sąlygoti blogesnę naujagimio kvėpavimo sistemos vystymąsi

ir blogesnę kvėpavimo funkciją. Pasyvus jau gimusių vaikų rūkymas taip pat siejamas su blogesne tokių vaikų plaučių funkcija. Vaikai, kurių tėvai rūko, dažniau serga bronchine astma, kitomis kvėpavimo takų sistemos ligomis, vidurinės ausies uždegimu. Taip pat buvo nustatyta, kad tėvų rūkymas gali padidinti vaikų vėžio (limfomos, smegenų vėžio, leukemijos) atsiradimo riziką. Rūkančių motinų vaikai gimsta su nikotino abstinencijos reiškiniais, būna neramūs, blogiau valgo, trinka jų miegas.

---

---

## 4. Pasyvus rūkymas

Pasyviu rūkymu vadinamas kvėpavimas tabako dūmais užterštu oru. Toks rūkymas kenkia ir suaugusiųjų, ir vaikų sveikatai. Tarptautinė vėžio tyrimų agentūra pasyvų rūkymą priskiria prie galimų kancerogenų (2B grupė). Smilkstančios cigaretės dūmai, patekę į aplinką, turi didesnę kancerogenų koncentraciją nei dūmai, per filtrą įtraukiami į plaučius. Pavyzdžiui, nitrozaminų koncentracija į aplinką patenkančiuose dūmuose yra 50 kartų didesnė nei patenkančiuose į rūkalius plaučius. Nerūkantis žmogus, 1 valandą praleidęs prirūkytame kambaryje, įkvepia tokį pat nitrozaminų kiekį, kaip ir rūkalius, surūkęs 15 cigarečių su filtru. Į aplinką patenkančiuose dūmuose taip pat yra daugiau nikotino, azoto monoksido ir amoniako nei dūmuose, kuriuos įkvepia rūkantysis. Vaikai, šeimos nariai, bendradarbiai tampa nekaltomis rūkymo aukomis. Beveik pusė pasaulio vaikų kvėpuoja tabako dūmais užterštu oru. Tyrimas, atliktas 15 Europos Sąjungos šalių, nustatė, kad 79 proc. vyresnių nei 16 m. gyventojų yra pastoviai veikiami tabako dūmų. Pastaruoju metu kai kuriose šalyse pasyvaus rūkymo paplitimas mažėja. Suomijos gyventojų, dirbančių prirūkytose patalpose, dalis sumažėjo nuo 20 proc. 1985 m. iki 6 proc. 2000 m. Lietuvos suaugusių žmonių gyvensenos tyrimo duomenimis, 2006 m. ilgiau nei 1 valandą darbo metu praleido prirūkytose patalpose 31 proc. vyrų ir 10 proc. moterų. Trečdalis apklaustųjų atsakė, kad jų butuose rūkoma.

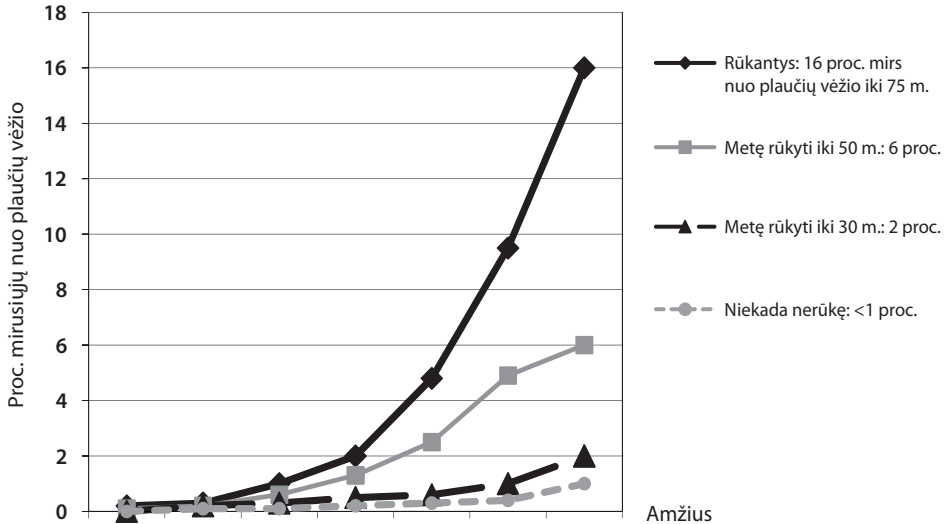
Tabako dūmams ypač jautrūs vaikai. Jie dažniau serga astma, kvėpavimo takų infekcinėmis ligomis, vidurinės ausies uždegimu. Staigios kūdikių mirties sindromas taip pat yra susijęs su pasyviu rūkymu. Rūkymas nėštumo metu neigiamai veikia vaisių, išprovokuodamas abortą, priešlaikinį gimdymą. Rūkančių mamų naujagimiai būna mažesnio kūno svorio.

Suaugusiems pasyvus rūkymas padidina plaučių vėžio riziką 20-30 proc., išeminės širdies ligos riziką – 25 proc. Kai kurių tyrimų duomenimis, smegenų insulto rizika padidėja 50 proc. Rizika susirgti astma žmonėms, veikiamiems aplinkoje esančių tabako dūmų, išauga 40-60 proc. Ūmus aplinkoje esančių tabako dūmų poveikis pasireiškia akių sudirginimu, čiauduliu, sloga, kosuliu, pykinimu, galvos skausmais ir kitais simptomais.

## 5. Metimo rūkyti nauda

Metimas rūkyti yra veiksmingiausias būdas sumažinti sergamumą rūkymo sukeltomis ligomis ir mirtingumą nuo jų. Didžiojoje Britanijoje atlikto tyrimo duomenimis, 16 proc. rūkančių vyrų miršta nuo plaučių vėžio iki 75 m. amžiaus (5 pav.). Iš metusių rūkyti iki 50 m. vyrų nuo šios ligos miršta 6 proc., metusių iki 30 m. – 2 proc. Niekada nerūkiusių vyrų tikimybė mirti nuo plaučių vėžio iki 75 m. buvo mažesnė nei 1 proc. Didžiosios Britanijos gydytojų tyrimo duomenimis, metusių rūkyti iki 35 m. vyrų išgyvenamumas nesiskyrė nuo niekada nerūkiusių. Metus rūkyti miokardo infarkto ir insulto rizika per pirmuosius dvejus metus sumažėja 50 proc. Greitas metimo rūkyti efektas - pagerėjusi savijauta, kvėpavimo funkcija, padidėjęs apetitas.

Mesti rūkyti naudinga bet kuriame amžiuje. Atsisakius šio žalingo įpročio net ir vidutiniame amžiuje, sumažės su tabaku susijusių ligų rizika ir pailgės gyvenimo trukmė. Tačiau nauda sveikatai būna tuo didesnė, kuo anksčiau metama rūkyti.



5 pav. Metimo rūkyti įtaka Didžiosios Britanijos vyrų mirčiai nuo plaučių vėžio

---

---

## 6. Tabako kontrolės principai

Pasaulio sveikatos organizacija ir Pasaulio bankas rekomenduoja šias veiksmingiausias tabako kontrolės priemones:

- sistemingas tabako kainų didinimas;
- tabako reklamos ir rėmimo draudimas;
- rūkymo ribojimas viešose vietose;
- pagalba metantiems rūkyti;
- efektyvi socialinė reklama;
- griežta kontrabandos kontrolė.

Rengiant LR Tabako kontrolės įstatymą bei Valstybės tabako kontrolės programą, buvo atsižvelgta į šias rekomendacijas, o jų įgyvendinimas buvo numatytas rengiamuose teisės aktuose.

### 6.1. Tabako kontrolė Lietuvoje

#### LR Tabako kontrolės įstatymas

Strateginiai valstybės tabako kontrolės tikslai įvardinti Lietuvos sveikatos programoje, kurioje buvo numatyta: iki 2005 m. sumažinti vyrų rūkymo paplitimą 5 proc. ir stabilizuoti moterų rūkymo plitimą; iki 2010 m. vyrų ir moterų rūkymo paplitimą sumažinti 10 proc.; iki 2010 m. sumažinti vaikų ir paauglių rūkymą 10 proc.

Pagrindinis Lietuvos tabako kontrolę apibrėžiantis ir reglamentuojantis teisės dokumentas yra 1995 m. priimtas LR Tabako kontrolės įstatymas. Šis Įstatymas reglamentuoja su tabako auginimu, tabako gaminių gamyba, prekyba, laikymu, gabenimu, įvežimu, importu, reklama, vartojimu, įsigijimo ir (ar) vartojimo skatinimu bei rėmimu susijusius santykius ir nustato valstybės tabako kontrolės pagrindus Lietuvos Respublikoje. Atsižvelgiant į tai, kad žmogaus ir visuomenės sveikata yra viena svarbiausių visuomenės vertybių, šio Įstatymo nuostatomis siekiama mažinti Lietuvos Respublikoje tabako gaminių vartojimą, jų prieinamumą (ypač nepilnamečiams asmenims) ir dėl tabako gaminių vartojimo atsiradusius neigiamus padarinius gyventojų sveikatai ir ūkiui. Tabako gaminiai yra priskiriami specialiams gaminiams, kurių gamybai, prekybai, įvežimui, importui, reklamai, kitoms su jais

susijusioms veiklos rūšims ir vartojimui pagal šį ir kitus įstatymus bei teisės aktus taikomas ypatingas valstybinis teisinis reglamentavimas.

Tabako kontrolės įstatyme įvardinti ir pagrindiniai valstybės tabako kontrolės politikos principai:

- 1) ginti žmogaus teises į aplinką be tabako dūmų;
- 2) mokesčiais ir kitomis valstybinio reglamentavimo priemonėmis mažinti tabako gaminių prieinamumą, ypač nepilnamečiams asmenims;
- 3) drausti naudoti valstybės ir savivaldybių biudžetų lėšas tabako auginimui, jo gaminių gamybai, prekybai, importui ir įvežimui plėtoti;
- 4) valstybinio teisinio reglamentavimo priemonėmis užtikrinti, kad dalis valstybės biudžeto lėšų, gautų iš tabako gaminių gamybos, importo ir prekybos, būtų skiriama sveikatos išsaugojimo ir stiprinimo programoms rengti ir įgyvendinti;
- 5) drausti tabako gaminių reklamą;
- 6) drausti tabako gaminių įsigijimo ir (ar) vartojimo skatinimą ir riboti rėmimą;
- 7) didinti visuomenės informuotumą apie tabako gaminių vartojimo daromą žalą žmonių sveikatai, taip pat socialinę ir ekonominę žalą valstybei;
- 8) skatinti rūkančius asmenis mesti rūkyti ir teikti jiems pagalbą;
- 9) vykdyti tabako gaminių kontrolę ir stebėseną (monitoringą);
- 10) remti socialinę reklamą, nerūkymo propagavimą per visuomenės informavimo priemones;
- 11) siekti sukurti darbo, poilsio ir gyvenamąją aplinką be tabako dūmų.

Po priėmimo Įstatymas buvo ne kartą koreguotas ir keistas, o 2004 metais įsigaliojo nauja Tabako kontrolės įstatymo redakcija. Didelė dalis Įstatymo pakeitimų buvo atlikta Lietuvai tapus Europos Sąjungos nare, derinant Įstatymo nuostatas prie Europos Sąjungos teisinės bazės.

**Šiame skyriuje toliau bus aptariami tik tie Įstatymo pakeitimai, kurie galėjo turėti esminės įtakos tabako vartojimo situacijai.**

Vienu iš svarbiausių teisinės tabako vartojimo reguliacijos pasiekimu neabejotinai laikytinas **tiesioginės ir netiesioginės tabako gaminių reklamos uždraudimas**, kuris realiai įsigaliojo 2000 metais. Užtikrinus šio draudimo įgyvendinimą, jau po dviejų metų užfiksuota rūkymo plitimo stabilizacija tiek vyrų, tiek moterų grupėse. Svarbu pažymėti ir tai, kad bandydama panaikinti tokį draudimą, Seimo narių grupė kreipėsi į Lietuvos Respublikos Konstitucinį Teismą dėl reklamos draudimo atitikimo Lietuvos Respublikos Konstitucijai. Tačiau Konstitucinio Teismo sprendimas ir išaiškinimai buvo labai palankūs valstybės nuostatai kontroliuoti tabako gaminių vartojimą, uždraudžiant tabako gaminių reklamą (1997 m. vasario 13 d. Lietuvos Respublikos Konstitucinio Teismo nutarimas dėl LR tabako kontrolės įstatymo 1, 3 ir 11 straipsnių atitikimo Lietuvos Respublikos Konstitucijai). Tokio draudimo įsigaliojimas neabejotinai apsunkino teigiamo rūkymo įvaizdžio formavimą visuomenėje. Uždraudus tabako gaminių reklamą, žiniasklaida tapo laisva nuo tabako gamintojų pinigų ir padaugėjo informacijos apie rūkymo žalą sveikatai, vykdomas rūkymo prevencijos iniciatyvas bei pokyčius, susijusius su tabako kontrole.

2004 metais, Lietuvai tapus Europos Sąjungos nare, ES Tabako kontrolės direktyva atspindėjo Lietuvos teisės aktuose.

*ISO dervų kiekį matuoja pasinaudodama rūkymą simuliuojančiu aparatu. Tačiau naujausi duomenys patvirtina, kad įkvepiamų dervų kiekis priklauso nuo įkvepiamo oro kiekio. Todėl netgi sumažinus nominalų kiekį cigaretėse, yra tik labai ribota tikimybė, kad šis būdas padės sėkmingai sumažinti rūkančiojo patiriamą toksinę žalą. Todėl mokslininkai abejoja ISO standartų naudojimo verte.*

*„Tabakas ar sveikata Europos Sąjungoje: praeitis, dabartis ir ateitis“. ASPECT konsorciumo paruošta ataskaita, 2004*

Svarbiais pakeitimais galima laikyti Tabako kontrolės įstatymo 4 straipsnio **dėl tabako gaminių sudėties ir kokybės bendrųjų reikalavimų**

**pakeitimus**, kuriuose buvo numatyta, kad nuo 2004 m. gegužės 1 d. Lietuvos Respublikoje parduodamose, gaminamose ar į ją importuojamose, o nuo 2007 m. sausio 1 d. ir eksportuojamose cigaretėse dervų kiekis neturi viršyti 10 miligramų, nikotinas - 1 miligramo, anglies monoksidas - 10 miligramų vienoje cigaretėje. Nikotino kiekio tabako produktuose reguliavimas yra viena iš priemonių, galinčių sumažinti priklausomybės atsiradimo riziką, tačiau pastaruoju metu suabejota išvardintų medžiagų kiekio nustatymo metodikos patikimumu. Manoma, kad dabartinė ISO metodika leidžia tabako gamintojams išvengti realaus nikotino kiekio tabako produktuose mažinimo.

Taip pat svarbiais laikytini 8 straipsnio, reglamentuojančio Lietuvos Respublikoje parduoti skirtų **tabako gaminių ženklinimo reikalavimus, pakeitimai**, kuriuose numatyta, kad 2005 m. gruodžio 3 d. užrašai „mažai dervų“, „lengvos“, „ypač lengvos“, „švelnios“, bet kokie kiti užrašai, prekių ženklai, piešiniai, vaizdai ar kiti ženklai, pavadinimai, teigiantys arba darantys įspūdį, kad konkretus tabako gaminytis yra mažiau kenksmingas už kitus, ant tabako gaminių pakuočių draudžiami. Tokią informaciją taip pat draudžiama pateikti prekybos tabako gaminiams vietose, įskaitant įrangą, skirtą tabako gaminiams išdėstyti, taip pat kartu su tabako gaminiams ar jų pakuotėms pateikiamuose informaciniuose lapeliuose, lankstinukuose, skrajutėse ar bet kokiomis kitomis informacijos pateikimo priemonėmis.

Esminiais laikytini **įspėjamųjų užrašų ant tabako gaminių pakeitimai**, priimti adaptuojant Tabako kontrolės įstatymą prie ES, kurie lėmė, kad užrašai ant tabako gaminių tapo aiškūs, gerai matomi. Yra duomenų, kad šios priemonės veikia rūkančiųjų elgesį, nors įspėjamieji užrašai vartojami dar tik trumpą laiką. Tyrimai rodo, kad rūkantieji buvo labiau suinteresuoti mesti rūkyti ar rūkyti mažiau. Įspėjamieji užrašai ypač veiksmingi 15-24 metų amžiaus grupėje. Viename Olandijos mokslininkų atliktame tyrime nurodoma, kad kai kurie suaugusieji dėl įspėjamųjų užrašų rūkė mažiau ir buvo labiau suinteresuoti mesti rūkyti. 13-18 metų amžiaus grupėje poveikis buvo dar stipresnis: 28 proc. teigė, kad dėl įspėjamųjų užrašų jie rūkė mažiau. Kitame Olandų moksliniame tyrime teigiama, kad nurodžius rūkymo metimo pagalbos telefonu numerį, šioji sulaukė daugiau skambučių, ypačingai iš

mažesnes pajamas gaunančių gyventojų grupių, kurios paprastai yra mažiau aktyvios. Belgijoje atliekamų mokslinių tyrimu metu paaiškėjo, kad didesni ir aiškesni išpėjamieji užrašai skatina rūkančiuosius mesti rūkyti, o tokios cigarečių pakuotės tampa mažiau patrauklios jaunimui. 3 proc. rūkančiųjų Lenkijos vyriškos lyties atstovų teigė, kad dėl didelių sveikatos išpėjamųjų užrašų jie metę rūkyti, 16 proc. bandę mesti rūkyti, o 14 proc. sakėsi geriau suprantą rūkymo poveikį sveikatai. 10 Maltoje, įvedus išpėjamuosius užrašus, tris kartus padaugėjo pasiteiravimų apie tai, kaip mesti rūkyti.

Pagal direktyvos 5 straipsnio 3 dalį Komisija 2003 m. rugsėjo mėn. priėmė sprendimą 2003/641/EB11, nustatantį fotografijų ar kitų iliustracijų, kaip sveikatos išpėjimų, naudojimo taisykles ir sąlygas. Pagal sprendimo 3 straipsnį Komisija 2005 m. gegužės mėn. sudarė iliustracijų biblioteką. Atlikus 2002 m. rudens Eurobarometro apklausą, 38 proc. piliečių mano, kad papildomos spalvotos cigarečių pakuočių iliustracijos gali būti naudingos, norint įtikinti žmones nerūkyti, rūkyti mažiau ar mesti rūkyti. Sprendžiant iš anketų, toks įsitikinimas vyrauja ir ES valstybėse narėse. Dauguma valstybių narių ruošiasi tyrinėti iliustracijų panaudojimą. Komisija ragina valstybes nares pradėti naudoti iliustracinius išpėjimus. Todėl Lietuvai vertėtų išnaudoti galimybę tinkamai informuoti rūkančiuosius apie žalą sveikatai.



Atsižvelgiant į Europos sąjungos reikalavimus, Tabako kontrolės įstatymas buvo papildytas straipsniu dėl tabako **produktų sudedamųjų dalių ir informacijos apie jas pateikimo**. Pagal šį straipsnį tabako gaminių gamintojai ir (ar) importuotojai kiekvienais metais Lietuvos Respublikos Vyriausybės nustatyta tvarka privalo pateikti Vyriausybės įgaliotai institucijai rašytinę ataskaitą, iš kokių sudedamųjų dalių pagaminti parduoti Lietuvos Respublikoje skirti tabako gaminiai. Šioje ataskaitoje turi būti informacija apie visas kiekvieno tabako gaminio pavadinimo, prekės ženklo, rūšies sudedamąsias dalis, sudedamųjų dalių kiekį, kategorijas, funkcijas, priežastis, dėl kurių šios sudedamosios dalys įdėtos į tabako gaminius, turimus toksikologinius duomenis bei sudedamųjų dalių tyrimo metodus, naudotus šiems duomenims nustatyti, sudedamųjų dalių poveikį žmonių sveikatai, įskaitant priklausomybę lemiantį poveikį. Informacija, gauta vykdant šio straipsnio reikalavimus, pateikiama Europos Bendrijų Komisijai.

Svarbiu ir jaunimo prieinamumą apribojančiu laikytinas Tabako kontrolės įstatymo pakeitimas, kuriuo buvo **uždrausta pardavinėti vienetais cigaretes, cigariles ir papirosus, taip pat cigaretes, jei pakuočije yra mažiau nei 20 cigarečių**. Draudimas pardavinėti tabako gaminius vienetais iš esmės turi tą patį poveikį, kaip ir tabako gaminių kainos kėlimas, kuris ypač veiksmingas vaikams. Taip bent jau buvo pristabdytas reiškinys, kai daug pinigų rūkalams negalintys skirti vaikai cigaretes pirkdavo vienetais. Ši problema, tik jau daug mažesnio masto, išlieka ir šiandien, kai vienetais cigaretės dar pardavinėjamos kioskuose.

Svarbi Įstatyme įtvirtinta nuostata, kad draudžiama tabako gaminius ne tik parduoti, bet ir nupirkti ar kitaip juos perduoti asmenims iki 18 metų.

Naujoje Tabako kontrolės įstatymo redakcijoje buvo išplėstas 18 straipsnis, kuriame numatyta daugiau su tabako gaminių prekyba susijusių apribojimų. 2005 m. įsigaliojus pataisoms, Lietuvos Respublikoje draudžiama: 1) visuomenės informavimo priemonėse išspausdintų ar kitokiais būdais išplatintų kuponų savininkams taikyti fiksuotas nuolaidas tabako gaminiams arba laikyti šiuos kuponus kitokiais dalinio mokėjimo priemonėmis; 2) nemokamai teikti (platinti) tabako gaminius ir (ar) jų naujus pavyzdžius; 3)

suteikti teisę pirkėjui iš karto ar per tam tikrą terminą po vartojimo pirkimo-pardavimo sutarties sudarymo gauti dovanų ar priedą prie tabako gaminių; 4) veikti pirkėjus įkyriai siūlant tabako gaminius, nurodant kainoraščiuose, kainų etiketėse, parduotuvių vidaus vitrinose tariamą kainų sumažinimą bei kitais gerai moralei ir viešajai tvarkai prieštaraujančiais būdais ar priemonėmis; 5) parduoti tabako gaminius rinkinyje su kitomis prekėmis, taip pat bet kokias kitas prekes kaip privalomą priedą prie parduodamų tabako gaminių; 6) teikti tabako gaminius kaip loterijų, konkursų, sporto varžybų, žaidimų prizus arba kartu su jais; 7) organizuoti žaidimus ar konkursus bei loterijas, kurie skatintų įsigyti ir (ar) vartoti tabako gaminius; 8) **gaminti ir (ar) parduoti žaislus, maisto produktus ir kitas prekes, kurių dizainas imituoja tabako gaminius ar jų pakuotes**; 9) parduoti kitus (ne tabako) gaminius, pažymėtus tabako gaminių prekių ženklais; 10) tabako gaminių įsigijimo ir (ar) vartojimo skatinimo veiklai pasitelkti asmenis iki 18 metų.

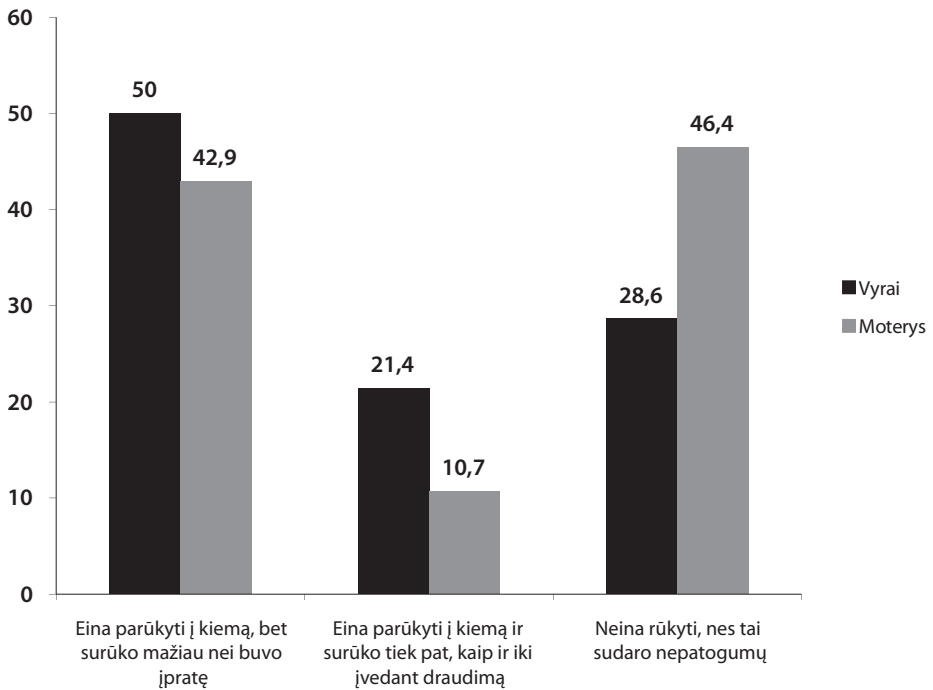
**Lietuvos Respublikoje tabako gaminių gamintojams ir įmonėms, kurių pagrindinė veikla yra prekyba tabako gaminiiais, draudžiama remti renginius, skirtus asmenims iki 18 metų,** televizijų bei radijo programas, taip pat veiklos rūšis ir renginius, apimančius ar vykstančius keliose valstybėse arba kitokiais būdais galinčius turėti poveikį už Lietuvos Respublikos teritorijos ribų.

Pastaroji nuostata buvo pažeidinėjama, tabako gamybos bendrovei „Philip Morris Lietuva“ finansuojant jaunimo prevencinę programą „Aš galiu“ ir su ja susijusius renginius, tam pasitelkiant Lietuvoje veikiančias nevyriausybinės organizacijas bei Švietimo ir mokslo ministeriją.

Naujojoje Tabako kontrolės įstatymo redakcijoje išplėstas įstatymo straipsnis, reglamentuojantis tabako gaminių vartojimo apribojimus. 19 straipsnio 1 – amė punkte **draudimas rūkyti švietimo ir sveikatos priežiūros įstaigose buvo išplėstas, uždraudžiant rūkymą ir minėtų įstaigų teritorijose** bei interneto kavinės.

***2007 m. sausio 1–ą dieną įsigaliojo dar viena svarbi šio straipsnio pataisa, kurioje buvo įtvirtintas draudimas rūkyti restoranuose, kavinėse, baruose, kitose viešojo maitinimo įstaigose, klubuose, diskotekose, išskyrus specialiai įrengtus cigaru ar pypkių klubus.***

Lietuvoje, kaip ir kitose tokį apribojimą ketinusiose įsivesti valstybėse, ši iniciatyva susilaukė pasipriešinimo iš tabako gamybos bendrovių finansuojamų organizacijų, pvz., Lietuvos viešbučių ir restoranų asociacijos ir kt. Tačiau prieš įvedamą draudimą atliktas viešosios nuomonės tyrimas parodė, kad draudimui rūkyti pritaria 74 proc. Lietuvos gyventojų. Gyventojų palaikymą patvirtino ir tai, kad įsigaliojus draudimui, jo įgyvendinimas nepatyrė jokių sunkumų ir per metus po draudimo įsigaliojimo buvo nustatyti tik keli šio įstatymo straipsnio pažeidėjai. Kaip parodė kitų šalių praktika, toks rūkymo apribojimas paskatindavo rūkančiuosius mesti rūkyti (kai kurių šalių duomenimis rūkymo paplitimas per metus sumažėdavo apie 10 proc.). Lietuvoje rūkymo paplitimo tyrimai po draudimo įsigaliojimo nebuvo atliekami, tačiau atlikti viešojo maitinimo įstaigų lankytojų nuostatų ir elgsenos pokyčių tyrimai leidžia tikėtis rūkymo paplitimo mažėjimo ir Lietuvoje (6 pav.).



**6 pav. Draudimo rūkyti viešojo maitinimo įstaigose įtaka lankytojų rūkymo įpročiams**

*Didžgalvytė V., KMU*

Pasaulio sveikatos organizacijos tabako kontrolės pagrindų konvencija

***2004 m. rugsėjo 28 d. Lietuvos Respublikos Seimas ratifikavo 2003 m. gegužės 21 d. Ženevoje priimtą Pasaulio sveikatos organizacijos Tabako kontrolės pagrindų konvenciją.***

Visas tekstas pateikiamas priede Nr. 4.

## 6.2. Ekonominių rinkos kontrolės priemonių įgyvendinimas

Viena svarbiausių ekonominių priemonių, leidžiančių efektyviai kontroliuoti tabako gaminių vartojimą, Pasaulio sveikatos organizacijos ir Pasaulio banko yra įvardinama tabako gaminių kaina, kurią valstybė gali reguliuoti, keisdama tabako gaminių akcizą. Tabako gaminių akcizo didinimas šią priemonę taikiusiose šalyse sumažino tabako gaminių suvartojimą ir padidino įplaukas į valstybės biudžetą. Tačiau tabako gaminių kaina turi didėti greičiau nei auga gyventojų pajamos, tik tada galima tikėtis tinkamo efekto. Priešingu atveju, tabako gaminiams vis daugiau išleidžiama pinigų nepasiturinčiose šeimose, nes lėtai brangstantys tabako gaminiai yra vis dar įperkami. Brangstantys tabako gaminiai efektyviai mažina nepilnamečių rūkymo paplitimą.

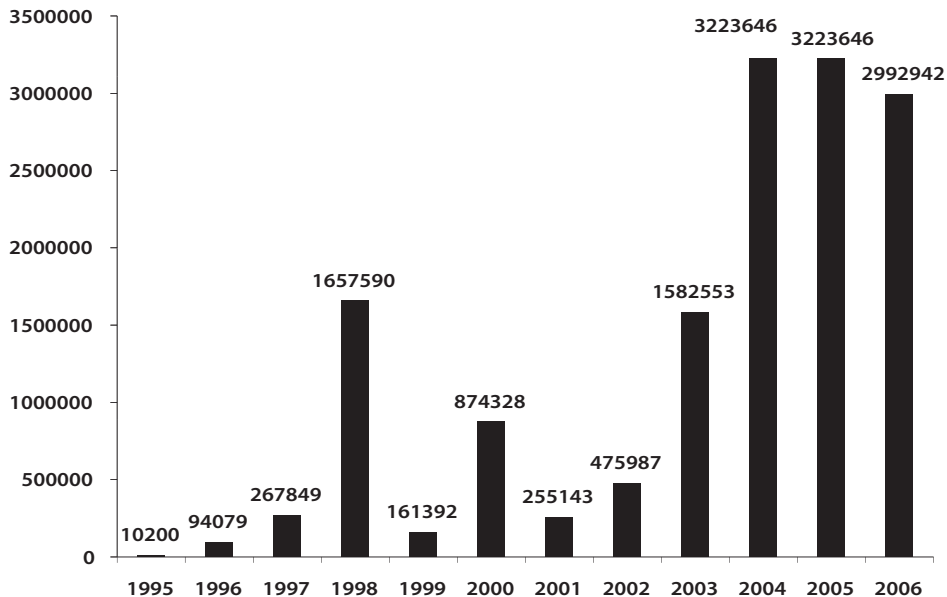
Tokia priemonė buvo numatyta ir programoje. Tačiau iki Lietuvos narystės Europos Sąjungoje, tabako gaminių akcizai buvo didinami labai lėtai (2 lentelė).

**2 lentelė. Akcizų už tabako produktus tarifai 1996–2006 m.**

	Cigaretėms			Cigarams, cigarilėms	Rūkomajam tabakui
	Su filtru		Be filtro		
	aukščiausios klasės	žemesnės klasės			
<i>nuo</i>	20%, bet ne mažiau			50% apmokestinamosios vertės	
1995.11.01	10 Lt už 1000 vnt.	20%, bet ne mažiau	20%, bet ne mažiau		
	22%, bet ne mažiau	8 Lt už 1000 vnt.	5 Lt už 1000 vnt.		
1996.06.10	15 Lt už 1000 vnt.				
1997.04.15	15 Lt už 1000 vnt.	12 Lt už 1000 vnt.			
1998.01.01	15 Lt už 1000 vnt.	18 Lt už 1000 vnt.			
1998.04.10	18 Lt už 1000 vnt.				
1999.01.01	25 Lt už 1000 vnt.				
2000.03.01	30 Lt už 1000 vnt.				
2001.06.01	32 Lt už 1000 vnt.				
2002.04.01	36 Lt už 1000 vnt.				
2002.10.01	30,2 Lt už 1000 vnt. ir 10% nuo maksimalios mažmeninės kainos				
2003.01.01	42,6 Lt už 1000 vnt. ir 10% nuo maksimalios mažmeninės kainos				
2004.01.01	30 Lt už 1000 vnt.				
<i>nuo</i>	47,5 Lt už 1000 vnt. ir 15% nuo maksimalios mažmeninės kainos			38 Lt už	111 Lt už
2004.05.01				1 kg	1 kg

Narystė Europos Sąjungoje įpareigojo Lietuvą didinti akcizų tarifus už tabako produktus, palaipsniui siekiant juos priartinti prie Europos Sąjungoje taikomų minimalių akcizų tarifų tabako produktams. Tačiau ir šiuo atveju nebuvo pasinaudota proga sugriežtinti tabako kontrolę. Derybose su Europos Sąjunga buvo nusizengta Valstybės tabako kontrolės programoje bei Tabako kontrolės įstatyme numatytiems principams ir buvo išsiderėtas ilgiausias pereinamasis laikotarpis suvienodinti tabako gaminių akcizą su Europos Sąjungos lygiu. Lietuva derybose išsiderėjo galimybę akcizą didinti palaipsniui iki 2010 metų. Toks derybinis pasiekimas buvo įvertintas kaip didelis laimėjimas, nepaisant to, kad akcizų didinimo atidėjimas iš esmės prieštaravo Tabako kontrolės įstatymo ir Tabako kontrolės programos nuostatomis.

Kitas argumentas, pateikiamas prieštaraujant akcizų didinimui, yra auganti tabako gaminių kontrabanda. Iš tiesų, Valstybės sienos apsaugos tarnybos duomenimis, populiariausia į Lietuvą gabenama kontrabandine preke išlieka tabako gaminiai. Taip pat teigiama, kad tabako gaminių kontrabandos sulaikoma vis daugiau, tačiau vis didesni kiekiai sulaikomi ir dėl gerėjančios sienų apsaugos tarnybų techninės bazės, gerėjančių darbo metodų (7 pav.).



VSAT

**7 pav. Lietuvos pasienyje sulaikyta tabako kontrabanda (pakeliais) 1995 - 2006 m.**

Kitose šalyse atliktos studijos parodė, kad yra tiesioginė koreliacija tarp kontrabandos mastų ir šalies korupcijos lygio. Taigi kontrabanda negali būti motyvu, stabdančiu tabako gaminių akcizo kilimą.

Stebint vyriausybės neryžtingumą dėl tabako gaminių akcizo didinimo, belieka džiaugtis, kad nepaisant silpnos politinės valios, tabako gaminių akcizai bus keliami iki Europos Sąjungos šalių lygio ir tai teigiamai atsilieps visai tabako kontrolei.

### 6.3. Tabako pramonės veikla

Lietuva yra valstybė, kurioje veikia vieno didžiausių pasaulio tabako gamybos gigantų Philip Morris gamykla. 1993 metais ji neseniai nepriklausomybę atgavusią ir ekonomines problemas išgyvenančią valstybę atkeliavus užsienio investuotojui, tai buvo sutikta su neslepiamu susižavėjimu. Tačiau verta pastebėti, kad tabako pramonė, kuri senosios demokratijos valstybėse patiria vis daugiau spaudimo ir visuomenės nepasitenkinimo, traukiasi ir savo gamybą plečia valstybėse, kuriose beveik nėra visuomeninio judėjimo, lengva papirkinėti valstybės pareigūnus ir menkai suvokiama apie tokios pramonės ir jos gaminamų produktų daromą žalą. Lietuvoje veikia ir kita „Altria“ koncerno, kuriam priklauso Philips Morris ir KRAFT gyvuoja ir sėkmingai savo verslą plečia AB „Kraft Foods Lietuva“. JAV šio gamintojo produkcijai buvo skelbiamas boikotas, pasirodžius informacijai, kad Philips Morris į saldumynų gamybą investavo iš tabako gaminių gaunamus pinigus.

Tabako pramonės veikla jaučiama nuolat. JAV, prasidėjus teisiniams procesams dėl patirtos žalos atlyginimo ir plaučių vėžiu susirgusiems rūkaliams prisiteisus milijonus dolerių, teismai įpareigojo tabako gamintojus paviešinti savo vidaus dokumentus, taip suteikiant galimybę visai visuomenei susipažinti su tabako gamybos bendrovių slėptais faktais. Paaiškėjo, kad tabako gamybos bendrovės, žinodamos apie tabako gaminių keliamą pavojų, ilgą laiką slėpė tai nuo savo produktų vartotojų ir net papirkinėjo mokslininkus, kad šie skelbtų tendencingai klaidinančius duomenis. Šiuose dokumentuose buvo rasti faktai, patvirtinantys, kad tabako gamintojai tyrinėjo nepilnamečius tabako gaminių vartotojus ir savo rinkodaros priemones orientavo į vaikus.

Tabako gamintojai labai agresyviai veikė ir vis dar veikia mūsų šalyje. Jau minėtas faktas, kaip Philip Morris Lietuva, siekdama gerinti savo įvaizdį, finansavo jaunimo programas Lietuvoje, nepaisydama, jog tai draudė Tabako kontrolės įstatymas. Tabako gamybos kompanijos dėjo daug pastangų, kad būtų sužlugdytas rūkymo draudimas viešojo maitinimo įmonėse. JTI (*Japan Tobacco International*) finansavo teisininkus, kurie rengė Valstybės tabako ir alkoholio tarnybos panaikinimo ir funkcijų persikirstymo studiją. Ir šiuo metu tabako gamybos kompanijos aktyviai veikia vyriausybės atstovus,

skatindamos stabdyti tabako akcizų didinimą, grafinio tabako gaminių žymėjimo įvedimą ir kt.

Su tabako gamintojų dokumentais galima susipažinti internetinėje svetainėje [www.pmdocs.com](http://www.pmdocs.com).

TABLE 4  
INCIDENCE OF SMOKING BY DEMOGRAPHIC GROUP

(AGE 12-TO-17)  
(MAR. '73)

"DO YOU YOURSELF SMOKE CIGARETTES, THAT IS, AT LEAST A PACK A WEEK?"

	<u>% SMOKING</u>
TOTAL TEENAGERS	13
BOYS	14
GIRLS	13
12-13 YEARS OF AGE	3
14-15	13
16-17	24
LAST GRADE COMPLETED	
8TH, 9TH, 10TH	11
11TH, 12TH	35
NON-METRO - RURAL	8
URBAN	10
METRO - 50,000 - 999,999	12
1,000,000 OR OVER	16
EAST	12
CENTRAL	16
SOUTH	9
WEST	15
UNDER \$5,000 FAMILY INCOME	10
\$5,000 - \$6,999	4
\$7,000 - \$9,999	10
\$10,000 - \$14,999	15
\$15,000 OR OVER	12
CHIEF WAGE EARNER'S OCCUPATION	
WHITE COLLAR	9
BLUE COLLAR, FARMERS	16
WHITE	13
NON-WHITE	16

Pakelį per  
savaite  
surūkančių  
12-17 m.  
moksleivių  
tyrimas

Philip Morris  
March 1973  
BATES 2041761792-1796

*Start with the finest cigarettes...through Lorillard research*

( Bob Davis :

August 30, 1978

*Please draft a reply for me by 9/11 -*

TO: Mr. Curtis Judge

*Thanks -*

FROM: T. L. Achey - Field 3

*CAF 9/6*

SUBJECT: Product Information



Mr. Judge, if you will look at my Sales figures (attached), you will note that NEWPORT KING SIZE is the #1 selling Lorillard brand, and NEWPORT BOX the #6 selling Lorillard brand in Field 3 for the year-to-date.

I know your immediate concern must be the "Lights" market; however, I also know the efforts placed into several "taste" brands over the past few years.

The success of NEWPORT has been fantastic during the past few years. Our profile taken locally shows this brand being purchased by black people (all ages), young adults (usually college age), but the base of our business is the high school student.

NEWPORT in the 1970's is turning into the Marlboro of the 60's and 70's. It is the "In" brand to smoke if you want to be one of the group.

Our problem is the younger consumer that does not desire a menthol cigarette. If that person desires a non-menthol, but wants to be part of the "In group", he goes to Marlboro.

Could we be furnishing a back-lash to Marlboro from our NEWPORT brands?

Mūsų biznio  
pagrindas –  
vidurinės  
mokyklos  
moksleiviai

Lorillard document  
Aug 1978  
BATES  
03537131-03537132

PHILIP MORRIS U. S. A.  
INTER - OFFICE CORRESPONDENCE  
Richmond, Virginia

To: . Mr. Jon Zoler Date: September 3, 1987  
From: . Myron Johnston  
Subject: . Handling an excise tax increase

I have been asked for my views as to how we should pass on the price increase in the event of an increase in the excise tax. My choice is to do what I suggested to Wally McDowell in 1982: Pass on the increase in one fell swoop and make it clear to smokers that the government is solely responsible for the price increase, advertise to that effect, suggest that people stock up to avoid the price increase, and recommend that they refrigerate their cigarettes "to preserve their freshness." (It would be necessary to emphasize that point or we would get a lot of beetle complaints.) Then when people exhaust their supply and go to the store to buy more, they will be less likely to remember what they last paid and will be less likely to suffer from "sticker shock." As a result, they should be less likely to use the price increase as an incentive to stop smoking or reduce their consumption.

Last time, of course, we increased prices five times between February of 1982 and January of 1983. In less than a year the price went from \$20.20 to \$26.90 per thousand (\$2.70 more than the tax), and this fact was not lost on consumers, who could legitimately blame the manufacturers for the price increases. While price increases of this magnitude might have been tolerated during the rapid escalation in the overall inflation rate between 1977 and 1981, the increase in the price of cigarettes in 1982-83 was made even more dramatic by the fact that the overall rate of inflation was slowing considerably. You may recall from the article I sent you that Jeffery Harris of MIT calculated, on the basis of the Lewin and Coate data, that the 1982-83 round of price increases caused two million adults to quit smoking and prevented 600,000 teenagers from starting to smoke. Those teenagers are now 18-21 years old, and since about 70 percent of 18-21 year-olds and 35 percent of older smokers smoke a PM brand, this means that 700,000 of those adult quitters had been PM smokers and 420,000 of the non-starters would have been PM smokers. Thus, if Harris is right, we were hit disproportionately hard. We don't need to have that happen again.

I think it is reasonable to assume that wholesalers and retailers will behave pretty much as they did in 1982. The wholesalers liquidated their inventories to avoid paying the floor tax, consumers did not stockpile to any great extent (probably in part because the price increase did not occur suddenly), and the retailers, who faced no floor tax, stocked up because of the profit potential. They stocked up on everything, that is, except Philip Morris brands. B&W loaded in November, Reynolds in December, and we did not load, with the result that, in Richmond at least, the shelves were virtually bare of PM brands. I remember one irate 7-Eleven manager, who knew that I worked at PM, holding up

2022216179

1982-83 m. tabako gaminių kainos stipriai pakilo, užkirsdamos kelią 600 000 paauglių pradėti rūkyti. 420 000 iš jų, kurie nepradėjo rūkyti, būtu buvę PM rūkoriai. Mes patyrėme neproporcingai didelę žalą. Mums nereikia, kad tai pasikartotų.

Philip Morris USA  
Sept 1987  
BATES 2022216179/6180

PHILIP MORRIS INTERNATIONAL  
CORPORATE AFFAIRS - LATIN AMERICA  
Rye Brook, New York  
FAX: 914-335-7928  
Telephone: 914-335-1698

TO: David E. R. Dangoor  
FROM: Cathy L. Leiber  
Dir., Corporate Affairs, Latin America Region  
DATE: September 23, 1993  
RE: Youth campaign for Latin America

---

The purpose of this memo is to seek approval from Senior Management to proceed with final production of a commercial to discourage juvenile smoking.

Background

Increasing pressure from anti-tobacco forces in Latin America has created the need to explore various options to counter negative publicity. One theme that has recently surfaced in several markets is that multinational companies target children in ad campaigns.

Rationale

Taking into consideration the emerging adverse legislative climate in the region, we have an opportunity to create good will for the tobacco industry by going public with a campaign to discourage juvenile smoking.

Our objective is to communicate that the tobacco industry is not interested in having young people smoke and to position the industry as "a concerned corporate citizen" in an effort to ward off further attacks by the anti-tobacco movement.

Atsižvelgdami į mums priešišką įstatyminį klimatą regione, mes turime galimybę pagerinti tabako pramonės įvaizdį visuomenėje, vykdydami jaunimo rūkymą smerkiančias programas.

*Philip Morris International  
Corporate Affairs Latin America  
Sept 23 1993  
Bates 2503016523-2503016524*



## PROJEKTAI

Švietimo demokratizavimas  
Multikultūriniai projektai  
Bendruomenių plėtra  
Žalingų įpročių prevencija  
Kiti projektai

## NAUJIENOS

### PIC PJŪVIS

PIC'o nuomonės  
Tyrimai  
Leidiniai

### APIE PIC

Strategija  
Faktai  
Biuras ir valdyba

## DISKUSIJOS

### KONTAKTAI

Pilietinių iniciatyvų centras  
Trakų g. 18-6  
Vilnius, Lietuva  
Tel.: (8-5) 212 44 18

## PRANEŠIMAI

### Projektas „AŠ GALIU“. Ketvirtieji metai.

Projektas „Aš galiu“ pradeda ketvirtuosius savo veiklos metus. Nuo mokyklų tarybų suburtų komandų, kurios, talkinamos konsultantų, rengė žalingų įpročių prevencijos ir sveikos gyvensenos propagavimo mokyklos ir vietos bendruomenėje projektus, akcentas perkeliamas į pačių mokinių ir jaunimo veiklą.

Projekto „Aš galiu“ ketvirtojo etapo veiksmus įgyvendina Pilietinių iniciatyvų centras, Paramos vaikams centras, Panevėžio rajono jaunimo organizacija „Sniego grūžtė“. „Aš Galiu“ veikloje taip pat dalyvauja Lietuvos moksleivių parlamentas bei Švietimo ir mokslo ministerija). Žalingų įpročių prevencijos projekto finansavimą jau ketvirtus metus tęsia bendrovė „Philip Morris Lietuva“.

Koalicijos partnerių veiksmai šiais metais bus koncentruoti į labiausiai jaunimo tarpe paplitusį žalingą įprotį rūkymą. Toliau plėtojant projekto „Aš galiu“ neprievartinės žalingų įpročių prevencijos principus, rūkymo prevencija tampa labiau kompleksiška: plėtojamos jaunimo saviraiškos galimybės, didinamas jaunimo psichologinis saugumas, siūloma pagalba siekiantiems mesti rūkyti. Visa tai turėtų tapti multiplikuojamais modeliais.

**Šiais mokslo metais projekte kviečiame dalyvauti 160 Lietuvos mokyklų, ankstesniais metais sukūrusių savo žalingų įpročių ir sveikos gyvensenos skatinimo strategijas.**

---

---

## 7. Pagalba metantiems rūkyti

Apie 70 proc. visų reguliariai rūkančiųjų norėtų mesti rūkyti, dauguma jų yra bent kartą tai bandę, tačiau tik 1 - 5 proc. bandžiusiųjų savarankiškai mesti pavyko tapti nerūkančiais (nerūkyti metus ir ilgiau). Todėl rūkantiesiems yra reikalinga dvejopa pagalba: vienus reikia skatinti mesti rūkyti ir stiprinti metimo motyvą, kitiems, jau norintiems ir pasiryžusiems mesti, reikalinga įvairaus pobūdžio medicininė ir psichologinė pagalba.

Rūkantieji šalies mastu turėtų būti skatinami mesti, pirmiausia plačiai informuojant visuomenę apie rūkymo pasekmes (medicininės, ekonominės, ekologinės) ir nerūkymo privalumus. Skatinti reiktų visais įmanomais būdais (pvz., skleidžiant informaciją per žiniasklaidą, vykdant sveikos gyvensenos mokymo programas, įvairias kampanijas, rengiant nerūkymo dienas, konkursus ir t.t.). Nerūkančiųjų teisių gynimas, įstatymiškas rūkymo apribojimas ir kiti, keičiantys visuomenės požiūrį į rūkymą kaip į normalų elgesį, poveikio būdai gali paskatinti nemažą dalį (iki 20 proc.) rūkančiųjų atsisakyti rūkymo.

Norintiems mesti rūkyti taip pat reikalinga visapusiška informacija apie individualios pagalbos priemones metantiems rūkyti savarankiškai (lankstinukus, audio, video įrašus ir kt.) bei įvairius profesionalios pagalbos būdus - gydytojo konsultacijas, specialisto pagalbą, farmakologinį gydymą, psichoterapiją, anonimines grupes, pagalbos telefonus ir kitus metodus (specialią literatūrą ir kt.).

Įvairių pagalbos būdų efektyvumas labai skirtingas - nuo minimalaus (5 proc. savarankiško metimo atveju) iki 50-70 proc. stiprios motyvacijos pacientų grupėse; geriausių rezultatų galima tikėtis, kai norintieji mesti rūkyti pasirenka įvairius poveikio ir pagalbos būdus.

### 7.1. Pirminės sveikatos priežiūros specialistų pagalba metantiems rūkyti

Net 80-90 proc. visų suaugusių žmonių bent kartą per metus apsilanko pirminės sveikatos priežiūros centruose, todėl šioje grandyje didžioji

dalį rūkančiųjų gali būti paskatinti mesti rūkyti ir gauti bent minimalią pagalbą.

Visi reguliariai rūkantieji yra vienaip ar kitaip psichologiškai ir/ar fiziškai priklausomi nuo tabako, todėl vertintini, kaip sergantys priklausomybės liga pacientai, nepriklausomai nuo to, pripažįsta jie savo ligą ar ne. Gydyti šią ligą įmanoma tik pacientui pačiam norint, todėl pagalba rūkančiajam prasideda nuo paskatinimo mesti rūkyti. Plačiajame prasme ši pagalba prasideda nuo visuomenės informavimo apie rūkymo pasekmes, nerūkymo privalumus ir galimybes mesti rūkyti. Siaurajame prasme - tai kiekvieno apsilankiusio pas gydytoją rūkančiojo paskatinimas mesti rūkyti, o jei pacientas nori atsisakyti šio įpročio - tai ir medicininės pagalbos bei psichologinės paramos suteikimas, įvardijamas kaip priklausomybės nuo tabako gydymas.

Pirminėje sveikatos priežiūros grandyje pagalba metantiems rūkyti gali būti trijų lygių:

#### **I. Minimalus poveikis:**

- trumpas motyvuotas patarimas mesti rūkyti dėl sveikatos;
- trumpa konsultacija, kaip lengviau mesti.

#### **II. Individuali pagalba:**

- priklausomybės nuo tabako pobūdžio ir laipsnio įvertinimas, naudojant *Fagerstromo* klausimyną;
- motyvacijos sustiprinimas (esant reikalui);
- metimo datos ir būdo parinkimas;
- patarimai, kaip lengviau mesti ir išlikti nerūkančiu;
- nikotino terapija, vareniklinas, bupropionas (pagal indikacijas);
- simptominis gydymas.

#### **III. Specializuotas priklausomybės nuo tabako gydymas:**

- rūkymo tipo nustatymas;
- psichinės sveikatos įvertinimas;
- individualaus gydymo (medikamentinio, psichoterapinio ir t.t.) parinkimas.

**Minimalus poveikis** gali ir turi būti taikomas visų pirminės sveikatos priežiūros grandies gydytojų (taip pat ir odontologų) kasdieniame darbe.

Klausimas apie rūkymą ir patarimas mesti rūkyti yra pati minimaliausia pagalba rūkančiam, nereikalaujanti jokių papildomų žinių ir įgūdžių, atimanti nedaug laiko ir galinti reikšmingai padidinti metusiųjų skaičių.

**Individualią pagalbą** taip pat gali teikti pirminės sveikatos priežiūros grandies specialistai, ypač šeimos gydytojai, praėję trumpą apmokymo kursą arba savarankiškai pagilinę savo žinias ir motyvuoti suteikti papildomą pagalbą savo rūkančiam pacientui.

**Specializuotą pagalbą** gali teikti priklausomybės ligų specialistas tiems rūkantiesiems, kuriems nepavyksta mesti rūkyti, gaunant individualią pagalbą.

## 7.2. Priklausomybė nuo tabako

Tabako rūkymas yra labiausiai paplitusi priklausomybės liga. Jai būdinga lėtinė eiga, didelė atkryčio tikimybė, menkas gydymo efektyvumas. Priklausomybę nuo tabako sąlygoja ne tik specifinis nikotino poveikis CNS, bet ir socialiniai - kultūriniai veiksniai bei individo psichofiziologiniai ypatumai. Todėl ir priklausomybė yra dvejopa: **fizinė** (farmakologinė) ir **psichologinė** (psichosocialinė).

**Fizinė priklausomybė.** Nikotinas skatina neuromediatorių (dopamino, norepinefrino ir kt.) išskyrimą smegenyse ir veikia kaip stimulatorius ir euforiantas; šis veikimas rūkančiojo patiriamas kaip trumpalaikis energijos ir nuotaikos pakilimas, pagerėjusi dėmesio koncentracija ir veiklumas, alkio išnykimas. Pakartotinai rūkant, neurohormonų apykaita ilgainiui sutrinka, padidėja tolerancija nikotinui ir jo neigiamam poveikiui, atsiranda poreikis reguliariai gauti individualią nikotino dozę ir taip palaikyti įprastinę normalią savijautą. Fizinės priklausomybės nuo nikotino susidarymo mechanizmas panašus kaip ir vartojant kitus narkotikus, o stiprumas prilygsta priklausomybei nuo heroino. Fizinės priklausomybės susiformavimo laikas labai individualus, trunka mėnesius ir metus, bet kartais gali atsirasti ir po kelių cigarečių surūkymo. Apie 80 proc. reguliariai rūkančiųjų yra fiziškai priklausomi nuo nikotino, tačiau tuo pat metu visi rūkantieji yra vienaip ar kitaip priklausomi ir psichologiškai.

**Psichologinė arba psichosocialinė priklausomybė** yra įprotis rūkyti tam tikrose situacijose – po valgio, prie kavos ar alaus bokalo, susitikus su draugais, pertraukos metu, kalbant telefonu ir pan.; rūkymas yra ir įprotis tiesiogine šio žodžio prasme, elgesio stereotipas, veiksmų ritualas, palengvinantis bendravimą; jis taip pat gali būti ir automatinis, nesąmoningai atliekamas veiksmas, „oralinė fiksacija“, įprotis siaurąja to žodžio prasme; maloni patirtis rūkymo metu ar patirtas pozityvus atpalaiduojantis, raminantis, nuotaiką gerinantis rūkymo poveikis taip pat sąlygoja norą, o vėliau ir poreikį rūkyti. Teigiamas rūkymo įvaizdis, jo socialinis priimtumas, sąsajos su šauniu, madingu, patraukliu ar kitaip teigiamu elgesiu, skatina ir palaiko priklausomybės atsiradimą. Visa tai apsunkina patį metimo procesą ir padidina atkryčio riziką, tačiau svarbiausia kliūtis metant rūkyti yra fizinė priklausomybė ir jos sąlygoti abstinencijos reiškiniai.

**Abstinencijos sindromas** būdingas visoms priklausomybės ligoms; priklausomybės nuo tabako atveju, nutraukus rūkymą abstinencijos požymiai auga mažėjant nikotino koncentracijai kraujyje (per 2-2,5 val. ji sumažėja pusiau) ir paprastai pasiekia maksimumą po 12-36 val., laikosi kelias - keliolika dienų, po to pamažu nyksta (3 lentelė).

**3 lentelė. Nikotino abstinencijos požymių pasireiškimo dažnis ir trukmė**

Simptomas	Trukmė (sav.)	Pasireiškimo dažnis (proc.)
Potraukis nikotinui	< 2	70
Susilpnėjusi dėmesio koncentracija	< 2	60
Dirglumas arba agresija	< 4	50
Nerimas	< 4	60
Depresija	< 4	60
Miego sutrikimai	< 1	25
Padidėjęs apetitas	< 10	70

Po 3-4 savaičių dauguma metusiųjų poreikio rūkyti ir kitų abstinencijos požymių nebejaučia, tačiau padidintas jautrumas nikotinui išlieka mėnesius ir įvairūs psichosocialiniai veiksniai (stresas, draugai, alkoholis ir kt.) lengvai gali išprovokuoti atkrytį (4 lentelė).

#### 4 lentelė. Abstinencijos nuo tabako požymiai

Psichiniai abstinencijos požymiai	Fiziniai abstinencijos požymiai
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Noras, poreikis, troškimas rūkyti</li> <li>• Nerimas, dirglumas, nekantrumas</li> <li>• Prislėgta ir/ar nepastovi nuotaika</li> <li>• Sunku susikaupti, pablogėjęs užduočių atlikimas</li> <li>• Nuovargis, sumažėjęs darbingumas</li> <li>• Sutrikęs, paviršutiniškas miegas ar nemiga</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pablogėjusi judesių (akys-rankos) koordinacija</li> <li>• Alkis ar padidėjęs apetitas, svorio augimas</li> <li>• Kraujo spaudimo ir pulso svyravimai</li> <li>• Galvos svaigimas, tremoras</li> <li>• Prakaitavimas</li> <li>• Obstipacijos</li> </ul>

Skirtingai nuo kitų narkotikų, tabako produktų legalumas, jų prieinamumas, reklama, rūkymo socialinis priimtumas ir teigiamas jo įvaizdis skatina priklausomybės nuo tabako paplitimą (ypač tarp jaunų žmonių) ir jį palaiko, kartu mažindamas motyvaciją mesti ir apsunkindamas metimo procesą.

Būtina keisti visuomenės, visų pirma medicinos darbuotojų, požiūrį į rūkymą, pateikiant jį kaip narkomanijos rūšį, kuriai būdingi visi priklausomybės ligos požymiai ir kuri Tarptautinėje ligų klasifikacijoje (TLK-10) pažymėta šifru F-17. Taigi tabaką turime laikyti priklausomybę sukeliančia medžiaga (narkotiku), tabako rūkymą – priklausomybės liga (narkomanija), o priklausomą nuo tabako rūkantįjį – priklausomybės liga sergančiu pacientu, kuriam reikalinga pagalba.

### 7.3. Priklausomybės nuo tabako diagnostika

Viena iš prielaidų, kodėl tabako priklausomybės gydymas nikotino ar

kitais preparatais ne visada padeda yra ta, kad gydymas dažnai skiriamas neatsižvelgiant į individualias rūkymo ir rūkančiojo ypatybes. Norint parinkti tinkamą gydymo taktiką, reikia išsiaiškinti rūkymo ypatumus, metimo patirtį, nustatyti priklausomybės pobūdį ir laipsnį, o norint suteikti veiksmingesnę psichologinę paramą, tikslinga nustatyti ir rūkymo tipą.

### 7.3.1. Anamnezė

Priklausomybės pobūdį preliminariai galima įvertinti jau renkant anamnezę apie rūkymą. Rekomenduojami klausimai apie rūkymą pateikiami priede Nr. 1. Anamnestinių duomenų interpretacija palengvina pagalbos parinkimo galimybes. Paciento bendras savo sveikatos būklės vertinimas, pats savaime būdamas gana subjektyvus, gali pagelbėti motyvuojant (pvz., susiejant su galbūt jau esančiomis sveikatos problemomis) pacientą mesti rūkyti. Išsiaiškinus rūkymo stažą ir intensyvumą (surūkomų cigarečių skaičių per parą), galima preliminariai spręsti apie tabako priklausomybę bei, objektyviai įvertinus paciento sveikatos būklę, - apie rūkymo daromą žalą paciento organizmui. Klausimai apie rūkymo įpročius bei jų pokyčius pastaruoju metu taip pat suteikia informacijos apie priklausomybę tabakui. Pvz., rūkymas nevalgius ryte arba rūkymas nakties metu dažniausiai yra stipriai išreikštos fizinės priklausomybės tabakui požymiai. Klausimai apie bandymus mesti rūkyti suteikia informacijos apie galimą paciento motyvaciją, buvusius bandymus ir nesėkmės priežastis. Taip pat suteikia informacijos apie naudotus gydymo būdus, jų efektyvumą bei galimas klaidas naudojant farmakologines pagalbos priemones. Pvz., kai kurie nikotininę kramtomąją gumą vartojusieji pacientai nurodo, kad jos kramtymas sukėlė pykinimą ar galvos skausmą. Tuo tarpu klausinėjant daugiau paaiškėja, kad nikotino pakaitalai buvo vartoti nesilaikant rekomenduojamų dozių bei instrukcijų, todėl ir sukėlė nepageidaujamus pašalinius reiškinius. Alkoholio vartojimo įpročiai neretai tampa nesėkmingo metimo rūkyti priežastimi. Todėl metantiems rūkyti pacientams patariama bent mėnesį susilaikyti nuo alkoholinių gėrimų vartojimo. Klausimai apie paciento psichinę sveikatą (įtampą, nervingumą, miego sutrikimus) padeda identifikuoti rūkorius, kurie be priklausomybės nikotinui gali turėti ir kitų psichinės sveikatos problemų, apsunkinančių metimą rūkyti. Tai gali būti priežastis skirti pacientui labiau

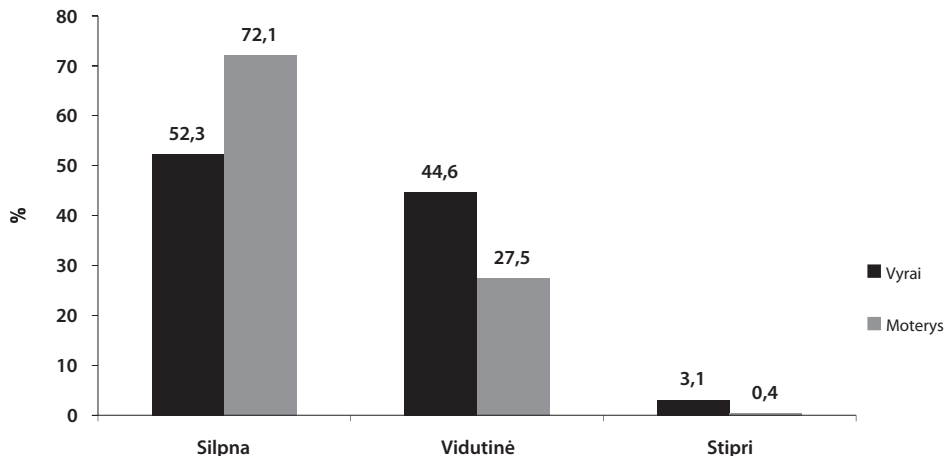
specializuotą pagalbą (psichiatro, psichoterapeuto, priklausomybės ligų specialisto). Aplinkinių rūkymas, ypač artimųjų ir draugų, gali būti rimtu trukdžiu metant rūkyti. Tokiu atveju kalbėtis ir patarti reikia ne tik šiam pacientui, bet dažniausiai ir jo šeimos nariams (tai ypač svarbu šeimos gydytojams, dirbantiems su visa šeima). Svarbu į tai atsižvelgti konsultuojant vaikus ir paauglius, kuriems tėvų rūkymas yra svarbus veiksnys, palaikantis rūkymą ir mažinantis motyvaciją mesti rūkyti.

### **7.3.2. Priklausomybės nuo tabako pobūdis ir laipsnis**

1978 m. Fagerstromas pasiūlė nikotino tolerancijos klausimyną, skirtą įvertinti priklausomybę nuo nikotino. 1991 m. klausimynas buvo modifikuotas ir pavadintas Fagerstromo priklausomybės nuo nikotino testu (priedas Nr. 2). Šis testas taikomas tik fizinei priklausomybei nuo nikotino vertinti. Klausimyną gali pildyti ir gydytojas, ir pats pacientas.

Maksimali klausimyno balų suma – 10. Pagal surinktų balų skaičių, priklausomybės stiprumas skirstomas į tris grupes: iki 3 balų – silpna priklausomybė nuo nikotino; 4-7 balai – vidutinio stiprumo priklausomybė; 8 ir daugiau balų – stipri priklausomybė.

Lietuvos suaugusių žmonių gyvenamosios tyrimo duomenimis, daugiau nei pusės rūkančių vyrų (52,3 proc.) ir 72,1 proc. moterų fizinė priklausomybė nuo nikotino buvo silpna (8 pav.). Stipri priklausomybė nuo nikotino nustatyta tik 3,1 proc. vyrų ir 0,4 proc. moterų.



**8 pav. Rūkančių vyrų ir moterų skirstinys (proc.) pagal fizinę priklausomybę nuo nikotino**

Vyrai buvo labiau priklausomi nuo nikotino nei moterys. Didėjant amžiui priklausomybė nuo tabako stiprėjo.

Vidutinė ar stipri fizinė priklausomybė yra indikacija pakaitinei nikotino terapijai, tačiau ir silpnos fizinės priklausomybės atveju, nedidelės nikotininės kramtomosios gumos dozės gali padėti mesti rūkyti. Šeimos gydytojui šis klausimynas padeda tiksliau nustatyti pakaitinės terapijos nikotinu indikacijas bei dozavimą, taip padidina gydymo efektyvumą. Be to, šį klausimyną savidiagnostikai gali naudoti ir savarankiškai metantieji rūkyti.

### 7.3.3. Rūkymo tipo nustatymas

Sunkesniais atvejais, norint tiksliau įvertinti individualius rūkymo ypatumus, naudojamas sudėtingesnis testas, kurį pildo pacientas, bet interpretuoja gydytojas. Testą sudaro 21 teiginys (kiekvienam tipui po 3 teiginius, kuriuos tiriamasis įvertina 1-5 balais) (priedas Nr. 3).

Balų suma 9 ir daugiau reiškia, kad tiriamajam būdingas atitinkamas rūkymo tipas. Skiriami šie rūkymo tipai:

A – stimuliuojantis rūkymas;

- B – hedoniškas, kai rūkymas teikia malonią patirtį;
- C – socialinis arba bendravimo, kai rūkoma daugiau dėl kitų rūkančiųjų įtakos;
- D – manipuliacinis, kai reikšmingas yra rūkymo veiksmų ritualas;
- E – narkomaninis, reiškiantis fizinę priklausomybę;
- F – automatinis, kai užsirūkoma sąmoningai to nesuvokiant;
- G – raminantis arba priešstresinis rūkymas.

Dažniausiai būna kelių tipų derinys, kuriam nors vyraujant. Rūkymo tipo nustatymas padeda numatyti galimus sunkumus nutraukus rūkymą bei parinkti tinkamesnę taktiką ir išvengti recidyvo.

**A – stimuliuojantis** rūkymo tipas reiškia, kad užsirūkęs pacientas jaučiasi budresnis, energingesnis, darbingesnis, geriau sukaupia dėmesį. Tačiau tai nėra pozityvus rūkymo poveikis: esant fizinei priklausomybei nuo tabako, kurį laiką nerūkius ir dėl to sumažėjus nikotino koncentracijai kraujyje, pacientas pradeda blogiau jaustis, o eilinė nikotino dozė tik atstato įprastinę normalią savijautą. Metančiam rūkyti šio tipo pacientui gali kilti sunkumų, jeigu jo darbas įtemptas ir reikalaujantis nuolatinio budrumo (pvz., vairuotojams). Tokiais atvejais patartinos natūralios tonizuojančios priemonės – mankšta, vandens procedūros, augaliniai preparatai (eleuterokokas ir kt.). Dar geriau būtų bandyti mesti rūkyti atostogų metu.

**B – hedoniško** rūkymo tipo atveju rūkymas yra papildoma maloni juslinė patirtis, teikiama skonio, kvapo, rūkymo ritualo ir atpalaiduojančio nikotino poveikio. Šio tipo rūkantieji nerūko bet ko ir bet kur, jų fizinė priklausomybė dažniausiai menkai išreikšta ir jie galėtų nesunkiai apsieiti be rūkymo, tačiau prieštaringa motyvacija trukdo apsispręsti ir didina recidyvo tikimybę. Tokiu atveju psichologinė pagalba turėtų būti nukreipta perorientuojant vertybes taip, kad su rūkymu susijusios malonios patirtys vertybių skalėje nebūtų aukščiau už sveikatos, finansinius ir kitus metimo motyvus. Vertinant šio tipo rūkymą reikia turėti omenyje, kad fizinės priklausomybės atveju rūkantysis gali vadinti malonumu pasitenkinimą, patiriamą numalšinant taip vadinamą „nikotininį troškulį“, jaučiamą kurį laiką nerūkius.

**C – socialinis** rūkymo tipas būdingas rūkantiesiems, kuriems svarbi aplinkinių įtaka. Dažniausiai tai pradedantys rūkyti paaugliai ir jauni žmonės, dar netapę fiziškai priklausomais nuo tabako. Jų rūkymą skatina ir palaiko bendravimas su kitais rūkančiaisiais. Priklausymas nuo aplinkinių rūkymo gali išlikti ir suaugus. Tokiems rūkantiesiems artimųjų, draugų ir bendradarbių rūkymas gali tapti rimta kliūtimi metant rūkyti. Šio tipo rūkantiesiems labai svarbi aplinkinių socialinė parama. Jiems patariama mesti ne vieniems, o sutarus su kitais, kad šie nerūkytų šalia metančiojo ar kitaip jo neprovokuotų. Taip pat patariama jų motyvaciją sustiprinti sutartimi, lažybomis ar kitokiais įsipareigojimais.

**D – manipuliacinio** rūkymo tipo atveju rūkančiajam yra svarbus pats rūkymo veiksmų ritualas. Jis pats savaime gali veikti raminančiai, kaip atitraukiantis dėmesį ir padedantis atsipalaiduoti veiksmas. Kartojamas tūkstančius kartų, ypač tam tikrose situacijose, jis tampa stipriu įpročiu ir sąlygoja psichologinę priklausomybę. Metant rūkyti šio tipo rūkantiesiems patariama po ranka turėti kažkokį cigaretės pakaitalą, kartu vartojant kramtomąją gumą ar ledinukus.

**E – narkomaninis** rūkymo tipas rodo fizinę (farmakologinę) priklausomybę nuo tabako (nikotino). Apie 80 proc. visų reguliariai rūkančiųjų yra fiziškai priklausomi. Narkomaninio rūkymo tipo nustatymas reiškia, kad yra indikacijos pakaitinei terapijai nikotinu.

**F – automatinis** rūkymo tipas nustatomas daug metų rūkantiesiems, kada susiformuoja rūkymo automatizmas. Rūkantysis dažnai savo užsirūkymo sąmoningai nesuvokia ir neatsimena. Metant rūkyti šio tipo rūkantiesiems patartina pašalinti iš savo aplinkos cigaretes ir kitus su **rūkymu susijusius daiktus**.

**G – raminantis arba priešstresinis** rūkymas yra dažniausiai nustatomas rūkymo tipas. Rūkymo ritualas kartu su nedidele nikotino doze gali veikti raminančiai, o užsirūkymas streso metu dažnai būna reguliaraus rūkymo pradžia. Tačiau susiformavus priklausomybei nuo tabako, rūkymas tampa būtinu palaikyti įprastinei psichikos būklei bei normaliai savijautai. Mažėjant nikotino koncentracijai kraujyje, rūkantysis pradeda jausti pirmuosius

abstinencijos požymius – diskomfortą (nerimą, apibūdinamą žodžiais „kažko trūksta“), kuris praeina užsirūkius. Streso metu šis poreikis ramintis cigarete padidėja. Dėl to dažnai patiriantiems stresą, dirbantiems įtemptą ar pavojingą darbą, turintiems psichologinių problemų ar neurotiškiems asmenims metimas rūkyti gali būti nesėkmingas netgi gydant nikotino preparatais. Tokiais atvejais gali prireikti psichoterapeuto ar psichologo pagalbos. Autogeninė treniruotė ir kiti psichinės savireguliacijos būdai gali padėti mesti ir išvengti recidyvo.

Vienas rūkymo tipas diagnozuojamas retai, dažniausiai nustatomas kelių tipų derinys. Suaugusiems rūkantiesiems dažniausiai pasitaiko raminantis arba/ir stimuliuojantis rūkymo tipas kartu su fizine priklausomybe (narkomaniniu rūkymo tipu). Todėl daugumai reguliariai rūkančiųjų rūkymas nėra vien tik įprotis, bet psichinės būklės reguliavimo būdas, sąlygotas priklausomybės ir kartu ją palaikantis.

#### **7.3.4. Kiti pagalbinių būdai**

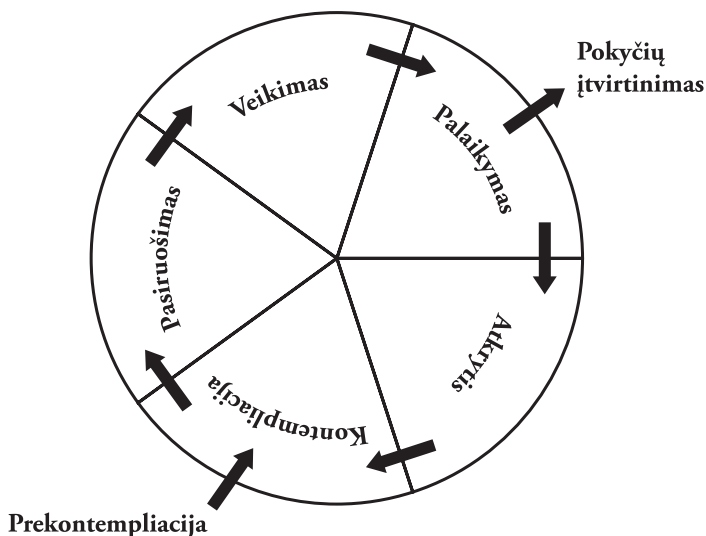
Rūkymo diagnostikai taip pat gali būti naudojamos ir laboratorinės bei instrumentinės priemonės. Šiuo metu gaminami portatyvūs aparatai, matuojantys anglies monoksido koncentraciją iškvepiamame ore. Padidėjęs anglies monoksido kiekis iškvepiamame ore taip pat fiksuojamas ir pasyviai rūkantiesiems. Netiesioginės diagnostikos priemonė yra plaučių funkcijos spirometrinis įvertinimas. Iš laboratorinių tyrimų galima būtų paminėti kotinino (nikotino skilimo produkto) nustatymo šlapime testus bei nikotino/kotinino koncentracijos serume nustatymą. Tačiau šie tyrimo metodai yra brangūs ir neturi praktinės reikšmės parenkant gydymo taktiką. Jie gali būti naudojami kontroliuojant gydymo eigą arba kaip motyvacija demonstruojant rūkymo įtaką sveikatai.

#### **7.4. Metimo rūkyti procesas**

Priklausomybė nuo tabako yra lėtinė atkrintanti liga, tad ir metimas rūkyti nėra vienkartinis veiksmas, o ilgas procesas, galintis trukti mėnesius ir metus.

*Prochaska ir DiClemente* aprašė teorines elgesio pokyčių proceso

stadijas, kurias palaiapsniui praeina bandantieji mesti rūkyti. Kiekvienoje proceso stadijoje rūkančiojo požiūris į savo rūkymą ir metimą rūkyti kinta, todėl ir poveikio taktika turi būti skirtinga. Šis procesas dažniausiai vaizduojamas kaip uždaras ratas (9 pav.). Prieš patekdamas į šį ratą rūkoriaus yra **prekontempliacijos** stadijoje. Šioje stadijoje rūkantieji negalvoja apie metimą rūkyti, nemano, kad rūkymas yra problema ar kad tai gali rimtai veikti jo sveikatos būklę. Tai dažniausiai patenkinti savo rūkymu, nenorintys ir neketinantys mesti rūkyti, daugiausia jauni ir sveiki žmonės. Jie nepasiruošę priimti kokią nors pagalbą, todėl šioje stadijoje dažniausiai apsiribojama tik trumpu gydytojo patarimu mesti rūkyti dėl sveikatos.



9 pav. Elgesio pokyčių modelis pagal Prochaska ir DiClemente

Žinios apie rūkymo pasekmes sveikatai arba asmeniškai patirtis keičia požiūrį į rūkymą ir rūkantysis pereina į kitą - **kontempliacijos** stadiją. Šioje stadijoje rūkantysis jau supranta, kad rūkymas nėra geras dalykas, kad reikėtų keisti savo elgesį. Jis dar nepasiruošęs mesti, todėl šioje stadijoje gali likti keletą metų, vis pagalvodamas apie galimą savo elgesio keitimą.

**Pasiruošimo** stadijoje asmuo jau brandina motyvus ir planuoja elgesio

pokyčius netolimoje ateityje. Rūkantysis gali papasakoti savo artimiesiems ar aplinkiniams apie savo norą mesti rūkyti ir pradėti realiai planuoti, kaip tai padaryti.

**Veikimo** stadijoje rūkantieji bando mesti rūkyti, bet dažniausiai nesėkmingai. Šioje stadijoje rūkantieji jau pasiruošę mesti, pakankamai motyvuoti. Jiems reikalinga psichologinė parama ir/arba gydymas.

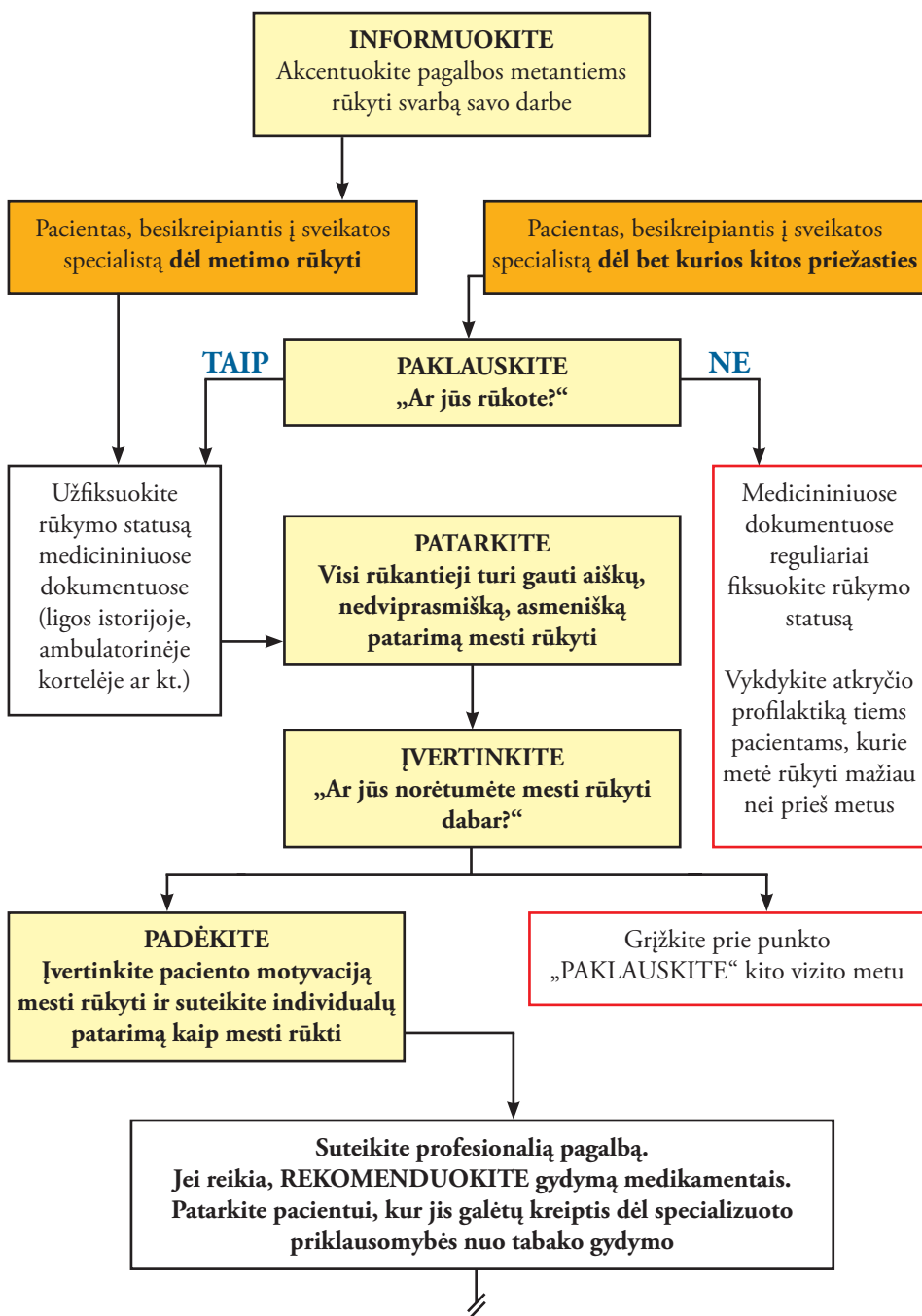
Aktyvi veikimo stadija palaipsniui pereina į **palaikymo**. Šioje stadijoje įtvirtinami pokyčiai. Labai svarbus aplinkinių palaikymas, savęs vertinimas, tinkamas laiko planavimas. Esant tinkamam aplinkinių palaikymui, nerūkymas tampa norma ir naujo gyvenimo būdo dalimi. Įtvirtinti pokyčiai padeda rūkančiajam pasitraukti iš metimo rūkyti proceso rato. Sėkmingai metusiu laikomas nerūkęs metus ir ilgiau.

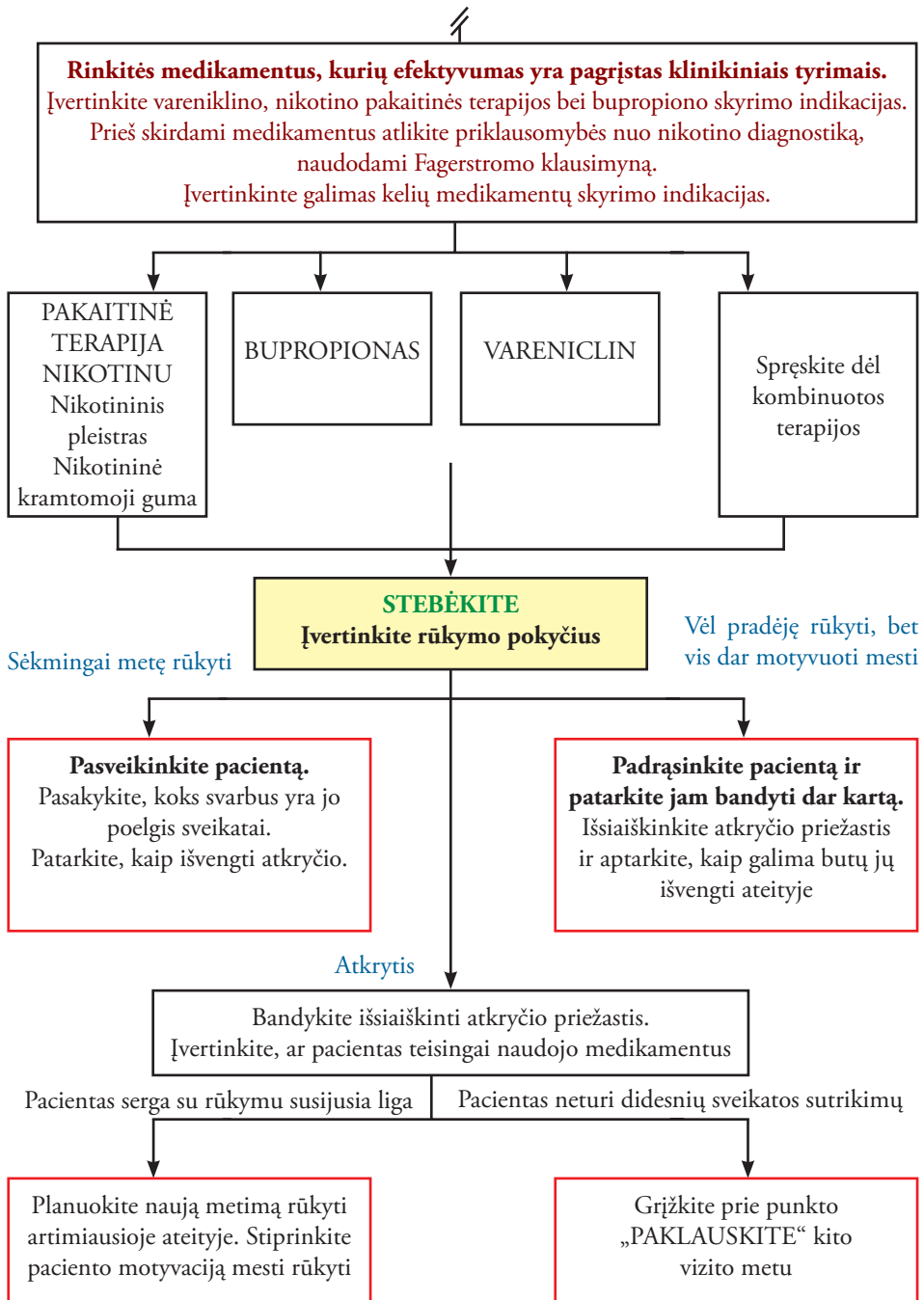
Kai kurie rūkoriai labai greitai pereina visas stadijas arba kai kurias net praleidžia. Manoma, kad praleidus kontempliacijos ir pasiruošimo stadijas yra didesnė rizika, kad bandymas mesti rūkyti bus nesėkmingas.

Šis procesas su pakartotinais bandymais mesti rūkyti ir recidyvais neretai gali užtrukti daugelį metų ir reiškia, kad priklausomybė nuo tabako yra sunkiai įveikiama, o pagalba metančiajam rūkyti kol kas netobula ir nepakankamai efektyvi.

## **7.5. Poveikio taktikos parinkimas**

Pagalbos metantiems rūkyti efektyvumas priklauso ne tik nuo geros diagnostikos, bet ir nuo tinkamos individualios taktikos parinkimo, atsižvelgiant į proceso fazę pagal pateikiamą schemą (1 schema).





Idealiu atveju, kiekvienas pacientas turėtų gauti pagalbą pagal jo poreikį ir pasirengimą ją priimti – nuo patarimo mesti iki specialisto pagalbos.

### 7.5.1. Minimalus poveikis

Minimali intervencija yra daug laiko nereikalaujantis, efektyvus būdas, įgalinantis mažiausiomis laiko sąnaudomis veikti pacientų rūkymo įpročius. Ji pagrįsta patirtimi - jei gydytojas paklausia kiekvieno paciento, ar jis rūko, ir rūkančiam trumpai pataria mesti rūkyti dėl sveikatos, tai 5 proc. tokių paskatintų pacientų sėkmingai meta rūkyti. Jei gydytojas dar pataria, kaip lengviau mesti rūkyti arba įteikia tokio turinio atmintinę, po metų sėkmingai metusiųjų gali būti 10 proc. Toks poveikis pagal keturių „P“ schemą (*Paklausk, Patark, Padėk, Pasek*) nereikalauja specialaus pasirengimo ir dėl minimalių laiko sąnaudų laikomas ekonomiškai efektyviausiu pagalbos metančiam rūkyti būdu.

**„Paklausk“.** Rūkymas yra toks pat svarbus paciento sveikatos aspektas, kaip ir arterinis kraujospūdis ar cukraus kiekis kraujyje. Todėl gydytojas kiekvieno paciento turėtų paklausti apie jo rūkymą ir atsakymus pažymėti ligos istorijoje ar ambulatorinėje kortelėje.

**„Patark“.** Kiekvienam rūkančiam pacientui gydytojas, kaip sveikatos specialistas, turi trumpai ir aiškiai patarti mesti rūkyti visų pirma dėl sveikatos motyvų, esant galimybei juos įvardijant ir/ar susiejant patarimus su paciento sveikatos būkle.

**„Padėk“.** Norinčiam mesti rūkyti vien paragavimo dažniausiai nepakanka; jam reikia bent elementarios pagalbos. Jei rūkantysis nori mesti rūkyti, keletą dalykų galima padaryti iš karto:

- sutarti konkrečią metimo dieną ir parinkti metimo būdą;
- apžvelgti buvusią patirtį ir paanalizuoti, kas labiausiai padėjo, o kas tapo nesėkmingo metimo rūkyti priežastimi;
- įvertinti priklausomybės pobūdį ir laipsnį, indikacijas pakaitinei terapijai nikotinu, sudaryti asmeninį veiksmų planą.

Papildoma informacija gali būti pateikta lankstinukuose ar kituose informaciniuose bei šviečiamuosiuose leidiniuose.

„**Pasek**“. Nutraukus rūkymą, labai svarbu padėti pacientui išvengti atkryčio ir išlikti nerūkančiam. Todėl reikia:

- paskirti papildomą apsilankymo vizitą;
- numatyti galimas problemas ir suplanuoti, kaip jų išvengti;
- paprašyti draugų ir šeimos narių paramos.

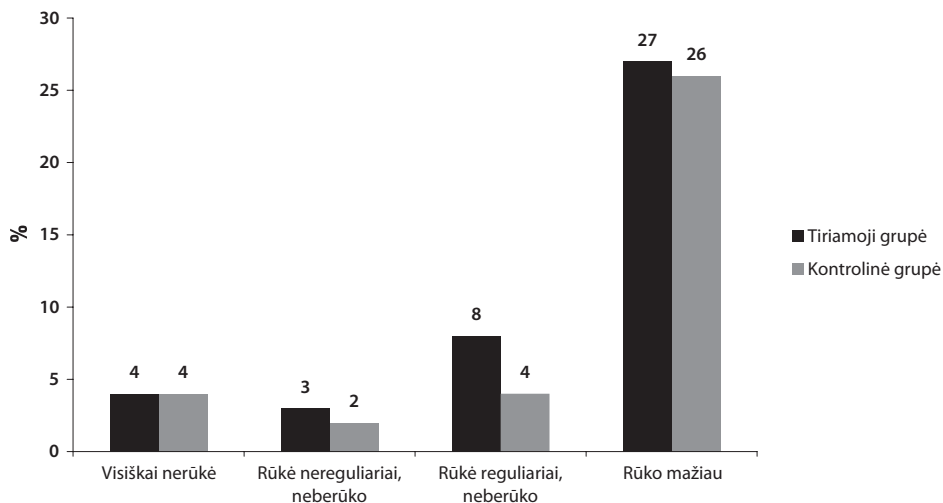
Daugeliui rūkančiųjų nutraukti rūkymą yra lengviau, negu išlikti nerūkančiu, todėl stebėjimas viso metimo rūkyti proceso metu yra svarbus, norint suteikti papildomą pagalbą ir išvengti galimo atkryčio, kurio tikimybė didžiausia pirmaisiais mėnesiais po rūkymo nutraukimo. Stebėjimas - tai ne tik vizito po savaitės, dviejų ar mėnesio paskyrimas, gydymo kontrolė. Esminė šios pagalbos dalis yra psichologinė parama metančiajam rūkyti, padaršinimas, pasitikėjimo savimi sustiprinimas, „užnugario jausmo“ ir „atvirų durų“ (galimybės kreiptis iškilus nenumatytiems sunkumams) suteikimas. Nemažiau svarbu, kad artimieji bei draugai palaikytų metantįjį rūkyti psichologiškai, suprastų, kad jam gali būti nelengva pakešti abstinencijos reiškinius, būtų metančiajam kantrūs ir jį atjaustų, o rūkantieji mestų kartu ar bent susilaikytų nuo rūkymo būdami šalia. Nemaža dalis rūkorių jau būna keletą kartų nesėkmingai bandę mesti rūkyti. Tačiau kvalifikuoti patarimai gali labai sumažinti atkryčio riziką, kuri yra didžiausia pirmaisiais mėnesiais po rūkymo nutraukimo.

Daugumai metusiųjų rūkyti recidyvo išvengti nepavyksta, jiems reikia medikamentinio gydymo ir/ar specialios psichologinės pagalbos.

Įvairių tyrimų duomenimis, 75-80 proc. rūkančiųjų norėtų mesti rūkyti, tačiau ne daugiau kaip 5 proc. pavyksta tai padaryti savarankiškai. Kaip jau buvo minėta, vien tik gydytojo patarimas gali padidinti sėkmę iki 10 proc. Metaanalizės duomenys (*Cochrane duomenų bazė*) parodė, kad pacientams, gavusiems trumpą medikų patarimą, sėkmingo metimo rūkyti šansų santykis išauga 1,69 (95 proc. PI = 1,45 – 1,98), lyginant su tais, kuriems toks patarimas nebuvo suteiktas.

Minimalios intervencijos efektyvumas buvo išbandytas Lietuvoje vykdytame tyrime, kurio metu šeimos gydytojas taikė minimalios intervencijos principus. Buvo nustatyta, kad po 6 mėnesių neberūkė 15 proc. tiriamosios

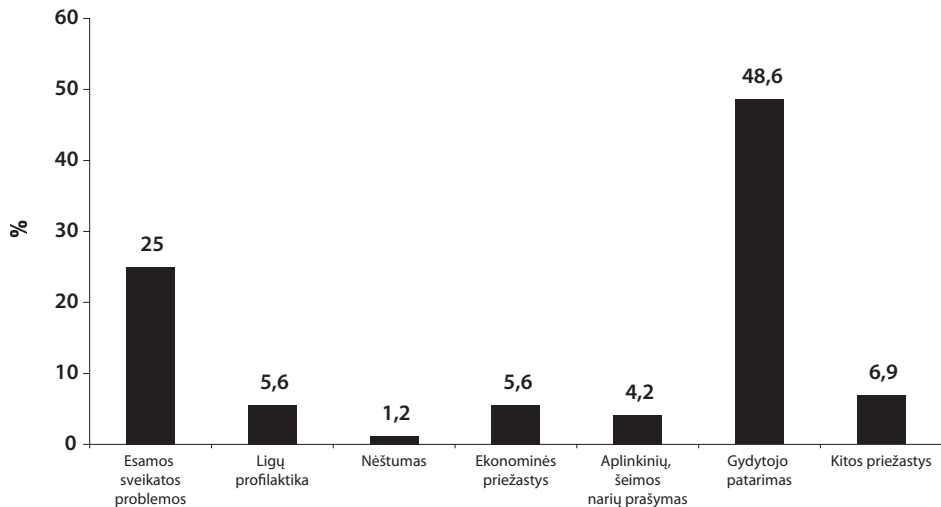
grupės ir 10 proc. kontrolinės grupės pacientų (10 pav.). Toks didelis kontrolinės grupės pacientų metimo procentas galėtų būti paaiškinamas tuo, kad jiems, naudojant specialius klausimynus, buvo nustatinėjama priklausomybė nuo tabako, o ši procedūra galėjo turėti panašų poveikį, kaip ir patarimas mesti rūkyti.



*Neberūkė 11 proc. tiriamosios ir 10 proc. kontrolinės grupės pacientų*

#### **10 pav. Rūkymo pokyčiai po 6 mėn.**

Tai, kad gydytojo vaidmuo labai svarbus, patvirtino ir pacientų nurodyti motyvai, paskatinę apsispręsti dėl metimo rūkyti. Pagrindiniais motyvais buvo įvardinti sveikatos sutrikimai ir gydytojo patarimas (11 pav.)



**11 pav. Pacientų nurodyti motyvai, paskatinę bandyti mesti rūkyti**

## **7.6. Priklausomybės nuo tabako gydymas**

Priklausomybė nuo tabako yra lėtinė recidyvuojanti liga, kurią įveikti be pagalbos pajėgia tik maža dalis rūkančiųjų, o absoliučiai daugumai reikalingas gydymas. Tačiau ir gydymas ne visada veiksmingas; nepriklausomai nuo taikyto metodo, gydymo efektyvumas po metų tesudaro vidutiniškai 20-30 proc. Visgi pagalba metantiems rūkyti yra vienas iš efektyviausių būdų, leidžiančių sumažinti mirčių nuo tabako sukeltų ligų skaičių. Kiekvienas gydytojas, nesugaišdamas daug laiko, gali padėti rūkantiems pacientams pagal minimalios intervencijos principus (žr. anksčiau). Įrodyta, kad vien gydytojo patarimas padidina sėkmingo metimo rūkyti galimybę.

Esant galimybei, norinčiojo mesti rūkyti konsultacijai reikėtų skirti kiek įmanoma daugiau laiko. Patvirtinta, kad egzistuoja tiesioginė priklausomybė tarp konsultacijos trukmės ir metimo rūkyti sėkmingumo. Net ir minimali konsultacija <3 min. sėkmingo metimo šansą padidina iki 1,6 karto, o intensyvi – trunkanti >10 min. – iki 2,7 karto.

### 7.6.1. Priklausomybės nuo tabako gydymo būdai

Kadangi priklausomybė nuo tabako yra ir fizinė, ir psichologinė, sąlygojama ir palaikoma įvairių psichologinių bei socialinių veiksnių, tai ir jos sėkmingam gydymui reikia įvairių metodų bei individualios taktikos. Šiuolaikinė medicina siūlo tokius gydymo būdus:

- **Individuali gydytojo konsultacija**
- **Nikotino pakaitinė terapija:**
  - nikotininė guma;
  - nikotininis pleistras;
  - nikotininės pastilės;
  - nikotininis aerozolis į nosį;
  - nikotininis inhaleris;
  - nikotininės poliežuvinės tabletės.
- **Kiti farmakologiniai preparatai:**
  - vareniklinas;
  - bupropionas;
  - nortriptilinas;
  - raminamieji, stimuliuojantys ir kiti simptominiai vaistai.
- **Psichologinė (psichosocialinė) pagalba:**
  - konsultavimas (aiškinimas-mokymas);
  - psichoterapiniai metodai (kognityvinė terapija, elgesio modifikavimas, hipnozė, autogeninė treniruotė, grupinė terapija);
  - draugų, artimųjų parama.
- **Kiti būdai** (speciali literatūra, akupunktūra, aversinė terapija ir t.t.).

#### Pakaitinė terapija nikotinu

Farmakoterapija pirmiausia indikuotina pacientams su išreikšta fizine priklausomybe nuo nikotino. Nikotinas, pats savaime būdamas psichiką veikianti ir priklausomybę sukelianti medžiaga, gali būti sėkmingai vartojamas gydyti tabako priklausomybę. Tačiau kai kuriems rūkoriaus jo skyrimas gali būti nereikalingas ar net pavojingas. Nikotino preparatai vartotini, kai vyrauja fizinė priklausomybė ir pacientas nepajėgia mesti pats.

Absoliučių kontraindikacijų skirti pakaitinę terapiją nikotinu nėra, tačiau atsargiau reikėtų vertinti pacientus:

- po ūmaus miokardo infarkto (dėl nikotino poveikio kraujagyslėms), su nestabilia krūtinės angina ir kt.;
- surūkančius per parą mažiau nei 10 cigarečių;
- nėščias ir maitinančias mamas;
- rūkančius paauglius.

Neretai išskyla klausimas, ar pacientas netaps priklausomas nuo pakaitinės terapijos nikotinu, jei pradės ją vartoti vietoje rūkymo. Šis klausimas nėra visai korektiškas jau vien todėl, jog pacientas jau yra priklausomas nuo nikotino, tik jį gauna kita forma – rūkydamas. Iš nikotino pakaitalų gaunamas nikotinas yra vienintelė medžiaga, gaunama taikant pakaitinę terapiją nikotinu. Tuo tarpu rūkantysis gauna apie 4000 pavojingų medžiagų, iš kurių tik viena yra nikotinas. Būtent šios medžiagos, o ne nikotinas ir yra labiausiai pavojingos žmogaus organizmui. Visgi buvo atliekami tyrimai, stebint, kiek pacientų po gydymo nebegali nutraukti pakaitinės nikotino terapijos ir lieka vis dar priklausomi nuo nikotino. Tokių pacientų yra apie 5 proc.

### **Nikotininė kramtomoji guma**

Gaminama 2 mg ir 4 mg nikotininė kramtomoji guma. Nikotinas iš kramtomosios gumos patenka į kraują per burnos gleivinę, patenkina nikotino poreikį, sumažina ar pašalina abstinencijos reiškinius. Kramtymo metu vidutiniškai pasisavinama apie 50 proc. kramtomojoje gumoje esančio nikotino. Tai reikėtų turėti omenyje, skiriant ir dozuojant šią pakaitinės terapijos nikotinu formą. Ant cigarečių pakelio yra nurodytas nikotino kiekis, esantis vienoje cigaretėje, deja jis nėra realus. Kiekvienoje cigaretėje yra apie 11 mg nikotino, o rūkant, priklausomai nuo rūkymo įpročių, gaunama apie 1-3 mg nikotino. Visi rūkoriai yra skirtingi, todėl ir rūko skirtingai, vieni traukia giliau ir dažniau, taip gaudami didesnę nikotino kiekį, kiti gi traukia ne taip giliai ir neretai surūko ne visą cigaretę, taip gaudami mažiau nikotino. Taigi ir skirti kramtomąją gumą reikėtų atsižvelgiant į surūkomų cigarečių skaičių bei jų stiprumą (nikotino kiekį). Jei pacientas rūko iki 15 cig./d., patariama pradėti nuo 2 mg, vienu gabalėliu pakeičiant 2-3 cigaretes; jei surūko 15-20 ir daugiau cigarečių, pradedama nuo 4 mg dozės, pakeičiant juo 3-4 cigaretes,

bet ne daugiau 12-15 gabalėlių per dieną. Skiriant šią pakaitinės terapijos nikotinu formą, reikėtų pacientui paaiškinti, kaip kramtyti nikotininę kramtomąją gumą. Nikotinas turi rezorbuotis per burnos gleivinę, todėl patariama kramtyti lėtai, su pertraukomis. Truputį pakramčius gumą reikėtų palaikyti už žando ir tik po kurio laiko vėl trumpam pakramtyti. Neteisinga kramtymo technika ir dozavimas gali sukelti nepageidaujamus reiškinius: galvos skausmą, virškinimo sutrikimus, pykinimą ir kt. Vartojančius pakaitinę nikotino terapiją asmenis reikėtų perspėti tuo pat metu nerūkyti, nes rūkant ir vartojant pakaitinę nikotino terapiją, gauto nikotino dozės sumuojasi, sukeldamos nepageidaujamus pašalinius reiškinius. Pacientams, sergantiems opalige ar gastritais, patariama skirti nikotininį pleistrą, kad nebūtų dirginama skrandžio gleivinė. Rekomenduojama kurso trukmė – 3 mėn. (dozę palaipsniui mažinant).

Nikotininė kramtomoji guma gali būti skiriama rytais kartu su nikotininio pleistru (skiriant 16 val. veikiantį pleistrą), tam, kad patenkinti rytinį nikotino poreikį, kol nikotininis pleistras sukelia pakankamą nikotino koncentraciją kraujyje.

Pastaruju metu užregistruota ir nauja nikotininės kramtomosios gumos vartojimo indikacija. Nikotininė kramtomoji guma gali būti skiriama pacientams, kurie nori palaipsniui mažinti surūkomų cigarečių skaičių ir tuomet mesti rūkyti.

Pradedama mažinti	Toliau mažina	Meta rūkyti	Nutraukia gumos vartojimą
<ul style="list-style-type: none"> <li>rūkantysis nusistato, kiek cigarečių, surūkomų per dieną, jis sumažins (rekomenduojama 50 proc.) ir datą iki kurios tai padarys</li> <li>mažina surūkomų cigarečių kiekį bei vartoja nikotininę kramtomąją gumą</li> <li>jei rūkančiam nepavyksta per 6 savaites sumažinti surūkomų cigarečių kiekio, rekomenduojama specialisto konsultacija</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>rūkantysis toliau mažina surūkomų cigarečių skaičių, vartodamas nikotininę kramtomąją gumą, kol pajunta, kad gali visiškai mesti rūkyti</li> <li>tikslas - nusistatyti konkrečią metimo datą 6 mėnesių laikotarpyje ar anksčiau</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>rūkantysis visiškai atsisako cigarečių. Jei reikia dar 3 mėn. vartoja nikotininę gumą, taip siekdamas sumažinti potraukį rūkyti</li> <li>jei per 9 mėn. vis dar nepavyksta mesti rūkyti, būtina specialisto konsultacija</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>nikotininės kramtomosios gumos vartojimas laipsniškai mažinamas, kol visiškai nustojama vartoti</li> </ul>

### Nikotininis pleistras

Tai pakaitinės terapijos nikotinu forma, kuri užtikrina nikotino patekimą į organizmą per odą 16 val. arba 24 val. per parą, priklausomai nuo formos. Pleistrą vartoti yra patogiu, nes nereikia juo rūpintis visą dieną, užtenka pakeisti tik vieną kartą per parą. Jo efektyvumas iš esmės nesiskiria nuo nikotininės kramtomosios gumos. Tyrimai rodo, kad nikotininis pleistras padvigubina sėkmingo metimo rūkyti galimybę. Priklausomai nuo firmos yra gaminami skirtingos dozės ir veikimo trukmės pleistrai. Dažniausiai

pasitaikantys yra (16 val. veikiantys, 5, 10 ir 15 mg) bei rečiau naudojami (24 val. veikiantys, 7, 14 ir 21 mg) pleistrai. Pacientams, kurie surūko daugiau nei 10 cigarečių per parą, rekomenduojama gydymą pradėti nuo didesnių nikotino dozių. Pacientams su itin išreikšta fizine priklausomybe nikotinui, kai keliamasi rūkyti naktį ir esant išreikštam poreikiui rūkyti ryte, geriau tinka 24 val. veikiantis pleistras; jei naktinis ir rytinis rūkymas nesvarbus – pakanka 16 val. pleistro. Kai priklausomybė stipri, galima vartoti pleistrą kartu su kramtomąja guma (2 mg). Pradėjus vartoti nikotininį pleistrą, maksimali nikotino koncentracija kraujyje pasiekama per 2-3 valandas ir vėliau stabilizuojasi. Nutraukus preparato vartojimą, koncentracija kraujyje pradeda mažėti po 1-2 val. Pacientams reikėtų paaiškinti, kaip ir kur klijuoti pleistrą. Tai turėtų būti neplaukuotos odos sritis (pilvas, vidinis žasto paviršius ar kt.), kur pleistras lengvai priliptų. Rekomenduojama, kad tą vietą dengtų rūbai. Pleistrą reikia klijuoti ant sausos odos, o norint išvengti odos sudirginimo, reikėtų keisti pleistro klijavimo vietą. Palaipsniui nikotino dozė turėtų būti mažinama, pereinant prie mažesnį nikotino kiekį turinčio pleistro. Rekomenduojama kurso trukmė – 3 mėn. (dozę palaipsniui kas mėnesį mažinant).

### **Nikotininis aerozolis į nosį**

Tai preparatas, kuris padeda rūkoriui labai lengvai kontroliuoti į organizmą patenkančio nikotino kiekį. Skirtingai nuo pleistro ir gumos, norima nikotino koncentracija kraujyje pasiekama per 5 min. Su kiekvienu įpurškimu į organizmą patenka apie 0,5 mg nikotino. Ši forma pasiteisina turintiems stiprią fizinę priklausomybę rūkoriams, kadangi rezorbuodamasi nosies gleivinėje gana greitai pašalina abstinencijos simptomus, sukurdamą reikiamą nikotino koncentraciją kraujyje. Rekomenduojama kurso trukmė - 3 mėn.

### **Nikotininis inhaliatorius**

Tai pakaitinė terapija nikotinu, kai išsaugomas rūkymo ritualas, kadangi inhaliatoriaus forma primena cigaretę, o nikotinas į organizmą patenka iš inhaliatoriaus periodiškai įtraukiant nikotino mišinį su mentoliu. Daugiausia nikotino rezorbuojasi burnos gleivinėje. Naudojant šį inhaliatorių ne taip lengva pasiekti norimą nikotino koncentraciją kraujyje, bet jis gali būti labai

veiksmingas manipuliacinį rūkymo tipą turintiems rūkoriams, bei tiems, kuriems labai svarbus pats rūkymo ritualas. Nikotininio inhaliatoriaus bei kramtomosios gumos vartojimas užima laiko bei reikalauja tam tikrų fizinių manipuliacijų, todėl abstinencijos metu iš dalies apsaugo rūkančiuosius nuo persivalgymo ir svorio augimo. Inhaliatorius taip pat yra patogus norint laikinai nerūkyti draudžiamose vietose (lėktuvuose, darbe, teatre ir pan.). Rekomenduojama kurso trukmė – 3 mėn.

### **Poliežuvinės tabletės**

Tai nedidelės po liežuvio dedamos tabletės, kurioms tirpstant nikotinas palaipsniui rezorbuojasi per burnos gleivinę į kraują. Tabletę nurijus skrandyje nikotinas iš jos neišsiskiria. Tokiu atveju reikėtų vartoti naują tabletę. Ši pakaitinės terapijos nikotinu forma taip pat leidžia lengvai ir tiksliai dozuoti į organizmą patenkančio nikotino kiekį. Rekomenduojama kurso trukmė - 3 mėn.

### **Nikotininės pastilės**

Tai savotiškas konkurentas nikotininei kramtomajai gumai. Ši pakaitinės terapijos nikotinu forma panaši į tabletę, kuri dedama už žando ir ten tirpdama palaipsniui rezorbuojasi. Jos nereikia kramtyti, kaip kramtomosios gumos. Šią pakaitinės terapijos nikotinu formą gali rinktis rūkoriai, kurie dėl vienos ar kitos priežasties nenori ar negali vartoti anksčiau išvardintų formų. Pastiles taip pat lengva dozuoti, jos efektyviai šalina nikotininės abstinencijos reiškinius. Rekomenduojama kurso trukmė - 3 mėn.

Įvairios pakaitinės terapijos nikotinu formos gali būti derinamos tarpusavyje. Paprastai tai rekomenduojama rūkoriais, kuriems viena iš formų nepakankamai efektyviai šalina abstinencijos reiškinius. Dažniausiai pasitaikantis ir rekomenduojamas derinys yra nikotininis pleistras su bet kuria kita pakaitinės terapijos nikotinu forma, užtikrinantis greitą nikotino patekimą į kraują. Dažnai kartu naudojamas pleistras ir kramtomoji guma. Pleistras užtikrina stabilią nikotino koncentraciją kraujyje, o papildomos priemonės naudojamos tik esant labai stipriam norui rūkyti. Skiriant keletą pakaitinės terapijos nikotinu formų, reikia atsižvelgti į nikotino dozę. Ji neturėtų viršyti iš cigarečių gauto nikotino kiekio.

## Vareniklinas

Vareniklino tartratas yra pirmasis vaistais (ne nikotino pagrindu), sukurtas specifiskai priklausomybei nuo tabako gydyti. Būdamas nikotino receptorių agonistas ir antagonistas, vareniklinas turi dvejopą poveikį.

Vareniklinas yra geriamas medikamentas, kurio dozė didinama palaipsniui.

1-3 dienos	0,5 mg vieną kartą per parą
4-7 dienos	0,5 mg du kartus per parą
Nuo 8 dienos iki gydymo pabaigos	1 mg du kartus per parą

Pacientas turi pasirinkti datą, kada mes rūkyti. Varenikliną reikia pradėti vartoti 1-2 sav. prieš šią datą. Pacientai, kurie netoleruoja nepageidaujamo poveikio, gali laikinai ar nuolat vartoti mažesnę 0,5 mg vareniklino dozę du kartus per parą. Rekomenduojama gydymo trukmė 12 sav. Pacientams, kurie sėkmingai metė rūkyti 12 savaitės pabaigoje, apgalvojus galima skirti papildomą 12 sav. gydymo vareniklinu 1 mg dozė du kartus per parą kursą.

Nutraukus priklausomybės nuo rūkymo gydymą, rizika, kad pacientas vėl pradės rūkyti, iš pradžių padidėja. Pacientams, kuriems yra didelė atkryčio rizika, reikia numatyti, kaip palaipsniui sumažinti dozę.

*Senyvi pacientai.* Senyviems pacientams dozės keisti nebūtina. Šiems ligoniams inkstų funkcijos sutrikimo tikimybė yra didesnė, taigi skiriant vaistinį preparatą, reikia įvertinti senyvo paciento inkstų būklę.

*Vaikai ir paaugliai.* Vareniklino nerekomenduojama vartoti vaikams ar jaunesniems nei 18 metų paaugliams, nes duomenų apie saugumą ir veiksmingumą nepakanka.

*Kontraindikacijos.* Padidėjęs jautrumas veikliajai arba bet kuriai pagalbinei vaistinio preparato medžiagai.

*Sąveika su kitais vaistiniais preparatais ir kitokia sąveika.* Remiantis

vareniklino savybėmis ir iki šiol sukaupta klinikinė patirtimi, kliniškai reikšmingos vareniklino sąveikos su kitais vaistiniais preparatais nebuvo. Vareniklino ir kartu vartojamų toliau išvardintų vaistinių preparatų dozės rekomenduojama nekeisti. Tyrimų *in vitro* duomenimis, farmakokinetinės vareniklino sąveikos su medžiagomis, visų pirma metabolizuojamomis veikiant citochromo P450 izofermentams, nesitikima. Be to, vareniklino metabolizmas lemia mažiau nei 10 proc. joklirenso, taigi veikliosios medžiagos, kurios veikia citochromo P450 sistemą, vargu, ar gali keisti vareniklino farmakokinetiką, taigi keisti vareniklino dozės greičiausiai neprireiks. Tyrimai *in vitro* parodė, kad gydomoji vareniklino koncentracija baltymų pernašos žmogaus inkstuose neslopina. Taigi pro inkstus išsiskiriančių veikliųjų medžiagų (pvz., metformino, žr. toliau) farmakokinetikos vareniklinas greičiausiai neveikia.

*Vartojimas kartu su kitais vaistiniais preparatais, kuriais gydoma priklausomybė nuo tabako:*

Bupropionas. Vareniklinas bupropiono pusiausvyros apykaitos farmakokinetikos neveikė.

Nikotino pakeičiamoji terapija (NPT). Rūkoriais, 12 dienų vartojusiems varenikliną kartu su transderminiu NPT, statistiškai reikšmingai sumažėjo paskutinę tyrimo dieną išmatuotas vidutinis sistolinis kraujospūdis (vidurkis – 2,6 mmHg). Šiame tyrime, vartojant minėtus vaistinius preparatus kartu, dažniau, palyginti su vienu NPT, pasireiškė pykinimas, galvos skausmas, vėmimas, galvos svaigimas, dispepsija ir nuovargis.

*Alkoholis.* Klinikinių tyrimų duomenys apie galimą vareniklino sąveiką su alkoholiu riboti.

Ar saugu ir veiksminga varenikliną vartoti kartu su kitais vaistiniais preparatais, kuriais gydoma rūkymo priklausomybė, netirta.

*Nėštumo ir žindymo laikotarpis.* Reikiamų duomenų apie vareniklino vartojimą nėštumo metu nėra. Su gyvūnais atlikti tyrimai parodė toksinį poveikį reprodukcijai. Galimas pavojus žmogui nežinomas. Vareniklino nėštumo metu vartoti negalima. Ar vareniklino prasiskverbia į motinos

pieną, nežinoma. Su gyvūnais atlikti tyrimai parodė, kad vareniklino prasiskverbia į patelių pieną. Sprendimą dėl žindymo arba jo nutraukimo ir vareniklino vartojimo arba jo nutraukimo reikia priimti, įvertinus žindymo naudą kūdikiui ir gydymo vareniklinu naudą motinai.

*Nepageidaujamas poveikis.* Rūkymo nutraukimas (gydant ir negydant) susijęs su įvairiais simptomais. Ligoniams, bandantiems mesti rūkyti, buvo įvairių sutrikimų, pavyzdžiui: disforinė ar prislėgta nuotaika, nemiga, dirglumas, nusivylimas ar pyktis, nerimas, dėmesio sukaupimo sutrikimas, nerimastingumas, širdies ritmo sulėtėjimas, apetito padidėjimas ar svorio padidėjimas. Nei vertinant tyrimų su vareniklinu planą, nei analizuojant duomenis, nebuvo mėginama atskirti nepageidaujamų reiškinių, susijusių su gydymu vaistiniu preparatu, nuo reiškinių, greičiausiai susijusių su nikotino vartojimo nutraukimu. Apskritai, jeigu pasireiškė nepageidaujamos reakcijos, atsiradusios per pirmąją gydymo savaitę, dažniausiai jos buvo lengvos ar vidutinio sunkumo, jų dažnis nepriklausė nuo amžiaus, rasės ar lyties.

Pacientams, vartojusiems rekomenduojamą 1 mg dozę du kartus per parą po to, kai dozė buvo palaipsniui padidinta, dažniausiai stebėtas nepageidaujamas reiškinys buvo pykinimas (28,6 proc.). Daugeliu atveju pykinimas pasireiškė ankstyvuojų gydymo laikotarpiu, buvo lengvas ar vidutinio sunkumo ir, nutraukus gydymą, išnyko savaime. Bendras nutraukimo dėl pašalinių reiškinių dažnis beveik prilygo placebo.

Gydymo vareniklinu nutraukimo dėl nepageidaujamų reiškinių dažnis buvo 11,4 proc., palyginti su 9,7 proc. placebo grupėje. Varenikliną vartojusių pacientų grupėje gydymo nutraukimo dėl dažniausiai pasireiškusių nepageidaujamų reiškinių priežastys buvo šios: pykinimas, galvos skausmas, nemiga ir sapnų sutrikimas. Dėl pykinimo varenikliną nutraukė vartoti tik 3proc. pacientų.

### **Bupropionas**

Bupropionas pirmiausia buvo sukurtas kaip antidepresantas, o jo veiksmingumas, padedant mesti rūkyti, buvo pastebėtas atsitiktinai. Tai pirmasis nenikotininis preparatas, kuris buvo licencijuotas JAV, Kanadoje ir daugelyje Europos valstybių.

Tikslus veikimo metimą rūkyti palengvinantis mechanizmas nėra žinomas. Kaip antidepresantas, bupropionas veikia blokuodamas atgalinius dopamino ir/ar noradrenalino siurblius. Vienkartinai pavartojus 150 mg bupropiono dozę, maksimali koncentracija kraujo plazmoje pasiekama per 3 val. Bupropionas gerai susiriša su kraujo plazmos baltymais ir yra metabolizuojamas iki trijų aktyvių metabolitų. Skilimo pusperiodis - 18-19 valandų.

Standartinė preparato dozė yra 300 mg parai, dozę padalinant per du kartus. Gydomo trukmė 7-12 sav. Pirmąsias dvi dienas skiriama 150 mg per parą. Po savaitės, pasiekus terapinę dozę, rūkymas nutraukiamas. Kai kurie tyrimai rodo, kad žymaus efektyvumo skirtumo, skiriant 150 mg ir 300 mg terapines dozes visą gydymo laiką, nerasta. Todėl, atsižvelgiant į konkretų atvejį, galima skirti gydymą mažesnėmis dozėmis. Dozę sumažinus iki 100 mg parai, ypač sustiprėdavo abstinencijos reiškiniai.

Šis preparatas yra patrauklus pacientams dėl to, kad mesti rūkyti reikia ne iš karto pradėjus vartoti preparatą. Rūkymo data pasirenkama pirmųjų dviejų savaičių laikotarpiu. Tačiau visuomet išlieka rizika, kad pacientas, vartodamas šį preparatą, taip ir nebandys mesti rūkyti. Jei pacientas nemeta rūkyti 7 savaičių laikotarpiu, preparato skyrimą rekomenduojama nutraukti.

Metantiems rūkyti bupropionas sumažina svorio priaugimo galimybę.

Bupropionas skiriamas tik gydytojo ir parduodamas tik pagal receptą, kadangi yra palyginti nemaža pašalinių poveikių tikimybė. Skiriant šį preparatą išlieka potenciali jo ir citochromo P450 2B6 koenzimo sąveikos tikimybė. Be to, bupropionas slopina koenzimo 2D6 aktyvumą. Šis koenzimas metabolizuoja kai kuriuos antidepresantus (triciklinius antidepresantus bei selektyvius serotonino siurblio inhibitorius), beta-blokatorius, antiaritminius ir antipsichotinius preparatus. Todėl reikėtų atsargiai skirti bupropioną su šiais preparatais.

Bupropionas kontraindikuotinas pacientams su traukuliniu sindromu, sirgusiems ar sergantiems nervine anoreksija ar bulimija, vartojusiems

monoaminooksidazės inhibitorius. Traukulių rizika labai padidėja šioms pacientų grupėms:

- anamnezėje turintiems galvos smegenų traumas ir traukulius;
- piktnaudžiaujantiems alkoholiu;
- kartu vartojantiems antidepresantus, antipsichotinius preparatus, teofiliną ar kortikosteroidus;
- staigiai nutraukiantiems benzodiazepinų vartojimą.

Dažniausiai pasitaikantys bupropiono pašalinio veikimo reiškiniai yra nemiga ir galvos skausmas. Rečiau stebimas burnos džiūvimas, galvos svaigimas. Labai retais atvejais stebimos odos alerginės reakcijos.

Bupropioną galima derinti su PTN. Tyrimų duomenimis, vienas iš geriausių terapinių rezultatų pasiekiamas kombinuojant bupropioną ir nikotininį pleistrą.

### Nortriptilinas

Nortriptilinas taip pat yra antrojo pasirinkimo vaistas, gydant tabako priklausomybę. Dviejose studijose buvo patvirtintas jo teigiamas gydymo efektas. Tačiau šis antidepresantas gali būti skiriamas tik prižiūrint gydytojui. Jis, kaip ir klonidinas, rekomenduojamas tik tiems pacientams, kurie negali vartoti PTN ar bupropiono. Rekomenduojama pradinė dozė yra 25 mg parai, palaipsniui didinant iki 75-100 mg parai. Gydymo trukmė 12 savaičių.

### Atsargumas skiriant medikamentus priklausomybei nuo tabako gydyti

Kiekviena medikamentinė priemonė turi savo nišą bei gydymo indikacijas ir kontraindikacijas. Todėl kiekvienu atveju gydytojas privalo atsižvelgti į preparato skyrimo galimybes ir įvertinti galimas neigiamas pasekmes. ***Tačiau nereikėtų pamiršti ir to, kad tolimesnis rūkymas sukelia daug didesnius sveikatos pažeidimus, bei susirgimus, nei galimi laikini medikamentų vartojimo pašaliniai reiškiniai.***

Teoriškai **nikotino pakaitinė terapija** turi mažiausiai kontraindikacijų, tačiau vis tik gydytojas turėtų atsižvelgti į paciento būklę, prieš skiriant nikotino preparatus. Atsargiau reikėtų vertinti pacientus po infarkto, insulto ir kitos kraujagyslinės patologijos, nes nikotinas gali sukelti kraujagyslių

spazmus ir pakartotinius kraujotakos sutrikimus. Nikotininė kramtomoji guma nerekomenduotina skrandžio ligomis (gastritais, opalige, GERL) sergantiems pacientams, nes iš kramtomosios gumos išsiskyęs ir nuryjamas nikotinas gali sudirginti gleivinę bei paūminti uždegiminius procesus. Be to nikotino preparatų nereikėtų skirti pacientams, kuriems pagal Fagerstromo testą nenustatoma fizinė priklausomybė nuo nikotino. Pacientams, kurie neturi išreikšto poreikio rūkyti naktį, reikėtų vengti skirti 24 val. veikiančius nikotininius pleistrus.

**Bupropionas ir vareniklinas** yra naujausi priklausomybei nuo tabako gydyti skirti medikamentai, todėl ir žinių apie juos kol kas turima mažiausiai. Abu jie neturi savo sudėtyje nikotino, todėl kontraindikacijos, kurios įvardinamos nikotino pakaitinės terapijos preparatams, šiems vaistams nėra aktualios. **Bupropionas** yra antidepresantas, todėl jį reikėtų skirti pacientams, kuriems greta priklausomybės nuo tabako yra pastebimi ir nuotaikos sutrikimai, tačiau dėl savo apetitą mažinančio poveikio bupropionas neskirtinas anoreksija ir bulimija sergantiems pacientams. Viena iš didžiausių baimių dėl bupropiono skyrimo pasaulyje buvo susijusi su padidėjusia traukulių rizika, todėl skiriant bupropioną didesnę dėmesį reikėtų skirti neurologinės patologijos anamnezei ir detaliau įvertinti riziką. Dėl savo poveikio į centrinę nervų sistemą bupropionas atsargiai skirtinas pacientams vairuojantiems ir dirbantiems su sudėtingais įrengimais.

Naujausias vaistas gydant šią patologiją yra **vareniklinas**. Natūralu, kad ir patirtis skiriant šį medikamentą kol kas yra mažiausia. Pastaruoju metu pasirodė diskusijos apie tai, kad vareniklinas galimai gali padidinti savižudybės riziką ar išprovokuoti psichikos susirgimų paūmėjimą. Klinikėse studijose tokio efekto nebuvo užfiksuota. Matyt natūralu būtų galvoti, kad tarp milijonų vareniklino vartotojų pasitaikė depresijos paūmėjimo atvejų ir net savižudybės atvejų. Bet tokios problemos pasitaiko ir nevartojančių vareniklino populiacijoje. Buvo pastebėta, kad depresija, mąstymas apie savižudybę ir savižudiškas elgesys bei bandymas žudytis pasireiškė po vaistinio preparato patekimo į rinką pacientams, mėginusiems mesti rūkyti, vartojant varenikliną. Prasidėjus tokiems simptomams, ne visi pacientai buvo metę rūkyti ir ne visi pacientai prieš pradėdant gydymą turėjo psichikos sutrikimų.

Todėl gydytojas turi perspėti pacientą, kad mėginant mesti rūkyti, gali atsirasti žymių depresijos simptomų, ir tinkamai patarti pacientui. Jeigu pasireiškia ažitacija, depresinė nuotaika arba gydytojas, pacientas, šeimos nariai ar paciento globėjai pastebi elgesį, kuris kelia susirūpinimą, arba pacientui kyla minčių apie savižudybę ar pasireiškia savižudiškas elgesys, reikia nedelsiant nutraukti vareniklino vartojimą.

Depresinė nuotaika, retais atvejais susijusi su mąstymu apie savižudybę ir bandymu žudyti, gali būti nikotino vartojimo nutraukimo simptomas. Be to, rūkymo nutraukimas, vartojant ar nevartojant farmakologines priemones, buvo susijęs su esamų psichikos sutrikimų pasunkėjimu (pvz., depresija). Vareniklino saugumas ir veiksmingumas pacientams, kurie serga sunkiomis psichikos ligomis, pavyzdžiui, šizofrenija, bipoliniu sutrikimu ar didžiosios depresijos sutrikimu, nenustatytas. Pacientus, kuriems anksčiau buvo psichikos sutrikimų, reikia gydyti atsargiai ir tokius pacientus reikia tinkamai informuoti. Ligonių, sergančių epilepsija, gydymo vareniklinu patirties nėra. Iki 3 proc. pacientų vareniklino vartojimo nutraukimas baigiant gydymą buvo susijęs su dirglumo padidėjimu, noru užsirūkyti, depresija ir (ar) nemiga. Skiriantis gydymą gydytojas apie tai turi informuoti pacientą ir aptarti ar numatyti dozės sumažinimo palaiptoniui būtinybę.

Įvairūs tyrinėjimai parodė, kad rūkymas pats savaime didina kai kurių psichikos sutrikimų ar net savižudybės riziką. Metant rūkyti daliai rūkančiųjų pasireiškia nerimastingumas, miego sutrikimai, košmariški sapnai, depresiškumas ir kt. Tokie patys simptomai buvo nustatyti ir kai kuriems bupropionu, NPT ir vareniklinu gydytiems pacientams, todėl labai sunku pasakyti, kurie iš šių simptomų ar pašalinių reškinių yra sukelti paties medikamento, o kurie yra tiesiog nikotino abstinencijos išprovokuoti reiškiniai.

### **Medikamentinių priemonių efektyvumo palyginimas**

Kaip ir buvo minėta, kiekvienu atveju gydytojas nusprendžia, kokia priemonė metančiam rūkyti pacientui yra svarbiausia. Tačiau dažniausias pacientų užduodamas klausimas yra „o kokia tikimybė, kad aš mesiu rūkyti vartodamas šitą medikamentą“. Priklausomybės nuo tabako

gydymo efektyvumą tyrinėjantys mokslininkai jau kelis metus diskutuoja apie tai, kodėl santykinai žemas priklausomybei nuo tabako gydyti skirtų medikamentų efektyvumas. Tačiau derėtų pastebėti, kad be jokios pagalbos ir medikamentinio ar kitokio gydymo savo pastangomis meta rūkyti tik 3-5 proc. rūkančių, todėl medikamentinio gydymo pagalba apsiekiamas keliasdešimties procentų metimo rūkyti efektyvumas jau yra didelis laimėjimas. Be to, keliami hipotezė, kad santykinai žemas gydymo efektyvumas gali būti nulemtas ir to, kad skiriams nepakankamas dėmesys priklausomybės nuo tabako diagnostikai ir medikamentai skiriami bet kaip ir bet kam.

Vis tik klinikinės studijos, kuriose buvo atliekami priklausomybei nuo tabako gydyti skirtų medikamentų klinikinio efektyvumo tyrimai nustatė skirtumus tarp skirtingų medikamentų. Pastarųjų metų metaanalizės duomenys parodė, kad didžiausiu klinikiu efektyvumu gydant priklausomybę nuo tabako pasižymėjo vareniklinas, tiek lyginant jį su placebo grupe, tiek su bupropionu, tiek su gydymu nikotino produktais. Kai kurių palyginamųjų studijų duomenys pateikiami 5 lentelėje.

**5 lentelė. Medikamentų, skirtų priklausomybei nuo tabako gydyti efektyvumo palyginimas.**

<i>Medikamentas</i>	<i>Sėkmingo metimo rūkyti šansų santykis, lyginant su placebo po 12 mėn.</i>	<i>PI 95 % (pasikliautinis intervalas)</i>
Vareniklinas	2.82	2.06-3.86
Bupropionas	1.77	1.19-2.63
Nikotino pleistras	1.75	1.49-2.05

## Kiti medikamentai

Jeigu pacientas nevartoja nikotino preparatų arba jie nepakankamai sumažina abstinencijos reiškinius, gali būti indikuotinas trumpalaikis simptominis gydymas ir kitais vaistais – esant padidintam nerimui, miego sutrikimams, hipotonijai, kosuliui ir kitiems nusiskundimams nutraukus rūkymą. Trumpas dieninių trankviliantų, kitų raminančių ar lengvų augalinės kilmės stimuliantų skyrimas gali pagerinti savijautą bei darbingumą ir sumažinti atkryčio riziką.

Metus rūkyti neretai sustiprėja sausas kosulys, būna sunkiau atsikosėti. Tokiais atvejais skirtini atsikosėjimą lengvinantys vaistai.

## Kiti būdai

Žinomi ir kiti pagalbos metantiems rūkyti metodai – hipnozė, akupunktūra (refleksoterapija), aversinė (sukelianti pasibjaurėjimą rūkymu) terapija ir kt., tačiau jie retai naudojami, nes yra brangūs, o jų efektyvumas nepakankamas.

Pastaruoju metu vis labiau populiarėja speciali norintiems mesti rūkyti skirta literatūra. Viena iš tokių yra *Alen'o Car'o* knyga „Lengvas būdas mesti rūkyti“. Tokioje literatūroje rūkioriams prieinama kalba pateikiama informacijos apie rūkymą kaip reiškinį bei patarimų, kaip keisti savo elgseną ir sustiprinti metimo motyvaciją. Tokia literatūra neabejotinai palengvintų sveikatos specialistų darbą ir galėtų būti rekomenduojama pacientams, norintiems mesti rūkyti.

Nepriklausomai nuo taikyto pagalbos metančiajam rūkyti metodo, atokieji rezultatai (po vienerių metų) paprastai neviršija 20-30 proc., nors baigus gydymo kursą gali būti 50-70 proc. ir daugiau. Sunku ne tiek mesti rūkyti, kiek išlikti nerūkančiu, todėl recidyvų profilaktika yra svarbi viso pagalbos metančiajam rūkyti proceso dalis. Pacientas turi išmokti gyventi be cigaretės, apseiti be jos stresinėse ir kitose rūkymą provokuojančiose situacijose; jam ilgai gali būti reikalinga artimųjų, draugų ir gydytojo psichologinė parama.

## 7.7. Psichologinė pagalba metančiajam rūkyti

Psichologiniu požiūriu metimas rūkyti yra savotiška netektis, kuri, kaip ir visos netektys gali kelti liūdesį, pyktį, nuotaikos pablogėjimą ir tuštumos jausmą. Nors iš pirmo žvilgsnio rūkymas ir neatrodo itin reikšmingu žmogaus kasdienybės atributu, jo atsisakant tenka prisitaikyti prie nemažų gyvenimo pokyčių. Dažnam metančiajam rūkyti tenka koreguoti kasdieninio gyvenimo įgūdžius - mokytis bendrauti, dirbti, atsipalaiduoti ar ilsėtis be cigaretės. Tai nėra paprasta, nes ilgainiui rūkymas, kaip ir bet koks kitas dažnai kartojamas veiksmas, „automatizuojasi“ ir tampa mažai įsisąmoninamas. Siekiant kontroliuoti šiuos automatiškus veiksmus, tenka įdėti nemažai pastangų. Tai nėra lengva. Dėl patiriamų pokyčių pablogėjusią emocinę savijautą pirmosiomis savaitėmis dar labiau apsunkina nemalonūs nikotino stygiaus sukelti pašaliniai efektai - padidėjęs dirglumas, mieguistumas ir greitas nuovargis, sunkumai sukaupiant dėmesį, galvos skausmai ir kt. Taigi tuo pačiu metu tenka „kovoti dviem frontais“ - tvarkytis su fizinėmis ir su psichologinėmis rūkymo pasekmėmis. Nors šie nemalonūs reiškiniai trumpalaikiai, jų veikiamas žmogus gali pradėti abejoti dėl savo sprendimo. Tokiais momentais pasitikėjimas savimi susvyruoja, ima atrodyti, kad jėgų priešintis potraukiui daugiau nebėra, norisi į viską numoti ranka ir vėl griebtis cigaretės. Parama ir palaikymas – geriausia pagalba, kokią žmogui galima pasiūlyti tokiose situacijose. Tyrimai rodo, kad gydant nuo rūkymo priklausomybės, net minimalios psichologinės intervencijos gali labai sumažinti atkryčio tikimybę.

Psichologinė pagalba itin svarbi tais atvejais, kai netaikomas palaikomasis medikamentinis gydymas arba stipriai išreikšta psychosocialinė priklausomybė. Tačiau, kaip rodo patirtis, profesionalios psichologinės pagalbos metančiajam rūkyti prireikia gana retai. Daugeliu atvejų reikiamą pagalbą metančiajam pajėgūs suteikti artimieji ir konsultuojantis gydytojas. Kadangi rūkymas dažnai yra būdas psichinei būklei reguliuoti (stimuliuojantis ir/ar raminantis rūkymo tipas), jį sėkmingai gali pakeisti relaksacija, autogeninė treniruotė ar kiti psichinės savireguliacijos būdai.

**Elementari psichologinė parama** nereikalauja specialaus pasirengimo ar žinių. Kiekvienam emocinius sunkumus išgyvenančiam žmogui svarbiausia

išsisakyti ir būti išklausytam. Tam užtenka keletu minučių ramaus ir nevertinančio pokalbio, kurio metu „girdimi“ ne tik paciento žodžiai, bet ir jausmai, jautriai ir nesmerkiant priimama viskas, kas pasakyta. Vien pripažinimas, kad mesti rūkyti yra sunku, atjautimas ir padaršinimas, gali tapti tuo reikiamu „užnugariu“, kuris padės atgauti prarastas jėgas ir toliau siekti užsibrėžto tikslo. Palaikomąjį poveikį sustiprina pokalbio metu rodomi neverbaliniai priėmimo ir pagarbos ženklai (linksėjimas galva, dėmesinga poza ir pan.). Pasiteiravimas telefonu, kaip sekasi nerūkyti, gali padėti pacientui įveikti abstinencijos sunkumus. Taip pat svarbu pagalbos tęstinumo užtikrinimas, paliekant metančiam „atviras duris“ ir galimybę kreiptis pagalbos iškilus naujiems sunkumams, ar pakartotino vizito paskyrimas. Tokia pagalba neužima daug laiko ir turėtų būti teikiama minimalaus poveikio rėmuose. Ją galėtų suteikti ne tik gydytojas, bet ir kvalifikuota slaugytoja. Teikiant pagalbą pravartu susipažinti su svarbiausiomis paciento asmeninio gyvenimo aplinkybėmis, kurios gali pasunkinti arba palengvinti metimo rūkyti eigą (pvz., reikšmingi gyvenimo įvykiai, darbo ir buitines sąlygos, šeiminė padėtis, paramos galimybės pacientui artimoje aplinkoje ir kt.).

**Patarimai, kaip palengvinti abstinenciją**, naudingi visais atvejais, nepriklausomai nuo kitų taikomų gydymo būdų. Metančiam rūkyti pacientui labai svarbu žinoti, kaip jis pats gali sau padėti įveikti stiprų norą rūkyti. Įkyrios mintis apie rūkymą padeda įveikti užimtumas, mėgstama veikla, darbas, mankšta, pasivažinėjimas dviračiu ar kitoks fizinis aktyvumas, vandens procedūros, kvėpavimo pratimai, kramtomoji guma, ledinukai, gabalėlis šokolado, stiklinė vandens, sulčių ar kito gėrimo bei daugelis kitų paprastų dėmesį nukreipiančių veiksnių. Svarbu pacientui priminti, jog metant rūkti naudinga daugiau pasigilinti į save, savo pomėgius ir pasiieškoti maloniausios, geriausiai atpalaiduojančios veiklos. Patarimus, kaip palengvinti rūkymo abstinencijos sukeltas pasekmes, pravartu patalpinti gydymo įstaigos laukiamajame (stenduose, skrajutėse ar atmintinėse). Toks papildomo informavimo šaltinis padės racionaliau panaudoti gydytojų ir kito medicinos personalo laiką.

**Su įpročiu rūkyti susijusio elgesio keitimas.** Tam, kad būtų galima

sėkmingai keisti su rūkymo įpročiais susijusį elgesį, reikia jį pažinti. Rūkančiojo elgesio įvertinimas yra pageidautinas visais atvejais, tačiau individuali diagnostika (rūkymo tipo nustatymas) reikalauja papildomo laiko ir specialaus pasirengimo.

Tačiau net ir be specialios diagnostikos pacientui galima padėti pažinti ir keisti kai kuriuos elgesio stereotipus. Reikėtų atkreipti paciento dėmesį į asmeninius rūkymo įpročius, padėti išsiaiškinti laiką, žmones, veiklas ir situacijas, kurios stimuliuoja poreikį rūkyti, pavyzdžiui, pabudus ryte, išeinant iš namų, geriant kavą, bendraujant su tam tikrais žmonėmis, kalbant telefonu, atėjus į darbą, susinervinus ir pan. Tokioms situacijoms galima pasiruošti iš anksto ir jas koreguoti. Pavyzdžiui, jei rūkoma tik pabudus, galima nustatyti žadintuvą 10-15 min. vėliau, kad nebeliktų laiko rūkyti; jei užsirūkoma kiekvieną kartą geriant kavą, galima pasiūlyti laikinai pakeisti kavą arbata, apgalvoti, kaip atsisakyti rūkymo susitikus nuolatinius rūkymo partnerius, kaip pertvarkyti įprastinę dienotvarkę, stengtis būti visą laiką užsiėmus.

Jei nustatytas manipuliacinis rūkymo tipas, patartina po ranka turėti kokį daiktą ar žaisliuką, kuris pakeistų cigaretę. Tuo metu, kai kiti rūko, galima pasiūlyti panašioje aplinkoje gerti sultis ar arbatą. Automatinio rūkymo tipo atveju, patartina ap sunkinti cigarečių prieinamumą, pavyzdžiui, pašalinti jas iš vietų, kur jos įprastai būdavo laikomos, išmesti žiebtuvėlius. Tinka visos priemonės, kurios padeda sutrikdyti mažai įsisąmoninamus ritualus ir pagelbėja pacientui geriau suvokti savo veiksmus. Sunkiausia rasti alternatyvas hedoniško rūkymo atveju, nes toks rūkymas yra susijęs su tam tikra vertybine orientacija, kuri greitai nesikeičia. Tokiais atvejais paprastai patariama vieną malonumą pakeisti kitu: saldumynais, skaniu patiekalu, įvairiais savęs apdovanojimais ir paskatinimais.

**Motyvacijos sustiprinimas.** Metimo rūkyti sėkmė didžiąja dalimi priklauso nuo to, kuo baigiasi kova tarp individualios motyvacijos ir priklausomybės stiprumo. Joks gydymas nebus sėkmingas, jei asmuo nebus pakankamai motyvuotas. Todėl labai svarbu, kad gydytojas ar kitas padedantis personalas gebėtų įvertinti viena ir kita. Vertinant paciento motyvaciją svarbu atsiminti, kad:

- motyvacija ir priklausomybės stiprumas siejasi tarpusavyje. Silpniausia motyvacija paprastai pasižymi „sunkūs“ rūkoriai ir nereguliariai rūkantys asmenys. Pirmieji neretai būna praradę pasitikėjimą savo gebėjimu nugalėti rūkymo įprotį, antrieji – pernelyg optimistiškai mano, kad panorėję bet kada lengvai tai padarytų;
- motyvacija nuolat keičiasi ir ją labai stipriai veikia tai, kas vyksta „čia ir dabar“ pacientui artimoje aplinkoje;
- noro mesti rūkyti stiprumas, kurį pacientas išsako klinikinio interviu metu, ne visada atspindi tikruosius paciento ketinimus.

Dėl šių priežasčių paciento motyvacijos palaikymas ir stiprinimas turėtų būti tęsiamas viso gydymo proceso metu. Gydytojo dėmesys, paskatinimas, trumpi, aiškūs ir įtaigūs patarimai gydymo proceso metu daugeliui pacientų yra labai reikšmingi. Tačiau daugeliui nepakankamai motyvuotų rūkančių pacientų reikia papildomo pokalbio, norint padėti susivokti prieštaringuose rūkymo-nerūkymo motyvuose ir apsispręsti. Kalbant apie nerūkymo motyvaciją, galima pasinaudoti šia pokalbio schema:

- išsiaiškinkite asmeninius metimo rūkyti motyvus („Kodėl apie tai pradėjote galvoti dabar?“; „Ar anksčiau esate bandę mesti rūkyti?“; „Kodėl nepavyko?“);
- išsiaiškinkite, kaip pacientas suvokia būsimą metimo rūkyti naudą, kokio „atpildo“ už pastangas tikisi („Kas pasikeis Jūsų gyvenime?“; „Kokia Jums iš to bus nauda?“). Labai svarbu įvertinti, ar realistiški šie lūkesčiai ir aptarti tai su pacientu;
- išsiaiškinkite, kaip pacientas suvokia būsimas kliūtis ir sunkumus;
- reflektuokite, apibendrinkite paciento požiūrį, nedarydami kategoriškų išvadų ir nekeldami sąlygų;
- atsiminkite, kad pacientas gydymo rekomendacijų laikysis tik tuomet, kai suvokiama pasirinkimo nerūkyti nauda bus didesnė už suvokiamą „kainą“. Padėdami ieškokite argumentų, kurie sustiprintų suvokiamą naudą, ar/ir aptarkite, kaip galima būtų sumažinti numatomas kliūtis bei joms pasiruošti. Pavyzdžiui, jei pacientas nerimauja dėl galimo svorio padidėjimo, pakalbėkite apie galimas svorio kontrolės alternatyvas.

Pokalbio metu svarbu nepamiršti, kad pacientas pats atsakingas už savo problemą ir sėkmingiausiai ją išsprendžia, jei sprendimą priima pats; reikia vengti didaktikos, griežtų reikalavimų ir nurodymų, kurie gali sukelti paciento gynybinę reakciją ir neigimą.

**Relaksacija, autogeninė treniruotė ir kiti psichinės savireguliacijos būdai** galėtų būti naudingi daugumai metančiųjų rūkyti ne tik kaip galimybė nusiraminti, atsipalaiduoti, pagerinti miegą ir sumažinti kitus abstinencijos požymius, bet ir kaip metodas, padedantis keisti elgesį ir padidinantis kryptingos savitaigos efektyvumą. Tačiau autogeninė treniruotė, meditacija ar jos praktika reikalauja iš asmens tam tikrų žinių ir įgūdžių, todėl pravartu kabinete ar laukiamajame turėti informaciją, kur to būtų galima pasimokyti.

**Artimųjų ir draugų parama** metančiajam rūkyti svarbi visais atvejais, bet ypatingai tada, kai pacientui nustatomas socialinis rūkymo tipas arba pokalbio metu paaiškėja, kad jam reikšmingas aplinkinių rūkymas ir, kad jis jau buvo išprovokavęs atkrytį. Abstinencijos metu pakinta metančiojo rūkyti psichinė būklė, nerimas, dirglumas, nervingumas susilpnina pajėgumą kontroliuoti savo elgesį. Neatspariems aplinkinių įtakai pacientams reikia patarti mesti kartu su draugu ar kitais artimais žmonėmis, pagal galimybes pasirūpinti, kad namuose, darbe ir tarp draugų nebūtų rūkoma. Sutarties sudarymas, lažybos, dalyvavimas konkurse ar kitokie išsipareigojimai gali sustiprinti apsisprendimą ir padėti pacientui išvengti atkryčio.

## **7.8. Sąlygos, turinčios įtakos metimo rūkyti sėkmei**

1. Noras mesti rūkyti: norinčiam mesti rūkyti gali padėti visi būdai, nenorinčiam – joks.
2. Aiškūs metimo motyvai:
  - sveikatos pagerinimas ar išsaugojimas (nerūkantys mažiau serga ir gyvena ilgiau);
  - pinigų taupymas (vidutiniškai 1000-3000 litų per metus);
  - geras pavyzdys kitiems (savo vaikams, moksleiviams, pacientams ir pan.);

- estetiškas (dingsta nemalonūs kvapas iš burnos, peleninių, patalpose);
  - ekologiškas (sumažėja aplinkos ir patalpų oro tarša);
  - psichologiškas (valios ugdymas, savivertės pagerinimas).
1. Žinojimas, kaip palengvinti abstinenciją (užimtumas, fizinis aktyvumas, ko nors čiulpimas ar kramtymas, vandens gėrimas, relaksacija ir kt.).
  2. Artimųjų ir draugų parama (lengviau mesti kartu su artimu žmogumi, draugu; paprašius aplinkinių, kad būtų kantrūs pacientui abstinencijos periodu, nerūkytų jo akivaizdoje).

#### **Sėkmingą metimą rūkyti apsunkina:**

- stipriai išreikšta priklausomybė nikotinui (stiprūs abstinencijos reiškiniai anksčiau buvusių bandymų mesti rūkyti metu; surūkoma >20 cigarečių per parą; pirma cigaretė ryte surūkoma per 30 min. nuo pabudimo);
- psichiatrinės patologijos komorbiditai (buvusi ar esama depresija, šizofrenija, alkoholizmas ar priklausomybė kitoms narkotinėms medžiagoms);
- aukštas patiriamas streso lygis (ypač stiprūs stresogeniniai veiksniai ar traumuojuojantys pokyčiai gyvenime: skyrybos, darbo pakeitimas ar praradimas, artimo žmogaus netektis, vedybos ir kt.).

#### **Antsvorio problema**

Metus rūkyti, dėl išnykusio nikotino poveikio CNS bei atsistačiusio skonio ir uoslės receptorių jautrumo, pagerėja apetitas ir nemaža dalis metančiųjų rūkyti priauga svorio. Į tai ypač jautriai reaguoja moterys, kurioms svorio didėjimas beveik dvigubai sumažina sėkmingo metimo tikimybę. Todėl gydytojai turėtų atkreipti į tai dėmesį, aptarti su pacientu dietą ir kitas priemones, galinčias sumažinti svorio padidėjimo riziką.

#### **7.8.1. Patarimai, kaip išvengti antsvorio ir nutukimo**

Kad svoris nedidėtų, būtina išlaikyti pusiausvyrą tarp gautos su maistu ir išsvotos energijos. Todėl pacientui reikia patarti sveikai maitintis ir

didinti fizinį aktyvumą.

#### **Sveikos mitybos patarimai:**

- valgyti daugiau vaisių ir daržovių, taip pat rupaus malimo grūdinių produktų, nes juose yra daug maistinių skaidulų, kurios energijos nesuteikia, bet didina sotumo jausmą, pripildydamos skrandį ir žarnyną, lėtina gliukozės koncentracijos kraujyje didėjimą pavalgį; be to, vaisiuose ir daržovėse yra daug vitaminų ir mineralinių medžiagų;
- rečiau valgyti didelės energinės vertės maisto produktų, turinčių daug riebalų ir cukraus;
- vartoti tik liesą mėsą, valgyti paukštieną be odos, vengti riebių dešrų ir kitų mėsos gaminių;
- valgyti žuvį, nes ji turi daug baltymų ir mažai riebalų;
- vengti riebių sriubų ir padažų;
- gerti liesą pieną ir kefyrą (1 proc. riebumo), valgyti liesą varškę ir varškės sūrius, rečiau vartoti riebius fermentinius sūrius ir grietinę;
- rečiau vartoti konditerijos gaminių (sausainių, bandelių, pyragaičių);
- vengti saldumynų (saldainių, šokolado), mažiau vartoti cukraus;
- užkandžiams pasirinkti vaisius ir daržoves, nevartoti šokoladinių batonėlių, bulvių traškučių, bandelių, skrudintų riešutų ir kitų daug energijos teikiančių produktų;
- gerti vandenį, vengti vaisvandenių, nes juose yra daug cukraus (500 ml Coca Colos yra 200 kalorijų);
- nevartoti alkoholinių gėrimų.

#### **Fizinio aktyvumo didinimas:**

- mankštintis kasdien bent po 30 min. (galima kelis kartus per dieną po 15 min.);
- fizinis krūvis turėtų būti vidutinio intensyvumo, kad pagreitėtų kvėpavimas ir atsirasų prakaitavimas;
- pasirinkti patinkamą fizinę veiklą (vaikščioti, bėgioti, važiuoti dviračiu, dirbti sode ir kt.

Fizinės veikos metu išekvojama energija, stiprėja raumenys, sudeginami riebalai.

### Valgymo įpročių keitimas:

- valgyti dažnai (bent 5 kartus per dieną), bet po mažai;
- būtinai pusryčiauti;
- valgant neskubėti, gerai sukramtyti maistą;
- maistą dėti į mažas lėkštes, kad atrodytų daugiau;
- valgant nežiūrėti televizoriaus, neskaityti laikraščių;
- išgerti stiklinę vandens prieš valgį;
- pavalgius tuoj pat išėiti iš kambario ir išplauti indus;
- į parduotuvę eiti pavalgius, sudaryti reikiamų produktų sąrašą;
- skaityti ant pakuočių pažymėtą informaciją apie maisto produkto energinę vertę;
- vengti pusfabrikačių, nes jie paprastai būna riebus;
- gaminant maistą naudoti nesvylančias keptuves, mikrobanges krosneles, garintuvus, kad reikėtų mažiau riebalų;
- išmokti kontroliuoti maitinimąsi pobūvių, švenčių, atostogų, išvykų metu.

## 7.9. Specialios pacientų grupės

*Lytis.* Tyrimai rodo, kad tabako priklausomybės gydymas yra efektyvus tiek vyrams, tiek moterims. Tačiau kai kurie gydymo metodai yra mažiau efektyvūs moterims nei vyrams. Tai gali būti susiję su didesniu moterų polinkiu į depresiją, svorio augimo problemomis, menstruacijų ciklu ir kt. Tačiau nepaisant šių skirtumų, medikamentinio gydymo taktika paprastai nesiskiria.

*Nėštumas.* Kiekvienai nėščiajai turi būti patariama mesti rūkyti jau pirmojo apsilankymo pas gydytoją metu, nes ilgesnė rūkymo ekspozicija yra tiesiogiai susijusi su žala vaisiui. Nėščiosioms pirmiausia turėtų būti patariama mesti rūkyti pasinaudojant nemedikamentine pagalba, siekiant maksimaliai sumažinti riziką vaisiui. Ir tik toms, kurioms nepavyksta to padaryti be medikamentų, rekomenduojamas medikamentinis gydymas. Nereikia bijoti skirti nikotino pakaitalų, nes rūkančioji ir taip visą laiką gaudavo nikotino, tik kartu su tūkstančiais kitų pavojingų sveikatai medžiagų. Metus rūkyti ankstyvoje nėštumo fazėje, rizika vaisiui sumažėja iki minimumo.

*Vaikai ir paaugliai.* Ši pacientų grupė taip pat turėtų gauti adekvačią pagalbą metant rūkyti. Tiek pediatrai, tiek šeimos gydytojai turėtų paklausti nepilnamečių pacientų apie jų rūkymo įpročius bei patarti mesti rūkyti. Gydytojas gali skirti PTN ar kitus medikamentus tabako priklausomybei gydyti, jei yra kliniškai nustatoma priklausomybė nikotinui ir abstinencijos reiškiniai nutraukiant rūkymą. Taip pat gydytojai turėtų kalbėtis su suaugusiais pacientais, turinčiais vaikų, apie pasyvaus rūkymo įtaką vaiko sveikatai.

*Psichikos ligoniai.* Tarp pacientų, turinčių psichikos sutrikimų, rūkymas sutinkamas dvigubai dažniau nei bendroje populiacijoje. Pacientams, turintiems valios, nuotaikos, asmenybės ir kitų sutrikimų, neretai sunkiau sekasi rasti tinkamą motyvą nutraukti rūkymą. Pacientams su psichikos patologija, ypač turintiems valios sutrikimų, net ir metus rūkyti sunku išlikti nerūkius ilgesnį laiką, todėl šiems pacientams ypač dažni atkryčiai. Dėl šių ir kitų priežasčių net ir stacionare šiems pacientams nerekomenduojama griežtai drausti rūkyti.

---

---

## 8. Medicinos darbuotojo vaidmuo vykdant tabako kontrolę

Gydytojo, kaip ir kiekvieno medicinos darbuotojo, vaidmenį vykdant tabako kontrolę apsprendžia jo profesinė ir moralinė pareiga padėti sergančiam žmogui. Tačiau kol kas tik nedaugelis gydytojų ir rūkančiųjų pripažįsta rūkymą liga, o rūkantįjį – ligoniu, sergančiu priklausomybės liga. Nemažai medikų patys rūko ir yra priklausomi nuo tabako. Todėl pirmiausia medicinos darbuotojai turėtų būti geriau informuoti apie įvairius tabako problemos aspektus, pakeisti įprastinį požiūrį į rūkymą, kaip elgesio normą, ir pripažinti, kad tabako vartojimas ne tik sukelia įvairias ligas, bet ir pats yra liga – kaip alkoholizmas ar priklausomybė nuo kitų narkotikų, ir todėl rūkymo plitimas turėtų kelti ne mažesnę medikų susirūpinimą nei kitų narkomanijų plitimas. Požiūrio į rūkymą pasikeitimas yra būtina prielaida ir elgesio pakeitimui. Koks turėtų būti medikų požiūris ir kokių veiksmų medicinos darbuotojai turėtų imtis prieš tabako vartojimą, visapusiškai išreikšta Europos Medicinos darbuotojų sąjungos prieš rūkymą chartijoje, parengtoje daugiau kaip prieš dešimtį metų.

**EUROPOS MEDICINOS DARBUOTOJŲ SAJUNGOS  
„R Ū K Y M A S ar S V E I K A T A“  
CHARTIJA**

Kaip gydytojas ar medicinos darbuotojas,

**Aš suprantu, kad rūkymas yra kenksmingas:**

- rūkantiems,
- tiems, kurie gyvena su jais,
- visuomenei.

**Aš žinau, kad tabakas yra narkotikas**, sukeliantis ir psichologinę, ir farmakologinę priklausomybę.

**Aš esu pasiruošęs padėti rūkantiems, kurie nori mesti:**

- paskatindamas juos atsisakyti šio įpročio,
- patardamas tinkamą gydymą,
- psichologiškai juos paremdamas sunkiu atpratimo nuo rūkymo metu.

**Aš pasiryžęs veikti:**

- vengdamas rūkymo pats ir būdamas nerūkymo pavyzdžiu,
- neleisdamas rūkyti laukiamajame (ar kitose mano žinioje esančiose patalpose),
- patardamas nerūkyti savo pacientams ir jų šeimos nariams,
- dalyvaudamas sveikatos mokyme, ypač jaunų žmonių,
- įtikinédamas žmones, kad jie liktų nerūkančiais.

**Aš suvokiu savo atsakomybę** ne tik prieš ligonius, bet ir prieš tautą. Aš reikalauju, kad Vyriausybė imtųsi veiksmingų profilaktikos priemonių.

Mes, Europos gydytojai ir medicinos darbuotojai, esame tvirtai pasiryžę palaikyti šios chartijos išsipareigojimus ir vienyti kovoje prieš rūkymą, kaip svarbiausią pašalinamą ligotumo ir mirtingumo priežastį.

---

---

## 9. Priedai

### Priedas Nr.1

#### Rekomenduojami anamnestiniai klausimai

1. Jūsų sveikata:  
1) *Gera*                      2) *Patenkinama*      3) *Bloga*
2. Kiek Jums buvo metų, kai pradėjote rūkyti kasdien?
3. Kiek metų rūkote?
4. Kiek rūkote cigarečių per dieną?
5. Ką rūkote?  
1) *Cigaretes (kokias?)* 2) *Kita*
6. Pastaruoju metu rūkote?  
1) *Daugiau*                  2) *Mažiau*                  3) *Tiek pat*
7. Ar rūkote ryte nevalgęs?  
1) *Dažnai*                  2) *Kartais*                  3) *Ne*
8. Ar rūkote prabudęs naktį?  
1) *Dažnai*                  2) *Kartais*                  3) *Ne*
9. Ar rūkote prieš miegą?  
1) *Dažnai*                  2) *Kartais*                  3) *Ne*
10. Kiek kartų bandėte mesti rūkyti?
11. Kiek laiko išbuvote nerūkęs?  
1) *Paskutinį kartą*      2) *Priešpaskutinį kartą*
12. Kokiu būdu bandėte mesti?
13. Ar vartojote vaistus? Kokius?
14. Ar vaistai padėjo mesti?
15. Kokius sunkumus patyrėte mesdamas?
16. Kodėl pradėjote vėl rūkyti?
17. Ką laikote nesėkmės priežastimi?

18. Ar dažnai išgeriate?

1) *Visai negeriu*

2) *Retai (kelis kart per metus)*

3) *Kartą-du per mėnesį*

4) *Kartą per savaitę*

5) *Dažnai*

19. Ar laikote save nervingu?

1) *Labai*

2) *Vidutiniškai*

3) *Ne*

20. Ar vargina nemiga?

1) *Dažnai*

2) *Kartais*

3) *Miegu gerai*

21. Ar jaučiate nervinę įtampą?

1) *Dažnai*

2) *Kartais*

3) *Retai*

22. Kas dar rūko Jūsų šeimoje?

23. Ar rūko Jūsų bendradarbiai?

1) *Dauguma*

2) *Kai kurie*

3) *Nerūko*

24. Ar rūko Jūsų draugai?

1) *Dauguma*

2) *Kai kurie*

3) *Nerūko*

25. Kodėl norite mesti rūkyti?

## Priedas Nr. 2

### Fagerstromo klausimynas

Klausimas	Atsakymas	Balai
1. Kada surūkote savo pirmą cigaretę, nubudęs ryte?	Per 5 min.	3
	Po 6-30 min.	2
	Po 31-60 min.	1
	Po 60 min.	0
2. Ar Jums sunku susilaikyti nerūkius vietose, kur rūkyti draudžiama?	Taip	1
	Ne	0
3. Kurios cigaretės Jūs labiausiai nenorėtumėte atsisakyti?	Pirmosios rytinės	1
	Bet kurios kitos	0
4. Kiek cigarečių surūkote per dieną?	31 ir daugiau	3
	21-30	2
	11-20	1
	10 ar mažiau	0
5. Ar pirmosiomis valandomis po prabudimo Jūs rūkote daugiau negu kitu dienos metu?	Taip	1
	Ne	0
6. Ar Jūs rūkote kai sergate ir didesnę dalį dienos praleidžiate lovoje?	Taip	1
	Ne	0

Sudėkite pabrauktus skaičius.....

### Priedas Nr.3

#### Klausimynas rūkymo tipui nustatyti

Įvertinkite kiekvieną teiginį, užbraukdami labiausiai Jums tinkancio atsakymo skaičių. Pvz., jei aprašyta būseną ar situacija Jums pasitaiko visada ar beveik visada, užbraukite skaičių 5, jeigu kartais – skaičių 3, ir t. t. Įvertinkite <u>VISUS</u> teiginius.	V I S A D A	D A Ž N A I	K A R T A I S	R E T A I	N I E K A D A		
A	Parūkęs jaučiuosi budresnis ir energingesnis	5	4	3	2	1	A
B	Paprastai rūkau tik patogiai įsitaisęs	5	4	3	2	1	B
C	Rūkymas suteikia pasitikėjimo savimi bendraujant	5	4	3	2	1	C
D	Man patinka žaisti cigarete	5	4	3	2	1	D
E	Pasibaigus cigaretėms nenurimstu, kol jų negaunu	5	4	3	2	1	E
F	Pastebiu, kad rūkau, bet neatsimenu, kada užsirūkiau	5	4	3	2	1	F
G	Užsirūkau, kai susinervinu arba supykstu	5	4	3	2	1	G
A	Rūkau daugiau, kai įtemptai dirbu	5	4	3	2	1	A
B	Man labiausiai patinka rūkyti ramiai ilsintis	5	4	3	2	1	B
C	Būdamas tarp žmonių rūkau žymiai daugiau	5	4	3	2	1	C
D	Man patinka stebėti išpučiamus dūmus	5	4	3	2	1	D
E	Mane kankina noras rūkyti, kai kurį laiką nerūkau	5	4	3	2	1	E
F	Užsidegu cigaretę pamiršęs, kad tik ką rūkiau	5	4	3	2	1	F
G	Užsirūkau, kai jaučiuosi prislėgtas ir neramus	5	4	3	2	1	G
A	Rūkymas padeda man nugalėti nuovargį	5	4	3	2	1	A
B	Daugiau rūkau, kai viskas sekasi ir nuotaika gera	5	4	3	2	1	B
C	Rūkant man lengviau bendrauti su žmonėmis	5	4	3	2	1	C
D	Aš rūkau, nes man patinka ką nors turėti burnoje	5	4	3	2	1	D
E	Kai nerūkau, nuolat prisimenu cigaretę	5	4	3	2	1	E
F	Užsirūkau automatiškai, to net nepastebėdamas	5	4	3	2	1	F
G	Užrūkau, kai man liūdna ir noriu užsimiršti	5	4	3	2	1	G

Užbrauktus skaičius įrašykite į langelius ir sudėkite

A  +  +  =

B  +  +  =

C  +  +  =

D  +  +  =

E  +  +  =

F  +  +  =

G  +  +  =

## Priedas Nr.4

# PASAULIO SVEIKATOS ORGANIZACIJOS TABAKO KONTROLĖS PAGRINDŲ KONVENCIJA

### Preambulė

Šios konvencijos Šalys,

*pasiryžusios* teisę saugoti visuomenės sveikatą laikyti prioritetine,

*pripažindamos*, kad tabako epidemijos paplitimas yra pasaulinė problema, turinti sunkių pasekmių visuomenės sveikatai ir reikalaujanti kuo platesnio tarptautinio masto bendradarbiavimo bei veiksmingo, tinkamo ir visapusiško visų valstybių reagavimo,

*kartu su tarptautine bendruomene susirūpinusios* tabako vartojimo ir priverstinio kvėpavimo tabako dūmais kenksmingu poveikiu sveikatai ir aplinkai bei socialinėmis ir ekonominėmis pasekmėmis visame pasaulyje,

*labai susirūpinusios* visame pasaulyje didėjančiu cigarečių ir kitų tabako gaminių vartojimu ir gamyba, ypač besivystančiose šalyse, taip pat našta, dėl šių priežasčių tenkančia šeimoms, neturintiems žmoniems ir nacionalinėms sveikatos apsaugos sistemoms,

*pripažindamos*, kad moksliniais tyrimais nedviprasmiškai įrodyta, jog tabako vartojimas ir priverstinis kvėpavimas tabako dūmais sukelia mirtį, ligas bei neįgalumą, ir kad nuo rūkymo bei kitų tabako gaminių vartojimo pradžios iki jo sukeltų ligų pradžios esama tam tikro laiko tarpo,

*taip pat pripažindamos*, kad cigaretės ir kai kurie kiti tabako turintys gaminiai yra sukurti taip, kad sukeltų ir palaikytų priklausomybę, kad daugelis iš juose esančių junginių ir jų dūmai yra farmakologiškai aktyvūs, toksiški, mutageniški bei kancerogeniški, ir kad priklausomybė nuo tabako svarbiausiose tarptautinėse ligų klasifikavimo sistemose išskiriama kaip atskiras sutrikimas,

*patvirtindamos*, jog esama aiškių mokslinių įrodymų apie tai, kad nėščios moters kvėpavimas tabako dūmais neigiamai veikia vaiko sveikatą ir raidą,

*smarkiai susirūpinusios* tuo, kad visame pasaulyje vis daugiau ir vis jaunesnių vaikų bei paauglių rūko ir kitokiomis formomis vartoja tabaką,

*sunerimusios* dėl to, kad visame pasaulyje vis daugiau moterų ir jaunų merginų

rūko bei kitokiomis formomis vartoja tabaką, ir atsižvelgdamos į tai, kad moterys turi visais lygiais dalyvauti nustatant bei įgyvendinant veiklos kryptis ir kad būtina sukurti atskiras moterims ir vyrams tabako kontrolės strategijas,

*smarkiai susirūpinusios* tuo, kad mažos tautelės daug rūko ir kitomis formomis vartoja tabaką,

*labai susirūpinusios* dėl poveikio, kurį daro bet kokia reklama ir rėmimas, skatinantys vartoti tabako gaminius,

*pripažindamos*, kad būtina imtis bendrų veiksmų norint panaikinti neteisėtą cigarečių ir kitų tabako gaminių prekybą visomis formomis, taip pat šių gaminių kontrabandą, neteisėtą gamybą ir klastojimą,

*pripažindamos*, kad visų lygių tabako kontrolei, ypač besivystančiose ir pereinamosios ekonomikos šalyse, reikia pakankamai finansinių ir techninių išteklių, atitinkančių dabartinius ir numatomus tabako kontrolės poreikius,

*pripažindamos*, kad reikia sukurti tam tikrus mechanizmus, įtvirtinančius ilgalaikes socialines ir ekonomines sėkmingai įgyvendinamų tabako paklausos mažinimo strategijų pasekmes,

*atsižvelgdamos* į socialinius ir ekonominius sunkumus, kurių vidutinės trukmės ar ilgesnį laikotarpį gali kilti kai kuriose besivystančiose ir pereinamosios ekonomikos šalyse, vykdančiose tabako kontrolės programas, ir pripažindamos, kad šių šalių nacionalinėms tvaraus vystymosi strategijoms reikalinga techninė bei finansinė pagalba,

*vertindamos* daugelio valstybių atliekamą tabako kontrolės darbą, Pasaulio sveikatos organizacijos vadovaujamąjį vaidmenį, taip pat Jungtinių Tautų sistemos organizacijų ir padalinių bei kitų tarptautinių ir regioninių tarpvyriausybinių organizacijų pastangas tobulinti tabako kontrolės priemones,

*pabrėždamos* nevyriausybinių organizacijų ir kitų pilietinės visuomenės narių, nesusijusių su tabako pramone, tarp jų sveikatos priežiūros profesinių organizacijų, moterų, jaunimo, aplinkos apsaugos ir vartotojų grupių, akademinių ir sveikatos priežiūros institucijų konkretų indėlį į nacionaliniu bei tarptautiniu mastu vykdomą tabako kontrolę ir jų dalyvavimo šioje srityje didžiulę svarbą,

*pripažindamos*, kad būtina budriai stebėti tabako pramonės ketinimus pakirsti ar susilpninti tabako kontrolę, ir turėti informaciją apie tabako pramonės veiklą, kuri kenkia tabako kontrolės įgyvendinimui,

*prisimindamos* Jungtinių Tautų Generalinės Asamblėjos 1966 m. gruodžio 16 d. priimto Tarptautinio ekonominių, socialinių ir kultūrinių teisių pakto 12 straipsnį,

kuriame sakoma, kad kiekvienas žmogus turi teisę turėti kuo geriausią fizinę ir psichinę sveikatą,

*taip pat prisimindamos* Pasaulio sveikatos organizacijos įstatų preambulę, kurioje sakoma, kad teisė būti kuo geriausios sveikatos yra viena pagrindinių kiekvieno žmogaus teisių be jokios diskriminacijos rasės, religijos, politinių įsitikinimų, ekonominio arba socialinio statuso pagrindu,

*pasiryžusios* skatinti tabako kontrolės priemones, grindžiamas šiuolaikiniais ir esminiais mokslo, technikos bei ekonomikos principais,

*prisimindamos*, jog Jungtinių Tautų Generalinės Asamblėjos 1979 m. gruodžio 18 d. priimta Konvencija dėl visų formų moterų diskriminacijos panaikinimo numato, kad šios konvencijos Šalys turi imtis visų reikiamų priemonių moterų diskriminacijai sveikatos priežiūros srityje panaikinti,

*taip pat prisimindamos*, jog Jungtinių Tautų Generalinės Asamblėjos 1989 m. lapkričio 20 d. priimta Vaiko teisių konvencija numato, kad šios konvencijos Šalys pripažįsta vaiko teisę būti kuo geresnės sveikatos,

s u s i t a r ė:

## I DALIS. ĮVADAS

### 1 straipsnis Sąvokos

Šioje konvencijoje:

a) „neteisėta prekyba“ – bet kokia įstatymų draudžiama praktika ar veiksmai, susiję su gamyba, siuntimu, gavimu, turėjimu, platinimu, pardavimu ar pirkimu; taip pat praktika bei veiksmai, padedantys tokiai veiklai;

b) „regioninė ekonominės integracijos organizacija“ – organizacija, kurią sudaro kelios nepriklausomos valstybės ir kuriai jos narės yra perdavusios kompetenciją keletu klausimų, taip pat ir įgaliojimus priimti šiais klausimais jos valstybėms narėms privalomus sprendimus<sup>1</sup> ;

c) „tabako reklama ir pardavimo skatinimas“ – bet kokios formos komercinis pranešimas, rekomendacija ar veiksmas, kurio tikslas, poveikis ar galimas poveikis – tiesiogiai ar netiesiogiai skatinti tabako gaminių pardavimą arba tabako vartojimą;

d) „tabako kontrolė“ – pasiūlos, paklausos ir žalos mažinimo strategijos, kuriomis siekiama pagerinti gyventojų sveikatą panaikinant ar sumažinant tabako gaminių

vartojimą ir priverstinį kvėpavimą tabako dūmais;

e) „tabako pramonė“ – tabako gamintojai, didmenininkai ir tabako gaminių importuotojai;

f) „tabako gaminiai“ – tai, kas pagaminta iš tabako lapų žaliavos, taip pat gaminiai, į kurių sudėtį įeina ši žaliava, skirti rūkyti, čilpti, kramtyti ar uostyti;

g) „tabako rūmimas“ – prisidėjimas bet kokia forma prie bet kokio renginio, veiklos ar asmens siekiant tiesiogiai ar netiesiogiai skatinti didesnę tabako ar jo gaminių vartojimą.

## **2 straipsnis**

### **Šios konvencijos ir kitų susitarimų bei teisės dokumentų sąsaja**

1. Siekiant geriau apsaugoti žmonių sveikatą, Šalys skatinamos įgyvendinti ir kitas priemones, ne tik tas, kurių reikalaujama šioje konvencijoje ir jos protokoluose; jokia šių dokumentų nuostata nekliudo Šaliai taikyti griežtesnius reikalavimus, neprieštaraujančius jų nuostatomis ir atitinkančius tarptautinę teisę.

2. Konvencijos nuostatos ir jos protokolai neturi jokio poveikio Šalių teisei sudaryti dvišalius ar daugiašalius susitarimus, įskaitant regioninius ir subregioninius susitarimus konvencijos ir jos protokolų esminiais ar papildomais klausimais, jei tokie susitarimai neprieštarauja Šalių įpareigojimams pagal šią konvenciją ir jos protokolus. Apie tokius susitarimus atitinkamos Šalys praneša Šalių konferencijai per sekretoriata.

## **II DALIS. TIKSLAS, VADOVAVIMOSI PRINCIPAI IR BENDRIEJI ĮPAREIGOJIMAI**

### **3 straipsnis**

#### **Tikslas**

Šios konvencijos ir jos protokolų tikslas – sukurti pagrindus tabako kontrolės priemonėms, kurias Šalys turi taikyti nacionaliniu, regioniniu ir tarptautiniu lygiu, siekdamas nuolat ir sparčiai mažinti tabako vartojimą bei priverstinį kvėpavimą tabako dūmais, kad apsaugotų dabartinę ir būsimą kartą nuo kenksmingo tabako vartojimo ir priverstinio kvėpavimo tabako dūmais poveikio sveikatai ir aplinkai bei socialinių ir ekonominių pasekmių.

## 4 straipsnis Vadovavimosi principai

Siekdamos šios konvencijos ir jos protokolų tikslų bei įgyvendindamos jos nuostatas, Šalis *inter alia* vadovaujasi šiais principais:

1. Kiekvienas asmuo turėtų būti informuotas apie tabako vartojimo ir priverstinio kvėpavimo tabako dūmais pasekmes sveikatai, priklausomybės nuo jų skatinamąjį poveikį ir mirties pavojų; atitinkamais vyriausybės lygiais turėtų būti svarstomos veiksmingos įstatyminės, vykdomosios, administracinės ir kitokios priemonės, kuriomis būtų siekiama visus žmones apsaugoti nuo tabako dūmų.

2. Norint nacionaliniu, regioniniu ir tarptautiniu mastu sukurti ir remti daugelyje sektorių plačiai taikomas priemones ir koordinuotai reaguoti, būtinas stiprus politinis ryžtas, apimantis:

a) poreikį imtis priemonių, kad visi žmonės būtų apsaugoti nuo priverstinio kvėpavimo tabako dūmais;

b) poreikį imtis bet kurios formos priemonių, kuriomis būtų siekiama, kad žmonės nepradėtų vartoti tabako gaminių, skatinamas ir palaikomas tabako gaminių vartojimo nutraukimas ir vartojimo mažinimas;

c) poreikį imtis priemonių, kad vietos gyventojai ir jų bendruomenės būtų skatinami prisidėti prie tabako kontrolės programų, socialiniu ir kultūros atžvilgiu atitinkančių jų poreikius ir lūkesčius, rengimo, įgyvendinimo bei vertinimo;

d) poreikį kuriant tabako kontrolės strategijas imtis priemonių, kad būtų atskirai įvertinta tabako vartojimo keliama grėsmė moterims ir vyrams.

3. Svarbi šios konvencijos dalis – tarptautinis bendradarbiavimas, ypač technologijų, žinių, atitinkamos patirties perdavimas ir finansinė pagalba, kad atsižvelgiant į vietos kultūrinius, socialinius, ekonominius, politinius ir teisinius ypatumus būtų parengtos ir įgyvendintos veiksmingos tabako kontrolės programos.

4. Svarbiausios priemonės siekiant įgyvendinti visuomenės sveikatos principus ir sumažinti sergamumą, ankstyvąjį neįgalumą ir mirštamumą dėl tabako vartojimo ar priverstinio kvėpavimo tabako dūmais – tai reagavimas ir visapusiškos daugiasektorinės priemonės, kuriomis mažinamas visų tabako gaminių vartojimas nacionaliniu, regioniniu ir tarptautiniu lygiu.

5. Svarbi visapusiškos tabako kontrolės dalis – su atsakomybe susiję klausimai, kuriuos kiekviena Šalis nustato pagal savo jurisdikciją.

6. Taip pat turėtų būti pripažinta besivystančių ir pereinamosios ekonomikos šalių, kurios yra šios konvencijos Šalys, tabako augintojams bei tabako pramonės darbuotojams, kurių pragyvenimui didelį poveikį daro tabako kontrolės programos, pereinamuoju laikotarpiu teikiamos techninės ir finansinės pagalbos svarba, į kurią reikėtų atsižvelgti diegiant tvaraus šalies vystymosi strategijas.

7. Siekiant konvencijos ir jos protokolų tikslų, esminę reikšmę turi pilietinės visuomenės dalyvavimas.

## **5 straipsnis** **Bendrieji įpareigojimai**

1. Kiekviena Šalis, atsižvelgdama į šią konvenciją ir jos protokolus, kurių šalis ji yra, rengia, įgyvendina, nuolatos atnaujina ir persvarsto daugiasektorines nacionalines tabako kontrolės strategijas, planus ir programas.

2. Šiuo tikslu kiekviena Šalis pagal savo galimybes:

a) steigia arba stiprina ir finansuoja nacionalinį koordinavimo mechanizmą arba pagrindinius tabako kontrolės centrus;

b) patvirtina bei įgyvendina reikiamas įstatymines, vykdomąsias, administracines ir (arba) kitokias priemones bei prireikus bendradarbiauja su kitomis Šalimis, nustatydamos atitinkamas politikos kryptis tam, kad užkirstų kelią arba sumažintų tabako vartojimą, priklausomybę nuo nikotino ir priverstinį kvėpavimą tabako dūmais.

3. Nustatydamos ir įgyvendindamos savo sveikatos politikos kryptis, susijusias su tabako kontrole, Šalys pagal savo nacionalinę teisę stengiasi apsaugoti jas nuo komercinių ir kitų tabako pramonės interesų.

4. Šalys bendradarbiauja formuluodamos siūlymus dėl šios konvencijos ir jos protokolų įgyvendinimo priemonių, procedūrų bei rekomendacijų.

5. Šalys, siekdamos šios konvencijos ir jos protokolų, kurių šalys jos yra, tikslų, bendradarbiauja su kompetentingomis tarptautinėmis ir regioninėmis tarpyvriausybinėmis organizacijomis bei kitomis institucijomis.

6. Šalys pagal savo išteklius ir galimybes, taikydamos dvišalius ir daugiašalius finansavimo mechanizmus, bendradarbiauja ieškodamos finansinių išteklių šiai konvencijai veiksmingai įgyvendinti.

### **III DALIS. PRIEMONĖS TABAKO PAKLAUSAI MAŽINTI**

#### **6 straipsnis**

#### **Tabako paklausos mažinimo kaina ir mokesčiais priemonės**

1. Šalys pripažįsta, kad kainos ir mokesčiai yra veiksminga bei svarbi tabako vartojimo įvairiuose gyventojų sluoksniuose, ypač tarp jaunimo, mažinimo priemonė.

2. Nepažeisdama suverenios Šalių teisės nustatyti savo mokesčių politiką, kiekviena Šalis, spręsdama tabako kontrolės klausimus, turėtų atsižvelgti į savo nacionalinius sveikatos apsaugos tikslus ir pradėti taikyti arba tęsti priemones, tarp kurių galėtų būti:

a) tabako gaminiams taikoma mokesčių bei tam tikrais atvejais kainų politika, ir taip prisidėti prie sveikatos apsaugos tikslų, kuriais siekiama sumažinti tabako vartojimą;

b) draudimas prekiauti neapmokestinamais ir neapmuitinamais tabako gaminiiais ir įvežti šiuos gaminius iš užsienio; tam tikrais atvejais – šių gaminių įvežimo ir prekybos ribojimas.

3. Šalys pagal 21 straipsnį Šalių konferencijai periodiškai teikiamose ataskaitose nurodo mokesčių už tabako gaminius normas ir tabako vartojimo tendencijas.

#### **7 straipsnis**

#### **Su kainodara nesusijusios priemonės tabako paklausai mažinti**

Šalys pripažįsta, kad įvairios nesusijusios su kainodara priemonės veiksmingai padeda mažinti tabako vartojimą. Kiekviena Šalis patvirtina ir įgyvendina atitinkamas įstatymines, vykdomąsias, administracines ir kitokias priemones, būtinas savo įsipareigojimams pagal 8–13 straipsnius įgyvendinti, ir šiuo tikslu tiesiogiai arba per kompetentingas tarptautines institucijas bendradarbiauja. Šalių konferencija siūlo atitinkamas rekomendacijas dėl šių straipsnių nuostatų įgyvendinimo.

#### **8 straipsnis**

#### **Apsauga nuo priverstinio kvėpavimo tabako dūmais**

1. Šalys pripažįsta, kad moksliniais tyrimais nedviprasmiškai įrodyta, jog priverstinis kvėpavimas tabako dūmais yra mirties, ligų ir neįgalumo priežastis.

2. Kiekviena Šalis priima ir nacionalinės teisės bei nacionalinės jurisdikcijos lygiu įgyvendina, o kitais jurisdikcijos lygiais – skatina patvirtinti ir įgyvendinti reikiamas įstatymines, vykdomąsias, administracines bei kitokias priemones, numatančias apsaugą nuo priverstinio kvėpavimo tabako dūmais patalpose esančiose darbo vietose, viešajame transporte, viešosiose patalpose ir kitose viešosiose vietose.

## **9 straipsnis**

### **Tabako gaminių sudėties reguliavimas**

Šalių konferencija, pasitarusi su kompetentingomis tarptautinėmis institucijomis, rekomenduoja, kaip tirti ir nustatyti tabako gaminių sudėtį bei išsiskiriančias medžiagas ir kaip šią sudėtį bei išsiskiriančias medžiagas reguliuoti. Kiekviena Šalis, pritariant kompetentingoms nacionalinėms institucijoms, patvirtina ir įgyvendina su šiuo tyrimu bei nustatymu ir reguliavimu susijusias įstatymines, vykdomąsias, administracines ir kitas priemones.

## **10 straipsnis**

### **Informacijos apie tabako gaminius paskelbimo reguliavimas**

Kiekviena Šalis pagal savo nacionalinę teisę patvirtina ir įgyvendina reikiamas įstatymines, vykdomąsias, administracines ir kitokias priemones, kuriomis iš tabako gaminių gamintojų ir importuotojų reikalaujama teikti informaciją vyriausybinėms institucijoms apie tabako gaminių sudėtį ir išsiskiriančias medžiagas. Kiekviena Šalis taip pat patvirtina ir įgyvendina veiksmingas priemones, užtikrinančias, kad būtų visuomenei teikiama visa informacija apie toksines (nuodingas) tabako gaminių sudedamąsias dalis ir kenksmingąsias medžiagas, kurios gali išsiskirti juos vartojant.

## **11 straipsnis**

### **Tabako gaminių pakuotės ir etiketės**

1. Kiekviena Šalis per trejus metus nuo šios konvencijos įsigaliojimo tai Šaliai pagal savo nacionalinę teisę patvirtina ir įgyvendina priemones, užtikrinančias, kad:

a) tabako gaminio pakuotė ir etiketė neskatinėtų tabako gaminio pardavimo jokiais neteisingomis, klaidinančiomis ar apgaulingomis priemonėmis, arba priemonėmis, kurios galėtų sudaryti neteisingą įspūdį apie jo savybes, poveikį

sveikatai, galimą grėsmę ar išsiskiriančias kenksmingąsias medžiagas, įskaitant bet kokį terminą, deskriptorių, prekių ženklą, figūrinį ar kitokį ženklą, tiesiogiai ar netiesiogiai sudarantį klaidingą įspūdį, kad tam tikras tabako gaminy yra mažiau kenksmingas nei kiti tabako gaminiai; iš tokių terminų minėtini „mažas dervų kiekis“, „švelnus“, „labai švelnus“ arba „nestiprus“;

b) ant kiekvieno tabako gaminio pakelio ar išorinės pakuotės bei etiketės taip pat būtų įspėjimai, apibūdinantys kenksmingą tabako vartojimo poveikį; juose gali būti ir kitos specialios informacijos. Tokie įspėjimai ir informacija:

- turi būti patvirtinti kompetentingos nacionalinės institucijos,
- turi būti periodiškai keičiami ir kartojami,
- turi būti dideli, aiškiai matomi ir įskaitomi,
- turi sudaryti 50 proc. arba daugiau, bet ne mažiau kaip 30 proc. pagrindinio matomo ploto,
- gali būti paveikslėlio ar piktogramos formos arba juose gali būti paveikslėlių ar piktogramų.

2. Be šio straipsnio 1 dalies b punkte nurodytų įspėjimų, ant kiekvieno tabako gaminio pakelio, pakuotės ir bet kurios išorinės pakuotės bei etiketės turi būti nacionalinių institucijų apibrėžta informacija apie tabako gaminių sudedamąsias dalis ir išsiskiriančias kenksmingąsias medžiagas.

3. Kiekviena Šalis reikalauja, kad šio straipsnio 1 dalies b punkte ir 2 dalyje nurodyti įspėjimai ir kita tekstinė informacija ant kiekvieno tabako gaminio pakelio bei ant išorinės pakuotės ir etiketės būtų spausdinama pagrindine jos kalba arba kalbomis.

4. Šiame straipsnyje terminas „tabako gaminių išorinė pakuotė ir etiketė“ taikomas bet kokiai mažmeninėje prekyboje naudojamai gaminio pakuotei ir etiketei.

## 12 straipsnis

### Švietimas, ryšiai, mokymas ir visuomenės informavimas

Kiekviena Šalis, naudodamasi visomis tinkamomis ir prieinamomis ryšių priemonėmis, skatina ir stiprina visuomenės supratimą apie tabako kontrolės problemas. Šiuo tikslu kiekviena Šalis patvirtina ir įgyvendina įstatymines, vykdomąsias, administracines ir kitokias priemones, kuriomis skatina:

- a) galimybę diegti veiksmingas ir visapusiškas švietimo programas, įskaitant

programas, gerinančias visuomenės žinias apie žalą sveikatai, įskaitant priklausomybę nuo tabako vartojimo bei priverstinį kvėpavimą tabako dūmais;

b) visuomenę suprasti, kokie pavojai sveikatai kyla dėl tabako vartojimo bei priverstinio kvėpavimo tabako dūmais, ir kokią naudą teikia metimas rūkyti bei gyvenimas be jo, kaip nurodyta 14 straipsnio 2 dalyje;

c) vadovaujantis nacionaline teise, visuomenės priėjimą prie įvairiapusės informacijos apie tabako pramonę, kiek tai reikalinga šios konvencijos tikslams pasiekti;

d) rengti mokomasias tabako kontrolės arba žinių apie tabako vartojimo žalą ir pan. gerinimo programas, skirtas tokiems asmenims, kaip sveikatos priežiūros, bendruomenės ir socialiniai, žiniasklaidos, švietimo darbuotojai, sprendimus priimančios pareigūnai, administratoriai ir kiti suinteresuoti asmenys;

e) viešąsias bei privačias įstaigas ir nevyriausybinės organizacijas, nesusijusias su tabako pramone, suvokti problemas ir dalyvauti kuriant bei įgyvendinant tabako kontrolės daugiasektorines programas bei strategijas;

f) visuomenės žinias apie galimybę susipažinti su informacija apie neigiamas tabako gamybos ir vartojimo pasekmes sveikatai, ekonomikai bei aplinkai.

### 13 straipsnis

#### Tabako gaminių reklamavimas, pardavimo skatinimas ir rėmimas

1. Šalis pripažįsta, kad visiškai uždraudus reklamą, pardavimo skatinimą ir rėmimą būtų sumažintas tabako gaminių vartojimas.

2. Kiekviena Šalis, vadovaudamasi savo konstitucija ir konstituciniais principais, įsipareigoja visiškai uždrausti bet kokią tabako reklamą, pardavimo skatinimą ir rėmimą. Atsižvelgiant į teisinę aplinką ir Šaliai prieinamas technines priemones, tai reiškia visiškai uždrausti tarpvalstybinę reklamą, pardavimo skatinimą ir rėmimą, kurių kilmės vieta yra jos teritorijoje. Kiekviena Šalis per penkerius metus nuo šios konvencijos įsigaliojimo joje šiuo atžvilgiu imasi reikiamų įstatyminių, vykdomųjų, administracinių bei kitokių priemonių, už kurias atsiskaito pagal 21 straipsnį.

3. Šalis, kuri dėl savo konstitucijos ar konstitucinių principų negali visiškai uždrausti reklamos, pardavimo skatinimo ir rėmimo, taiko jų apribojimus. Atsižvelgiant į teisinę aplinką ir Šaliai prieinamas technines priemones, tai reiškia tarpvalstybinį poveikį turinčios reklamos, pardavimo skatinimo ir rėmimo, kurių kilmės vieta yra jų teritorijoje, apribojimą arba uždraudimą. Kiekviena Šalis šiuo

atžvilgiu imasi reikiamų įstatyminių, vykdomųjų, administracinių ir kitokių priemonių, už kurias atsiskaito pagal 21 straipsnį.

4. Vadovaudamasi savo konstitucija ir konstituciniais principais, kiekviena Šalis taiko bent šias priemones:

a) draudžia visas reklamos, pardavimo skatinimo ir rėmimo formas, kuriomis tabako gaminių pardavimas skatinamas neteisingomis, klaidinančiomis ar apgaulingomis priemonėmis, arba priemonėmis, kurios galėtų sudaryti klaidingą įspūdį apie jų savybes, poveikį sveikatai, grėsmę ar išsiskiriančias medžiagas;

b) reikalauja, kad visais atvejais reklamuojant tabaką ir kai kuriais atvejais jį remiant ar skatinant pardavimus būtų skelbiami specialūs įspėjimai dėl žalos sveikatai ar kiti panašūs pranešimai;

c) riboja tiesioginį ir netiesioginį visuomenės skatinimą pirkti tabako gaminius;

d) reikalauja (jei nėra visiškai uždraudusi reklamos, pardavimo skatinimo ir rėmimo) informuoti atitinkamas vyriausybės institucijas apie tabako pramonės išlaidas reklamai, pardavimo skatinimui ir rėmimui, kurie dar nėra uždrausti. Šios institucijos pagal 21 straipsnį, vadovaudamasi nacionaline teise, gali nuspręsti pateikti tuos duomenis visuomenei ir Šalių konferencijai;

e) įsipareigoja per penkerius metus visiškai uždrausti arba, jei tai neįmanoma dėl Šalies konstitucijos ar konstitucinių principų, apriboti tabako reklamą, pardavimo skatinimą ir rėmimą per radiją, televiziją, spaudą ir kitas visuomenės informavimo priemones, tokias kaip internetas;

f) uždrausti, arba, jei tai neįmanoma dėl Šalies konstitucijos ar konstitucinių principų, apriboti tabako pramonės tarptautinių renginių, veiklos ir (arba) jų dalyvių rėmimą.

5. Šalys skatinamos įgyvendinti ir kitas šio straipsnio 4 dalyje nenurodytas priemones.

6. Šalys bendradarbiauja kurdamos technologijas ir kitas priemones, būtinas tarpvalstybinei reklamai panaikinti.

7. Šalys, uždraudusios tam tikras tabako reklamos, pardavimo skatinimo ir rėmimo formas, turi suverenią teisę uždrausti tokias pat tabako reklamos, pardavimo skatinimo ir rėmimo formas, patenkančias į jų teritoriją iš kitų valstybių, ir skirti tokias pat baudas, kokios pagal Šalies nacionalinę teisę skiriamos už reklamą, pardavimo skatinimą ir rėmimą jos teritorijoje. Šia straipsnio dalimi nepatvirtinama jokia konkreti bauda ir jai nepritariama.

8. Šalys apsvarsto galimybę parengti protokolą, kuriame būtų išdėstytos reikiamos

priemonės tarptautiniu mastu bendradarbiaujant visiškai uždrausti tarpvalstybinę reklamą, pardavimo skatinimą ir rėmimą.

#### 14 straipsnis

### Paklausos mažinimo priemonės, susijusios su priklausomybe nuo tabako ir jo vartojimo nutraukimu

1. Kiekviena Šalis, atsižvelgdama į nacionalines aplinkybes ir prioritetus, rengia ir skleidžia tinkamas, išsamias, integruotas, pagrįstas mokslo įrodymais bei geriausia praktika rekomendacijas ir imasi veiksmingų priemonių, skatinančių nutraukti tabako vartojimą ir tinkamai gydyti priklausomybę nuo jo.

2. Šiuo tikslu kiekviena Šalis siekia:

a) parengti ir įgyvendinti veiksmingas programas, skatinančias nevartoti tabako tokiose vietose, kaip švietimo, sveikatos priežiūros įstaigos, darbo ir sporto vietos;

b) įtraukti priklausomybės nuo tabako diagnozavimą ir gydymą bei konsultavimą dėl metimo rūkyti į nacionalines sveikatos apsaugos ir švietimo programas, planus ir strategijas, prireikus dalyvaujant sveikatos priežiūros, bendruomenės ir socialiniams darbuotojams;

c) sveikatos priežiūros ir reabilitacijos įstaigose įdiegti priklausomybės nuo tabako diagnozavimo, konsultavimo, prevencijos ir gydymo programas;

d) bendradarbiauti su kitomis Šalimis, kad pagal 22 straipsnį būtų lengviau prieinamas ir įperkamas priklausomybės nuo nikotino gydymas, įskaitant farmacijos gaminius. Tokie gaminiai ar jų sudedamosios dalys gali būti vaistai ir produktai, kurie padeda vartoti vaistus, arba atitinkamos diagnostikos priemonės.

## IV DALIS. PRIEMONĖS, SUSIJUSIOS SU TABAKO PASIŪLOS MAŽINIMU

#### 15 straipsnis

### Neteisėta tabako gaminių prekyba<sup>1</sup>

1. Šalys pripažįsta, kad kova su visų formų neteisėta tabako gaminių prekyba, įskaitant kontrabandą, neteisėtą gamybą ir klastotes, ir atitinkamo nacionalinio įstatymo parengimas bei įgyvendinimas kartu su subregioniniais, regioniniais ir pasauliniais susitarimais yra esminės tabako kontrolės sudedamosios dalys.

2. Kiekviena Šalis patvirtina ir įgyvendina įstatymines, vykdomąsias, administracines ir kitokias priemones, užtikrinančias, kad visi tabako gaminių pakeliai ir pakuotės būtų paženklinėti taip, kad Šalims būtų lengviau nustatyti tabako gaminių kilmę ir kad jos, vadovaudamosi nacionaline teise ir atitinkamais dvišaliais bei daugiašaliais susitarimais, galėtų nustatyti, iš kur gaminiai pateko į neteisėtą prekybą, ir stebėti, pagrįsti dokumentais bei kontroliuoti tabako gaminių judėjimą ir teisinį statusą. Be to, kiekviena Šalis:

a) reikalauja, kad ant tabako gaminių, parduodamų mažmeninėje ir didmeninėje vidaus rinkoje, pakelių ir pakuočių būtų užrašyta: „*Parduoti leidžiama tik (nurodomas valstybės pavadinimas, nacionalinis, regioninis ar federacinis vienetas)*“ arba būtų kitas ženklavimas, rodantis galutinę gaminio paskirties vietą arba padedantis valdžios institucijoms nustatyti, ar teisėtai juo prekiaujama vidaus rinkoje;

b) numato sukurti praktinį stebėjimo ir atsekimo režimą, kuri dar labiau apsaugotų platinimo sistemą bei padėtų kovoti su neteisėta prekyba.

3. Kiekviena Šalis reikalauja, kad informacija ant pakuotės ir šio straipsnio 2 dalyje nurodytas ženklavimas būtų įskaitomi ir (arba) parašyti pagrindine jos kalba ar kalbomis.

4. Siekdama panaikinti neteisėtą tabako gaminių prekybą, kiekviena Šalis:

a) stebi ir kaupia duomenis apie tarpvalstybinę tabako gaminių prekybą, taip pat ir neteisėtą, bei, vadovaudamasi nacionaline teise ir atitinkamais dvišaliais ir daugiašaliais susitarimais, užtikrina, kad muitinės, mokesčių ir kitos institucijos keistųsi informacija;

b) priima ar griežtina teisės aktus, taikant atitinkamas nuobaudas ir teises priemones, skirtas kovai su neteisėta tabako gaminių prekyba, įskaitant suklastotas ir kontrabandinės cigaretės;

c) imasi atitinkamų priemonių užtikrinti, kad visa konfiskuota gamybos įranga, suklastotos ir kontrabandinės cigaretės bei kiti tabako gaminiai būtų sunaikinti, kur tai įmanoma, aplinkos apsaugos požiūriu tinkamu būdu arba su jais būtų pasielgta vadovaujantis nacionaline teise;

d) patvirtina ir įgyvendina priemones, skirtas tam, kad jos jurisdikcijoje būtų stebimas, dokumentais įforminamas ir kontroliuojamas laikinai neapmokestintų ar neapmuitintų tabako gaminių saugojimas arba platinimas;

e) imasi reikiamų priemonių, leidžiančių konfiskuoti įplaukas iš neteisėtos tabako gaminių prekybos.

5. Pagal šio straipsnio 4 dalies a ir d punktus sukaupią ir apibendrintą informacija

Šalys prirėikus pateikia savo reguliariose ataskaitose Šalių konferencijai pagal 21 straipsnį.

6. Šalys, siekdamos panaikinti neteisėtą tabako gaminių prekybą, pagal savo nacionalinę teisę skatina nacionalines įstaigas ir atitinkamas regionines bei tarptautines tarpvyriausybines organizacijas bendradarbiauti vykdant tyrimą, baudžiamąjį persekiojimą ir nagrinėjant bylas. Atskirai pabrėžiama bendradarbiavimo regioniniu ir subregioniniu lygiu svarba kovojant su neteisėta tabako gaminių prekyba.

7. Kiekviena Šalis parengia ir diegia kitas priemones, įskaitant kai kuriais atvejais licencijavimą, siekdama kontroliuoti ar reguliuoti tabako gaminių gamybą ir platinimą bei užkirsti kelią neteisėtai prekybai.

## **16 straipsnis**

### **Nepilnamečiai pardavėjai ir pirkėjai**

1. Kiekviena Šalis atitinkamu vyriausybės lygiu patvirtina ir įgyvendina įstatymines, vykdomąsias, administracines ir kitokias priemones, kad uždraustų parduoti tabako gaminius nepilnamečiams, dar nesukakusiems vidaus ar nacionaliniais įstatymais nustatyto amžiaus arba aštuoniolikos metų. Šios priemonės gali būti:

a) reikalavimas, kad visi tabako gaminių pardavėjai savo prekybos vietoje aiškiai ir visiems matomai nurodytų, kad parduoti tabaką nepilnamečiams draudžiama, o suabejoję tabako pirkėjo amžiumi prašytų jį pateikti pilnametystę įrodantį dokumentą;

b) draudimas pardavinėti tabako gaminius tiesiogiai prieinamu, pavyzdžiui, savitarnos būdu;

c) draudimas gaminti ir parduoti nepilnamečiams patrauklius saldinius, užkandžius, žaislus ar kitas prekes, imituojančias tabako gaminių formą;

d) užtikrinimas, kad tabako gaminių pardavimo automatai būtų neprieinami nepilnamečiams ir neskatintų tabako gaminių pardavimo nepilnamečiams.

2. Kiekviena Šalis draudžia arba skatina uždrausti nemokamai dalyti tabako gaminius visuomenei, ypač nepilnamečiams.

3. Kiekviena Šalis stengiasi uždrausti pardavinėti cigaretes po vieną ar mažais pakeliais, nes tai šiuos gaminius daro lengviau įperkamus nepilnamečiams.

4. Šalys pripažįsta, kad priemonės, neleidžiančios tabako gaminių pardavinėti nepilnamečiams, būtų veiksmingesnės, jei tam tikrais atvejais jos būtų įgyvendinamos kartu su kitomis šios konvencijos priemonėmis.

5. Bet kuri Šalis, pasirašydama, ratifikuodama, priimdama, patvirtindama konvenciją, prie jos prisijungdama arba bet kada vėliau gali raštu pareikšti įsipareigojanti pagal savo jurisdikciją uždrausti pradėti naudoti tabako pardavimo automatų arba visiškai uždrausti juos naudoti. Tokį pareiškimą, padarytą pagal šį straipsnį, depozitaras išplatina visoms konvencijos šalims.

6. Siekdama užtikrinti šio straipsnio 1–5 dalyse nurodytų įpareigojimų laikymąsi, kiekviena Šalis patvirtina ir įgyvendina reikiamas įstatymines vykdomąsias, administracines bei kitokias priemones, apimančias ir bausmes pardavėjams bei platintojams.

7. Kiekviena Šalis turėtų patvirtinti ir įgyvendinti reikiamas įstatymines, vykdomąsias, administracines ir kitokias priemones, draudžiančias asmenims, nesukakusiems vidaus ar nacionaliniais įstatymais nustatyto amžiaus arba 18 metų, pardavinėti tabako gaminius.

## **17 straipsnis**

### **Ekonominiu atžvilgiu perspektyvios alternatyvios veiklos rėmimas**

Šalys, bendradarbiaudamos tarpusavyje ir su kompetentingomis tarptautinėmis bei regioninėmis tarpvyriausybėmis organizacijomis, skatina ekonominiu atžvilgiu perspektyvią alternatyvią tabako pramonės darbuotojų, tabako augintojų ir tam tikrais atvejais individualių tabako gaminių pardavėjų veiklą.

---

<sup>1</sup>Dėl kuo ankstesnio protokolo dėl neteisėtos tabako gaminių prekybos priėmimo iki derybų ir jų metu buvo nemaža diskusijų. Priėmus konvenciją, derybas dėl tokio protokolo galėtų pradėti Tarpvyriausybė derybų grupė, arba vėliau – Šalių konferencija.

## **V DALIS. APLINKOS APSAUGA**

### **18 straipsnis**

#### **Aplinkos ir žmonių sveikatos apsauga**

Vykdydamos įsipareigojimus pagal šią konvenciją Šalys, savo teritorijoje auginančios tabaką ir gaminančios jo gaminius, susitaria tinkamai atsivėlgti į aplinkos ir su ja susijusios žmonių sveikatos apsaugą.

## VI DALIS. KLAUSIMAI, SUSIJĘ SU ATSAKOMYBE

### 19 straipsnis

#### Atsakomybė

1. Vykdydamos tabako kontrolę, Šalys numato priimti naujus ir prireikus tobulinti galiojančius įstatymus, numatančius baudžiamąją bei civilinę atsakomybę, tam tikrais atvejais – žalos atlyginimą.

2. Šalys tarpusavyje bendradarbiauja pagal 21 straipsnį, per Šalių konferenciją keisdamosi informacija, į kurią įeina:

a) informacija apie tabako gaminių vartojimo ir priverstinio kvėpavimo tabako dūmais poveikį sveikatai (pagal 20 straipsnio 3 dalies a punktą);

b) informacija apie galiojančius teisės aktus ir taisykles bei atitinkamą teisminę praktiką.

3. Susitarusios tarpusavyje ir vadovaudamosi savo nacionaliniais teisės aktais, politikos kryptimis, teisine praktika ir galiojančiomis sutartimis, Šalys teikia viena kitai pagalbą teismo procesuose, susijusiuose su civiline ir baudžiamąja atsakomybe pagal šią konvenciją.

4. Konvencija nedaro jokie poveikio ir niekaip neriboja Šalių teisių kreiptis į kitų šalių, pripažįstančių šias teises, teismus.

5. Šalių konferencija, atsižvelgdama į atitinkamuose tarptautiniuose forumuose atliktą darbą, gali numatyti – jei įmanoma, kuo anksčiau, – svarstyti su atsakomybe susijusius klausimus, taip pat ir atitinkamą tarptautinę nuomonę šiais klausimais ir Šalių prašymu joms taikyti tinkamas jų įstatymų leidybos bei kitokios veiklos pagal šį straipsnį rėmimo priemonės.

## VII DALIS. BENDRADARBIAVIMAS MOKSLO IR TECHNIKOS SRITYJE BEI INFORMACIJOS PERDAVIMAS

### 20 straipsnis

#### Moksliniai tyrimai, stebėjimas ir keitimasis informacija

1. Šalys įsipareigoja vykdyti ir skatinti nacionalinius mokslinius tyrimus tabako kontrolės srityje ir regioniniu bei tarptautiniu lygiu koordinuoti tyrimų programas. Šiuo tikslu Šalys:

a) pradeda ir tiesiogiai arba per kompetentingas tarptautines ir regionines tarpvyriausybines bei kitas organizacijas atlieka mokslinius tyrimus, teikia jų vertinimą ir skatina tyrinėti svarbiausius tabako vartojimą ir priverstinį kvėpavimą tabako dūmais lemiančius veiksnius bei jų pasekmes, taip pat alternatyvių augalų paieškas;

b) kompetentingų tarptautinių ir regioninių tarpvyriausybinių bei kitų organizacijų remiamos skatina mokymą bei paramą visiems dirbantiems tabako kontrolės ir su ja susijusių mokslinių tyrimų, įgyvendinimo bei vertinimo srityse.

2. Šalys parengia reikiamas programas, pagal kurias nacionaliniu, regioniniu ir pasauliniu mastu stebi tabako vartojimo ir priverstinio kvėpavimo tabako dūmais mastus, dėsningumus, lemiamus veiksnius ir pasekmes. Šiam tikslui Šalys tokias programas turėtų integruoti į nacionalines, regionines ir pasaulines sveikatos stebėjimo programas, kad jų duomenys būtų galima lyginti ir nagrinėti regioniniu bei tarptautiniu lygiu.

3. Šalys pripažįsta tarptautinių ir regioninių tarpvyriausybinių bei kitų organizacijų finansinės ir techninės pagalbos reikšmę. Kiekviena Šalis stengiasi:

a) laipsniškai sukurti nacionalinę tabako vartojimo epidemiologijos sistemą ir apibrėžti atitinkamus socialinius, ekonominius bei sveikatos rodiklius;

b) bendradarbiauti su kompetentingomis tarptautinėmis ir regioninėmis tarpvyriausybėmis bei kitomis organizacijomis, įskaitant vyriausybines ir nevyriausybines organizacijas, siekiant stebėti tabako vartojimą regioniniu ir pasauliniu mastu bei keistis informacija apie šio straipsnio 3 dalies a punkte nurodytus rodiklius;

c) bendradarbiauti su Pasaulio sveikatos organizacija rengiant bendras rekomendacijas, kaip kaupti, analizuoti ir platinti tabako vartojimo stebėjimo duomenis, arba nustatant šių darbų tvarką.

4. Vadovaudamosi nacionaline teise, Šalys skatina ir padeda keistis vieša mokslo, technikos, socialine ir ekonomine, komercine bei teisine informacija, taip pat su šia konvencija susijusia informacija apie tabako pramonės ir tabako auginimo praktiką; tai darydamos jos atsižvelgia į besivystančių ir pereinamosios ekonomikos šalių, kurios yra šios konvencijos Šalys, konkrečius poreikius. Kiekviena Šalis stengiasi:

a) laipsniškai sukurti, tvarkyti ir nuolat atnaujinti įstatymų bei kitų teisės aktų, susijusių su tabako kontrole, o tam tikrais atvejais – informacijos apie jų vykdymą ir atitinkamą teisminę praktiką duomenų bazę; bendradarbiauti rengiant regionines bei pasaulines tabako kontrolės programas;

b) laipsniškai kaupti ir tvarkyti nuolat atnaujinamus šio straipsnio 3 dalies a punkte minėtų nacionalinių stebėjimo programų duomenis;

c) bendradarbiauti su kompetentingomis tarptautinėmis organizacijomis, palaipsniui kuriant ir tvarkant pasaulinę sistemą, pagal kurią būtų nuolat kaupiama ir platinama šiai konvencijai bei nacionalinei tabako kontrolei svarbi informacija apie tabako auginimą, gamybą ir kitą tabako pramonės veiklą.

5. Šalys turėtų bendradarbiauti kaip regioninių bei tarptautinių tarpvyriausybinių organizacijų ir finansų bei plėtros institucijų narės ir skatinti teikti sekretoriatui techninius bei finansinius išteklius, kad būtų galima padėti besivystančioms ir pereinamosios ekonomikos šalims, kurios yra šios konvencijos Šalys, vykdyti išsipareigojimus mokslinių tyrimų, stebėjimo ir keitimosi informacija srityje.

## 21 straipsnis

### Ataskaitos ir keitimasis informacija

1. Kiekviena Šalis Šalių konferencijai per sekretoriataų periodiškai teikia ataskaitas apie šios konvencijos įgyvendinimą, kuriose turėtų būti:

a) informacija apie įstatymines, vykdomąsias, administracines ir kitas priemones konvencijai įgyvendinti;

b) prirėikus – informacija apie sunkumus ir kliūtis, įgyvendinant konvenciją, ir priemones šioms kliūtims įveikti;

c) prirėikus – informacija apie suteiktą ar gautą finansinę ir techninę paramą tabako kontrolės veiklai;

d) informacija apie 20 straipsnyje nurodytą stebėjimą ir tyrimus;

e) informacija, nurodyta 6 straipsnio 3 dalyje, 13 straipsnio 2 ir 3 dalyse, 13 straipsnio 4 dalies d punkte, 15 straipsnio 5 dalyje ir 19 straipsnio 2 dalyje.

2. Šių ataskaitų teikimo dažnumą ir formą nustato Šalių konferencija. Kiekviena Šalis pirmąją savo ataskaitą parengia per dvejus metus nuo konvencijos įsigaliojimo tai Šaliai.

3. Pagal 22 ir 26 straipsnius Šalių konferencija besivystančių ir pereinamosios ekonomikos šalių, kurios yra šios konvencijos Šalys, prašymu svarsto, kokiomis priemonėmis joms padėti įvykdyti išsipareigojimus pagal šį straipsnį.

4. Informacijai, kuri pagal konvenciją pateikiama ataskaitose ir kuria keičiamasi, taikomi nacionaliniai slaptumo ir privatumo teisės aktai. Šalys tarpusavio susitarimu saugo bet kokią slaptą informaciją, kuria keičiasi.

## 22 straipsnis

### Bendradarbiavimas mokslo, technikos bei teisės srityse ir atitinkamos patirties perteikimas

1. Šalys tiesiogiai ar per kompetentingas tarptautines organizacijas bendradarbiauja, stiprindamos savo gebėjimus vykdyti įsipareigojimus pagal šią konvenciją ir atsižvelgdamos į besivystančių bei pereinamosios ekonomikos šalių, kurios yra šios konvencijos Šalys, poreikius. Taip bendradarbiaujant skatinama abipusiu susitarimu perduoti technikos, mokslo ir teisės srityse sukauptą patirtį bei tų sričių technologijas, kad būtų rengiamos ir plėtojamos nacionalinės tabako kontrolės strategijos, planai ir programos, kuriomis *inter alia* siekiama:

a) padėti kurti, perduoti ir įsigyti su tabako kontrole susijusią technologiją, žinias, įgūdžius, gebėjimus ir patirtį;

b) perduoti techninę, mokslinę, teisinę ir kitokią patirtį, padedančią kurti ir plėtoti nacionalines tabako kontrolės strategijas, planus ir programas, kuriomis siekiama įgyvendinti šią Konvenciją, *inter alia*:

– Šalių prašymu padedant rengti teisinį pagrindą ir technines programas, tarp jų ir tas, kuriomis siekiama neleisti pradėti vartoti tabako, skatinti mesti rūkyti ir apsaugoti nuo priverstinio kvėpavimo tabako dūmais,

– prireikus padedant tabako pramonės darbuotojams sukurti ekonominiu ir teisiniu atžvilgiu gyvybingus alternatyvius pragyvenimo šaltinius ekonomiškai perspektyviu būdu,

– padėti tabako augintojams pereiti prie alternatyvių kultūrų auginimo ekonomiškai perspektyviu būdu;

c) vadovaujantis 12 straipsniu remti atitinkamas mokomąsias ir šviečiamąsias programas, skirtas tam tikriems darbuotojams;

d) prireikus teikti tabako kontrolės strategijoms, planams ir programoms reikalingą medžiagą, įrangą ir kitus dalykus, įskaitant logistinę paramą;

e) nustatyti tabako kontrolės būdus, taip pat ir visapusiško priklausomybės nuo nikotino gydymo;

f) prireikus skatinti tyrimus, kaip padidinti visapusiško priklausomybės nuo nikotino gydymo įperkumą.

2. Šalių konferencija skatina ir padeda perduoti techninę, mokslinę bei teisinę patirtį ir tų sričių technologijas, suteikdama finansinę paramą, gaunamą pagal 26 straipsnį.

## VIII DALIS. INSTITUCINĖ SISTEMA IR FINANSINIAI IŠTEKLIAI

### 23 straipsnis Šalių konferencija

1. Šia konvencija įsteigiama Šalių konferencija. Pirmąją konferencijos sesiją Pasaulio sveikatos organizacija šaukia ne vėliau kaip po metų nuo šios konvencijos įsigaliojimo. Pirmojoje sesijoje konferencija nustato savo reguliariųjų sesijų vietą ir laiką.

2. Neeilinės Šalių konferencijos sesijos šaukiamos tuomet, kai konferencija nusprendžia, kad tai reikalinga, arba bet kurios Šalies rašytiniu prašymu, jei per šešis mėnesius nuo tos dienos, kai konvencijos sekretoriatas joms perduoda prašymą, ji paremia bent trečdalis Šalių.

3. Šalių konferencija pirmojoje sesijoje bendru sutarimu priima savo darbo tvarkos taisykles.

4. Šalių konferencija bendru sutarimu priima finansines taisykles, kuriomis reglamentuojamas jos ir pagalbinių padalinių, kuriuos ji gali įsteigti, finansavimas, ir finansines nuostatas, reglamentuojančias sekretoriato veiklą. Kiekvienoje eilinėje sesijoje ji patvirtina biudžetą finansiniam laikotarpiui iki kitos eilinės sesijos.

5. Šalių konferencija nuolatot prižiūri, kaip įgyvendinama konvencija, priima sprendimus, skatinančius veiksmingai ją vykdyti, ir gali priimti Konvencijos protokolus, priedus bei pakeitimus pagal 28, 29 ir 33 straipsnius. Šiuo tikslu ji:

- a) skatina ir padeda keistis informacija pagal 20 ir 21 straipsnius;
- b) be būdų, numatytų pagal 20 straipsnį, skatina kurti ir nuolat tobulinti sulyginamus duomenų tyrimo ir kaupimo būdus, susijusius su šios konvencijos įgyvendinimu, ir pataria, kaip tai daryti;
- c) prireikus skatina rengti, įgyvendinti ir vertinti strategijas, planus ir programas, taip pat politikos kryptis, teisės aktus bei kitas priemones;
- d) svarsto pagal 21 straipsnį pateiktas Šalių ataskaitas ir tvirtina reguliarias šios konvencijos įgyvendinimo ataskaitas;
- e) pagal 26 straipsnį skatina sutelkti šiai konvencijai įgyvendinti reikalingus finansinius išteklius ir padeda tai daryti;
- f) steigia pagalbinius padalinius, kurių reikia konvencijos tikslui pasiekti;
- g) prireikus prašo kompetentingų Jungtinių Tautų sistemos organizacijų ir jų padalinių, kitų tarptautinių, regioninių tarpvyriausybinių ir nevyriausybinių

organizacijų bei jų padalinių paslaugų, bendradarbiavimo ir informacijos tam, kad geriau įgyvendintų konvenciją;

h) prirėikus ir atsižvelgdama į konvencijos įgyvendinimo patirtį svarsto, kokia kita veikla padėtų pasiekti konvencijos tikslą.

6. Šalių konferencija nustato stebėtojų dalyvavimo savo posėdžiuose kriterijus.

## **24 straipsnis**

### **Sekretoriatas**

1. Šalių konferencija skiria nuolatinį sekretoriatą ir numato jo veikimo tvarką. Šalių konferencija stengiasi tai atlikti savo pirmojoje sesijoje.

2. Kol bus paskirtas ir įsteigtas nuolatinis sekretoriatas, jo funkcijas pagal šią konvenciją vykdo Pasaulio sveikatos organizacija.

3. Sekretoriato funkcijos yra šios:

a) rengti Šalių konferencijos ir jos pagalbinių padalinių sesijas ir teikti joms reikalingas paslaugas;

b) perduoti gautas pagal konvenciją ataskaitas;

c) šalių, ypač besivystančių ir pereinamosios ekonomikos, kurios yra šios konvencijos Šalys, prašymu teikti paramą, kai jos rengia ir teikia informaciją pagal Konvencijos nuostatas;

d) vadovaujamam Šalių konferencijos rengti savo veiklos, vykdomos pagal šią konvenciją, ataskaitas ir teikti jas Šalių konferencijai;

e) vadovaujamam Šalių konferencijos užtikrinti būtiną koordinavimą su kompetentingomis tarptautinėmis ir regioninėmis tarpvyriausybėmis organizacijomis ir kitomis įstaigomis;

f) vadovaujamam Šalių konferencijos sudaryti administracinius ir kitus susitarimus, kurių gali reikėti jo funkcijoms vykdyti;

g) vykdyti kitas šioje konvencijoje ir bet kuriame jos protokole nurodytas sekretoriato funkcijas bei kitas funkcijas, kurias gali nustatyti Šalių konferencija.

## **25 straipsnis**

### **Šalių konferencijos ir tarpvyriausybinių organizacijų ryšiai**

Kad užtikrintų techninį ir finansinį bendradarbiavimą siekiant šios konvencijos tikslo, Šalių konferencija gali prašyti bendradarbiauti kompetentingas tarptautines ir regionines tarpvyriausybines organizacijas, tarp jų finansų ir plėtros įstaigas.

## 26 straipsnis Finansiniai ištekliai

1. Šalys pripažįsta, kad siekiant šios konvencijos tikslo svarbus vaidmuo tenka finansiniams ištekliams.

2. Kiekviena Šalis pagal savo nacionalinius planus, prioritetus ir programas finansiškai remia savo nacionalinę veiklą, kuria siekiama šios konvencijos tikslo.

3. Šalys skatina pasinaudoti dvišaliais, regioniniais, subregioniniais ir kitais daugiašaliais kanalais besivystančių ir pereinamosios ekonomikos šalių, kurios yra šios konvencijos Šalys, visapusiškų daugiasektorinių tabako kontrolės programų rengimui ir tobulinimui finansuoti. Atitinkamai turėtų būti sprendžiami ekonomiškai perspektyvių tabako gamybos alternatyvų, tarp jų kultūrų įvairinimo klausimai atsižvelgiant į nacionalines tvaraus vystymosi strategijas; turėtų būti padedama spręsti šiuos klausimus.

4. Šalys, atstovaujamos atitinkamose regioninėse ir tarptautinėse tarpvyriausybiniuose organizacijose, finansų ir plėtros įstaigose, skatina jas teikti finansinę paramą besivystančioms ir pereinamosios ekonomikos šalims, kurios yra šios konvencijos Šalys, kuri padėtų joms vykdyti savo įsipareigojimus pagal šią konvenciją be dalyvavimo šiose organizacijose teisių apribojimo.

5. Šalys susitaria, kad:

a) siekiant padėti Šalims vykdyti savo įsipareigojimus pagal šią konvenciją, visi svarbūs galimi ir esami viešieji ir privatūs finansiniai, techniniai bei kitokie ištekliai, prieinami tabako kontrolės veiklai, turėtų būti mobilizuoti ir panaudoti visų Šalių, ypač besivystančių ir pereinamosios ekonomikos šalių, naudai;

b) sekretoriatas besivystančių ir pereinamosios ekonomikos šalių, kurios yra šios konvencijos Šalys, prašymu pataria joms esamų finansavimo šaltinių klausimais, kad minėtoms šalims būtų lengviau vykdyti savo įsipareigojimus pagal šią konvenciją;

c) savo pirmojoje sesijoje Šalių konferencija, remdamasi sekretoriato atliktu tyrimu ir kita svarbia informacija, svarsto esamus ir galimus paramos šaltinius bei mechanizmus, ir sprendžia, ar jų pakanka;

d) Šalių konferencija atsižvelgia į šio svarstymo rezultatus, nustatydamą būtinybę stiprinti esamus mechanizmus ir įsteigti savanorišką pasaulinį fondą ar kitus atitinkamus finansinius mechanizmus, kad prireikus besivystančioms ir pereinamosios ekonomikos šalims, kurios yra šios konvencijos Šalys, būtų skiriami papildomi finansiniai ištekliai, padėsiantys joms pasiekti šios konvencijos tikslus.

## IX DALIS. GINČŲ SPRENDIMAS

### 27 straipsnis Ginčų sprendimas

1. Kilus dviejų ar daugiau Šalių ginčui dėl šios konvencijos aiškinimo ar taikymo, atitinkamos Šalys diplomatiniais kanalais siekia išspręsti ginčą derybomis arba kitomis taikiomis ginčų sprendimo priemonėmis, taip pat ir geranoriška pagalba, tarpininkavimu ir taikinimu. Pasinaudojusios geranoriška pagalba, tarpininkavimu ar taikinimu, tačiau nesutarusios ginčo Šalys neatleidžiamos nuo pareigos toliau ieškoti būdų spręsti ginčą.

2. Ratifikuodama, priimdama, patvirtindama, oficialiai patvirtindama konvenciją arba prisijungdama prie jos arba bet kuriuo metu vėliau, valstybė arba regioninė ekonominės integracijos organizacija gali raštu depozitarui pareikšti, kad tais atvejais, kai pagal šio straipsnio 1 dalį ginčas neišsprendžiamas, jį pripažįsta privalomą *ad hoc* arbitražą taikant procedūras, kurias bendru sutarimu patvirtina Šalių konferencija.

3. Šio straipsnio nuostatos taikomos bet kuriam atitinkamų Šalių sudarytam protokolui, jei jame nenumatyta kitaip.

## X DALIS. KONVENCIJOS KEITIMAS

### 28 straipsnis Konvencijos pakeitimai

1. Bet kuri Šalis gali siūlyti šios konvencijos pakeitimus. Tokie siūlymai svarstomi Šalių konferencijoje.

2. Konvencijos pakeitimus priima Šalių konferencija. Kiekvienos pasiūlyto pakeitimo tekstą sekretoriatas likus bent šešioms mėnesiams iki sesijos, kurioje siūloma jį priimti, išsiunčia visoms Šalims. Sekretoriatas siūlomus pakeitimus taip pat nusiunčia konvenciją pasirašiusiems Šalims ir depozitarui susipažinti.

3. Šalys visokeriopai siekia bendro sutarimo dėl siūlomo konvencijos pakeitimo. Jei yra padaryta visa, kas įmanoma, siekiant bendro sutarimo, bet jis nepasiekiamas, blogiausiu atveju pakeitimas priimamas sesijoje dalyvaujančių ir balsuojančių Šalių trijų ketvirtadalių balsų dauguma. Šiame straipsnyje minimos dalyvaujančios ir balsuojančios Šalys – tai Šalys, kurios dalyvauja ir balsuoja teigiamai arba neigiamai.

Apie kiekvieną priimtą konvencijos pakeitimą sekretoriatas praneša depozitarui, kuris jį siunčia visoms šios konvencijos Šalims priimti.

4. Pakeitimo priėmimo dokumentai deponuojami depozitarui. Pakeitimas, priimtas pagal šio straipsnio 3 dalį, jį priėmusiose Šalyse įsigalioja devyniasdešimtą dieną nuo tos dienos, kai depozitaras bent iš dviejų trečdalių konvencijos Šalių gauna pakeitimo priėmimo dokumentus.

5. Visose kitose Šalyse pakeitimas įsigalioja devyniasdešimtą dieną nuo tos dienos, kurią atitinkama Šalis depozitarui deponuoja minėto pakeitimo priėmimo dokumentą.

## **29 straipsnis**

### **Konvencijos priedų priėmimas ir pakeitimai**

1. Šios konvencijos priedai ir jų pakeitimai siūlomi, priimami ir įsigalioja 28 straipsnyje nustatyta tvarka.

2. Konvencijos priedai yra jos sudedamoji dalis ir, jei nenumatyta kitaip, nuoroda į šią konvenciją reiškia ir nuorodą į bet kurį jos priedą.

3. Prieduose pateikiami tik sąrašai, formos ir kita su procedūriniais, moksliniais, techniniais ar administraciniais klausimais susijusi aprašomoji medžiaga.

## **XI DALIS. BAIGIAMOSIOS NUOSTATOS**

### **30 straipsnis**

#### **Išlygos**

Šiai konvencijai netaikomos jokios išlygos.

### **31 straipsnis**

#### **Pasitraukimas**

1. Praėjus dvejiems metams nuo tos dienos, kai ši konvencija įsigaliojo kuriai nors Šaliai, ši Šalis bet kuriuo metu rašytiniu pranešimu depozitarui gali pasitraukti iš šios konvencijos.

2. Kiekvienas toks pasitraukimas įsigalioja praėjus vieneriems metams nuo tos dienos, kai depozitaras gauna pranešimą apie pasitraukimą, arba praėjus ilgesniam laikotarpiui, kuris gali būti nurodytas pranešime dėl pasitraukimo.

3. Kiekviena Šalis, pasitraukusi iš konvencijos, laikoma taip pat pasitraukusia iš kiekvieno jos protokolo.

### **32 straipsnis**

#### **Balsavimo teisė**

1. Išskyrus šio straipsnio 2 dalyje numatytus atvejus, kiekviena šios konvencijos Šalis turi vieną balsą.

2. Regioninės ekonominės integracijos organizacijos, pagal savo kompetenciją įgyvendindamos savo balso teisę, turi tiek balsų, kiek jų valstybių narių yra šios konvencijos Šalys. Tokios organizacijos nesinaudoja balso teise, jei savo balso teise naudojasi kuri nors jas sudaranti valstybė, ir atvirksčiai.

### **33 straipsnis**

#### **Protokolai**

1. Kiekviena Šalis gali siūlyti protokolus. Tokius siūlymus svarsto Šalių konferencija.

2. Šalių konferencija gali priimti šios konvencijos protokolus. Priimant šiuos protokolus, visokeriopai siekiama bendro sutarimo. Jei padaryta visa, kas įmanoma siekiant bendro sutarimo, tačiau jis nepasiekiamas, blogiausiu atveju pakeitimas priimamas sesijoje dalyvaujančių ir balsuojančių Šalių trijų ketvirtadalių balsų dauguma. Šiame straipsnyje dalyvaujančios ir balsuojančios Šalys – tai Šalys, kurios dalyvauja ir balsuoja teigiamai arba neigiamai.

3. Kiekvieno siūlomo protokolo tekstą likus bent šešioms mėnesiams iki sesijos, kurioje siūloma jį priimti, sekretoriatas siunčia šios konvencijos Šalims.

4. Tik šios konvencijos Šalys gali būti jos protokolo Šalys.

5. Bet kuris konvencijos protokolas yra privalomas tik toms Šalims, kurios yra protokolo šalys. Vien protokolo Šalys gali priimti sprendimus tik su šiuo protokolu susijusiais klausimais.

6. Protokolo įsigaliojimo reikalavimai nustatomi tuo dokumentu.

### **34 straipsnis**

#### **Pasirašymas**

Ši konvencija pateikiama pasirašyti visoms Pasaulio sveikatos organizacijos

narėms ir visoms valstybėms, kurios nėra Pasaulio sveikatos organizacijos narės, bet priklauso Jungtinėms Tautoms, bei regioninėms ekonominės integracijos organizacijoms nuo 2003 m. birželio 16 d. iki 2003 m. birželio 22 d. Pasaulio sveikatos organizacijos būstinėje Ženevoje, o vėliau – nuo 2003 m. birželio 30 d. iki 2004 m. birželio 29 d. Jungtinių Tautų būstinėje Niujorke.

### **35 straipsnis**

#### **Ratifikavimas, priėmimas, patvirtinimas, oficialus patvirtinimas arba prisijungimas**

1. Šią konvenciją valstybės ratifikuoja, priima, patvirtina arba prie jos prisijungia, o regioninės ekonominės integracijos organizacijos ją oficialiai patvirtina arba prisijungia prie jos. Prie konvencijos galima prisijungti jau kitą dieną po to, kai baigiama ją pasirašyti. Ratifikavimo, priėmimo, patvirtinimo, oficialaus patvirtinimo arba prisijungimo dokumentai deponuojami depozitarui.

2. Kiekviena regioninė ekonominės integracijos organizacija, kuri tampa konvencijos Šalimi tuo atveju, kai nėra viena šiai organizacijai priklausanti valstybė nėra konvencijos Šalis, privalo laikytis visų įsipareigojimų pagal šią konvenciją. Jei viena ar kelios tokiai organizacijai priklausančios valstybės yra konvencijos Šalys, organizacija ir jos valstybės narės sprendžia dėl savo atsakomybės vykdant įsipareigojimus pagal šią konvenciją. Tokiais atvejais organizacija ir jai priklausančios valstybės neturi teisės vienu metu naudotis teisėmis pagal šią konvenciją.

3. Savo oficialaus patvirtinimo ar prisijungimo dokumentuose regioninės ekonominės integracijos organizacijos pareiškimu nustato savo kompetencijos mastą šios konvencijos reglamentuojamais klausimais. Šios organizacijos taip pat praneša depozitarui apie esminius savo kompetencijos masto pakeitimus, o šis savo ruožtu apie tai praneša šios konvencijos Šalims.

### **36 straipsnis**

#### **Įsigaliojimas**

1. Ši konvencija įsigalioja devyniasdešimtą dieną nuo tos dienos, kurią depozitarui deponuojamas keturiasdešimtas ratifikavimo, priėmimo, patvirtinimo, oficialaus patvirtinimo ar prisijungimo dokumentas.

2. Kiekvienai valstybei, kuri ratifikuoja, priima ar patvirtina šią konvenciją arba prie jos prisijungia, kai įvykdo šio straipsnio 1 dalyje nurodytas įsigaliojimo sąlygas, konvencija įsigalioja devyniasdešimtą dieną nuo tos dienos, kurią valstybė

deponuoja savo ratifikavimo, priėmimo, patvirtinimo ar prisijungimo dokumentą.

3. Kiekvienai regioninei ekonominės integracijos organizacijai, kuri deponuoja savo oficialaus patvirtinimo arba prisijungimo dokumentą, kai įvykdo šio straipsnio 1 dalyje nurodytas įsigaliojimo sąlygas, konvencija įsigalioja devyniasdešimtą dieną nuo oficialaus konvencijos patvirtinimo ar prisijungimo prie jos dokumento deponavimo dienos.

4. Taikant šį straipsnį, dokumentas, kurį deponuoja kuri nors regioninė ekonominės integracijos organizacija, nepriskaičiuojamas kaip papildomas dokumentas prie tų dokumentų, kuriuos deponuoja tai organizacijai priklausančios valstybės.

### **37 straipsnis**

#### **Depozitaras**

Šios konvencijos ir jos pakeitimų, protokolų bei priedų, priimtų vadovaujantis 28, 29 ir 33 straipsniais, depozitaras yra Jungtinių Tautų Generalinis Sekretorius.

### **38 straipsnis**

#### **Autentiški tekstai**

Šios konvencijos originalas, kurio tekstai arabų, anglų, ispanų, kinų, prancūzų ir rusų kalbomis yra autentiški, deponuojamas Jungtinių Tautų Generaliniam Sekretoriui.

TAI PATVIRTINDAMI, toliau nurodyti įgaliotieji asmenys pasirašo šią konvenciją.

Priimta du tūkstančiai trečiųjų metų [mėnuo, diena] Ženevoje.

Ketvirtasis plenarinis posėdis, 2003 m. gegužės 21 d.

---

---

## 10. Literatūra

1. Mackay J, Eriksen M. The tobacco atlas. World Health Organization, 2002.
2. Altman DG, Flora JA, Fortman SP, Farquhar JW. The cost – effectiveness of three smoking cessation programs. *Am. J. Public Health*, 1987.
3. Bulletin of the World Health Organization. The International Journal of Public Health. Special Theme - Tobacco. World Health Organization 2000.
4. Doctors and Tobacco. Tobacco Control Resource Centre, Totton, Hampshire, 2000.
5. Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ et al. Treating Tobacco Use And Dependence. Clinical practice guideline. U.S. Department of Health and Human Services, 2000.
6. Fagerstrom KO. Clinical Treatment of Tobacco Dependence: The Endurance of Pharmacologic Efficacy. *The journal of clinical psychiatry* 2003;18(1);35-40.
7. Grabauskas V, Klumbienė J, Petkevičienė J, Dregval L, Šaferis V, ir kt. Suaugusių Lietuvos žmonių gyvenimo tyrimas, 2000. Kauno medicinos universitetas, Lietuva; Nacionalinis visuomenės sveikatos institutas, Suomija; 2001.p.2-3.
8. Giovino GA, Shelton DM, Schooley MW. Trends in cigarette smoking cessation in the United States. *Tobacco Control* 1993.
9. Glasgow RE, Klesges RC, Mizes JS, Pechacek TF. Quitting smoking: strategies used and variables associated with success in a stop - smoking contest. *J.Consult.Clin.Psychol.*, 1985.
10. Gay Sutherland BA, Phil M, Psychol C. Evidence for counseling effectiveness for smoking cessation. *The journal of clinical psychiatry* 2003;18(1);22-34.
11. Guide Your Patients to a Smoke Free Future. A Program of the Canadian Council on Smoking and Health, 1992.
12. Heisman J, Singleton G, Moolchan T. Tobacco Craving Questionnaire: Reliability and validity of a new multifactorial instrument. *Nicotine & Tobacco Research* 2003; 5(5); 645-54.

13. Hudmon S, Marks J, Pomerleu C, Bolt D, Brigham J, Swan G. A multidimensional model for characterizing tobacco dependence. *Nicotine & Tobacco Research* 2003; 5(5); 655-64.
14. How To Help Your Patients Stop Smoking. Manual for physicians. National Cancer Institute, Bethesda, 1992.
15. Helping Smokers Change. A resource pack for training health professionals. WHO, 2001.
16. Malakauskas K, Veryga A, Sakalauskas R. Rūkymo paplitimas tarp viešosios gydymo įstaigos darbuotojų. *Medicina* 2003; 39(1); 301-6.
17. Malakauskas K, Veryga A. Bandyto mesti rūkyti psichosocialinės motyvacijos vertinimas. *Lietuvos bendrosios praktikos gydytojas*. 2003; VI(4); 231-4.
18. Peto R, Lopez AD, Boreham J, Thun M, Heath Jr C. Mortality from tobacco in developed countries, 1950-2000. Oxford University Press, 1994.
19. Puska P, Korhonen HJ, Vartiainen E, Urjanheimo EL, Gustavsson G, Westin A. Combined use of nicotine patch and gum compared with gum alone in smoking cessation: a clinical trial in North Karelia. *Tobacco Control* 1995.
20. Parran TV. The physician's role in smoking cessation. *The journal of respiratory diseases* 1998;19(8); 6-12.
21. Silagy C, Mant D, Fowler G, Lodge M. Meta-analysis on efficacy of nicotine replacement therapies in smoking cessation. *Lancet* 1994.
22. Stanikas T. Rūkymas ir aš. Širdies ir kraujagyslių sistemos mokslinio tyrimo institutas, Kaunas, 1977.
23. Women and the Tobacco Epidemic. Challenges for the 21 century. The World Health Organization, 2001.
24. Jarvis MJ. Why people smoke. *BMJ* 2004;328:277-9
25. Gonzales D et al. Varenicline, an  $\alpha 4\beta 2$  nicotinic acetylcholine receptor partial agonist, vs sustained-release bupropion and placebo for smoking cessation. A randomized controlled trial. *JAMA* 2006; 296(1):47-55.
26. Jorenby DE et al. Efficacy of varenicline, an  $\alpha 4\beta 2$  nicotinic acetylcholine receptor partial agonist, vs placebo or sustained-release bupropion for smoking cessation. A randomized controlled trial. *JAMA* 2006; 296(1): 56-63.

27. Gonzales DH et al. A pooled analysis of varenicline, an alpha 4 beta 2 nicotinic receptor partial agonist vs bupropion, and placebo, for smoking cessation. Presented at 12th SRNT, 15-18th Feb, 2006, Orlando, Florida, Abstract PA9-2.
28. Tonstad S et al. Effect of maintenance therapy with varenicline on smoking cessation. A randomized controlled trial. *JAMA* 2006; 296(1): 64-71.
29. Tobacco Smoke and Involuntary Smoking. IARC Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks of Humans. World Health Organization International Agency for Research on Cancer. Lyon, France 2004.
30. Lifting the smokescreen. 10 reasons for a smoke free Europe. Smoke free partnership. ERSJ Ltd. Belgium 2006.
31. Tobacco or Health in the European Union. Past, present and future. European Commission. 2004.
32. Gonzales D *et al.* A pooled analysis of varenicline, an a4b2 nicotinic receptor partial agonist vs. bupropion, and placebo, for smoking cessation. Presented at 12th SRNT, 15-18th Feb, 2006, Orlando, Florida. Abstract PA9-2. 2. West R. The clinical significance of 'small' effects of smoking cessation treatments. *Addiction* 2007; 102:506-509.
33. Wu P, Wilson K, Dimoulas P, Mills EJ. Effectiveness of smoking cessation therapies: a systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health* 2006, 6:300 doi:10.1186/1471-2458-6-300.

#### **Naudingos nuorodos:**

[www.sam.lt](http://www.sam.lt)

[www.who.dk](http://www.who.dk)

[www.fctc.org](http://www.fctc.org)

[www.tobaccopedia.org](http://www.tobaccopedia.org)

[www.globalink.org](http://www.globalink.org)

[www.ash.org.uk](http://www.ash.org.uk)

[www.treatobacco.net](http://www.treatobacco.net)

[www.jaunimo-centras.lt](http://www.jaunimo-centras.lt)

[www.koalicija.org](http://www.koalicija.org)

