Guida për trajtimin e varësisë ndaj duhanpirjes
Guida për trajtimin e varësisë ndaj duhanpirjes
PJESA E PARË
1. Vlerësimi i përdorimit të duhanit dhe varësisë ndaj duhanit ................................................................. 15
   1.1. Përdorimi i duhanit është një sëmundje ................................................................. 16
   1.2. Përkufigimet, klasifikimet, termat dhe shqegimet specifikë ................................. 17
   1.2.1 Varësia ndaj duhanit: një sëmundje industriale e fituar ....................................... 17
   1.2.2 Mekanizmat e induksionit të varësisë ndaj duhanit ........................................... 17
   1.2.3 Nikotina nuk është i vetmi element që çon drejt varësisë ndaj duhanit ............ 17
   1.2.4 Varësia ndaj nikotinës sipas OBSH ......................................................................... 18
   1.3. Duhanpirja është një sëmundje kronike e përsëritshme ........................................ 19
       1.3.1 Modelet e ripërsëritjes .............................................................................................. 19
       1.3.2 Trajtimi i varësisë ndaj duhanit pas ndërprerjes .................................................. 20
   1.4. Identifikimi rutinë i personave duhanpirës është i detyrueshëm në praktikën e tanishme mjekësore ................................................................. 20
       1.5. Vlerësimi/diagnostikimi i përdorimit dhe varësisë ndaj duhanit ......................... 21
           1.5.1. Diagnozat klinike të përdorimit dhe varësisë ndaj duhanit ....................... 21
           1.5.2 Analizë e përpjekjeve të mëparshme për lënien e duhanit ....................... 22
           1.5.3 Motivimi për lënien e duhanit ............................................................................ 22
           1.5.4 Historia mjekësore e pacientit ......................................................................... 23
           1.5.5 Shtatzania/ Ushqyerja me gji/ Kontracepsioni .................................................. 24
           1.5.6 Historiku i ankthit dhe depresionit tek pacienti ............................................. 24
               1.5.6.1 Monitorimi fillestar ....................................................................................... 24
               1.5.6.2 Vlerësimi klinik i Ankthit dhe Depresionit ................................................. 24
           1.5.7 Diagnozat laboratorike për varësinë ndaj duhanit ......................................... 24
   Referenca ................................................................................................................................. 25

2. Rekomandime të përgjithshme për trajtimin e duhanpirjes dhe varësisë ndaj duhanit ................................................................. 27
   2.1. Përdorimi i duhanit ...................................................................................................... 28
   2.2. Sëmundja e varësisë ndaj duhanit ............................................................................. 28
   2.3. Ndërpreja e duhanit ..................................................................................................... 29
       2.3.1 Edukimi terapeutik ............................................................................................... 29
       2.3.2 Mbështetja nëpërmjet sjelljes ............................................................................. 29
       2.3.3 Mjekimi farmakologjik .......................................................................................... 29
       2.3.4 Ndërpreja e duhanit ............................................................................................. 29
3.0 Këshilla të shkurtra për ndërprerjen e përdorimit të duhanit .............................................31
3.1 Rekomandime të përgjithshme ..........................................................................................32
3.2 Planë i ndërhyrjes për personelin mjekësor të përfshirë në asistencën e duhanpirësve .......32
3.3 Rekomandime për mjekët e përgjithshëm ........................................................................32
3.4 Rekomandime për pazientët e hospitalizuuar ..................................................................33
3.5 Rekomandime për gratë shtatzën .....................................................................................33
3.6 Rekomandime për pazientët me ndërhyerje kirurgjike specifike ..................................34
Referenca ........................................................................................................................................34

PJEŞA E DYTË
4.0 Ndërhyrjet standarte për trajtimin e duhanit .................................................................35
4.1 Ndërhyrjet terapeutike për përdorimin e duhanit dhe varësinë ndaj duhanit .................37
4.1.1 Ndërhyrja terapeutike për të ndaluar duhanpirjen është e detyrueshme .................37
4.1.2 Metodat standarte për ndërprerjen e duhanpirjes .......................................................38
4.1.3 Efektiviteti i trajtimit për përdorimin dhe varësinë ndaj duhanit (Asisto!) ...............42
4.1.4 Mbështetja gjatë ndjekjes në vazhdimësi (Organizo!) ..............................................42
4.1.5 Metodat e Sistemit të Kujdesit Shëndetësor për trajtimin e përdorimit dhe varësinë ndaj duhanit ..........................................................43
4.1.6 Llojet e ndërhyrjeve për ndërprerjen e duhanit .........................................................44
Referenca ........................................................................................................................................44
4.2 Konsulencë për sjelljen ......................................................................................................46
4.2.1 Suporti psikologjik për ndërprerjen e duhanpirjes ......................................................46
Referenca ........................................................................................................................................46
4.2.2 Terapia konjitive-bihevioriste (CBT) ...........................................................................48
4.2.3 Intervistë motivimi (MI) ...............................................................................................50
Referenca ........................................................................................................................................50
4.2.4 Formati i shpërndarjes ..................................................................................................52
Referenca ........................................................................................................................................53
4.3 Trajtimi farmakologjik i varësisë ndaj duhanit .................................................................59
4.3.1 Trajtimi me NRT ...........................................................................................................61
4.3.2 Trajtimi me bupropion SR ..........................................................................................69
4.3.3 Trajtimi me varenicline ...............................................................................................73
4.3.4 Trajtimi me clonidine .................................................................................................81
4.3.5 Trajtimi me nortriptyline ...........................................................................................82
4.3.6 Cytisine .......................................................................................................................83
Referenca ........................................................................................................................................84
4.4 Skema terapeutike individuale .......................................................................................87
4.4.1 Kombinimi i terapive farmakologjike ............................................................................................................................87
4.4.2 Rekomandime për të zgjatur qëdrueshmërinë e trajtimit ..................................................................................................................92
4.5 Të dhëna të disponueshme nga ndërhyrje të tjera në mbështetje të ndërprerjes së duhanpirjes ............................93
Referenca ..............................................................................................................................................................................95
4.6 Rekomandime për metodat e reduktimit të duhanpirjes ..............................................................................................98
4.6.1 Reduktimi i duhanpirjes nëpërmjet zëvendësimit të nikotinës ..................................................................................98
4.6.2 Reduktimi i duhanpirjes me vareniclinë ..........................................................................................................................99
Referenca ..............................................................................................................................................................................99
4.7 Trajtime të rekomanduara për parandalimin e rifillimit të duhanpirjes .................................................................100
Referenca ...........................................................................................................................................................................101
4.8 Trajtime të rekomanduara për situatat specifike dhe grup-popullat në risk .............................................................................102
4.8.1. Trajtime të rekomanduara për gratë shtazëna ..............................................................................................................102
Referenca ...........................................................................................................................................................................102
4.8.2. Trajtime të rekomanduara për personat nën 18 vjeç ..................................................................................................103
Referenca ...........................................................................................................................................................................106
4.8.3. Trajtime të rekomanduara për personat duhanpirës me probleme respiratore, kardiovaskulare, psikiatrike, kancer dhe sëmundje të tjera shoqëruše .................................................................106
Referenca ...........................................................................................................................................................................112
4.8.4 Rekomandime për ndërhyrjet mbi shtimin në peshë pas ndërprerjes së duhanpirjes ........................................113
Referenca ...........................................................................................................................................................................114

5.0 Kërklimes dhe Rekomandime Shkencore për të Vlerësuar Ndërprerjen e Duhanpirjes ..............................................115
5.1. Kriteret e kërklimit shkencor klinik në Ndërprerjen e Duhanpirjes ........................................................ ..................116
5.2 Kosto-Efektiviteti i terapive për varësinë ndaj duhanit .............................................................................................116
Referenca ...........................................................................................................................................................................118
5.3 Rekomandime për implementimin e guidës për Ndërprerjen e Duhanpirjes ..........................................................118
Referenca ...........................................................................................................................................................................119
5.4 Literatura Shkencore e Rekomandur për Ndërprerjen e Duhanpirjes .................................................................119

PJESA E TRETË

6.0 Standartet Europiane për Akreditimin e Shërbimeve për Ndërprerjen e Duhanpirjes dhe Trajnimet për Ndërprerjen e Duhanpirjes ...........................................................................................................................121
6.1 Rekomandime për kriteret standarte të trajnuesve për lënien e duhanit .................................................................................124
6.2 Rekomandime për të zhvilluar kurrikula mbi ndërprerjen e duhanpirjes në programet akademike të Universitetet Mjekësore në Europë ..........................................................................................................125
6.3 Rekomandime për të zhvilluar kurrikula mbi ndërprerjen e duhanpirjes në Programe pas-universitare me Çertifikata-Europiane në Universitetet Mjekësore .........................................................................................128
Referenca ...........................................................................................................................................................................129
6.4 Rekomandime për zhvillimin e kurrikulave mbi ndërprerjen e duhanpirjes për kategori të tjera të profesionistëve shëndetësorë, të përfshirë në ndihmën për ndërprerjen e duhanpirjes
në Europë: psikologë, infermierë, politikë-bërësit e shëndetësisë .................................................................129
Referenca ..........................................................................................................................................................130
6.5 Standartet trajnuese për klinicistët e ndërprerjes së duhanpirjes .................................................................130
6.6 Standartet e cilësisë në trajtimin e varësisë ndaj duhanit .................................................................132
Referenca ..........................................................................................................................................................135
6.7 Kërkesat për akreditimin e shërbimit të specializuar për ndërprerjen e duhanpirjes ................................135
6.7.1 Tre nivelet e shërbimeve për ndërprerjen e duhanpirjes2 .................................................................135
6.7.2 Akreditimi i njësive të specializuara për ndërprerjen e duhanpirjes .............................................136
Referenca ..........................................................................................................................................................140
**Falenderime**

Botimi 2018 (4) u koordinua dhe u rishiku nga Dr. Sophia Papadakis dhe Dr Constantine Vardavas

ENSP dëshiron të falenderojë Bordin Editorial të versionit të parë dhe të dytë për kontributin e tyre të vyer:

**Panagiotis K. Behrakis**, MD, PhD (McGill), FCCP, Kryetar i Komitetit Shkencor të ENSP, Drejtor i Institutit të Shëndetit Publik të Kolegjit Amerikan në Greqi dhe një Kërkuas Shkencor në Fondacionin e Kërkuasit Shkencor Biomjekësor në Akademini e Athinës, Greqi.

**Nazmi Bilir**, Profesor i Shëndetit Publik, Universiteti Hacettepe, Fakulteti i Mjekësisë, Departamenti i Shëndetit Publik, Ankara, Turqi.

**Luke Clancy**, BSc, MB, MD, PhD, FRCPI, FRCP (Edin), FCCP, FFOM, mjek specialist për sistemin respirator dhe Drejtor i Përgjithshëm, Instituti TobaccoFree Research Irlande (TFRI);

**Bertrand Dautzenberg**, Profesor i Mjekësisë pulmonare në Spitalin Pitié-Salpêtrière, Paris dhe Kryetar i Zyrës “français de prévention du tabagisme (OFT), Paris, France”.

**Andrey Konstantinovich Demin**, M.D., D.Polit.Sci., Profesor i Shëndetit Publik në I.M. Sechenov 1st Moscoë State Medical University dhe N.I. Pirogov National Medical Surgical Centre, dhe President i Shoqatës së Përgjithshëm, Shëndetit Publik Health Moskë, Rusi;

**Sophia Papadakis**, PhD, MHA, është shkencëtar, Departamenti i Parandalimit dhe Rehabilitimit në Universitetin e of Ottàëa Heart Institute, Profesor në Fakultetin e Mjekësisë në Universitetin Ottàëa dhe Shkncëtar dhe shkncëtar i ftuar në klinikën e Mjekësisë Familjare dhe Sociale të shkollës së Mjekësisë në Universitetin e Kretës, Greqi.

**Antigona Tatro**, M.D. Ph.D., Prof.Ass. ne Pneumologji në Universitetin e Mjekësisë dhe FArmacisë Gr. T. Popa, Iași dhe mjek pneumolog ne Klinikën e sëmundjeve Pulmonare, Iași, Rumani.

**Constantine Vardavas**, MD, RN, MPH, PhD, FCCP, Drejtor i Institutit të Shëndetit Publikë, Kolegjit Amerikan, Greqi.

ENSP dëshiron të falenderojë Bordin e studiuesve të edicionit të parë (1st edition), për kontributin e tyre të vyer:

**Sofia Cattaruzza**, Kryetar i UNITAB, Universiteti Sapienza, Rome, Itali;

**Florin Dumitru Mihălțan**, Profesor i Pneumologjise, M. Nasta Institutit Ndërkombëtar i Pneumologjisë, President Shoqatës së Pneumologëve, Bukuresht, Rumani;

**Manfred Neuberger**, O. Univ.-Prof. M.D., Vienë, Austri;

**Biagio Tinghino**, President i shoqatës Italiane Tabaccologia (SITAB), ko-ordinator i grupit të punës të Guidës SITAB, Kryetar i Smoking Cessation Centre, ASL Monza dhe Brianza, Itali;

**Paulo D. Vitória**, Psikolog, PhD, Profesor i Mjekësisë Parandaluese në Fakultetin de Ciências da Saúde – Universidade da Beira Interior. Anëtar i “Coordination Team at Portuguese Quitline”. Anëtar i “Steering Board at Portuguese Society of Tabacology (SPT), Portugali;

**Vincenzo Zagà**, drejtor i “Tabaccologia, Società Italiana di Tabaccologia (SITAB)”, Bolonja, Itali;

**Éitold A. Zatoński**, Profesor, M.D, PhD. Drejtor i Epidemiologjisë dhe Parandalimit të Kancerit, Drejtor i qendrës së bashkëpunimit me OBSH, Varshavë, Poloni.

ENSP i detyrohet Cornel Radu-Loghin, Sekretarrit të Përgjithshëm të ENSP, për të filluar dhe menaxhuar këtë projekt.
Per perkthimin e ketij versioni punuan keta persona:

Enkeleint-Aggelos Mechili, PhD në Politika Shëndetësore, Zv. Rektor i Universitetit të Vlorës
Aurela Saliaj, Prof.asoc., Dekane e Fakultetit të Shëndetit Publik, Universiteti i Vlorës
Fatjona Kamberi, Zv. Dekane, Lektor Fakulteti i Shëndetit Publik, Universiteti i Vlorës
Mimoza Canga, Lektor Fakulteti i Shëndetit Publik, Universiteti i Vlorës
Rezarta Lalo, Lektor Fakulteti i Shëndetit Publik, Universiteti i Vlorës
Evis Memushi, As/lektor Fakulteti i Shëndetit Publik, Universiteti i Vlorës
Rozeta Luçi, As/lektor Fakulteti i Shëndetit Publik, Universiteti i Vlorës
Denada Sefo, As/lektor Fakulteti i Shëndetit Publik, Universiteti i Vlorës
Erilda Ruçi, As/lektor Fakulteti i Shëndetit Publik, Universiteti i Vlorës
Emirjona Kiçaj, As/lektor Fakulteti i Shëndetit Publik, Universiteti i Vlorës
Juliana Xhindoli, As/lektor Fakulteti i Shëndetit Publik, Universiteti i Vlorës
Saemira Durmishi, As/lektor Fakulteti i Shëndetit Publik, Universiteti i Vlorës
Rudina Çerçizaj, As/lektor Fakulteti i Shëndetit Publik, Universiteti i Vlorës
Glodiana Sinani, As/lektor Fakulteti i Shëndetit Publik, Universiteti i Vlorës
Brunilda Subashi, As/lektor Fakulteti i Shëndetit Publik, Universiteti i Vlorës
Adela Haxhiraj, As/lektor Fakulteti i Shëndetit Publik, Universiteti i Vlorës
Vasilika Prifti, As/lektor Fakulteti i Shëndetit Publik, Universiteti i Vlorës
Anëtarët e Bordit Editorial të Udhëzimeve të ENSP për Trajtimin e Varësisë ndaj Duhanit paraqesin deklarimet e mëposhtme të interesit:

**Panagiotis K. Behrakis** deklaron se nuk ka konflikt interesi me ndonjë kompani farmaceutike;


**Bertrand Dautzenberg** ka bashkëpunuar për tre vitet e fundit, por nuk ka pranuar asnjë pagesë nga Pfizer, GlaxoSmithKline,


**Sophia Papadakis** deklaron se institutit të saj i është akorduar një grant arsimor nga Pfizer; por nuk ka pranuar asnjë tarifë personale nga kompanitë farmaceutike apo agjenci të tjera.

**Constantine Vardavas** deklaron se institutit të saj dhe është akorduar një grant arsimor nga Pfizer; por ka refuzuar çdo pagesë personale nga kompanitë farmaceutike apo agjenci të tjera.

Këto udhëzime (guideline) janë hartuar në mënyrë të pavarur nga çdo kompani farmaceutike.
Tabela 1: Udhëzimet e tanishme i ndajnë evidencat (të dhënat) në tri kategorë, sipas llojit, cilësisë dhe sasisë së studimeve të referuara.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nivelet e Evidencave: Përshkrimi</th>
<th>Nivelet e Evidencave: Përshkrimi</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Kategoria e dëshmive</td>
<td>Burimi i Evidencave</td>
</tr>
<tr>
<td>A Studime të kontrolluara dhe të randomizuara (CRT). Database të mëdha.</td>
<td>Një numër i madh studimesh të cilat përftijnë një numër të konsiderueshëm dhe të madh pjesëmarrësisht.</td>
</tr>
<tr>
<td>B Studime të kontrolluara dhe të randomizuara. Database me të dhëna të limituara.</td>
<td>Studimet përftijnë një numër të limituar pacientësh, analiza post hoc ose analiza të nëngrupeve studime të ndryshme me cilësi të lartë. Studime të ndryshme të përkufizueshëm dhe të madh pjesëmarrësisht.</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Kod</th>
<th>Cilësia e Evidencave</th>
<th>Përkuftizimi</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>A</td>
<td>I Lartë</td>
<td>Studimet e mëtejshme nuk kanë gjasa ta ndryshojnë besimin tonë në vlerësimin e efektit. Studime të ndryshme me cilësi shumë të lartë me rezultate të qëndrueshme. Në raste të veçanta: një studim eksperimentues i gjerë, i cilësisë së lartë me përftishjen e shumë qendrave.</td>
</tr>
<tr>
<td>B</td>
<td>I moderuar</td>
<td>Kërktimet e mëtejshme kanë gjasa të kërkimi të mëtejshme të konsiderueshëm në besimin tonë të ndryshojnë këtë vlerësim. Një studim me cilësi të lartë. Studime të ndryshme me disa kufizime.</td>
</tr>
<tr>
<td>C</td>
<td>I ulët</td>
<td>Kërkitet e mëtejshme kanë shumë gjasa të kërkimi të mëtejshme të konsiderueshëm në besimin tonë të ndryshojnë këtë vlerësim. Një ose më shumë studime me kufizime të rëndësishme.</td>
</tr>
<tr>
<td>D</td>
<td>Shumë i ulët</td>
<td>Çdo vlerësim i efektit është shumë i pasigurtë. Mendimi i ekspertit. Nuk ka prova të drejtë e probationit nga hulumtimet e ekspertit. Një ose më shumë studime me kufizime të shumë rëndësishme.</td>
</tr>
</tbody>
</table>
ENSP ka vizionin e një të ardhmeje pa duhan, në të cilën asnjë Europian nuk do të duhet të vuajë nga sëmundje të lidhura me duhanin dhe vdekje të parakohshme. Të gjitha përpkjetetona janë përplëndruar për tu sigura fëmijëve dhe të rinjtë lirinë e të rriturit të pavarur dhe të shëndetshëm, pa qenë të robërurar nga varësi që zgjasin gjithë jetën. Duhanpirja jo vetëm përbën një varësi të fortë, por është gjithashtu një kurth fatal, prej të cilit ne duam ti ndihmojmë duhanpirësit të shpëtojnë. Qëllimi ynë është të krijojmë një koherencë të gjerë midis aktiviteteve parandaluese për duhanin, si dhe promovimin e politikave gjithëpërfshirëse të kontrollit të duhanit në nivel europian dhe kombëtar.

Duke iu referuar vëzhgimit të Eurobarometerit, të publikuar në 2017, pothuajse çereku (26%) i Europianëve të moshës mbi 15 vjeç pijnë duhan dhe 33% e moshës 25-39 vjeç janë duhanpirës. Duhani vret gjijshëm e përdoresve të tij të rregullt, d.m.th. 700,000 Europianë çdo vit. Në këtë kontekst, ka një konsensus në rritje mbi faktin që varësia ndaj duhanit është një sëmundje, e cila duhet të trajtohet nga profesionistë shëndetësorë. Të gjithë profesionistët shëndetësorë duhet ta kuptojnë që përdorimi i duhanit është një gjendje mjekësore, një varësi ICD-10 dhe jo një zakon, ves, kënaqësi apo stil jetese.

Ndërhyrjet për ndërprerjen e duhanpirjes kanë një ndikim afatmesëm mbi numrin e vdekjeve dhe për këtë arsye duhen inkurajar. Siç shpjegohet edhe në raportin e World Bank: *Curbing the epidemic: Governments and the economics of tobacco control*, nëse fillimi i duhanpirjes reduktohet me 50% deri në vitin 2020, numri i vdekjeve nga duhani do të ulet nga 520 në rrëth 500 milionë në vitin 2050. Nga ana tjetër, në qoftë se gjysma e duhanpirësve aktualë e lënë duhanin deri në vitin 2020, numri i vdekjeve nga duhani do të reduktohet nga 520 në 340 milionë në vitin 2050 (Figura 1).

**Figura 1:** Deri sa duhanpirësit aktualë të lënë duhanin, vdekjet nga duhanpirja do të rriten në mënyrë dramatike në 50 vitet e ardhshme. Vlerësimi i vdekshmërisë kumulative 1950-2050 sipas strategjive të ndryshme ndërhyrëse. (Burimi: The World Bank)
Neni 14 i Konventës për Kontrollin e Duhanit të OBSH (WHO FCTC) citon:

"Çdo palë do të zhvillojë dhe shpërndajë udhëzime (guideline) të përshatshme, të kuptueshme dhe të integruara, bazuar në evidencat shkencore dhe praktikat më të mira, duke marrë parasysh rrETHAT duke ndirëri dhe priorititet kombëtare dhe do të marrë masa efektive për të nxitur ndërprerjen e përdorimit të duhanit dhe trajtimin adekuat për varësinë ndaj tij."

Udhëzimet për zbatimin e Nenit 14:

i. Inkurajoni Palët që të forcojnë ose krijojnë një infrastrukturë të qëndrueshme, e cila motivon përpjekjet për të lënë duhanin, siguron aksein në ndihmë të përdoruesve të duhanit që duan të lënë atë, dhe siguron burime të qëndrueshme për të siguruar disponibilitetin e një mbështetjetje të tillë;

ii. Identifikoni masat kyçe dhe efektive të nevojshme për promovimin e ndërprerjes së duhanit dhe inkorporimin e trajtimit të varësisë nga duhanit në programet kombëtare të kontrollit të duhanit dhe sistemet e kujdesit shëndetësor;

iii. Kërkojuni Palëve të ndajnë përvojat e tyre dhe të bashkëpunohen, në mënyrë që të lehtësojnë zhvillimin e mbështetjes për ndalimin e duhanpirjes dhe trajtimin e varësisë nga duhanit.

Sipas udhëzimeve për zbatimin e Nenit 14:

Këto hapa veprimi mund të përmblidhen si më poshtë:

1. Kryerja e një analizë të gjendjes kombëtare
2. Krijimi ose forcimi i koordinimit kombëtar
3. Zhvillimi dhe shpërndarja e udhëzimeve gjithëpërshpërfshirëse
4. Adresimi i përdoruesve të duhanit tek personalat dhe kujdesit shëndetësor dhe të tjerë të përshpërjhinë në procesin e ndërprerjes së duhanit.
5. Zhvillimi i kapaciteteve trajnuese
6. Përdorimi i sistemeve dhe burimeve ekzistuese për të siguruar aksein më të madh të mundshëm në këto shërbime.
7. Bëjeni të detyrueshëm regjistrimin e duhanipërves në rregjistrat mjekësisore
8. Inkurajoni punën bashkëpunuese
9. Vendoj në burim të qëndrueshëm financimi për të ndihmuar ndërprerjen e duhanpirjes

Në Udhezuesin aktual ENSP për Trajtimin e Varësisë ndaj Duhanpirjes nesynojmë të adresojmë kryesisht raportin e 3-të, duke marrë gjithë rregjistrin e tij për të konsideratë analizimin e situatës kombëtare. Trajtimi i varësisë ndaj duhanpirjes duhet të zhvillohë në bazë të të dhënave shkencore dhe praktikave më të mira të disponueshme, duke marrë parasysh rrethanat dhe prioritetet kombëtare. Këto udhëzime duhet të përfshijen ne komponente kryesore: (1) një strategji kombëtare të ndërprerjes dhe për të siguruar trajtim për varësinë ndaj duhanit, duke synuar kryesisht tek ata që janë përshkruar për financimin dhe zbatimin e politikave dhe programave; dhe (2) udhëzimet kombëtare për trajtimin, që synojnë kryesisht të ndikojnë tek ata që do të zhvillojnë, menaxhojnë dhe sigurojnë mbështetjetje për ndërprerjen e duhanit prej përdoruesve të tij.

Një strategji kombëtare për ndërprerjen e duhanpirjes dhe udhëzimet (guidelines) kombëtare të trajtimit të varësisë së duhanit duhet të ketë karakteristikat kyçe të mëposhtme:

- ato duhet të janë të bazuara në evidenca (të dhëna / prova);
- zhvillimi i tyre duhet mbrojtur nga të gjitha konfliktet aktuale dhe të mundshme të interesi;
- ato duhet të zhvillohen në bashkëpunim me grupet kyçe të interesi, duke përfshirë hulumtuesit shëndetësorë dhe jo vetëm, organizatat shëndetësore profesionale, punonjësit e...
kujdesit shëndetësor, edukatorët, punonjësit me të rinjtë dhe organizatat joqeveritare me ekspertizë të rëndësishme në këtë fushë;

• ato duhet të autorizohen ose të udhëhique nga qeveria, por në partneritet aktiv dhe konsultim me aktorët e tjerë. Megjithatë, në qoftë se organizata të tjera iniciojnë zhvillimin e procesit të Udhëzimeve (guidelines) të Trajitimit të Duhanpirjesh, ata duhet ta bëjnë këtë në bashkëpunim aktiv me qeverinë;

• ato duhet të përfshijnë një plan shpërndarje dhe zbatimi, duhet të theksojnë rëndësinë e gjithë ofruesve të shërbimeve (brenda ose jashtë sektorit të kujdesit shëndetësor) duke vendosur një shembull duke mos përdorur duhanin, dhe i cili duhet të rishikohet dhe përditësohet periodikisht, në dritën e zhvillimit të provave shkencore, dhe në përputhje me detyrimet e përcaktuara në nenin 5.1 të OBSH KKKD (WHO FCTC).

Të gjitha përpjekjet dhe puna jonë, janë të orientuara për të mbështetur OBSH KKKD, të cilat ne konsiderojmë të jenë një mjet drejt përmbytjes së qëllimeve të ENSP. Kjo është arsyja pse ne përfundoni me nenin 14 KKKD, këto Guideline Europiane për Trajitimin e Varësisë nga Duhan janë zhvilluar dhe sigurohen lirisht prej profesionistëve të kujdesit shëndetësor dhe publikut. Ne jemi të bindur se këto Guideline për Trajitimin e Varësisë nga Duhan do të ndihmojnë në pajisjen e profesionistëve të kujdesit shëndetësor me aftësitë e nevojshme për të luftuar këtë varësi fatale dhe do tu sigurojnë atyre një gamë të gjerë të mjetave jetike, për ti ndihmuar të përmirësojnë strategjitë për ndërprerjen e duhanit.

Së fundmi, udhëzimet e tanishme përmbajnë rezultatin e punës së vazhdueshme dhe intensive nga Bordi Editorial i të dy edicioneve, të Irë dhe të 2të, të cilit ENSP i është jashtëzakonisht mirënjohtë.

Francisco Lozano
President, ENSP

Panagiotis Behrakis
Chair, ENSP Scientific Committee


PJESA E PARË | Kapituli 1

Vlerësimi i përdorimit të duhanit dhe varësisë ndaj duhanit
1.0 **Vlerësimi i përdorimit të duhanit dhe varësisë ndaj tij**

QC1. Regarding smoking cigarettes, cigars, cigarillos or a pipe, which of the following applies to you? In this question and the following questions in this section, smoking cigarettes does not include use of electronic cigarettes.

```
Pi duhan       Nuk ke pire kurre duhan
Ke pire ne te kaluaren por e ke lene       Nuk e di
```


"Pak më shumë se një e katërtë e te anketuarve në BE aktualisht pijnë cigare, puro, cigareta ose cibuk (26%), që paraqet rënie prej dy pikë përqindjeje që nga viti 2012"

Eurobarometer 2015

1.1 **Përdorimi i duhanit është një sëmundje**

Përdorimi i duhanit është shkaku kryesor i vdekjes së parakohshme dhe paaftësisë së Evropës. Çdo vit, më shumë se 700,000 europianë vdesin prej sëmundjive që lidhen me duhanin. 21% i përdoruesve të duhanit do të humbasin 20 vjet jetë të shëndetshme përpara se të vdesin nga një sëmundje e lidhur me duhanin.3 Varësia e duhanit është një sëmundje, e cila çon shumicën dërrmuese të përdorimit të duhanit tek të rriturit. Varësia e duhanit është lidhur me përdorimin afatgjatë të përditshëm të produkteve me bazë duhanin (cigare, llullë, puro, bidis (cigare e dredhur Indiane), nargjile, duhan që përtyyet etj). Shumica e duhanpirësve nuk janë në gjendje të gjendjes më ndalojnë pirjen e duhanit me vullnetin e tyre. Në terma mjekësorë, pirja kronike e duhanit përkufizohet si: varësia nga duhan ose varësia nga nikotina. Mjeket dhe profesionistët e shëndetit duhet për pasojë të ndërgjegjësohen se varësia e duhanit është një gjendje mjekësore dhe jo një zakon, ves, kënaqësi apo zgjedhje jetësore. Faktori kryesor etiologjik i sëmundjjes së varësisë ndaj duhanit është një drogë që krijon varësi, e cila gjendet në duhan dhe që përçakton varësinë nga ata që përdorin produktet e duhanit në mënyrë kronike. Edhe pse, në varësi të intensitetit, kohëzgjatjes së përdorimit dhe llojit të produkteve të duhanit të duhanit të përdorur, jo të gjithë duhanpirësit ndjekin të njëjtin model rreziku, përgjigja e profesionistëve të shëndetit ndaj përdorimit të duhanit duhet të jetë në trajtohen varësia ndaj duhanit pa asnjë vonesë. Meqenëse varësia e duhanit është një sëmundje, ajo duhet të diagnostikohet dhe trajtohet në të njëjtën mënyrë si sëmundjet e tjera kronike. Një profesionist i shëndetit ka për detyrë të ndërhyjë dhe të fillojë ndërprerjen e duhanpirjes. Nxitja e menjëhershme e trajtimit të varësisë ndaj duhanit është një praktikë e mirë për mjekët dhe profesionistët e shëndetit, pasi konsumimi i duhanit vjen kryesisht nga varësia ndaj duhanit: vetëm në raste shumë të jashtëzakonshme pirja e duhanit vjen nga zgjedhja e lirë e stilit të jetës së duhanpirësit. Është një praktikë e keqe të mos trajtoh ose të mos planifikosh trajtimin e pacientëve që kanë varësi nga duhan. Më e pakta, mjekët duhet të ofrojnë ndërhyjë dhe shkurter këshillues për të gjithë pacientët që pëdorin duhanin (Figura 1.1).

Pasi përdorimi dhe varësia ndaj duhanit perceptohen me të drejtë si një sëmundje, duhanpirësit mendojnë se është e
përshtatshme të kërkojnë ndihmë mjekësore nga profesionistë shëndetësorë me qëllim që të lënë duhanin, që sigurohet nëpër një trajtimit të varësisë nga duhanin. Ashtu si në rastet e sëmundjeve të tjera kronike, ndihmë mjekësore konsiston në diagnostikimin e përdorimit kronik dhe varësisë ndaj duhanit, ndjekur nga trajtimi i rregullt për rifillimin e duhanpirjes dhe trajtimin e varësisë kronike ndaj duhanit.

Për fundimisht, duke pirë duhan, individet jo vetëm që fusin nikotinë në trupin e tyre dhe mbajnë ose rrisin varësinë e duhanit, por gjithashtu ekspozon ndaj një numër të madh sëmundjeve të rënda, shumë prej të cilave janë fatale, të shkaktuara nga toksinat që gjenden në duhan. Sa më herët të trajtohet varësia e duhanit, aq më herët pacienti e lë duhanpirjen, aq më të larta janë përfitimet për shëndetin e tij.

1.2 Përkufizimet, klasifikimet, termat dhe shpjegimet specifike

1.2.1 Varësia e duhanit: një sëmundje industriale e fituar
Duhanpirja është një sëmundje e duhanit e fituar nga droga nikotinë. Duhanpirësi që vuan nga varësia e duhanit nuk mund ta ndalë përdorimin e substancës, pavarësisht faktit se kjo i shkaktë një atij/asaj. Nikotina e thithur arrin qarkullimin e gjakut arterial nëpër nënzhritëse në mënyrë që të ndalë përdorimin e substancës, pavarësisht faktit se kjo i shkaktë dëshirën për të nxitur varësinë të tërheqjes nga duhanpirja dhe situatat e lidhura me të. Kënaqësi që përdoruesit e duhanit perceptojnë, ndërsa nivelet e nikotinës rriten dhe ndodh stimulimi i receptorëve të nikotinës.

Tipari kryesor i varësisë nga nikotina është dëshirën për të përjetuar efektet farmakologjike të nikotinës dhe për të shkaktojë fenomenet e mundshme të tërheqjes nga duhanpirja dhe situatat e lidhura me të, si pozitive (nikotina nxit stimulimin psikoaktiv) si negative (mungesa e nikotinës shkakton diskomfort). Çdocigare e pirë menjëherë zgjat dhe shpëtwojnë, por desensibilizon receptorët e nikotinës dhe rrit numrin e tyre, duke rritur kërkuesin për duhanin e lit. Ky stimul i duhanit që për ndonjë të është të ndrekur. Gazetë fshat të fillim të varësisë ndaj duhanit, duhanpirësi do të duhet të rrisë sasini të nikotinës dhe të ndihmojnë në të njëjtën ndeshje të është të ndërkohë dhe për të parandaluar simptomat e lënies. Kjo përshtatje morfologjike që ndodh në sistemin nervor qendror përkon me zhvillimin e një varësisë fisike.

1.2.3 Nikotina nuk është e vetmja shaktare e varësisë së duhanit
Varësia nga nikotina ka dy komponente: varësinë fisike dhe varësinë psikologjike.
Përveç varësisë fizike, përdorimi i përsëritur i produkteve të duhanit mund të bëhet një zakon jetese. Kontaktet sociale dhe situatat që lidhen me një rutinë të caktuar ditore mund të përforcojnë përdorimin e duhanit. Me kalimin e kohës, kjo sjellje instalohet në jetën e përditshme. Si e tillë, rekomandohet që trajtimi i duhanpirësve të mbështetet si nga trajtimi farmakologjik për të lehtësuar simptomat fizike, si nga terapia e sjelljes që synon adresimin e aktiviteteve rutinë dhe shkaktarëve të lidhur me përdorimin individ ual të duhanit.

1.2.4 Varësia nga nikotina sipas OBSH

Një person konsiderohet si nikotino-vartës, kur ai / ajo ka një histori të konsumi kronik me karakteristikat e mëposhtme: abuzimin e substancave, vazhdon të vet-administrojë substanca pavarësisht efekteve negative të perceptuara; tolerancë e shtuar ndaj substancave dhe manifeston simptomat e tërheqjes kur përpiqet për të ndaluar përdorimin. Këto simptoma varen shumë nga individi: disa duhanpirës e ndjejnë lënien e duhanit më intensivisht se të tjerët. Të gjitha këto manifestime janë të përkohshme, duke arritur intensitetin maksimal në 24 orë e para nga 72 orë dhe në rënie gjatë 3-4 javëve. Në rrëth 40% të pacientëve simptomat mund të zgjasin më shumë se 3-4 javë. Simptomat e varësisë ndaj nikotinës përfaqësojnë shumën e të gjitha ndryshimeve të shkaktuara nga ndërprerja e mendërheqjes e konsumimit të nikotinës, e cila është veçanërisht e vështirë në dy deri gjashëtë javë të para, të cilat duhet të shoqërohen me ndihmë të profesionalëve mjekësore dhe mbështetje psikologjike. Kështu, strategjia më e mirë e rekomanduar nga të gjithë udhëzuesit e ndërprerjes së duhanit për trajtimin e varësisë së nikotinën është që të kombinohen trajtimi farmakologjik me terapinë psiko-bihejvioriste.

Gjendja e duhanpirjes

Rekomandohet që të gjithë klinicistët të vlerësojnë me kujdes përdorimin aktuell dhe të shkuan nga ana e pacientëve. Për klasifikimin e gjendjes së duhanpirjes përdoren përkuftimet e mëposhtme:

- **Jo-duhanpirës** është një person i cili nuk ka pirë më shumë se 100 cigare gjatë jetës së tij/saj (ose 100 g të duhanit, në rastin e llullave, purove apo produkteve të tjera së duhanit).
- **Duhanpirës ditor** është një person i cili ka tyomosur përditë për të paktën tre muajt e fundit.
- **Duhanpirës me raste** është një person i cili ka tyomosur, por jo përëtitet.
- **Ish-duhanpirës** është një person i cili ka lënë duhanin për të paktën gjashtë muaj.
Varësia nga nikotina

F17 Varësia nga nikotina
F17.2 Varësia nga nikotina, cigaret
F17.20 Varësia nga nikotina, e paspecifikuar
F17.200 ...e pakomplikuar
F17.201 ...në remision
F17.203 ... varësia nga nikotina, e paspecifikuar, me tërheqje
F17.208 ... me çrregullime të tjera të shkaktuara nga nikotina
F17.209 ...me çrregullime të paspecifikuara të shkaktuara nga nikotina
F17.21 Varësia nga nikotina, cigaret
F17.210 ...pa komplikacione
F17.211 ...në remision
F17.213 ... varësia nga nikotina
F17.218 ... me çrregullime të tjera të shkaktuara nga nikotina
F17.219 ... me çrregullime të paspecifikuara të shkaktuara nga nikotina
F17.22 Varësia nga nikotina / duhani përtypës
F17.220 ...pa komplikacione
F17.221 ...në remision
F17.223 ... me tërheqje
F17.228 ... me çrregullime të tjera të shkaktuara nga nikotina
F17.229 ... me çrregullime të paspecifikuara të shkaktuara nga nikotina
F17.29 Varësia nga nikotina / produkte të tjera të duhanit
F17.290 ... pa komplikacione
F17.291 ...në remision
F17.293 ... me tërheqje
F17.298 ... me çrregullime të tjera të shkaktuara nga nikotina
F17.299 ... me çrregullime të paspecifikuara të shkaktuara nga nikotina

Disa pyetje standard, që konsiderohen të dobishme në vlerësimin e gjendjes së duhanpirjes janë si më poshtë:

1. A keni pirë ndonjëherë cigare apo përdorur produkte të tjera të duhanit (p.sh. llullë, puro etj)?

Për duhanpirësit aktualë:
1. Sa cigare (apo produktet e tjera të duhanit, p.sh. llullë, puro etj) zakonisht pini ju në ditë?
2. Sa vite keni që pini duhan?
3. Sa cigare keni pirë në jetën tuaj? Janë më shumë apo më pak se 100?
4. Konsumoni duhan çdo ditë/në ditë të caktuara/në situata të veçanta? Në cilat situata?

Për ish-duhanpirësit:
5. Sa vite/muaj u bënë që kur keni lënë duhanin?

1.3 Duhanpirja është një sëmundje kronike e rikthyeshme

1.3.1 Modelet e rikthimit
Varësia nga nikotina/duhani është një varësi kronike që rikthehet, e cila fitohet më së shumti gjate aoleshencës. Varësia e duhanit ka shumë karakteristika të një sëmundjeje kronike, me shumicën e duhanpirësve që vazhdojnë të konsumojnë duhan për vite ose dekada.

"Rifillimi" konsiderohet kthimi në pirjen e rregullt të duhanit nga dikush që e ka lënë. Rifillimi zakonisht i referohet një periudhe prej disa ose më shumë ditësh të pirjes së vazhdueshme të duhanit pas një periudhe të abstinencës. "Dështimet" ose "rikthimet" nënkuptojnë pirjen e përditshme të duhanit, për të paktën tre ditë pas një periudhe prej të paktën 24 orë pa asnjë pirje të tj.

Një "shkarje" apo një "rrëshqitje" nënkupton përdorimin e përdorimin e duhanit pas një periudhe të mëparshme të mospërdorimit, por që nuk rezulton në kthimin e pirjes së rrregullt të duhanit. Ky mund të jetë rasti i atyre që e kanë lënë duhanin ose ish-duhanpirësve që tynosin më pak se një cigare në ditë, deri në tre ditë në një javë, ose që tynosin cigare një ditë në javë, në javën para çdo vizite të planifikuar. Një gabim mund të jetë një ngjarje e izoluar që pasohet me një përtëritje të mos-duhanpirjes, ose mund të jetë
edhe një parashikues i fortë i rikthimit të përdorimit të duhanit. Tek ish-duhanpirësit rifillimi është i zakonshëm. Rifillimi më shpesh ndodh brenda ditëve të para të përpjekjes për të lënë duhanin, kur simptomat e lënës janë më të mëdha. Mbi 75% e atyre që lënë duhanin pa ndihmë, rikthehen në përdorues brenda jatë së parë, duke e bërë këtë një periudhë kritike. Figura 1.2 përeshkruan mundësinë e rifillimit të përdorimit brenda vitit të parë të lënës së duhanit. Pasi pacientët nuk e konsumojnë më duhanin për dy herë në tre muaj, rreziku për t’iu rikthyer përdorimit është shumë më i ulët, por në anjë mënyrë nuk mund të quhet i kaluar. Edhe në mesin e përdoruesve të duhanit, të cilët mund ta kenë ndaluar me sukses pirjen e duhanit për periudha të shkurtra ose të gjata kohore, rreziku i rikthimit mbetet i lartë. Pacientët të cilët qëndrojnë pa konsumuar duhan për të paktën 12 muaj, kanë një probabilitet prej 35% që t’i rikthihen përdorimit gjatë jetës së tyre. (Shih Figuren 1.3).14

1.3.2 Trajtimi i varësisë së duhanit pas ndërprerjes

Varësia e duhanit mund të kenë nevojë për ndërhyrje të vazhdueshme dhe të përsëritura terapeutike, si dhe ndjekje afatgjatë derisa ajo të jetë shëruar. Të kuptuarit e natyrës së saj kronike nënkupton ndjekje afatgjatë dhe jo thjesht ndërhyrjjet e realizuarë gjatë fazave akute. Pas rikthimit të përdorimit të duhanit, mund të jetë e nevojshme përdorimi i disa kurave me trajtime farmakologjike duke alternuar një medikament me një jetë, si edhe duke punuar për edukimin dhe iu ofruar mbëshqetje psiko-bihejvioriste pacientëve, për të shumagur rrezikut e rikthimit të konsumimit. Asnjë trajtim efektiv nuk është identifikuar ende për të trajtuar rikthimin e varësisë së duhanit tek ish-duhanpirësitet që kanë ndaluar pirjen. Të qenët thjesht një ish-duhanpirës nuk është garanci e sigurte për fundin e varësisë ndaj duhanit. Edhe pse shumë klinicistë janë në gjendje për të trajtuar pacientët me sëmundje kronike të tilla si diabeti, hipertensioni arterial, SPOK, etj, ata ndjehen më pak të sigurte, kur është fjala për trajtimin e varësisë së duhanit, sepse ata e injorojnë faktin se varësia e duhanit është një sëmundje kronike. Trajtimi i përdorimit të duhanit si një sëmundje kronike e përsëritur procesin kurativ, rrit shkallën e suksesit të terapisë medikamentoze për ndërprerjen, dhe redukton rikthimin e përdorimit të duhanit. Ne rekomandojmë që të gjithë mjeket, të cilët ndihmojnë pacientët e identifikuar si duhanpirës, ta trajtojnë përdorimin dhe varësinë e duhanit si një çrregullim kronik ripërsërëtis dhe ti referohen atij në termat mëkësorë si varësi ndaj duhanit.

1.4 Identifikimi rutinë i duhanpirësve është i detyrueshëm në praktikën aktuale mjekësore

Me qëllim që të arrihen normat më të mira të ndërprerjes
së duhanit, të gjithë duhanpirësit duhet të identifikohen sistematikisht në çdo kontakt mjekësor, nëse janë ose jo në konsultim për një sëmundje që lidhet me duhanin. Mundësitë më të mira për këtë qëllim janë vizitat mjekësore rastësore apo vjetore, kur shumica e qytetarëve vizitojnë mjekun e familjes ose mjekun e përgjithshem të paktën një herë në vit, ose në vizitat tek dentistët apo mjekët e tjerë, ose profesionistët e shëndetit për arsy të ndryshme shëndetësore apo për arsy të tjera. Të gjithë mjekët, pa marrë parasysh se cili është specialiteti i tyre, duhet të përdorin këto raste për të identifikuar duhanpirësit dhe për të organizuar terapinë e ndërprerjes së duhanit.

Vlerësimi klinik i përdorimit të duhanit është një akt i detyrueshëm mjekësor dhe duhet të legjimitohet si një ndërhyrje rutinë.

Statusi i pirjes dhe konsumimit të duhanit, siç rekomandohet nga këto udhëzues për ndërprerjen e duhanit, duhet të regjistrohet në të dhënat mjekësore të pacientit: p.sh. në letrat e pranimit ose daljes nga spitali, referimet, të dhënat (raportet) laboratorike etj. Ky rekomandim bazohet në një meta-analizë të nentë studimeve të randomizuara mbi ndikimin e depistimit të përdorimit të duhanit në shkallën e ndërprerjes së tij. \(^{13}\) Po ashtu, në një studim të botuar në vitën 2009, McCullough dhe kolegët treguan se numri i pacientëve të regjistruar për të marrë këshillim për ndërprerje ishte më i lartë, kur mjekët sistematikisht i kishin pyetur rrëth përdorimit të duhanit dhe u kishin rekomanduar një plan për ndërprerjen e tij. \(^{16}\)

### 1.5 Vlerësimi / diagnoza e përdorimit të duhanit dhe varësisë ndaj tij

Vlerësimi i duhanpirësve është një proces i përmbërë nga vlerësimi klinik dhe biologjik i ekspozimit ndaj tymit të duhanit, vlerësimi i varësisë ndaj duhanit, vlerësimi i profilit psikologjik dhe sjelljes, si dhe i pasojave shëndetësore prej përdorimit të duhanit.

#### 1.5.1. Diagnoza klinike e përdorimit të duhanit dhe varësisë ndaj tij

Diagnoza klinike është e bazuar në:

**Statusin e pirjes së duhanit**

Statusi i pirjes së duhanit (jo-duhanpirës, duhanpirës me raste, duhanpirës të përditshëm, ish-duhanpirës).

**Llojin e produkteve të duhanit të përdorura**

Lloji i produkteve të duhanit të përdorura jep një ide në lidhje me nivelin e varësisë, pasi varësia nga nikotina është më e rëndë në konsumatorët e cigareve, në krahasim me ata që përdorin puro, llulle, llulla uji, cigare elektrike apo përtypje duhani.

**Konsumin e duhanit**

Konsumi i duhanit mund të përcaktohet si:

- numri i cigareve të tymosura në ditë;
- numri i paketa të cigareve/vit (nr. e paketa/vit). Numri i paketave/vit llogaritet duke shumëzuar numrin e paketave me cigare të tymosura / ditë, me numrin e viteve të pirjes së duhanit (p.sh. nëse dikush konsumon 15 cigare në ditë, për 15 vjet, kjo 15 është e barabartë me 15x15/20 = 11.2 Paketa/Vit).

**Vlerësimin e varësisë ndaj duhanit**

Varësia ndaj duhanit duhet të diagnostikohet në përputhje me përkuvizimin e OBSH. Varësia ndaj duhanit përcaktohet nga prania e tij të paktën 3 nga 7 kriterëve përcaktues, nëse kanë qenë të pranishëm në ndonjë moment gjatë 12 muajve të fundit. \(^{17}\)

- dëshirë e fortë për të tymosur,
- vështirësi në kontrollin e sasisë e cigareve,
- simptomat e tërheqjes kur zvogëlohet ose ndalohet pirja e duhanit,
- konsumim i vazhduar, pavarësisht efekteve dukshëm të dëmshme,
- kur pirja e duhanit ka prioritet mbi aktivitete të tjera,
- toleranca e lartë,
- simptomat fizike të tërheqjes ndaj duhanit

Në rutinën e përditshme, varësia ndaj nikotinës / cigareve, është vlerësuar kryesisht duke përdorur testin Fagerstrom të varësisë nga nikotina, FTND (Tabela 1.2) që ofron jo vetëm një përgjigje po / jo, por edhe një pikëzim përfundimtar, i cili kategorizon përdoruesit e duhanit sipas niveleve të ulëta, të mesme ose të larta të varësisë ndaj nikotinës. \(^{18}\) Sa më i lartë rezultati, aq më e lartë është varësia nga nikotina e një individu. Niveli i varësisë ndaj nikotinës mund të përdoret për të orientuar hartimin e
Tabela 1.2: Test Fagerström për varësinë ndaj nikotinës (FTND)\textsuperscript{18}

<table>
<thead>
<tr>
<th>1. Sa shpejt pasi ju të zgjoheni, pini cigaren e parë?</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Me pak se 5 minuta (3)</td>
</tr>
<tr>
<td>6-30 minuta (2)</td>
</tr>
<tr>
<td>31-60 minuta (1)</td>
</tr>
<tr>
<td>Më shumë se 60 minuta (0)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>2. E keni ju të vështrirë të përmbaheni kur pijet duhan në vende ku pirja e duhanit është ndaluar (p.sh. kishë, kinema, tren, restorant etj)?</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Po(1)</td>
</tr>
<tr>
<td>Jo (0)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>3. Cila cigare është më e vështrirë për të hequr dorë?</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Çigarja e parë në mëngjes(1)</td>
</tr>
<tr>
<td>Të gjitha të tjerat (0)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>4. Sa cigare në ditë ju pini?</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>10 ose më pak(0)</td>
</tr>
<tr>
<td>11-20 (1)</td>
</tr>
<tr>
<td>21-30 (2)</td>
</tr>
<tr>
<td>31 ose më shumë (3)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>5. A pini duhan më shpesh në orët e para pasi ju zgjoheni apo në pjesën tjetër të ditës?</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Po(1)</td>
</tr>
<tr>
<td>Jo(0)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>6. A pini duhan nqs jeni sëmurë dhe rrini në shtrat në pjesën më të madhe të ditës?</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Po(1)</td>
</tr>
<tr>
<td>Jo (0)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Pacienti mund të plotësojë pyetësorin direkt. Shuma e pikëve është nga 0 deri në 10. Kjo bën të mundur vlerësimin e saktë të varësisë ndaj nikotinës, të bazuar në terapinë dhe të cilën do të elaborohet:

- Pike 0-3: asnjë / varësi e ulët ndaj duhanit
- Pike 4-6: varësi e mesme ndaj duhanit
- Pike 7-10: varësi e lartë ndaj duhanit

Përbëjnë versionin e shkurtrër të testit, shënohen nga 0 në 6, me të njëjtat vlera të shënuara si version i 10 pyetjeve të FTND.\textsuperscript{18} Në klinikat e specializuara për ndërprerjen e duhanit përdorimi i mjeteve të vlerësimit të duhanpirësve për nivelin e varësisë është fakultativ. Një vlerësim i tillë është bërë i mundur duke përdorur disa instrumente, si psh: Shkallen e Sindromës së Varësisë ndaj Nikotinës (NDSS)\textsuperscript{19} dhe Motivet e varësisë ndaj duhanit sipas listës Wisconsin (Wisconsin Inventory of Smoking Dependence Motives (WISDM)).\textsuperscript{20}

1.5.2 Analizat e përpjekjeve për të lënë duhanin

Përvojat e kaluara për përpjekjet për lënien e duhanit kanë qenë shumë parashikuese për të ardhmen dhe mund të përdoren në trajtime të ardhshme\textsuperscript{21}. Është e rekomanduar për mjekët:

- numrin e kaluar të përpjekjeve,
- periudha më e gjatë e mospërdorimit të duhanit
- çdo trajtim i mëparshem dhe në çfarë konsiston trajtimi
- çdo histori e simptomave të tërheqjes nga duhanpirja,
- çdo faktor rreziku për rifillimin e duhanpirjes,
- aspektet positive të përshkruara gjatë mospërdorimit të duhanit.

Këto karakteristika janë të rëndësishme për të parashikuar suksesin e trajtimit ose faktorët riskantë të dëshmit, si dhe pajtueshmërinë e trajtimit dhe kapacitetin e pacientit për të kapërcyer tërheqjen nga duhanpirja.

1.5.3 Motivimi për të lënë duhanin

Rekomandohet vlerësimi i motivimit të duhanpirësve për të lënë duhanin. Të gjithë profesionistët e shëndetit duhet të vlerësojnë motivimin e pacientëve. Ka një numër metodash që mund të përdoren për të vlerësuar motivimin për lënien e duhanit, që do të përshkruhen këtu.

Motivimi mund të vlerësohet nëpërpyetjeve të drejtë duke përfshirë:

- Doni të lini duhanin (tani)?
- Nqs ju vendosni të lini duhanin, sa besim keni se do të keni sukses?
- Cilat janë arsyet që ju doni të lini duhanin?
- Sa e rëndësishme është për ju lënia e duhanit?
Sipas të mirënëjarit Model Transteorik (TTM) të Ndryshimit të Sjelljes (të autorëve J.O. Prochaska dhe C.C. DiClemente’s) procesi psikologjik i lënies së duhanit kalon përmes 5 stadeve: (Figura 1.4).23

- **Para-reflektimi**: pacienti është i kënaqur plotësisht nga sjellja e tij/saj për duhanin dhe ai/ajo nuk ndjen ndonjë nevojë për ndryshim;
- **Reflektimi**: Pacienti ndien nevojën për ndryshim, por nuk është mjaft i fortë të shty veten e tij/saj të veprojë ose të bëj një plan veprimi.
- **Pregatitja**: Pacienti ka vendosur të përpiqet për të ndryshuar sjelljen e tij/saj të pirjes së duhanit dhe është i/gatshme për këtë ndryshim në të ardhmen e afërt.
- **Ndërprerja**: Pacienti fillon përpiqet për ndërprerjen e duhanit.
- **Abstinencea**: Mospirja e duhanit për 6-muaj ose më shumë.

Zakonisht faza e ndryshimit vlerësohet duke përdorur pyetjen: “Si ndiheni rreth lënies së duhanit tani?: Opsionet e përgjigjes përprinfshijnë: a) Unë do të doja ta lija në 30 ditët e ardhshme, b) Unë do të doja ta lija në 6 muajt e ardhshëm, c) Unë nuk planifikoj lënien e duhanit në 6 muajt e ardhshëm.

Kështu e rëndësishme të nën-vizohet që individët jo domosdoshmërisht kalojnë nëpër fazat e ndryshimit në mënyrë lineare; ata më tepër, lëvizin para-prapa ndërprerja, në varësi të motivimit, gatishmërisë dhe faktorëve të tjerë që influencojnë ndryshimin.

Shkallë të thjeshta, ku mjeket u thonë pacientëve të rendisin në një shkallë nga 1-10, motivimin e tyre për të lënën duhanin, mund të jetë të dobishme në praktikën klinike (Fig. 1.5). Ka edhe instrumente të tjera për të matur motivimin, të përshhira në: Shkalla e Motivimit për Lënien e Duhanit (Motivation to Stop Smoking Scale).23

Pavarësisht motivimit ose gatishmërisë së pacientit për të lënën duhanin, trajtimi i ndërprerjes së tij mosjes duhet të fillohet nga mjekët për të gjithë pacientet që raportojnë përdorimin e duhanit. Në rastin e duhanpirësve me sëmundje bashkëshëmbër dhe pacientëve me varësi ndaj duhanit, profesionisti i shëndetit duhet të komunikojë pacientit rrezikut e vazhdimit të përdorimit të duhanit dhe nevojën për ta lënë atë menjëherë. Si në çdo rast kur duhet të merret një vendim mjekësor, pacienti është i lirë të refuzojë trajtimin, por profesionisti i shëndetit duhet ta prezantojë trajtimin e ndërprerjes së duhanpirjes duke qenë bindës njësoj sikur po propozon trajtimin për diabet ose hipertension.

**1.5.4 Historia mjekësore e pacientit**
Histroia mjekësore e pacientit është e rëndësishme në zgjedhjen e opsionit terapeutik, duke respektuar çdo ndërveprim apo papajtueshmëri me medikamentet, që kërkojen në rast çrregullimsh / sëmundjesh shoqëruse. Episodet akute kardiovaskulare, historitë e konvulsioneve, sëmundjet e veshkave, histori ose varësi aktuale etj., mundet gjithashtu të

**Figura 1.5: Shkallë motivimi të lehta për tu përdorur**

![Figura 1.5: Shkallë motivimi të lehta për tu përdorur](image)

imponojnë kujdes në përshkrimin e disa trajtime farmakologjike, dhe duhen nënvizuar në kartelën mjekësore të duhanpirësit.

1.5.5 Shtatzënia/ Ushqyerja me gji/ Kontracepsioni

Éshtë shumë e rëndësishme të verifikojmë gjendjen fiziologjike të gruas (shtatzani, ushqyerje me gji, kontracepsion) për të organizuar një ndërprerje efekte të duhanpirjes. Shtatzënia për shembull, shoqërohet me një rritje sinjifikante në shkallën e metabolizmit te nikotinës.24

1.5.6 Historia e ankthit dhe e depresionit të pacientit

1.5.6.1 Depistimi fillestar

Përgjithësisht, depresioni dhe ankthi janë situatat më të shpeshtë të përshkruar tek duhanpirësit e rëndë. Shumë shpesh sindroma të tilla imponojnë kujdes ose rritje të ndërjgjegjësimit rreth efekteve anësore të terapisë medicamentoze të ndërprerjes së duhanit. Dy pyetje të thjeshtë të mjetin për depresionin25.

- A je ndjerë i mërzitur, i depresionuar, i dëshpëruar muajin e kaluar?
- A ke pasur ndjenjën se muajin e kaluar i ke bërë gjërat pa kënaqësi dhe interes?

Një përgjigje pozitive ndaj dyja pyetjeve mund të interpretohen si një shenjë depresioni.

Një mënyrë që të masësh depresionin mund të jetë njëpyetje.

- A je ndjerë i mërzitur në shumicat e ditëve në 2 javet e fundit?

Nëse përgjigjja është 'po', përsëri i konsiderojmë këtë një indikator të fortë se pacientët mund të vuajnë nga depresioni. Të gjithë pacientët që i përshkigjen 'po' kësaj pyetje duhet të ekzaminohen me anë të mjetëve depistuese / vlerësuese të thjeshtë, për ide vetëvrasëse.

- A ke pasur ndonjë mendim mbi vdekjen?

1.5.6.2 Vlerësimi klinik i ankthit dhe depresionit

Përdorimi i testeve klinike, me vlefshmëri të provuar, mund të aplikohet sipas kërkesës në praktikën klinike për të asistuar diagnozën e depresionit e ankthit dhe vlerësuar graviteten e gjendjes së pacientit.

- Shkalla e Ankthit dhe Depresionit (The Anxiety and Depression Scale26)
- Kategoritë e Depresionit sipas Hamilton (Hamilton Depression Subscale27)
- Pyetësor i Shëndetit të Pacientit (Patient Health Questionnaire (PHQ)28)
- Shkalla e Depresionit sipas Bekut (Beck Depression Scale – II29)

1.5.7 Diagnoza laboratorike e varësisë ndaj duhanit

Statusi i duhanpirjes, siç përkufizohet bazuar në kriteret klinike, mund të vlerësohet dhe nga teste bio-kimike laboratorike që vlerësojnë indikatorët biologjikë të ekspozimit të tymosjes së duhanit, siç është përqëndrimi i monoksidit të karbonit të një ajrin e nxjerrë gjatë ekspirimrit dhe nivelët të kotininës (një metabolit i nikotinës), Vlefshmëria biokimike përdoret përgjithësisht në hulumtime për të konfirmuar vet-raportimin e ndërprerjes së duhanit dhe si e tillë nuk rekomandohet si praktikë standartë në klinikën e përftësme.

Monoksid i karbonit (CO)

Monoksid i karbonit në frymëmarrje është indikatori biologjik më i thjeshtë për t’u monitoruar, dhe në mungesë të CO në mjedis, është një matëse që mund të mbahet në dorë (Figura 1.6). CO matet me ppm (pjesë për million), një njësi matëse që mund të konvertohet si karboksihemoglobinë ekuivalente. Gjysmë-jeta plazmatike e CO është afërsisht 2-6 orë 30. Nivelet e CO në një duhanpirësi mund të arrijë 10-20 ppm (2-5% karboksihemoglobin)30. Ka një varësi dozë-efekt midis numrit të cigareve të konsumuara në ditë dhe nivelit të matur të CO, megjithatë duhet pritur një variacion individual sinjifikant30. Nivel i CO influencohet gjithashtu edhe nga sforcimi fizik30. CO arrin të normalizohet brenda 24 orëve të para pas ndërprerjes së duhanpirjes. Normalisht, përqëndrimi i CO në një duhanpirësi është afërsisht 10-20 ppm (2-5% karboksihemoglobin)30. Nivel i CO influencohet gjithashtu nga ekspozimë pasiv ndaj duhanpirjes (persona të ngjënalë që ndonjëduhanpirësin nga joduhanpirësi është 9ppm31. Një
lexim i 10ppm ose më shumë nënkupton duhanpirje. Megjithatë studimet sugjerojnë se vlerat kufi 2ppm ose 5 ppm sigurojnë shkallë më të lartë saktësie në përcaktimin nëse dikush ka pirë duhan në 24 orët e fundit apo jo.

Përqëndrimet e CO në mëngjes (pas disa orëve gjumë pa tymosur) janë zakonisht më të ulëta sesa matjet e bëra në pasdite. Për këtë arsye rekomandohet që CO të matet në pasdite, kur ai përfaqëson një indikator biologjik (biomarker) më të saktë të ekspozimit ndaj duhanit.

Përqëndrimi i CO midis duhanpirësve me sëmundje pulmonare obstruktive kronike (SPOK) ka rezultuar më i lartë se në popullsinë e përfigjithshme. Në këto subjekte, shËll.getParam().më më i lartë e CO shpjegohet nga prodhimi i monoksidit të karbonit si rezultat i proceseve kronike inflamatorë të rrugëve të frymëmarjes në SPOK, ose është thjesht nga duhanpirja më intensive e vërejtur në këtë kategori pacientësh.

Përforcëmë i monitorimit të CO
Matja e CO mund të përdoret si një mjet për të nxitur motivimin e pacientit për të lënë duhanin. Konvertimi i shpejtë i CO në vlerat normale inkurajon duhanpirësin në lërë duhanin dhe në këtë mënryrë të demonstrojë vlera më të ulëta të CO në çdo vizitë pasuese, gjë që e mbështet përpijken e tij për shkëputjen nga duhanpirja. Megjithatë nuk ka prova të mjaftueshme që mbështesin përforcëmë e monitorimit të CO në krahasim me trajtimin standard të ndërprerjes së duhanit. Gjithësia, për shkak të vlerës së tij si një mjet motivues, rekomandohet që qendrat e specializuara të ndërprerjes së duhanit të pajiisen me një analizues të CO. Përforcëmi i analizuesve të CO në shërbimin shëndetësor parësor është gjithashtu një praktikë e mirë.

Kotininë
Kotininë është metaboliti kryesor i nikotinës dhe është një indikator biologjik (biomarker) i ekspozimit ndaj tymosjes së duhanit. Duke monitoruar përforcëmën e saj në trup, mund të vlerësohet ekspozimi individual i tymosjes së duhanit. Kotininë mund të matet në gjak, flokë, pështymë dhe urinë. Gjysmë-jeta plazmatike e kotininës është rrëth 2 orë, megjithatë përforcëmën e kotininës mund të variojë në varësi të kohës kur cigarja e fundit e matit apo jo. Në këto kategori pacientësh, një shkallë më të lartë e CO shpjegohet nga prodhimi i monoksidit të karbonit si rezultat i proceseve kronike inflamatorë të rrugëve të frymëmarjes në SPOK, ose është thjesht nga duhanpirja më intensive e vërejtur në këtë kategori pacientësh.

Përdorimi klinik i monitorimit të CO
Matja e CO mund të përdoret si një mjet për të nxitur motivimin e pacientit për të lënë duhanin. Konvertimi i shpejtë i CO në vlerat normale inkurajon duhanpirësin në lërë duhanin dhe në këtë mënryrë të demonstrojë vlera më të ulëta të CO në çdo vizitë pasuese, gjë që e mbështet përpijken e tij për shkëputjen nga duhanpirja. Megjithatë nuk ka prova të mjaftueshme që mbështesin përforcëmë i monitorimit të CO në krahasim me trajtimin standard të ndërprerjes së duhanit. Gjithësia, për shkak të vlerës së tij si një mjet motivues, rekomandohet që qendrat e specializuara të ndërprerjes së duhanit të pajiisen me një analizues të CO. Përforcëmi i analizuesve të CO në shërbimin shëndetësor parësor është gjithashtu një praktikë e mirë.

Referencat


29. The Beck Depression Inventory – II. http://www.pearsonclinical.co.uk/Psychology/AdultMentalHealth/AdultMentalHealth/BeckDepressionInventory-II[BDI-II]/BeckDepressionInventory-II[BDI-II].aspx


Rekomandime të përgjithshme për trajtimin e përdorimit të duhanit dhe varësisë ndaj duhanit
2.0 Rekomandime të përgjithshme për trajtin e përdorimit të duhanit dhe varësisë ndaj tij

2.1 Përdorimi i duhanit

Konsumi i duhanit është kryesisht si pasojë e varësisë së duhanit, një çrregullim kronik i fituar kryesisht gjatë adoleshencës, por të gjithë profesionistët e shëndetësisë duhet të konziderojnë të gjithë përdoruesit e duhanit (të tymosur apo të përtypur) si një rrrezik për shëndetin, edhe në qoftë se nuk janë vartës të duhanit. Pak njerëz të rritur përdoruri duhan vetëm si një sjellje nëse nuk kanë varësi nga duhanit.¹² Profesionistët e shëndetit duhet të informojnë këta pacientë mbi rreziket shëndetësore të përftshira, duhet ti këshillojnë ata të mos përdorin duhan, dhe duhet të mbështesin ndërprerjen e duhanpirjes duke përdorur terapi të bazuara në evidenca. Profesionistët e shëndetit duhet të jenë aktiv në adresimin e problematikave të duhanpirjes me adoleshentët, për të parandaluar fillimin dhe mbështetur ndërprerjen e duhanit midis atyre adoleshentëve që e përdorin atë. Adoleshentët që pijnë duhan, por nuk kanë varësi prej tij duhet të jenë një subjektiv për ndërhyrjen, sepse konsumi i duhanit gjatë adoleshencës kthehet në varësi nga duhan drejt fundit të adoleshencës.

QC17. Në këtë përpjekur ju ndonjëherë të lini duhanin? (shumë përgjigje PO janë të mundura)

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>PO, në 12 muajt e fundit</th>
<th>PO, më shumë se një vit më parë</th>
<th>JO, kurër</th>
<th>Nuk e dë</th>
<th>Totalisht &quot;PO&quot;</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>EB77.1 Shkurt-Mars 2012</td>
<td>21% 19%</td>
<td>40% 41%</td>
<td>39% 40%</td>
<td>1% 1%</td>
<td>60% 59%</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Në 12 muajt e fundit në BE, pothuajse 1 në 5 duhanpirës është përfaqësuar për të lënë duhanin [19%], për më tepër 41% janë përfaqësuar ta lënë në të kaluarën. Në total, 59% e duhanpirësve në BE janë përfaqësuar ta lenë atë.”

Eurobarometer 2015

2.2 Sëmundja e varësisë ndaj duhanit

Në pothuajse të gjithë duhanpirësësit e rritur, pirja e duhanit është nxitur nga një sëmundje të fituar gjatë adoleshencës. Kjo sëmundje është Varësia ndaj Duhanit, një sëmundje kronike pa trajtim të sigurt. Megjithatë, përdorimi i duhanit mund të ndalë për një periudhë të shkurtrët ose përjetë, duke aritur në përfitime domethënëse shëndetësore.³ Përdoruesit e varur të duhanit ndezin më shumë cigare pasi nivel i nicotinës në tru bie, zakonisht 20 deri në 60 minuta pas konsumit të cigares së fundit.⁴ Konsumimi i duhanit nuk nxitet nga kortezi cerebral, por më tepër nga një pjesë jo e vetëdijshme e trurit, që nuk arrin ta kontrollojë (accumbens nucleus).

Si me çdo sëmundje kronike, pas diagnozës dhe vlerësimit, profesionistët e shëndetit duhet të żhvillojnë plane trajtimit për të mbështetur lënien. Pacientë mund ta refuzojë trajtin, por profesionistët e shëndetit duhet të veprojnë për të kuruar një sëmundje, që vret gjysmën e pacientëve që vuajnë nga ajo. Ashtu siç impenjohen për trajtimin e diabetit të sheqerit, hipertensionit dhe ndonjë sëmundjeje tjetër kronike, profesionistët e shëndetit duhet të impenjohen për të trajtuar varësinë nga duhanit, sapo diagnoza të vendoset. Trajtimi i ndërprerjes së duhanit është studuar në thellësi dhe ekzistojnë mjete që të ndihmojnë duhanpirësit dhe përdoruesit e tjerë të duhanit, për ta lënë atë.
2.3 Ndërprerja e duhanpirjes

Komponentët kyç për një ndërprerje të suksesshme (remisioni) janë kombinimi i edukimit terapeutik, mbështetjes në sjellje dhe farmakoterapisë.²,⁶ Pregatitja e duhanpirësve, motivimi i të lënët, varësia nga nikotina, mosha, sëmundjet bashkëshqërueses dhe faktorë personalë të panumërt ndikojnë në shancet për sukses.²

2.3.1 Edukimi terapeutik

- Shpjego sëmundjen e Varësisë ndaj Duhanit
- Shpjego arsyet e ndezjes së një cigareje
- Shpjego pasojat e tymosjes në shëndet
- Shpjego përfitimet e lënies së duhanit
- Shpjego trajtimin e ndërprerjes së duhanit
- Shpjego menaxhimin e varësisë kronike ndaj duhanit për të parandalur rifillimin
- Prezanto mjetet e disponueshme lokalisht tek duhanpirësitet

2.3.2 Mbështetja në sjellje

- Identifiko shkaqet e lidhura me sjelljen që çojnë drejt duhanpirjes, faktorët imediatë dhe afat-gjatë të stimulimit të tymosjes!
- Rrit motivimin për të hequr dorë dhe për të ulur frikërat e lënies dhe të të bërit një joduhanpirës!
- Mëso si të përballosh emocionet!

2.3.3 Medikamentet

- Terapitë e zëvendësimit të nikotinës janë të disponueshme me rrugë transdermale (nikotina-leukoplast), me rrugë orale (çëmçakiza, tableta nën gjuhë, inhalator) dhe në shumë shtete është përfitim i ndërprerjes me ndërprerjen e duhanit (me efikasitet të provuar për kundërjët placebos). Ajo është provuar të jetë më efikase se monoterapitë e tjera të linjës së parë. Varenicilina dhe terapia zëvendësuese e kombinuar e nikotinës me doza të larta janë njësoj efektive.²
- Bupropion është një medikament që në fillim është përdorur për të trajtuar depresionin dhe ka treguar të jetë efektiv tek personalat që duan të lënuhën duhanin.²,⁶ Ky medikament mund të kombinohet me NRT.
- Nortriptylina (antidepresant triciklik) and cytisina (një agonist i pjesshëm i receptorëve të nikotinës) janë terapi të linjës së dytë për ndërprerjen e duhanit, të përdorshme në disa vende dhe që janë treguar të janë efektivë.²,⁶ Këto medikamente priren të jenë më pak të shtrenjta.

2.3.4 Ndërprerja e duhanpirjes

Synimet fillestare të terapisë për lënien e duhanit:

- Një ‘lënës duhani’ është një ish-duhanpirës që vullnetar nuk ka pirë asnjë cigare të vetëm.
- Abstinenca duhet të monitorohet, kur është e mundur, bashkë me monitorimin e monoxidi carbonit (CO).
- Maksimumi i rekomanduar i nivelit të CO në frymëmarrje, që vërteton mospërdorimin është 7 ppm.

Në praktikën klinike, ne rekomandojmë që abstinenca duhet të konfirmohet pas 6 javësh së ndërprerjes së duhanit, me një periudhë tolerance prej 2 javësh. Gjithashtu, abstinenca është e stabilitzuar kur vet-deklarimi i një subjekti se ‘nuk ka pirë ose përdorur duhan’ konfirmohet nga leximi i CO pashtë 7 ppm. Një ‘periudhë tolerance’ është një periudhë menjëherë pas datës së lënies së duhanit ose fillimit të terapisë, në të cilën vazhdimi i tymosjes nuk llogaritet si dështim. Një vlerësim rutinë 6 mujor i abstinencës rekomandohet për të vlerësuar ndërprerjen dhe një rifillim të hershëm.

2.4 Trajtimi i varësisë ndaj duhanit pas ndërprerjes së tij

Varësia ndaj duhanit është një sëmundje kronike me rrezik të lartë ripërsëritura pas ndërprerjes. Gjysma e ish-duhanpirësve të rinj rifillojnë brenda vitit në vazhdim³. Shkalla e rifillimit është
më e madhe gjatë javëve të para të ndërprerjes, ndaj në praktikën klinike rekomandohet një ndjekje afat-gjatë e pacientëve për të paktën 6 muaj, por preferohen 12 muaj, në mënyrë që të mbulohet periodha me riskun më të lartë. Madje edhe pas shumë viteve abstinence rrëziku i rifillimit mbetet i lartë. Ka nevojë të zhvillohen studime të mëtejshme për të identifikuar faktorët riskantë për rifillimin e duhanpirjes. Tundimi për duhan është një faktor madhor për rifillimin e duhanit. Tundimi dhe simptomat e tërheqjes duhet të vlerësohen në çdo vizitë. Tundimet / simptomat e tërheqjes të pakontrolluara duhet të trajtohen me këshillim (suport) të intensifikuar dhe/ose rritje të dozave farmakologjike. Për të trajtuar tundimin mund të kombinohen formula akute të NRT me terapi standarte, por kërkohen ende studime të reja vlerësuese dhe terapi të reja efektive. Gjithësia, evidencat sugjerojnë që ndërhyrjet për parandalimin e rifillimit ka të ngjashëm shumë-kost-efektive. 

Trajtimi i Varësisë kronike ndaj Duhani pas ndërprerjes tekn ish-duhanpirësitet e shkaktë vlerësuar gjërësisht dhe mbetet ende një ndërprerjesit e shërbimit të tjera të vlerësues së ndërprerjes së duhanpirjes dhe terapii konjitive-bihevioriste (CBT) për të parandaluar rifillimin në situata me risk të lartë. Janë të nevojshme studime të tjera për të vlerësuar strategji të reja për të trajtuar varënîn nga duhani tekn jo-duhanpirësitet dhe parandaluar rifillimin e tij.

2.5 Parandalimi i rifillimit të duhanpirjes

Pas ndërprerjes së duhanpirjes, ‘rifillimi’ përkuftizohet si tymosja e ≥ 7 cigareve për 7 ditë në njëpasnjëshme apo për 2 javë njëra pas tjetrës. Tymosja e një sasie më të ulët apo për një kohë më të shkurtrë përkuftizohet si ‘shkarje’. (Për përkuftizime më specifike për praktikën klinike, ju lutem referojuni Kapitullit 1.3.1). Pas datës së ndërprerjes, trajtimi duhet të përshtatet në varësi të tundimit dhe rrezikut për rifillim. Ka nevojë urgjente për studime mbi instrumentet vlerësuese dhe trajtimet për këtë qëllim. Një pikëzem i lartë tundimi është një faktor i rëndësisëm në parashikimin e rrezikut për rifillim. Nëse ndodh një ‘shkarje’ qoftë edhe një herë, sigurimi i ndërhyrjeve të mëposhtme mund të parandalojë apo trajtojë rifillimin:

- Rritja e seancave të terapisë konjitive-bihevioriste (CBT) në kohë, format dhe numër mbështet efektivitetin e trajtimit;
- Përdorimi i nikotinës-leukoplast për më shumë se 14 javë, së bashku me përdorimin e shkurtrë të formulave NRT kur është e nevojshme;
- Zgjatja e përdorimit të varenicline nga 12 në 24 javë;
- Zgjatja e përdorimit të bupropion;
- Kombinimi i medikamenteve.

Referencat

Këshilla të shkurtra mbi ndalimin e përdorimit të duhanit

“Angazhimi i një duhanpirës i fillon me një pyetje të thjeshtë: A e përdorni aktualisht duhanin?”
3.0 Këshilla të shkurtra mbi ndalimin e përdorimit të duhanit

është e detyrueshme për të gjithë profesionistët e shëndetit të sigurojnë të paktën një minimum këshillash për ndalimin e pirjes së duhanit tek të gjithë pacientët. Mosprekja e çështjes së përdorimit të duhanit me një pacient duhanpirës është një praktikë e keqe dhe e përkeqëson varësinë e pacientit prej duhanit.

3.1 Rekomandime të përgjithshme

Këshilla të qarta, por të shkurtra për ndërprerjen e duhanit, të dhëna nga çdo ofrues i shërmbimeve shëndetësore, rrisin në mënyrë të konsiderueshme motivimin e pacientit për të lënë pirjen e duhanit dhe abstinencën ndaj tij. Analiza e kohëzgjatjes së kohës së kontaktit në mes të mjekut dhe pacientit për këtë arsy, tregon se këshillimi minimal (3-5 minuta) i ofruar nga klinicistë të ndryshme e rrit abstinencën afatgjatë ndaj duhanit. Ka prova evidente që ofrimi i asistencës për lënën e duhanpirjes, pavarësisht nga gatishmëria e tyre për ta lënë atë, është më efektiv se ofrimi i këshillave mjekësore.

3.2 Plani i ndërhyrjes për personelin mjekësor, të përfshirë në ndihmën ndaj duhanpirësve

- Vlerësoni statusin e duhanipirjes, për çdo pacient, në çdo vizitë mjekësore!
- Ndihmoni të gjithë duhanpirësit që dëshirojnë të lënë duhanin!
- Sigurojuni këshillim të specializuar atyre që janë të gatshëm për ta lënë duhanin!
- Kurdo dhe kudo që të jetë e mundur, drejtoni duhanpirësit tek një shërbim i specializuar në ndërprerjen e duhanit!
- U rekomandoni duhanpirësve me shënë nga duhani, që janë të gatshëm për ta lënë atë, përdorimin e zëvendësesve të nikotinisë ose medikamentet e terapisë ndërprerëse dhe u ofroni atyre informata specifike në lidhje me terapinë dhe këshillimin.

3.3 Rekomandimet për mjekët e përgjithshëm

- Të gjithë mjekët duhet të rekomandojnë të ndalohet pirja e duhanit dhe e gjithë produkteve të tij për të gjithë konsumatorët e duhanit. Evidencat shkencore tregonjë se këshillat nga mjekët rrishin në mënyrë të konsiderueshme përpirjen për ta lenë dhe abstinencën ndaj duhanit (niveli i evidencës A).
- Efikasiteti i këshillave të shkurtra (3-5 minuta), nga një mjek ose profesionist tjetër në shëndetësi, çon në rriljen e përfigjndjes së abstinencës afatgjatë nga duhanpirja (niveli i evidencës A).
- Ofrimi i mbështetjes për ndërprerjen e duhanpirjes për të gjithë përdoruesit e duhanit është një praktikë e rekomanduar gjerësisht (niveli i evidencës B).

Rekomandime:

- Të gjithë mjekët duhet të përgjithshëm të ndalohet pirja e duhanit dhe e gjithë produkteve të tij për të gjithë konsumatorët e duhanit. Evidencat shkencore tregonjë se këshillat nga mjekët rrishin në mënyrë të konsiderueshme përpirjen për ta lenë dhe abstinencën ndaj duhanit (niveli i evidencës A).
në kartelën e tij/saj mjekësore dhe, nëse është e nevojshme, të referohet pacienti për terapi të specializuar dhe këshillim (niveli i evidencës A).

- Të gjithë mjekët dhe infermierët e familjes duhet të jenë të trajnuar për të mbështetur me një këshillim minimal ndërprerjen e duhanit dhe të jenë të përgatitur për të ndihmuar pacientët në përprakjen për ta lënë duhanin dhe në rekomandimin e trajtimit të duhar (niveli i evidencës A).

- Duhanpirësit të cilët nuk mund të lënë duhanin vetëm me ndërhyrjet e para (me vullnetin e tyre, me këshilla të shkurtra mjekësore, me farmakoterapi) duhet të marrin trajtimit të specializuar në një fazë të dytë. Kjo strategji ende nuk aplikohet në mënyrë unanime në praktikën, por gjithësia një program këshillimi për ndërprerjen e duhanit duhet të fillojë si pjesë e kujdesit parësor dhe duhet të vazhdojë me ndërhyrjen e linjës së dytë në një qendër të specializuar (niveli i evidencës C).

- Këshillat e shkurtra u japin duhanpirësve një motivim paraprirës për ndërprerjen, kur s’ka asgjë për të humbur, ndërkohe që kanë treguar ta kenë rritur shkallën e ndërprerjes së duhanit. Shumë duhanpirës nuk mund të lënë duhanin pa ndihmë mjekësore; pjesa më e madhe e duhanpirësve të rëndë, që janë në rizik të lartë për sëmundje të lidhura me duhanpirjen, kanë nevojen më të madhe për terapi të kualifikuar.

### 3.4 Rekomandime për pacientët në spital

Ndërhyrja tek duhanpirësit, të cilët janë të shtruar në spital, ka treguar të jetë efektive në mbështetjen e ndërprerjes së duhanit, në mënyrë të vëçantë tek pacientën e sëmundje të lidhura me pirjen e duhanit, por edhe në grupe të tjera pacientësh.¹

- Rekomandohet që të gjitha kategoritë e personelit mjekësor në spitale duhet të vlerësojnë statusin e duhanpirësve dhe duhet të jepin këshilla të shkurtra për ndërprerjen e duhanit tek të gjithë pacientët e hospitalizuar që pinië duhan (niveli i evidencës A).

- Pacientët duhet të informohen në lidhje me faktin që në spitale ndalohet duhanpirja (niveli i evidencës C).

- Për pacientët e hospitalizuar të cilët janë duhanpirës aktuale, rekomandohet që mbështetja të sigurohet duke menaxhuar tundimin dhe simptomat e ndërprerjes (tërheqjes) gjatë kohës që ndodhen në spital, si dhe të sigurohet ndihmë prej personelit të kualifikuar mjekësor (niveli i evidencës A).

- Ndërhyrjet me intensitet të lartë, që ofrojnë të paktën 1 muaj kontakt mbështetës pas daljes nga spitali, janë më të efektshmet në rritjen e shkallës së abstinencës (niveli i evidencës A).

### 3.5 Rekomandim për Gratë Shtatzëna

- Rekomandohet që të gjitha kategoritë e personelit mjekësor që kanë të bëjnë me gratë shtatzëna (gjinekologë, mamitë,
3.6 Rekomandim për pacientët në kirurgji

Përdorimi i duhanit dyfishon rrezikun e komplikacioneve në: shërimën e plagëve, thyerjeve të kockave, infeksionë. Është treguar gjithashtu se ndalimin i duhanpirjes, pas një ndërhyrje akute operatore dhe mbajtja e abstinencës për 6 javë përgjysmon rrezikun e komplikacioneve.

- Rekomandohet që të gjithë pacientët të lënë duhanin 6 deri në 8 javë para operacionit, në mënyrë që të zvogëlohet rreziku i komplikimeve (niveli i evidencës A).
- Éshtë thelbësore të informojmë të gjithë pacientët që duhet ta lënë duhanin deri në fund të procesit të shëhrimit (3 javë për një ndërhyrje të vogël kirurgjitë shumë dhe 3 muaj për kirurgji ortopedike), në mënyrë që të kapërcejnjë rrreziqet e tjera (niveli i evidencës A).

Referencat

Ndërhyrjet standarte në trajtimin e duhanpirjes
QC18. Cilat nga veprimet mëposhtme bëni për ta lënë apo për tu përpjekur për ta lënë duhanin? (Mund të jepni disa përgjigje)

Jëfandikujtjet e standartëve të trajtimit të duhanpirjes

Medikamentë që zëvendësojnë Nikotinën (si nikotina-leukoplaste, çëmçakëza ose inhalator) apo mjekime të tjera

Cigare elektronike apo çdo lloj mjeti tjetër i njëshëm

Mbështetje nga mjekët apo profesionistet e shëndetit apo specialistet e ndërprerjes së duhanit

Terapi alternative, si akupuntura dhe hipnoza

Duhan oral (me çëmçakiza) ose duhan nazal

Cigare pa duhan (përveç elektronikeve)

Linjë shërbimi për ndërprerje nga interneti

Linjë shërbimi për ndërprerje nga interneti

TË TJERA (SPONTANE)

Nuk e di

Totali i "cigareve elektronike + cigareve pa duhan"

EB77.1 Shkurt-Mars 2012  EB82.4 Nëntor-Dhjetor 2014

Sipas 2015 Eurobarometër, 65% e duhanpirësve dhe ish-duhanpirësve kanë raportuar se e kanë lënë ose janë përpjekur ta lënë duhanin pa ndihmë, 12% kanë përdorur medikamentet zëvendësuese të nikotinës (të tilla si leukoplastet), 10% kanë përdorur e-cigare, ndërsa vetëm 5% kanë kërkuar mbështetje nga një mjek apo punonjës profesional i shëndetit."
4.1 Ndërhyrjet terapeutike për përdorimin e duhanit dhe varësisë ndaj tij

4.1.1 Ndërhyria terapeutike për të ndaluar pirjen e duhanit është e detyrueshme

Neni 14 i Konventës për Kontrollin e Duhanit1 thekson se çdo vend duhet të sigurojë ndihmë për ndërprerjen e duhanpirjes, dhe zbatimi i kësaj qasje të jetë pjesë e rëndësishmës e strategjisë të kontrollit të duhanit në çdo vend Europian.

Në një editorial, West and colleagues2 numëruan katër mite të gabura në një debat konstruktiv rrith rolit të asistencës për lënien e duhanit.

"Shumica e duhanpirësve e kanë ndaluar duhanpirjen pa ndihmë, prandaj ofrimi i ndihmës mund të duket i panevojshëm." Kjo është e gabuar: pavarësisht faktit se shumë duhanpirës e kanë ndaluar duhanpirjen pa ndihmë, kjo nuk do të thotë se kjo është metoda më efektive për ta ndaluar; ajo pasqyron vetëm faktin se numri i njerëzve që kanë tentuar ta ndaluar ndihmë duhanpirjen pa ndihmë është dukshëm më i madh se i atyre të cilët janë përprpkur për të ndaluar me ndihmë mjekësore, por evidencat tregojnë se përprpektët e të paasistuarve nga shërbimet mjekësore janë katër herë më pak efektive.

"Promovimi i ndihmës shëndetësore për të ndaluar duhanpirjen mund të bëj duhanpirësit të konsiderojnë veten si të varur nga substancat (duhanil), kështu që ata do të përpiqen më pak për ta lënë atë" Kjo është e rreme, pasi evidencat tregojnë se duhanpirësit, të cilët besonin se vuajnë nga varësia, janë në të vërtetë më të prirur për të bërë përprpjekje për ndërprerje të krahasim me duhanpirësit të tjere.2

"Rezultatet e hulumtmeve për ndërprerjen e asistuar nuk aplikohen në botën reale." Kjo është e rreme, pasi një vlerësim i shërbimeve të ndërprerjes së duhanit në Angli ka gjetur se gati një shtatë duhanpirës (14.6%) ishin në abstinencë të vlerësuar me monoksid karboni deri një vit pas marrjes së trajtimit, një përqpindje kjo e njgashme me rezultatet e gjetura në studimet klinike4, dhe konsiderueshëm më e lartë se shifrat që arrihen pa mbështetje.

"Ndërhyrje të tjera të asistencës mbi kontrollin e duhanit janë më shumë kost-effektive, veçanërisht fushatat sensibilizuese në mas-media" Kjo nuk është e vërtetë, pasi kosto-effektiviteti i ndërhyrjeve që asistojnë ndërprerjen e duhanpirjes është vlerësoar në mënyrë rigoroze nga të dhënat e studimeve të randomizuara dhe të kontrolluara, të plotësura me të dhëna nga ‘bota e vërtetë’ dhe së bashku janë gjetur të janë të shkelqyera2, ndërsa shumë ndërhyrje të tjera mbi kontrollin e duhanit e vlerësojnë efektivitetin e tyre duke u mbështetur në të dhëna të ndërprerjen më shumë rrthanore dhe me shumë konfondues. Gjithashtu, nuk duhet krijuar një dikotomi false midis ndërhyrjeve klinike dhe ndërhyrjeve të tjera për kontrollin e duhanit, për sa kohë ndërhyrje të ndryshme realizojnë shërbime të ndryshme, dhe ato punojnë në sinergji me njëra-tjetrën. Kombinim të përshtatshme të ndërhyrjeve do të varen nga rrthanat e veçanta të çdo vendi/raioni në çdo kohë të dhënë.5

Për këtë arsye, pasi përfitimet shëndetësore të ndërprerjes së duhanpirjes janë të mirë-dokumentuara dhe asistecë mjekësore për ta lënë është më pak efektive në krahasim me masat e tjera në sektorin shëndetësor të tjera, shërbimet për ndalimin e pirjes së duhanit nëpër Evropë ndryshojnë shumë. Për momentin, ndërsa në UK është më e theksuar asistencë shëndetësore për të ndihmuar duhanpirësit krahasuar me vendet e tjera, në shumë shtete evropiane shumë duhanpirësve që adresohen në një gjendër për ndërprerjen e duhanit, nuk kanë përfituar më parë nga këshillimet e shkurtra apo nga ndërhyrje të tjeter, të qëllimtarët e qëllmeve të ndërprerjes së duhanit të rreziqet e duhanpirjes së vazhdueshme ose kanë marrë
rekomandime minimale verbale, ndoshta edhe medikamente apo këshillime për ta lënë atë. Shtetet duhet të vendosin objektiva realiste të performancës si për numrin e njerëzve që përdorin shërbimet për ndërprerjen e duhanpirjes, ashtu dhe për përqiendjen e suksesit në lënien e duhanit. Këto objektiva duhet të reflektojnë demografinë e popullsisë locale. Shërbimet duhet të synojë për trajtojnë të paktën 5% të popullsisë së vlerësuar si njerëz që pinë duhan ose përdorin duhan në çfarëdo forme, çdo vit, dhe gjithashtu të synojë për një normë sukses për trajtimin, duke përkufizuar si sukses mos tynosjen në javën e tretë dhe të katërt pas datës së lënies. Sukses duhet të vlerësohet nga një lexim i CO në aparatin monitorues më i vogël se 7 ppm minimumi deri në javën e katërt, por kjo nuk do të thotë se trajtimi duhet të ndalet në katërt javë. 

Të gjithë profesionistët e shëndetit janë të shqetësuar

Një përmbledhje e udhëzuesve (guidelines) disponibël për ndërprerjen e duhanit tregoni se rekomandohet unanimitë për të gjithë mjekët dhe profesionistët e shëndetit të identifikojnë rrregullisht duhanpirësit dhe të rrregjistrojnë statusin e duhanpirjes në kartelat e tyre mjekësore, si një procedurë rutinë në çdo vizitë. Një përmbledhje e literaturës demostroi që rezultatet janë shumë moderate tek pacientët që tentsojnë ndalimin e duhanit vetëm me forcën e vullnetit të tyre: edhe pse shumica të duhanpirësve (80% në 90%) duan ta ndërpresin duhanpirjen vetëm 30% raportohet të kenë patur një përpirjke serioze për të ndaluar përdorimin e 12 muajt e shkuar, dhe këto përpirje kanë rezultuar të suksesshme vetëm në 5% të rasteve. Për më tepër, duhanpirësisht shumë shpesh nuk përdorin trajtimit të bazuar në evidenca shkencore dhe rreth 90% deri në 95% të përpirjkeve të paasistuara përfundojnë në déshthim. Së fundi, mos-aderimi me medikamente dhe këshillim është i zakonshëm, gjë që i zgërës në mundësi për ndërprerjen e suksesshme të duhanit. Pacientët zakonisht marrin vetëm rrreth 50% të dozave të rekomanduara të ilaçeve dhe shpesh përfundojnë më pak se gjysmën e seancave këshillmore të planifikuara. 

Adresimi i përdorimit të duhanit me pacientët duhet të jetë prioritet për të gjithë profesionistët e shëndetit. Profesionistët e shëndetit duhet të jenë të përshkruajnë për ta trajtuar varësinë ndaj duhanit si një standard të kujdesit shëndetësor, duke e trajtuar atë si çdo sëmundje tjetër kronike.

**Rekomandime**

- Të gjithë mjekët dhe profesionistët e shëndetit duhet të rekomandojnë ndërprerjen e duhanit për çdo pacient duhanpirës. Ka të dhëna sipas të cilave këshillat mjekësore rrin ndjeshëm raportin e abstinencës ndaj duhanit (niveli i evidencës A).
- Gjatë vizitave të rrregullta mjekësore, mjekët e familjes e kanë detyrim të këshillojnë pacientët duhanpirës që të ndalojnë tërësisht pirjen e duhanit, të përhshkruajnë atë trajtime për varësinë nga nikotina / t’iu referojnë atyre një qendër të specializuar për ndërprerjen e duhanit, të paktën një herë në vit. Këto veprime mjekësore duhet të shënohen në kartelën mjekësore të pacientit (niveli i evidencës A).
- Çdo herë që të jetë e mundur, duhanpirësit aktualisht, të cilët janë të hospitalizuar, duhet të marrin nga klinicist i tyre të njëjtin protokoll ndërhydrës të rekomanduar për një përgjithshëm këshilla të shkurtra / këshillim profesional për të lënë duhanin, receta me medikamente për varësinë ndaj nikotinës apo rekomandim për një qendër të specializuar (niveli i evidencës A).

**4.1.2 Metoda standarde e ndalimit të duhanpirjes 5 Atë**

Pesë strategji rekomandohen për të adresuar përdorimin e duhanit në mjetëse klinike. Të njohura si 5Atë këto strategji janë:14

- **Ask - Pyetni** të gjithë pacientët për statusin e pirjes së duhanit
- **Advise - Këshillojini** pacientët duhanpirës të lënë duhanin
- **Assess - Vlerësoni** gatishmërinë për ta lënë duhanin
- **Assist - Ndihmoni** duke bërë përpirjkeja ta lënë duhanin, përfshirë këshillimin e sjelljes dhe përhshkrimin e medikamenteve të vijës së parë për ndërprerjen e duhanit.
- **Arrange - Organizoni** monitorimin në vazhdimësi (follow-up)
Modeli 5Atë është një metodë e bazuar në evidenca për rritjen e shkallës së ndërprerjes së duhanit. Metodologjia 5Atë është përdorur në një numër programesh për ndërprerjen e duhanit. Figura 4.1 paraqet algoritmin 5Atë. Klinicistët duhet të pyesin rrreth statusit të duhanpirjes në çdo vizitë dhe ta rrregjistrojnë atë në kartelën e pacientit. Mjeku duhet të këshillojë të gjithë pacientët që raportojnë duhanpirje aktuale që ta lenë duhanin, të vlerësojë gadishmërënë e pacientit për ta lënë duhanin dhe ta ndihmojë atë gjatë përprjakjes për ndërprerje, vetë nëse është i trajnuar apo duke e adresuar në një shërbim të specializuar për ndërprerjen e duhanpirjes. 

Profesionistët e kujdesit shëndetësor duhet të kujdesen për të gjithë duhanpirësit, qofshin ata të motivuar ose jo; të gjithë pacientët duhet të marrin ndihmë mjekësore për të lënë duhanin. Katër rrrethana hasen më shpesh në praktikën e përditshme, siç shihet në figurën 4.2 të cilat varen nga stadi i duhanpirjes dhe shkalla e motivimit. Më poshtë për secilën nga këto situata, jepet një mënyrë trajtimit:

1. Për përdroruesit e duhanit të cilët dëshirojnë atë të ndërprerren atë në momentin e vlerësimit, rekomandohet tu fillosh menjërë terapinë farmakologjike dhe këshillimin e sferës njohëse-sjelljes (konjitive-bihejvioriste).

2. Për duhanpirësit që nuk duan të lënë duhanin në momentin e vlerësimit, nuk është e nevojshme asnjë ndërhyrje. Inkurajo vazhdimin e abstinencës!

Figura 4.1: Algoritmi 5Ave për trajtimin e duhanit në mjediset klinike.

Figura 4.2: Lënia e duhanit në praktikë të përditshme – situatat më të shpeshta

1. Ai/a jo është i/e gatshëm ta lërë duhanin? Po, Jo
2. Ai/a jo ka pirë ndonjëherë duhan? Po, Jo
3. Siguro trajtimin! Po, Jo
4. Nxit motivimin për ndërprerjen e duhanit! Po, Jo
5. Parandalo rifillimin e duhanpirjes! Po, Jo
6. Sigurohu të mbash abstinencën! Po, Jo

Këshillo! Këshillim të personalizuar për ndërprerjen e duhanit.

Vlerëso motivimin, ndihmo pacientin me një plan të lënies së duhanit dhe siguro terapinë përkatëse!

Ndihmo! Vlerëso motivimin, ndihmo pacientin me një plan të lënies së duhanit dhe siguro terapinë përkatëse!

Nuk është nevojshme asnjë ndërhyrje. Inkurajo vazhdimin e abstinencës!

Rregjistrimi rutine i statusit të duhanpirësit. Parandalo rifillimin në rastet e duhanpirësve që e kanë ndërprerë brenda 1 viti.

Po

Po

Po

Po

Po

Po

Po

Po

Po

Po

Po

Po

Jo

Jo

Jo

Jo

Jo

Jo

Jo

Jo

Jo

Jo
vlerësimit, rekomandohet të përdorin strategjinë e intervistës motivuese, për të inkurajuar ndalimin/nxitjen e pirjes së duhanit sa më shpejt që të jetë e mundur në të ardhmen e afërt. Një meta-analizë e 14 rasteve rastësore tregoi se, në krahasim me këshillin e shkurtër apo të kujdesit të zakonshëm, intervistimi motivues çoi në rritjen e normave gjashtë-mujore të ndërprerjes me rrëth 30%. Normat e ndërprerjes në të dy studimet që përftshijnë këshillues mjek (i cili zakonisht është trajnuar për më shumë se 2 orë) ishin rrëth 8% me intervistues motivues kundrejt 2% me këshillim të shkurtër apo të zakonshëm.16 Gjithashtu, normat e ndërprerjes së duhanit ishin më të larta kur duhanpirësit ndodhin dy ose më shumë seanca këshhillimore krahasuar me një seancë dhe nëse seancat zgjatnin më shumë se 20 minuta.

Ndërhyrjet e përshtaturose përcaktores për këtë kategori pacientësh rezultuan efikase për tu forcur motivimin për ndërprerjen e duhanpirjes. Udhëzuesi (guideline) i Shërbimit Shëndetësor Publik i vitit 2008 në SHBA përduroj komponentë të intervistimit motivues për të zhvilluar një formë më të shkurtër interviste, e cila mund të përdoret më lehtësisht.14

**Të ndihmosh duhanpirësit e pamotivuar të ndërprresin duhanin**

Motivimi për ndërprerjen e pirjes së duhanit është thëlbësor në përzhgjedhjen e metodës terapeutike për trajtimin e vartësisë ndaj tij. Disa specialistë janë të mendimit se është më mirë të sigurosh trajtim vetëm për pacientët e motivuar, kurse shumë prej tyre sot mbështesin lënien e duhanit, edhe pa asnjë predispozitë apo bazuar mbi të ashtëquatjturën "rruga katastrofike". Këto teori kanë bërë përpara përfaqësuar nga Larabie dhe West & Sohal dhe gjetën një sukses më të madh në përpiqjenjet e paplanifikuara krahasuar me ato të planifikuara paraprakisht.17,18 Këta autorë konstatuan që, veçanërisht në pacientët me sëmundje respiratore, e gjitha lidhje me një tension të akumuluar, kështu që një ngjarje e padëshirueshme sado e vogël qoftë, mund të përshpjetojë ndryshimin drejt vendimit për lënien e duhanit.17,18 Porë nga këndvështirim i së ardhmes në shëndetin publik, është shumë më tepër e dobishme që të gjithë duhanpirësit të marrin trajtim për lënien e tij, cilëdo qoftë motivimi i tyre, sasa të trajhotet vetëm ajo pjesë e vogël duhanpirësisht të motivuar për ta lënë, pasi nuk ka asnjë disavantazh të qartë në suksesin e lënies së duhanit tek personat fillimisht të pamotivuar, nëse mjeku i ndihmon për ta lënë atë.

**Strategjia e 5Rve**

Strategjia këshilluese e 5Rve ka në qendër të vëmendjes arsyet personale për ta lënë duhanin, rrezikut që lidhen me vazhdimin e duhanpirjes, hapat për lënien e suksesshme të tij dhe pengesat që hasen gjatë përskrimit të kësaj rrugë, me përsëritjen e vazhdueshme të këshillimit nga ana e mjekut në vizitat e rradhës. Kjo strategji, kur zbatohet në rastin e një duhanpirësi i cili nuk dëshiron ta lërë duhanin menjëherë, përbëhet nga14:

- **Lidhja (Relevance):** Kur diskuton me pacientin, mjeku duhet të përpiqet ti japë përgjigje pyetjes: “Përse lënia e duhanit është e rëndësishme për ty në planin personal?”

- **Rreziku (Risks):** Mjeku duhet të përpiqet të identifikojë rrezikut personale shëndetësore që mund të ketë pacienti nga duhanpirja, qofshin këto afatshkurtra (si përkeqësimi i SPOK) apo afatqetare (si infertiliteti, kanceri).

- **Shpërblimi (Rewards):** Mjeku duhet të tregojë pacientit përfitimet personale që do të ketë nga lënia e duhanit.

- **Pengesat (Roadblocks):** Mjeku duhet ta pyes pacientin në identifikimin e barierave apo pengesave që mund të ndikojnë në suksesin e përpiqjenjës për ta lënë duhanin.

- **Përsëritja Repetition):** Ndërhyrjet për ndërprerjen e duhanpirjes duhet të përsëritjen vazhdimisht, kurdoherë që mjeku sheh se pacienti nuk ka vullnetin e duhur/nuk është gati për të lënë duhanin.

Ndërhyrjet që kanë si qëllim rritjen e motivimit ndaj lënies së duhanit, të cilat janë të bazuar në metodat e motivimit nëpërmjet intervistimit, janë të përshkruara më poshtë19

- Të shprehësh ndjeshmëri nëpërmjet pyetjeve të hapura duke zbular qëndrimin ndaj duhanpirjes (“Sa e rëndësishme është për ju personalisht lënien e duhanit?”)

- Të përdorësh teknikat e dëgjimit reflektiv (“Pra, a mendon se duhanpirja ju ndihmon për të mbajtur peshën tuaj trupore të tanishme?”)

- Të mbështesësh të drejtën e pacientit për të refuzuar ndryshimin (“E kuptoj që ju nuk jeni gati për ta lënë duhanin..."
këtë moment. Kur ju të jeni i gatshëm ta provoni, do të jem këtu për tu ndihmuar.

- Të krijosh mospërputhje midis sjelljes së tyre të tanishme dhe vlerave të tyre personale ("Ju thatë se familja ka shumë rëndësi për ju. Si mendoni se duhanpirja ndikon tek gruaja dhe fëmijët tuaj?")
- Të mbështesësësh zotimin për ndryshhim ("Ne do t’iu ndihmojnë të shmangni një atak kardiak, si ai që pati babai juaj").
- Qëndrim empatik, i ndeshëm ("A jeni i shqetësuar për shfaqjen e mundshme të shenjave të tërheqjes nga duhan?")
- Të kërkosh leje për të dhënë informacione ("A jeni dakort të mësojmë së bashku disa strategji sjelljeje, të cilat do tu ndihmojnë të përballeni me arsyet që ju shtynë të pini duhan?")
- Të sigurosh zgjidhje të thjeshta, hapa të vegjël drejt rrugës së lënies së duhanit: një numër telefoni (linja këshillimi falas, fletëpalosje me këshilla për ndryshimin e të sjellurit etj)

Shih paragrafin 4.2.3 për informacion shtesë lidhur me intervistimin motivues.

**Pakësim i duhanpirjes**

Nëse metoda standarte për lënien e duhanit dështon, rekomandohet të nxiten duhanpirësit të ulin sasinë ditore të duhanit "sa më shumë të jetë e mundur", qoftë vetë apo të kombinuar me terapinë nikotin-zëvendësuese (NRT).20 Shih paragrafin 4.7 për më shumë informacion në përjasjet për reduktimin e duhanpirjes.

**Duhanpirësit të cilët e kanë lënë së fundmi duhanin**

Si lënës të duhanit prej një kohe të shkurtër ata janë ende të ndjeshëm për t’iu rikthyer duhanpirjes, veçanërisht në tre deri gjashtë muajt e parë qysh nga përfindimi i trajtimit. Këshillohet që mjeku ti pyesë ato sistematikisht, në çdo vizitë, nëse ende pjënë ndonjëherë duhan apo nëse ndjejnë nevojën të pijjnë duhan. Ky rrrezik i mundshëm i rikthimit ka një fuqi maksimale rrëth dy javë nga data e lënies së duhanit, dhe vjen duke u ulur me kalimin e javëve. Ky rrrezik duhet vlerësuar sa më shpejt të jetë e mundur. Në këtë drejtim pyetjet e mëposhtme, kanë një rëndësi shumë të madhe:

- "Ende vazhdoni ta ndeni nevojën/nxitjen për të pirë duhan?"
- "Sa e vështrirë është për ju të përmbaheni, të shmangni pirjen e duhanit?"

Pacientët me rrezik të madh rikthimi drejt duhanpirjes, duhet të ndihmohen më intesivisht, përfshi këshillimin për të përsëritur trajtimin fillestar, nëse është e nevojshem.

Për ata që e kanë lënë së fundmi me sukses duhanin, këshillohet ti nxisësh të vazhdojnë këtë rrugë, ti përgjegjesh për çdo fitore sado të vogël të arritur dhe të vëzgosh me kujdes për çdo rrezik rikthimi drejt duhanpirjes.

Për pacientët, të cilët e kanë ndërprerë së fundmi duhanin duhet të ndiqen për një periudhë kohe nga personalet i kualifikuar, në mënyrë që të ruajnë statusin e tyre si jo duhanpirës. Kështu, mjeku duhet eu sigurojë atyre ndërhyrjet e vogla të vështrueshme të vogla të t’i përuajnë disa strategji të gjitha që të duhet të përsëriten në trajtimin e duhanpirjes. Anda pacienti vëre shfaqen e shenjave të tërheqjes apo rrjetë të dëshirës për të pirë duhan, kërkohet ndërhyrjë me disa mesazhe të qëndrueshme e dëshirës për të pirë duhan, mund të ndiqen në shërbumin shëndetësor parësor.

**Për ata që nuk kanë përdorur asnjëherë duhan**

Mjeku do të rikonfirmojë në çdo vizitë statusin e jo duhanpirësit dhe do të japë rekomandime të përmbledhura, nëpërmjet mesazheve të përshirës së përgjithshme për shëndetin, për të ruajtjet këtë status. Këto ndërhyrjet e vogla të vështrueshme të shenjave fizikologjike apo dëshirën për të pirë duhan, mund të ndiqen në shërbumin shëndetësor parësor.

**Rekomandime**

- Rekomandohet të vlerësohet motivimi i pacientit për të lënë duhanin, pasi është identifikuar dhe këshilluar për ta ndërprerë atë (niveli i provave C).
- Klinicistët duhet të përdorin teknika motivuese të nxitur duhanpirësët e pamotivuar për të lënë duhanin (niveli i provave B)

Ndërhyrjet që përdorin teknikat motivuese konsiderohen të
frytshme për të përcaktuar nëse pacienti do të bëjë në të ardhmen një përprje të për të lënë duhanin, por të gjithë duhanpirësit me varësi nga duhani duhet të trajtohen për të lënë duhanin pavarësisht nga nivel i tyre i motivimit (niveli i provave C).

4.1.3 Efektshmëria në trajtimin e duhanpirësve dhe varësia (Asisto!)

Këshillimi i kombinuar me trajtimin farmakologjik

Studimet sigurojnë prova të forta në mbështetje të efektshmërisë në kombinimin e këshillimit me ndërhyrjet farmakologjike, në rrjetjen e ndërprerjes së duhanit midis pacientëve të cilët kërkohen cakën shprehur vullnetin për ta lënë atë.14,2,3 Këshillimi dhe trajtimi farmakologjik janë efektiv edhe kur përdoren veçmas, por kombinimi i tyre rezulton më efektiv sësë përdorimi më vete.14,21,22 Klinicisti i cili jep trajtimin medikamentoz nuk është të thënë të jetë këshillimi që kryen këshillimin. Mund të ndodhë që një mjek, dentist, ndihmësmjek, infermier praktikant të japë medikamentet dhe këshillimi të kryhet nga një tjetër specialist për trajtimin e varësisë ndaj duhanit (mjek, infermier, psikolog etj.).

Në vitin 2016 Cochrane, në shqyrtimin e 53 studimeve klinike (25.000 pjesëmarrës), krahasoi efikasitetin e kombinimit të këshillimit me terapinë farmakologjike në lënies të duhanit. U gjetën ndodhë që një mjet, dentist, ndihmësmjek, infermier praktikant të japë medikamentet dhe këshillimi të kryhet nga një tjetër specialist për trajtimin e varësisë ndaj duhanit (mjek, infermier, psikolog etj.).

Rekomandime

- Kombinimi i këshillimit me trajtimin farmakologjik në lënien e duhanit është më efektiv së përdorimi i tyre veçmas. Sidoqoftë kur është e realizueshme dhe e përshtatshme, këshillimi dhe trajtimi farmakologjik duhen përdorur së bashku për të ndihmuar pacientët që të dëshirojnë të lënë duhanin (niveli i evidencave A).
- Ka një lidhje të fortë midis numrit të secancave të këshillimit, kombinuar me trajtimin farmakologjik, dhe gjasave në suksesin e lënies së duhanit. Për pasojë, sa më shumë të jetë e mundur, kështuq në trajtim farmakologjik për të dëshirojnë shkak për trajtim farmakologjik, për pacientët të cilët po përpiqen të lënë duhanin (niveli i provave C).

4.1.4 Ndjekja në vazhdimësi (Organizo!)

Zbatimi me rigorizitet i trajtimit

Zbatimi i terapisë së kombinuar (këshillim dhe trajtim farmakologjik) konsiderohet një faktor i rëndësishëm për trajtimin me sukses të ndërprerjes së duhanit. Është sugjeruar se trajtimi farmakologjik dhe jo-farmakologjik plotësojnë njëri-tjetrin dhe kjo mbështetet nga analiza statistikore, të cilët tregojnë se terapia e sjelljes mund të përmirësojë aftësinë e një risiko për të përballuar situatat në të cilat normalisht do të pinin duhan, kurse farmakoterapia lehtëson simptomat fiziologjike.14 Gjithashtu, farmakoterapia i ndihmon pacientët të kapërcejnë fazën akute të lënies, ku simptomat fiziologjike janë më të shprehura, ndërsa terapia e sjelljes siguron mekanizmat e nevojshëm për të mbajtur abstinencën afatgjatë. Prandaj, kombinimi i të dyja formave të trajtimit mund të përmirësojë pajtueshmërinxet me secilen metodet.14

Shumë duhanpirës nuk do të angazhohen në këshillim, veçanërisht nëse kjo përfshin seancë të tjera dhe të shumta. Prandaj, pacientit duhet të jepen mundësi të njëshpeshin për ndërprerjen e duhanit, përfshi këshillime të shkurtra dhe të realizueshme. Mosrespektimi i trajtimit farmakologjik për lënien e duhanit është i zakonisht dhe lidhet me besimin se ato janë të rrezikshme, kanë efekte anësore, nuk jepin efekt dhe nuk duhen
përdorur tek një person që i është rikthyer sërisht duhanpirjes. Për arsye se moszbatimi i terapisë së përshkruar më së shumti vjen nga mosukses i ndërprerjes së duhanit, klinicisti duhet të diskutojë me pacientin çdo shqetësim që ai ka lidhur me trajtimin farmakologjik dhe duhet ta nxisë pacientin ta zbatojë rregjimin. Studimet kanë treguar se ta bësh trajtimin lehtësisht të disponueshëm dhe të ulësh barrierat ndaj trajmit rrit pranimin e tij. Për shembull, kur trajtimi shtyhet dhe kryhet në një vend tjeter, vetëm 10% apo më pak e duhanpirësve e fillojnë atë, kurse më shumë se një e treta e pacientëve e fillojnë trajtimin kur ai është lehtësisht i arritshëm. Pranimi për të filluar trajtimin gjithashtu mund të rritet kur propozimi për ndihmë të përsëritit vazhdimisht, pasi interesit të duhanpirësve për lënien e duhanit mund të ndryshojë me kalimin e kohës. Me fjalë të tjera, nuk ka ndonjë recetë që bën mrekulli për lënien e duhanit. Çdo metodë është e mirëpritur nëse ndihmon në ndërprerjen e tij. Në këtë aspekt mënyra e komunikimit të mjekut me pacientin, i cili dëshiron të lejë duhanin është shumë e rëndësishme. Mjeku duhet ta ketë parasysh, se pacientët duhanpirës që paraqiten pranë një qendër të specializuar për të lënujë duhanin e sëmundjëse të flasë pa e fajësuar atë dhe të përpiqet që të kuptojnë se krijojnë një lidhje besimi reciprok, ndërkohe që të gjitha metodat për lënien e duhanit janë vënë në dispozicion të pacientit.

Rekomandime

- Ndërsa egziston një lidhje e fortë dozë-përgjigje midis kohëzgjatjes së seancave mjek-paciente dhe suksesit në lënien e duhanit, ndërhyrjet intensive janë më efikase se ato graduale dhe duhen përdorur kurdo që të jetë e mundur (niveli i prorapeve A).
- Klinicistët duhet të nxisin të gjithë pacientët duhanpirës të përdorin mjekimin e duhur në trajtimin e varësisë ndaj duhanit (niveli i proave A).
- Klinicistët duhet tu sigurojnë të gjithë duhanpirës që dëshirë të heqin dorë nga trajtimi, një format prej të paktën kattrë seancash këshillimi tek e tek. Kjo formë është provuar të jetë efikase në rritjen e shkallës së abstinencës ndaj duhanit (niveli i proave A).
- Kombinimi i këshillimit dhe farmakoterapisë për trajtimin e varësisë nga nikotina është më efikas për lënien e duhanit, sësas po ti përdorasin këto metoda veç e veç (niveli i proave A). Kur nuk është e mundur përdorimi i trajmit farmakologjik, rekomandohen propozimi për trajtimi i terapisë jo-farmakologjike (pas trajtimi i varësisë nga duhanit është provuar efikas), kështu që të gjithë pacientët duhanpirës do të marrin mbështetje terapeutike (niveli i proave A).

4.1.5 Përqaqja e sistemit të kujdesit shëndetësor ndaj përdorimit të duhanit dhe trajtimin e varësisë pret tij

Ofrimi i qëndrueshëm dhe efektiv i një ndërhyrjeje për ndalimin e përdorimit të duhanit kërkon mbështetje nga sistemi i kujdesit shëndetësor. Duhanpirës ka më shumë gjasë të përpiqen për të lënujë duhanin, nëse trajtimi i tyre mbulohet nga sigurimet shëndetësore. Për shkak të përfitimeve shëndetësore dhe kostos për ndërprerjen e duhanpirës, më shumë kompani sigurimesh shëndetësore po planifikojnë të mbulojnë trajmit bazë në lënien e duhanit: për shembull, në vitin 2010 kompania amerikane e sigurimeve shëndetësore Medicare e zgjeroi mbulimin e këshillimit për të gjithë duhanpirës (katër milion persona), jo vetëm për ata të cilët kishin sëmundje që lidheshin me duhanpirjen. Gjithashtu, përdorimi i rregjistrave shëndetësor elektronike lejon mjekun dhe stafin e klinikës të identifikojë sistematikisht dhe trajtojë duhanpirës. Ky fakt është shoqëruar me fjalë për që të gjithë duhanpirës (katër milion persona), jo vetëm për ata të cilët kishin sëmundje që lidheshin me duhanpirjen. Gjithashtu, përdorimi i rregjistrave shëndetësor elektronike lejon mjekun dhe stafin e klinikës të identifikojë sistematikisht dhe trajtojë duhanpirës. Ky fakt është shoqëruar me fjalë për që të gjithë duhanpirës (katër milion persona), jo vetëm për ata të cilët kishin sëmundje që lidheshin me duhanpirjen.

Gjithashtu, përdorimi i rregjistrave shëndetësor elektronike lejon mjekun dhe stafin e klinikës të identifikojë sistematikisht dhe trajtojë duhanpirës. Ky fakt është shoqëruar me fjalë për që të gjithë duhanpirës (katër milion persona), jo vetëm për ata të cilët kishin sëmundje që lidheshin me duhanpirjen.

Sistemet shëndetësore në mbarë botën po marrin në konsiderate sigurimin e kushteve minimale për të ndihmuar duhanpirës nga lënien e duhanit, bazuar mbi mundësitë dhe burimet e tyre si:
identifikimi i duhanpirësve, këshillimi i tyre për të lënë duhanin, lehtësime për të marrë trajtim. Ka të dhëna shkencore rreth ndërprerjes së suksesshme të duhanpirjes, kur trajtimi ofrohet falas.28

4.1.6 Llojet e ndërhyrjeve për lënien e duhanit
Në praktikat e tanishme, egzistojnë dy lloje ndërhyrjes: ndërhyrjet minimale dhe trajtimi i specializuar.

4.1.6.1 Ndërhyrjet minimale (këshillim i shkurtër)
Kjo lloj ndërhyrje zgjat maksimumi 3 deri në 5 minuta (niveli 1 i ndërhyrjes) dhe rekomandohet të kryhet në sistemin shëndetësor primar si mjeku i familjes, stomatologu, gjithë kategoritë e specialistëve.

Këshillimi i shkurtër përfshin: "një përmbledhje verbale të informacionit për të ndërprerë duhanpirjen, dhënë me terma mjekësore, duke shtuar informacion në lidhje me efektet e dëmshme të duhanipirjes. Kur zbatohet vetëm, ka një impakt shumë të ulët: 1 në 40 duhanpirës ka sukses në lënien e duhanit.29 Ndërsa kur kjo formë përdoret rutinë në të gjithë pacientët, si një ndërhyrje themelore, ndjekur nga referimi i pacientëve pranë një qendër të specializuar, bëhet një armë e fuqishme terapeutike. Këshillimi i shkurtër rekomandohet për të gjitha kategoritë e duhanipirsve, ish duhanpirës përfshin dhe ata që nuk kanë pirë asnjëherë duhan. Një periudhë të shkurtër (3 minuta) është më efektive se thjesht i thuash pacientët që të lërnë duhanin dhe dyfishon përqindjen e personave që e lënë duhaniperpirjen krahasuar me mungesën e ndërhyrjes.7 Sistemi shëndetësor duhet ta ofrojë si një trajtim rezervë, ndërhyrjet minimale ose i përshkaktojnë për ato duhanpirës të cilëve u duhet një mbështetje më e fuqishme. Kjo mbështetje mund të ofrohet individualisht ose në grup dhe duhet të përfshijë zhvillimin e aftësive bashkëpunuese, trajnim dhe mbështetje sociale.

4.1.6.2 Ndërhyrjet individuale të specializuara për ndalimin e duhanpirjes
Si një ndërhyrje e nivelit të dytë, duhanpërësit duhet të marrin trajtim individual të specializuar për të trajtuar duhanpirjen nga një mjek personal i trajnuar, infermierë ose psikolog, nëse janë të disponueshëm. Përndryshe, pacientët mund të i referohen një qëndër shërbimi të specializuar për lënien e duhanit, nëse është e mundur në komunitet.

Trajtimi përmbëhet nga ilaci që janë provuar të jenë efektive në trajtimin e varësisë nga nikotina dhe një sërë këshillimesh kognitive / të sjelljes të marra individualisht. Specialistët e përdorin termin “këshillim” për të përcaktuar ndihmën specifice kognitive / të sjelljes që u jepet pacientëve nën trajtim për të lënë duhanin. Seancat e këshillimit kanë për qëllim t’u japing duhanpirësve njohuri rrith procesit të ndërprerjes së pëmoshë së duhanit dhe zgjidhje për kapërcimin e pengesave gjatë përpijqjes për ta lënë atë. zakonisht ndërhyrja e specializuar ofrohet nga një ekipe (mjeku, infermieri dhe - opsionale - psikologu) i trajnuar në fushën e ndërprerjes së duhanpirjes. Kjo ndërhyrje përfshin ndihmën ndaj një pacienti tashmë të informuar, i cili i ka marrë këshillat minimale për lënien e duhanit, por që tani kërkon ndihmë të kualifikitar. Mjeku ka rolin kryesor në këtë proces, pasi ai ka përgjegjësinë të rekomandojë dhe këshillojë farmakoterapinë; infermieri ndihmon në plotësimin e dokumentacionit, plotësimin e bazës së të dhënave, testet laboratorike etj, infermieri gjithashtu mund të ofrojë edhe këshilla minimale. Psikologu e ndihmon procesin e lënies së duhanit duke shtuar elemente të mbështetjes psikologjike dhe teknikave të johjes-sjelljes. Në mënyrë optimale, strategjitë individuale të ndërprerjes së duhanit kombinojnë këshillimin (dmth. rekomandimin për të lënë duhanin) me trajtim farmakologjik (vareniklin, bupropion, NRT etj.) dhe me terapi kognitive-sjellëse. Ndërhyrja e zakonisht përmbëhet nga disa seanca (minimumi 4 që zgjasin 20-45 minuta përgjatë 9-12 javëve të trajtimit. Në konsulentë e parë, pacientit i paraqiten shkurtimisht trajtimet në dispozicion, paralajmërohet për simptomat fiziologjike dhe bie dakord me zgjidhjet më të përshtatshme. Kontakti fillestar duhet të shihet si një mudësi për të vlerësuar shanset për sukses dhe rrezijet e rikthimit. Gjatë periudhës standarte 9-12 javore të trajtimit, pavarësisht nga terapia e përcaktuar, rekomandohet monitorimi i të gjithë pacienteve të të gjithë pacientëve (të paktën dy vizita) për të qëndrueshëm jetë të përshtatshme. Kontakti fillestar duhet të shihet si një mudësi për të vlerësuar shanset për sukses dhe rrezijet e rikthimit.
e tërheqjes dhe nuk ka efekte anësore nga mjekimi. Vizitat monitoruese lejojnë mjekun të marrë një përditësim të statusit të pirjes së duhanit, të monitorojë biomarkuesit e përdorimit të duhanit dhe të parandalojë dëshhtimet apo rifillimet. Këto vizita ofrojnë një mundësi për të siguruar mbështetjetë të menjëhershme - mjeku mund të ndërhyjë menjëherë në kohë, në rast se duhanpirësi është dekurajuar apo ka filluar tmosjen pas një abstinence të shkurtër. Vizita më e rëndësishme është e para - rekomandohet të caktohet menjëherë pas ditës së lënies së duhanit. Shumica e specialistëve rekomandojnë vendosjen e datës së lënies në javën e dytë të trajtimit. Sidoqoftë, në varësi të ekspertizës së mjekut dhe profilit të duhanpirësit, duhet të theksohet se specialisti mund të rekomandojë një datë tjetër, për shembull në javët 3-6, sipas rastit.

Konsultimi për fundimtar i trajtimit bëhet kur ai përfundon, zakonisht 2-3 muaj pas konsultimit fillestar dhe ka për qëllim kryesisht vlerësimin e mospirjes së duhanit si rezultat i trajtimit. Me këtë rast, statusi i duhanpirësit duhet të vlerësohet përshkruar në mënyrë klinike dhe biologjike. Duhet të vlerësohet edhe dëshira për duhanpirje, si dhe mënyra se si personi përballët me situata sfiduese në lidhje me pirjen e duhanit. Symptomat fiziologjike dhe efektet anësore të farmakoterapisë për lënien e duhanit duhet të merren në konsideratë. Në të njëjtën kohë paciente që e ka lënë duhanin duhet të marrë këshillim, për të ruajtur abstinence apo rifillimin e tij. Pacientët që nuk kanë arritur të ndaloinjë pirjen e duhanit dhe parandaluar rifillimin e tij. Pacientët që nuk kanë aritur të ndaloinjë pirjen e duhanit duhet të rivlerësohen, në mënyrë që të fillojnë një përprjekezja për ta ndërprerë.

Ndërhyrja e specializuar për lënien e duhanit, e personalizuar për çdo pacient, është metoda më e rekomanduar në trajtimin e varësisë ndaj duhanit. Një program intensiv me vizita javore, konsultime personale me mjekun pneumolog dhe përdorimi i farmakoterapisë mund të rrisë mundësitë për lënien e duhanit tek duhanpirësit e motivuar që po përpiqen ta lënë atë, dhe një program i tillë mund të ofrohet lehtësisht në qendrat e specializuara për lënien e duhanit. Megjithatë, meqë lënia e duhanit përftshin varësinë ndaj nikotinës, shkallë më e lartë e ndërprerjes së duhanpirjes brenda vitit të parë pritet të jetë vetëm 25% deri në 40%7.

Studimet kanë treguar se ndërhyrjet e bazuara në evidensa shkencore për lënien e duhanit janë një mënyrë shumë efektive për të ndihmuar duhanpirësit në lënien e tij. Nga të dhënat studimore të klinikave NHS për ndërprerjen e duhanpirjes dhe eksperimentet e kontrolluara, është bërë e qartë se nëse duhanpirësit marrin mbështetje nga klinika të specializuara, me trajtime në grup bashkë me marrjen e kombinimeve të NRT apo varencilinës, ata kanë më shumë gjasa të kenë sukses në lënien e duhanit, krahasuar me duhanpirësit që marrin trajtim në sistemin shëndetësor parësor, marrin trajtimin individualisht dhe NRT të pakombinuar.30

Referencat


4.2 Këshillimi i sjelljes

Këtu janë shqyrtuar të dhënat që lidhen me këshillimin mbi sjelljen për lënien e duhanit. Përveç provave të përgjithshme, ne shqytuam edhe dy teknika efektive të këshillimit për trajtimin e pacientëve duhanpirës: këshillimin njohës i konjaktiv-bihejvioral dhe intervistën motivuese.

4.2.1 Mbështetja psikologjike për ndërperjen e duhanit

Përveç trajtimit farmakologjik dhe këshillimit, pacienti i cili dëshiron ta ndërpresë duhanpirjen mund të përfitojë nga ofrimi i ndihmës psikologjike, nëse i nevojitet. Çdo duhanpirës duhet të këshillohet të bëj përpjekjen e tij në ndërperjen e duhanit. Nëse këto përjpokje dështojnë apo pacienti ndihet i paafët të heq dorë nga duhanpirja pa ndihmë, atëherë duhet të ndërhyhet nëpërmjët teknikave psikoterapeutike.

Elementët e rekomanduar për trajtim e kanë origjinën nga terapia e sjelljes, nuk ka të dhëna bindëse në mbështetjetë të trajtimeve të orientuara në aspektin psiko-dinamik për shkak të mungesës së studimeve të kontrolluara. Programet e ndërperjes së duhanpirjes bazohen në faktin që varësia psikologjike vjen nga kushtëzimi klasik, dhe që proceset kognitive, vlerat personale dhe konsumimi i duhanit luajnë një rol të rëndësishëm në vazhdimin e duhanpirjes. Këto programe kombinojnë edukimin psikologjik dhe teknikat motivuese me elementet terapeutike të sjelljes. Ndërhyrja mund të kryhet në grupe ose në takime individuale. Në një nga modelet më të përhapura, një grup për ndërperjen e duhanpirjes që përbëhet prej 6 deri në 12 pacientësh, i nënshtrohet terapisë bashkarisht për 6 deri në 10 seanca ku secila prej tyre zgjat 90 deri në 120 minuta.1

Mbështetja psikologjike kryhet bazuar në një metodë sistematike dhe të standartizuar. Fillon me një vlerësim të karakteristikave psikologjike të pacientit, dhe i ndihmon atë të krahasojë në perspektivën e jetës së tyre (Tabela 4.1, Tabela 4.2)
Pastaj, përmbajtja e analizës së shkruar do të diskutohet me specialistin, duke u marrë si me avantazhet dhe me disavantazhet, në mënyrë që të nxirren rezultatet positive. Duhet vënë theksi në arritjet positive dhe rekomandohet të mbështet fort vet-besimi i pacientit.

Pas kësaj do të skicohet një plan terapeutik i personalizuar për ndërprerjen e duhanit, përmes një procesi bashkëpunues pacient-doktor. Hapi i parë është rënia dakort mbi ditën kur do të lihet duhani. Që nga dita e fillimit të terapisë pacienti nuk duhet të mbajë më cigare me vete, në xhepa, çantë, valixe, në shtëpi etj. Kjo është e domosdoshme, pasi të dhënat shkencore kanë provuar se nevoja e parezistueshme për të ndezur xhigjen e çigareve zgjat 7 minuta, dhe më pas nëse nevoja për duhan vazhdon akoma, manifestohet në nivele më të durueshme. Nëse pacienti nuk ka xhigje në duar për 7 minutat e para, derisa ti gjejë ato, minutat e presionit ekstrem kanë kujdes dhe ai kamundësi ta përballlojë këtë situatë sfiduese nga pozita më të forta1.

Në periudhën që pacienti vazhdon të pijë duhan, ndërsa ka filluar trajtimin farmakologjik, rekomandohen veprimet e mëposhtme:
- Të njohuhen të gjithë mënyrë që të jetojnë para pacientit për të ndërprerë duhanpirjen.
- Shkruani në ngjë të letër të gjitha arsyet pse pacienti do të lërë duhanin, dhe ngjiteni letrën në ngjë vend ku pacienti të mund të shohë sa më shpesh – në frigorifer, në banjo, mbi kompjuter.
- Identifikoni cila mund të jetë mënyra më optimale me të cilën pacenti mund të zëvendësojë gjetetet e duhanpirjes: mund të jetë një gjetë ujë, çaj, kafe – dhe ta përujë ato nga pak. Këshilla të gjitha mund të jenë gjetë e saj dhe të ndryshojë nëse xhigja e xhigjes së shkëmbës së pijës që të ndihmë që të mund të ndërprerëm të duhanpirjes.
- Imagjinoni një tip reagimi për të këshilluar në situatën kur rishfaqet tundimi për duhan: pirja e ujë, një shëtitje e shkurtër etj.
- Ndryshojeni jetën e tij të përditshme, zakonet apo vendin ku pacienti pinte zanash ndihmë duhanin më parë1,2,3.

Shikoni Tabelën 4.3.

Tabela 4.1: Pacienti analizon vetveten

<table>
<thead>
<tr>
<th>Varësia ndaj duhanit nga cila unë po vuaj, prodhon për mua:</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Avantazhe afatshkurtra dhe afatgjata</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Tabela 4.2: Pacienti parashikon ndikimin e gjendjes së varësisë ndaj duhanit mbi objektivat që ai dëshëron të arrijë

<table>
<thead>
<tr>
<th>Pesë vjet nga tani, unë do të jem ..... vite më i plakur</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Çfarë dua të jem apo të bëj?</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Shikoni Tabelën 4.3.

Tabela 4.3: Elelmentët e zakonshëm të ndërhyrjes mbështetëse brenda-terapisë.

<table>
<thead>
<tr>
<th>KOMPONENTËT E TERAPISË</th>
<th>SHEMBUJ</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Inkurajoni pacientin në përprjekjen për ta lenë duhanin</td>
<td>- Kini parasysh që tashmë e kështujojë trajtime efektive të varësisë ndaj duhanit dhe gjysmë e që në pranë të duhanit do të arritur para lenë! - Komunikojini pacientit besimin se ai është i aftë për ta lenë duhanin!</td>
</tr>
<tr>
<td>Komunikoni duke u kujdesur dheduke qenë i shqetësuar për pacientin</td>
<td>- Pyeteni pacientin si ndihet tani që po le duhanin! - Shprehnë shqetësim të drejtëpërdrejtë për gjendjen që po kalon pacienti dhe shqetësimi për të ndihmuar sa herë të nevojitet! - Pyeteni pacientin rreth frikërave dhe dyshimeve apo të ndërprerjen e duhanit!</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Shikoni Tabelën 4.3.
**Rekomandimet**

- Mbështetja psikologjike për ndërprerjen e duhanpirjes duhet të integrohet në kujdesjet mjekësore të pacientëve të cilët janë të varur ndaj nikotinës (niveli i evidencës A).

**Referencat**


**4.2.2 Terapia konjitive-bihejvioriste (CBT)**

**Principet e CBT**

Principet e CBT janë: krijimin dhe filimin e jë marrëdhënje bashkëpunimi midis mjekut dhe pacientit; parandalimi ikonflikteve; dëgjimi aktiv – që do të thotë perifrazimi i asaj që pacienti thotë; vlerësimin e suksesit; krijimi i aftësive positive në lidhje me përfitimet e ndalimit të përdorimit të duhanit. Ky trajtim ka si qëllim ndryshimin e sjelljeve të papërshtatshme të individëve drejt sjelljeve të shëndetshme e të përshkatshme. Përdorimi i CBT në qëndrat e ndërprerjes së duhanpirjes, ndihmon duhanpirësit të mësojnë të mbajnë shënime për zakonet e tyre në lidhje me përfitimet e ndalimit të përdorimit të duhanit. Ky trajtim ka si qëllim ndryshimin e sjelljeve të papërshtatshme të individëve drejt sjelljeve të shëndetshme e të përshkatshme. Përdorimi i CBT në qëndrat e ndërprerjes së duhanpirjes, ndihmon duhanpirësit të mësojnë të mbajnë shënime për zakonet e tyre në lidhje me përfitimet e ndalimit të përdorimit të duhanit. Ky trajtim ka si qëllim ndryshimin e sjelljeve të papërshtatshme të individëve drejt sjelljeve të shëndetshme e të përshkatshme. Përdorimi i CBT në qëndrat e ndërprerjes së duhanpirjes, ndihmon duhanpirësit të mësojnë të mbajnë shënime për zakonet e tyre në lidhje me përfitimet e ndalimit të përdorimit të duhanit.


Përmes CBT duhanpirësi do të mësojë teknika praktike për të përballuar situata, të cilat mund të nxisin duhanpirjen dhe do të perfitojnë nga mbështetja psikologjike duke u inkurajuar për ndërprerjen e plotë të duhanit. Të dhënat kanë treguar se jo tek të gjithë jose është të shumë të mëdha të motivuar e të vështirë për të ndërkruar të duhanit. Shumica e duhanpirësve nuk kanë informacione të sakta se çfarë ndodh me trurit e tyre gjatë kohës që ato pinë duhan dhe arsyet pse është e vështirë për të lënë duhanin, edhe pse ata mund të jenë gjithashtu të motivuar. Diskutimi me një specialist në lidhje me efektet e nikotinës në tru dhe mënyrën se si manifestohet varësia ndaj nikotinës mund të rrishë në mënyrë të habitshme iniciativën e pacientëve për të ndërprerë duhanpirjen. Ndërhyrja gjithashtu lejon një analizim të thëllë të shqetësimeve dhe frikës që lidhen me ndërprerjen e duhanpirjes, dhe krijon mundësi për pacientin për të rënë dakort për një strategji adekuate terapeutike.

**Efikasiteti i CBT**

Një meta-analizë e 64 studimeve në lidhje me efektivitetin dhe shkallën e vlerësimit të abstinencës për lloje të ndryshme të këshillimit dhe terapive të sjelljes tregoi një rritje sigurisht të ndërprerjes ndaj duhanit në krahasim me personat të cilët nuk
kanë patur kontakte me kategoritë e mëposhtme të këshillimit: (1) ofrimi i këshillimit praktik, si psh zgjidhja e problemeve; trajnimi i aftësive; menaxhimi i stresit; (2) ofrimi i mbështetjes gjatë kohës që duhanpirësi është në kontakt direkt me një mjek (mbështetje sociale brenda terapisë); (3) ndërhyrje për të rritur mbështetjen sociale në mjediset e duhanpirësive (mbështetje sociale jashtë terapisë); dhe (4) përdorimi i metodave suprimuese të duhanpirjes me anë të veprimeve averse (duhanpirje e shpejtë, tynosje e shpejtë).7

Shiko tabelën 4.4.

Si mund të menaxhohet varësia ndaj duhanpirjës
Ndërhyrjet e suksesshme për të lënë duhanin duhet të përfshijnë bashkëveprimin midis faktorëve personalë, familjarë, socioekonomikë, farmakologjikë dhe faktorë që lidhen me sjelljen; faktorë këta që mund të shërbejnë si pengesa kryesore për ndërprerjen e tij. Nëse nuk meret në konsideratë kompleksiteti i këtyre faktorëve tek pacientët, ndonjohet do të duhen vite apo dhe dekada për të arritur ndërprerje afatgjatë të duhanpirjes. Pra, përveç varësisë fizike dhe asaj psikologjike duhet të trajtohet pacienti edhe mbi varësinë e sjelljeve të tij, pasi tek disa duhanpirës ky aspekt mund të ndërhyjë seriosht.

Tashmë është e vërtetuar se ndezja e një cigareje është manifestimi i parë të varësisë dhe duhanpirësit kanë preferencë individuale për nivelin e nikotinës që ata dëshirojnë, pasi ata rregullojnë mënyrën sesi dhe kur ndezin cigaren e duhanit dhe thithin tumin e cigars për të arritur dozën që ata dëshirojnë të nikotinës.

Rekomandimet

- CBT duhet të përfshihet në të gjitha planet e ndërhyrjeve medikamentoze për ndërprerjen e përdorimit të duhanit si një metodë efikase, që do të kontribuojë në rritjen e suksesit të ndërprerjes së duhanpirjës. (niveli i evidencës B).
- Dy tipe të terapive të këshillimit dhe sjelljes rezultojnë në rritjen e shkallës së abstinencës: (1) duke u siguruar duhanpirësve këshillim praktik (aftësi në drejtim të zgjidhjes së problemit / trajnim në drejtim të këtyre aftësive) dhe (2) duke u siguruar mbështetje dhe inkurajim si pjesë e trajtimit (niveli i evidencës B).

Tabela 4.4: Elemente të përbashkëta në këshillimin praktik (zgjidhja e problemit / trajnimi i aftësive)

<table>
<thead>
<tr>
<th>KOMPONENTËT E TRAJTIMIT</th>
<th>SHËMBUJ</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Zhvillimi i aftësive përballuese – Identifikimi i praktikave përballuese ose aftësive të zgjidhjes së problemeve. Zakonisht, këto aftësi janë të destinuara për tu përballuar në situata të rrzëzikshme.</td>
<td>Të mësuarit për të parashikuar dhe për të shmangrur tundimin dhe si të mund të shkasësitata. Të mësuarit e strategjive konjitive (njohëse) të cilat do të reduktojnë gjëndjen shpirtërore negative. Arritja e ndryshimeve në mënyrën e të jetuarit që mund të reduktojë stresin, përirmësojë cilësinë e jetës dhe reduktojë ekspozimin ndaj duhanpirjes pasive. Të mësuarit e aktiviteteve konjitive-bihejvioriste për të përballuar dëshirën për të pirë duhan (p.sh shpërqëndrimi i vëmendjes; ndryshimi i rutinës).</td>
</tr>
<tr>
<td>Sigurimi i informacionit bazë – Dhënia e informacionit bazë për duhanpirjen dhe ndërprerjen e sukseshe të përdorimit të tij.</td>
<td>Është fakt tashmë që duhanpirja (edhe një tynosme e thjeshtë) rrit rrizikun e rikthimit të përdorimit të tij. Simptomat e lënies së duhanpirjes arrijnë të shfaqen 1 – 2 javë pas lënies së duhanpirjës, por ato mund të persistojnë për disa muaj. Këto simptomata përfshijnë humorin e keq, dëshirën për të ndezur një cigare dhe vështirësi në përgjendrim. Duhanpirja e ka karakteristikë krijimin e varësisë.</td>
</tr>
</tbody>
</table>
• Elementët e këshillimit duhet të përfshihen në ndërhyrjet për ndërprerjen e duhanpirjes (niveli i evidencës B).

**Referencat**


**4.2.3 Intervistimi motivues (IM)**

Motivacioni është i rëndësishëm për çdo duhanpirës që ka në plan të ndërpresë përdorimin e duhanit. Për këtë arsye, metodat të cilat forcojnë motivimin e pacientit për të lënë duhanin janë të objektivat të rëndësishme studimi.

Çfarë është interivistimi motivues?

Intervistimi motivues (IM) është një metodë e zhvilluar nga psikologu amerikan Ëlliam R. Miller në vitin 1980 gjatë kohës që ai trajtonte pacientët me problem të abuzimit. Miller tregoi se të dëgjuarit empatik mund të redukojë përdorimin e alkoolit. Studimet kanë treguar që rezistencë dhe mohimi janë fenomene që të gjithë kërkon ndërveprim midis klientit dhe këshilltarit. Libri i parë për Intervistat Motivuese, i shkruar prej Miller në bashkëpunimin me Stephen Rollnick, psikolog anglez, u publikua në 1991.1 Rollnick më vonë zhvilloi versione më të shkurturë të IM të përshtatshme këto për tu përdorur në kujdesjet shëndetësore. Kjo metodë në thotë si qëllim tu ofrojë personave të interesuar informacione mbi rrezikt shëndetësore që shoqërojnë varësinë dhe rrresin interesin për ndryshim. Intervista Motivuese tashmë praktikohet në shumë vende në trajtimin e abuzimimit me alkoolin, duhanin si dhe për ata që kanë nevojë për të përmirësuar mënyrën e të ushqyerit dhe aktivitetin fizik. Intervista Motivuese është përdorur gjërisisht tek individët me probleme me bixhozin, në terapinë e pjaftimit dhe në sistemin penal. Intervista motivuese përshtuan se çfarë këshilluesi mund të bëj në mënyrën që të rris mundësinë që pacienti të arrijë ndryshimin e sjelljes. Ajo bazohet në përmirësimin e të kuptuarit prej këshilluesit për mënyrën se si duhet të komunikohet dhe të bëhet më e mira për pacientin. IM kërkon të shoh një qasje aggresive apo konfrontuese, përpiqet të drejtojë njerëzit drejt ndryshimit të sjelljve dhe inkurajon vetbesimin.1

- Këshilluesi vepron si një bashkëpunëtor dhe e sheh vetveten sit ë barabartë.
- Këshilluesi kërkon dhe evokon mendimet dhe idetë e klientit në lidhje me duhanpirjen dhe mënyrat se si mund të ndryshojë.
- Këshilluesi tregon respekt për autonominë e klientit, të drejtën e tij dhe kapacitetin e tij për të marë vendime.

**Parimet themelore të Intervistës Motivuese**

- **Trego empati.** Këshilluesi në mënyrën që të qartë të kupton interesin e pacientit. Kjo realizohet nëpërmjet reflektimit dhe përmeshshëm.
- **Dallo mospërputhjet.** Këshilluesi ndihmon pacientin që të bëhet i vetëdijshëm për hendekun që mund të ekzistojë midis situatës ku ndodhet dhe si do të ishte po të merreshin parasysh qëllimet dhe vlerat e pacientit. Kjo do të shërbonte si një forcë e fuqishme të drastike për ndryshimin e sjelljeve me kusht që klienti / pacienti të ketë aftësinë për të ndryshuar.
- **Shmangni argumentimin.** E ashtuajtura rezistencë duhet të respektohet si një shenjë e natyrshme e ankthit ose e dyshimit në lidhje me ndryshimin. Nëse këshilluesi fillon të argumentojë, rezistencëa e pacientit do të rritet. Këshilluesi “manovron” me rezistencën kur ajo do të shfaqet, por përpiqet të parandalojë situatat e tilla që në fillesat e tyre.
- **Përkrtraction vetbesimit.** Këshilluesi përkrhajta vetbesimin duke treguar besim të afësia e klientit / pacientit për të ndryshuar. Këshilluesi duhet të tregoj se ai e vlerëson përpiqjen e pacientit.
Disa veçori të rëndësishme të Intervistës Motivuese

- **Kërko leje.** Një bashkëbisedim për duhanin rrallëherë shihet si fyes prej pacientit, por gjithmonë këshillohet të kërkohet leje për të filluar një bisedeh të tillë.
- **Dyzimi.** Dyzimi është një fazë natyrshme e ndryshimit. Gjithmonë kemi pro dhe kundra ndryshimit, efektet e të cilave mund të ndikojnë në të ardhmen e largët. Këshilluesi duhet të synojë të ndihmojë pacientit për të shprehur arsyetimet e tij për ndryshim.
- **Pyetjet e hapura dhe të mbyllura.** Pyetjet e mbyllura marrin si përgjigje vetëm 'po' dhe 'jo'; pyetjet e hapura kërkojnë përgjigje të gjata ose përpunime idesh.
- **Ndryshimi i diskutimit.** Është e rëndësishme për këshilluesin që të kap 'ndryshimin e diskutimit', fjalë dhe mendime të shprehura prej pacientit të cilat mund të çojnë drejt ndryshimit.
- **Konfirmim i një bisede dhe sjelljeje pozitive.** Pacienti do të jetë më tepër gati për të ndryshuar nëse identifikohen dhe konfirmohen shenja apo mendime pozitive.
- **Reflektoni mbi atë që jeni duke dëgjuar apo duke parë.** Në thelb, reflektimi është supozim për atë që është duke u thënë apo duke u menduar. Reflektimi nuk konfirmon një marrëveshje me pacientin; përkundrazi ajo tregon se këshilluesi e ka dëgjuar pacientin dhe e ndihmon pacientin për të dëgjuar atë se çfarë ka për të thënë.
- **Përmbledhja e asaj që është thenë.** Përmbledhja është një formë e veçantë e reflektimit. Përmbledhja kujton pacientin për pikat e fortë të diskutimit, planin e veprimit dhe arsyet e pacientit për të vepruar. Përmbledhja është e rëndësishme në dy rrugë. Nëse pacienti ngadalëson ose ndalon së foluri, përmbledhja do të shërbejë si një urë për të ndihmuar atë për të vazhduar bisedën. Përmbledhja gjithashtu mund të ndihmojë pacientin për të rikujtuar atë se çfarë ka thenë ose mund të shërbejë si lidhje midis deklaratave të tij.

**Intervistimi motivues në praktikën klinik**

Intervista Motivuese bie ndesh në shumë pika me këshillimin tradicional mjekësor. IM redukton autoritetin e “eksperitit me xhaketën e bardhë” i cili bisedon me pacientin dhe i tregon atij se çfarë duhet të bëjë. IM është më e ngjashme me situatën kur këshilluesi fton pacientin për të vallëzuar, gjatë të cilës të dy mbështetet tek njëri-tjetri dhe ndjekin lëvizjet e tjetrit në pistën e vallëzimit. Rolet kanë ndryshuar. Disa profesionistë të shëndetit, të cilët kanë talent natyral për të biseduar me pacientin në mënyrë jo-gjykuese dhe mirëkuptuese, mund të adaptojnë Intervistën Motivuese. Por megjithatë shihet se profesionistët shëndetësorë kthehen tek zakonet e vjetra duke urdhëruar pacientët përreth (paternalizmi). Për këtë arsye për të zotëruar më mirë Intervistën është e nevojshme të realizohen një sërë trajnimesh në mënyrë të tillë që ekspertët të zbatojnë proçedurat këshilluese (proçedura këto që mund të jenë dhe të kushtueshme).

**Rëndësia e ndryshimit.** Pyetja 1: Sa është rëndësia për ty lënia e duhanit në një shkallë nga 0 - 10 (0 = aspak e rëndësishme, dhe 10 = shumë e rëndësishme)? Përgjigjia drejton diskutimin pasues. Këshilluesi mund të vazhdojë duke "provokuar" pacientin duke thënë "Unë do të kisha menduar një numër më të ulët". Kjo zakonisht çon në një diskutim ku pacienti mer rolin e udhëheqësit dhe bën çmos për të bindur këshilluesin se sugjerimi i tij është i gabuar.

**Vet-besimi.** Vet-besimi varet nga sukseset apo dështimet e përpjekteve të mëparshme, arritjet e të tjerëve, njohuritë dhe mbështetjat. Përsëri, pacienti vlerëson në një shkallë e suksesit (ose në një shkallë të përmbushur me fjalë). Nëse pacienti vlerëson shansin me një numër mbi 0, këshilltari duhet të pyesi sërisht pse pacienti nuk zgjodhi një numër më të ulët se ai që zgjodhi, dhe qëllimi i githë kësaj është të inspirohet pacienti për të vlerësuar aftësitë e të rritur më tej shanset tuaja?". Vullneti dhe aftësia për të ndryshuar sjelljen.
Evidence to efikasitet

Një Cochrane review e vitit 2015 e 28 studimeve të realizuara gjatë vитеve 1997 – 2014, ku u përfshinë mbi 16000 duhanpirës, shqytoi Intervistat Motivuese në krahasim me këshillimin e shkurtër ose kujdesin e zakonshëm. 3 Gjykimet e vlerësuarë për qëfshin 1 në 6 sesione me kohëzgjatje 10-60 minuta. Një meta-analizë gjeti se Intervistat Motivuese kundrejt këshllave të shkurtra apo kujdesjeve të zakonshme shoqërohet me një rrit të mëdha, por të rëndësishme në drejtim të lënies së duhanit. (RR 1.26; 95% CI 1.16 to 1.36). Analiza e nëngrupit sugjeroi se Intervista Motivuese ishte efektiv këqindret këshillim në të gjithë studimeve e përgatitjes së duhanit, (RR 1.44; 95% CI 1.30 to 1.60). Shpërndarët e studimeve të randomizuara përfshinën një rrëfim madhësi për ndryshimin e këshillimit të duhanit në mbyllje (RR 1.55; 95% CI 1.40 to 1.71), por për jetë të detyruar nga studimeve të gjakmit të mëparshëm, këshillimi i ndryshmit të duhanit është më efektiv se këshillimi i thjeshtë (RR 1.39; 95% CI 1.24–1.57).1 Duke u bazuar në meta-analizën e 35 studimeve të randomizuara, 6 muaj abstinecë ndaj duhanit rritet ndjeshëm me rritjen e minutave të këshillimit: rreth 14% e 1 në 3 minuta këshillim, 19% për 4 në 30 minuta këshillim, dhe 27% për 31 në 90 minuta këshillim, kundrejt 11% pa këshillim. (Disa studime përfshijnë dhe farmakoterapinë gjatë këshillimit, pra përdorimi i medikamenteve kontribuon në këtë sukses.) Këshillimi i suksesshëm rrët motivimin për të lënë duhanin duke personalizuar kostot dhe rreziget e përdorimit të duhanit prej pacientit (duke u lidhur atë me shëndetin e pacientit, gjendjen e tij ekonomike dhe atë familjare). Ekziston një lidhje konsistente midis këshillimit intensiv (një respekt si të kohëzgjatjes dhe numrit të sesioneve të këshillimit) dhe abstinencës ndaj duhanit.

4.2.4.4.1 Këshillimi individual për ndërprerjen e duhanit

Një meta-analizë që përmban 30 gjykime (studime) gjeti se këshillimi individual për ndërprerjen e duhanit është më efektiv se këshillimi ishëm. (13.9% v. 10.8%, RR = 1.39, CI 1.24–1.57).

4.2.4.2 Këshillimi në grup për ndërprerjen e duhanit

Terapia për duhanit në grup shqytohet të jetë disa NJ që të jetë nëpër trajtima të ndryshme për duhanin, por të jetë nëpër trajtima për duhanin. Disa studime përmban se këshillimi i ndryshimit të duhanit është më efektiv se këshillimi ishëm. (13.9% v. 10.8%, RR = 1.39, CI 1.24–1.57).

4.2.4.2.2 Këshillimi në grup për ndërprerjen e duhanit

Terapia në grup shqytohet të jetë disa NJ që të jetë nëpër trajtima të ndryshme për duhanin, por të jetë nëpër trajtima për duhanin. Disa studime përmban se këshillimi i ndryshimit të duhanit është më efektiv se këshillimi ishëm. (13.9% v. 10.8%, RR = 1.39, CI 1.24–1.57).

Referencat

lënies së duhanit (4 javë nga dita e lënies së duhanit). Normalisht, këshillimi në grup kombinohet me farmakoterapi.

Ka dy mënyra për t’iu qasur grupit. Njëra mënyrë është ajo shkollore, ku personeli shëndetësor luan rolin e mësuesit dhe jep informacion për mënyrën e lënies së duhanit dhe mënyrën për të ruajt ur këtë abstinencë. Metoda tjetër kërkon mbështetjen e anëtarëve të grupit me qëllim arritjen e ruajtjen e abstinencës.

Një studim review nga Cochrane Collaboration gjeti 16 studime që bënin krahasimin midis programeve në grup me programin e ndihmës ndaj vetvetës. 3 Ky studim evidentoi një rritje në ndërprerjen e përdorimit të duhanit tek ata individë që ishin pjesë e programeve në grup (OR 1.98; 95% CI 1.60-2.46). Nuk ka evidenca shkencore se terapia në grup ishte më efektive se këshillimi individual me të njëjtën intesitet. U gjetën evidenca të kufizuara për të vërtetuar se terapia në grup në krahasim me terapitë e tjera, si psh: këshillimi prej personelit shëndetësor apo zëvendësi i nikotinës jep përftime shtesë.

Të dhënat nga një studim, që intervisoi si personelin kyç dhe duhanpirësit në tre llojet e shërbimeve të ndërprerjes së duhanit (skuadër e specializuar, punonjës të qëndrur me të dyve) sugjerojnë se struktura e shërbimit, metoda e mbështetjes, personeli shëndetësor i përftshirë dhe farmakoterapia luajnë një rol të rëndësishëm në ndërprerjen e përdorimit të duhanit. 4 Mbështetja në grup rezulton në norma të larta (64.3% për grupe të mbështetura kundrejt. 42.6% në mbështetjen individuale të ofruar prej specialistëve). Shërbimet duhet të jenë të përshtatshme për të mbështetur nevojat individuale në varësi të zgjedhjeve të pacientit dhe në qasje ndaj shërbimeve të ndryshme duke përftshirë këtën dhe këshillimin në grup. 6

Programe të shumta për ndërprerjen e përdorimit të duhanit përftshijnë strategji grupi, të bazuara në metoda eduksuese interaktive, si dhe akses më të mirë ndaj trajmit dhe mbështetjes psikologjike. Një format grupi përftshin rrithë pesë seanca (1 orë seanca) për më shumë se një muaj. Mbështetja intensive duhet të përftshirë inkurajimin për të përdorur farmakoterapipinë (nëse është e përftshatshme) dhe këshilla të qarta e udhëzime se si të përdorin ato. 5 Këshillimi në grup duhet të kryohej prej këshillasve të specializuar, të afë të përmirësitet të ndërveprojnë, të ndajnë me të tjerët frikërat dhe dhe ndajnë me të njëjtën kohë të mësojnë nga eksperiencat e të tjerëve. Kjo mund të realizohet dhe në sesione javore dhe me ndihmë të personelit ndihmës (infernëri, facilitatorët e trajnuar, psikologët etj). Në çdo rast kjo metodë mund të përdoret si alternativë për ata pacientë që komunikojnë më mirë në grup, por kur është e mundur të integrohet në trajtim individual me qëllim që të konsolidojë ndërhyrjet terapeutike.

Rekordi që këshillueshme që të ofrohen ndërhyrje individuale apo në grup për të realizuar më mirë përshtatjen e pacientit dhe për rritur kënaqësinë e tij, të cilit duhet të vlerësohen me shumë kujdes për të diagnostikuar çregullimet e ndryshme mendore. Si kritere për të përjashtuar nga trajtimi në grup mund të jenë çregullimet e personalitetit apo tiparet psiko – patologjike (p.sh personaistë, me çregullime historike, ankth, fobi sociale, qëndrime manipuluese, sjellje skizofrenie apo në rastet me probleme të shumta si psh varësi të shumëfishta). Zakonisht modelet në grup konsistojnë në 5-10 sesione me kohëzgjatje 2-3 muaj trajtimi.

Rekomendimet:

• Këshillimi në grup është efektiv për ndërprerjen e duhanpirjes. Përfshirja e mbështetjes sociale në ndërhyrjet në grup dhe komponentët konjivit-bihejvioral nuk ndikojnë në efikasitetin e saj (niveli i evidencës A).
• Këshillimi në grup është i ngjashëm për nga efikasiteti krahasuar me këshillimin individual dhe mund të përdoret në varësi të preferencave të vetë pacientit (niveli i evidencës B).

Referencat

2. www.nice.org.uk/page.aspx?o=404427
4.2.4.3 Mbështetja telefonike dhe linjat e hapura për ndërprerjen e duhanpirjes

Në shumë vende ekzistonjë shërbime të lira telefonike, që njihen si ‘Linjat e ndërprerjes’ ose ‘linja telefonike të ndihmës’. Pacientët të cilët telefonojnë në këto numra mund të marin informacion në lidhje me qëndrat lokale të ndërprerjes së duhanpirjes dhe mund të marin këshilla se si mund të lënë duhanin me këshilla minimale apo të plota. Përdorimi i telefonit për të realizuar terapinë konjitive-bihejviorale është i ngjashëm me strukturat tradicionale të kontaktit “su me sy”, por është shumë më tepër fleksibël.

Një avantazh i rëndësishëm i ‘linjave e ndërprerjes’ është aksesi i tyre. Operatori telefonik eleminon shumë nga barrierat e grupave të ndërprerjes së duhanpirjes si psh: të priturit për formimin e grupave apo organizimi për të gjetur mjetet e duhura të transportit. Oraret mund të vendosen në kohë të përshtatshme, duke patur parasypsh oraret e drekës si dhe mbërëmmjet e të shtunat. Pjesmarrësit mund të zgjedhin ku duan të kontaktohen, në telefonin e shtëpise apo në celularin personal, dhe u ofrohet mbështetje telefonike për të udhëhequr në vënien në praktikë të strategjive të ndryshme për ndërprerjen e duhanpirjes dhe realizimin e ndryshimeve pozitive në jetën e përditshme. Thirrjet telefonike zakonisht zgjasin rreth 25-30 minuta, por gjithësesi ato janë shumë fleksibile dhe mund të plotësojnë nevojat individuale. ‘Linjat e ndërprerjes’ janë veçanërisht të dobishme për njerëzit me lëvishmëri të kufizuar dhe ata që jetë në zona rurale apo të largëta. Për shkak të natyrës gati anonime, shërbimet telefonike përdoren prej atyre që apelojnë për të jetë në dispozicionin e tyre. Kjo metodë është një mënyrë e mirë për tu dhënë ndihmën duhanpirës aty ku janë, duke ditar që ndihma është në dispozicionin e tyre.

Rekomandimet:
• Ka evidenca shkencore të kënaqshme që këshillimi telefonik proaktiv është një ndërhyrje efektive për ndërprerjen e duhanpirjes (niveli i evidencës A)
• Minimumi i dy sesioneve telefonike është i rëndësishëm për rritjen e numrit të individëve që lënë duhanpirjen. Nuk është i quartë përfitimi i rritjes së numrit të telefonatave (niveli i evidencës B).

Referencat
1. NHS guided self help talking therapies, www.nice.org.uk/PH010

4.2.4.4 Materialet vet-ndihmuese
Kjo kategori përftëshin: broshura, fletëpalosje, manuale, materiale
të mediave, linjat telefonike të ndihmës, programe kompjuterike dhe web dhe programe të ndryshme të komunitetit. Ndërhyrjet vet-ndihmuese përkufoheshin si “manual apo programe që përdoren nga individët për ti asistuar në lënien e duhanit. Këta nuk ndihmohen prej personelit shëndetësor, këshillues apo grupe të ndryshme mbështetjetje”2
Në vijim prezantohet një mostër e një broshure të shkurtër shpjeguese, për personat duhanpirës, për të ndihmuar ata të njohin nocionet bazë të trajtimit dhe varësisë ndaj duhanit.

Shëmbull i listës së kontrollit dhe pyetjeve në materialet vet-ndihmuese

Pse përdoret duhanit?
• Cili është shpjegimi i faktit që vazhdon të pihet duhan, pavarësisht përpkjekte të kontrollit të duhanpirjes me qëllim ndalimin e sëmundshmërisë dhe vdekshmërisë së lartë të shkaktuar nga duhanpirja?
• A mund të mendojmë që duhanpirësit nuk kanë respekt për shëndetin e tyre ose ata mendojnë se “këto efekte të dëmshme nuk do të më ndodhin mua”?
• A janë ata të aftë për të kuptuar efektet e dëmshme që shfaqen në materialet edukuese? Apo është diçka tjetër që i bën ata të paafët për të lënën duhanin, pavarësisht se janë të vetëdijshëm për rreziqet?
• Mund të vij duhanpirja si rezultat i ndryshimeve komplekke psikosociale, të sjelljes dhe atyre fizike, si pasojë e ndonjë substance kimike që gjendet në duhan? Është e qartë se kjo është e vërtetë.3,4

Varësia ndaj duhanit
• Intesiteti i varësisë ndaj nikotinës është shumë i lartë, më i lartë ose i ngjashëm me varësinë ndaj kokainës apo heroinës, shumë më problematicë se varësia alkoolit, kanabisit apo LSD dhe drograve të ngjashme.
• Përdorimi kronik i duhanit, apo duhanpirja, është njohur nga të gjitha institucionet psikiatrike mjekësore si një sëmundje në vetvete, duke shkaktuar dëmtime fizike apo dhe psikologjike si një sëmundje kronike, p.sh varësia ndaj duhanit apo ndaj nikotinës.
• Shumica e cigareve krijojnë varësi, jo si rezultat i zgjedhjes së lirë, por vijnë si rezultat i varësisë ndaj nikotinës, drogë kjo prezente në të gjitha produktet e duhanit.5
• Është provuar tashmë që ekspozimi kronik ndaj duhanit shkahkon një gamë të gjerë sëmundjesh dhe është shkaktar i vdekteve si rezultat i pranisë së substancave të shumta toksike dhe kancerogjene që janë përmbërës të duhanit.
• Prodhuiesit e duhanit përdorin shumë strategji për të rritur varësinë ndaj nikotinës në produktet e duhanit: substanca additive, aromatizuese, filtra të karakteristikake të ndryshme etj.
• Industria e duhanit investon në mënyrë të vazhdueshme në tregje të reja për të synuar kategoritë vulnerabile të klientëve potencialë, si psh: fëmijët dhe të rinjtë, të cilët janë më të ekspozuarit.
• Metoda më e mirë për të reaguar ndaj industriisë së duhanit është ofrimi i njohurive dhe aftësive të bazuara në evidenca të qarta shkencore për individët, me qëllim përbballimin e kësaj sfide.

Ndërkakimet individuale gjatë përdorimit të duhanit6
• Një në dy përdorues duhani ka risk për vdekje të parakohshme, si rezultat i patologjive që lidhen me duhanpirjen.
• Duhanpirja është shkaktari kryesor i vdekteve që mund të parandalohen.
• Më shumë se gjysma e këtyre vdekjeve ndodh tek individët e grupmoshës 35-69 vjeç.
• Numri i personave që vdesin çdo ditë në botë si rezultat i patologjive që lidhen me duhanpirjen është i barabartë me vdekjen e pasagjerëve gjatë rrëzimit të 50 avionëve të mëdhenj.
• Duhanpirja është shkaktar i: 87% i vdekjeve prej kancerit të pulmoneve, 82% i incidencës së SPOK (patologjive obstruktive kronike pulmonare), 21% i incidencës së patologjive koronare (coronary heart disease) dhe 18% i incidencës së AVC.
• Duhanpirja është shkaktar i shumë komplikacioneve gjatë shtatzanisë.
• Duhanpirja bën që personat të kenë aromë të pakëndshmë në frymën xjeren e tyre, në flokë apo dhe veshje, dëmton dhëmbët, dëmton lëkurën dhe thonjtë si dhe veshjet e personit duhanpirës.
Përdrimi i duhanit dëmton performancën atletike.
Duhanpirja është shkaktar i zjarreve dhe vdekjeve aksidentale.
Duhapirja mund të shërbejë si një shtysë për përdorimin e një droge tjetër, duke tentuar përdorimin e një droge më të rrezikshme.

Ndërlilikem për familjen, miqtë dhe bashkëpunëtorët e përdoruesve të duhanit
- Ju ekspozoni familjen, miqtë dhe bashkëpunëtorët tuaj ndaj duhanpirjes passive.
- Duhanpirja pasive rrit me 30% rrezikun për kancer të pulmonit. Kjo rezulton me 3000 raste të reja me kancer të pulmonit në vit.
- Ekspozimi kronik i foshnjave dhe fëmijëve ndaj duhanpirjes passive rrit rrezikut për astmë bronkiale dhe patologji të tjera të aparatit respirator e të sistemeve të tjera. Këto sëmundje rrisin ditët e hospitalizimit dhe mungesat në shkollë.
- Ekspozimi ndaj tymit të duhanit rrit rrezikut e lindjeve të bebeve me peshë të vogël dhe sindromës së vdekjes së papritur tek foshnjat.
- Adultët joduhanpirës, por që ekzpozohen ndaj duhanpirjes passive rrit rrezikut për astmë bronkiale dhe patologjive respiratorore, gjë që kontribuon në rritjen e mungesave në punë dhe në aktivitetet e tjera.
- Bashkëshortët e duhanpirësve kanë risk të lartë për patologji kardiak dhe kancerit të pulmonit.

Përfitimet e ndërprerjes së duhanpirjes
1. Përfitimet afatshkurtra
- Presioni arterial dhe frekuenca kardiak e takhet në normë pas 20 minutave të para pa duhanpirje.
- Pas 8 orëve kemi kthim në normë të përqëndrimit të monoksidit të karbonit dhe oksigenit në gjak.
- Monoksid i karbonit eleminohet prej trupit human pas 24 orëve; pulmonet fillojnë të pastrohen prej mukusit dhe mbeturiva të duhanit; shanset për atak kardiak ujen.
- Nikotina eleminohet prej trupit pas 48 orëve; mbaresat nervore righjenerohen; dhe përmirësohet aftësia për të nuhatur dhe shijuar.

2. Përfitimet afatgjata
- Respiracioni përmirësohet.
- Energjia fizike më e madhe.
- Ngjyrë e lëkurës përmirësohet.
- Ulet rreziku i patologjive që lidhen me duhanpirjen, si:
  - Kancerin e pulmonit,
  - Emphysema,
  - Patologjite kronike obstruktive të pulmonit (SPOK),
  - Ataku kardiak dhe vdekja si rezultat i tij,
  - Patologjite Koronare (CHD)
  - Atherosclerosis
  - Stroke,
  - Bronchitis kronik

Përkatitja për të lënë duhanin
Sa më të përkatitur jeni për të lënë duhanin, aq më i madh do jetë shansi për sukses. Disa nga sugjerimet përfshijnë:
- Vendosni pozitivisht që dëshironi ta lini duhanpirjen.
- Bëni një listë të arsyeve, duke përfshirë arsyet personale, efektet mjekësore, përfitimet shëndetësore, avantazhet financiare dhe detyrimet ndaj të tjera.
- Përsëriti vetes një nga arsyet shumë herë çdo mëngjes.
- Filloni ditën me ushtrime fizike në ajër të pastër. Pushoni dhe pini sa më shumë lëngje.
- Cakto një datë për ndalimin e duhanit brenda dy javëve të ardhshme.
- Identifikoni barrierat që pengojnë arritjen e qëllimit. Çfarë e bën atë të vështirë? Cilat situata rrisn dëshirën për përdorimin e duhanit? Çfarë mund të bëni nga kërkesa të ju kërkonin?
- Cëfarë mund të bëni nga kombinimi i arsyeve të duhanit?
- Pastroni vendet ku ju zakonisht keni konsumuar duhan ose largoni çdo gjë që mund tju kujtojë cigaret si: Tavëll duhani
• Çakmak
• Ndeshjet.
• Pastroni shtëpinë dhe makinën tuaj; përpiquni të largoni erën e duhanit sa më shumë të jetë e mundur.
• Bëj një listë të aktiviteteve, hobeve dhe gjërave që ju interesojnë më shumë, të cilat do tju largoni mendjen nga duhani.
• Pasuroni veten me informacion dhe njohuri, në lidhje me simptomat e lënies së duhanit dhe mënryat për të përballuar ato.
• Të jeni të përkatitur për tu përballur me vështirësitet e lënies së duhanit. Mësoni rreth “sindromit të lënies së duhanit”.
• Tërheqja ose varësia nga nikotina shoqërohet me simptoma për shkak të ndalimit të papitur të nikotinës. Tërheqja nga nikotina mund të shfaqet nga 4-12 orët e para nga ndërprerja e duhanit me simptoma si:
  - nevojë akute, e pakontrolluar për të pirë duhan;
  - irritabilitet;
  - nervozizëm, mërzitje, ndjenjë ankthi;
  - lodhje;
  - rritje oreksin, sidomos për ëmbëlsirat, rritje në peshë;
  - ulje të përqqëndrimi/ ulje të memories;
  - depresion;
  - dhimbje koke
  - pagjumësi;
  - marrje mendsh.

**Terapitë të cilat ndihmojnë për ndërprerjen e duhanit.**

- Dy komponenttë të cilët kanë dhënë prova efikase në trajtimin e varësisë ndaj duhanit janë: Këshillimi dhe Farmakoterapia.
- Farmakoterapia është thelbësore, dhe ajo ofron një gamë të gjerë medikamentesh si: zëvendësuesit e nikotinës, të përdorur në forma të ndryshme (çamçakëza, spray hundësh, tableta sublinguale, ngjitësa transkutanë-patch); tek anti-depresivët; antagonistët e receptorëve të nikotinës etj.
- Ju duhet të pyesni mjekun ose farmacistin tuaj të përshkruajë ose rekomandojë medikamente për lënien e duhanit.
- Kombinimi i terapive të ndryshme farmakologjike mund të përdoret me ndihmën e profesionistëve të shëndetit, koha e terapisë mund të zgjatet, dhe dozat mund të rregullohen për të shmangur efektet anësore.
- Fletëpalosje, postera, broshura, materiale të ndryshme edukative, vet-ndihma ndërmjet të shkruarit ose media, së bashku dhe me mjetet e internetit ose linjat telefonike mund të ndihmojnë.
- Terapia konitive-bihevioriste (e njohjes dhe sjelljes) është një teknikë terapeutike e cila përpiqet të ndryshojë mënryën e të menduarit dhe ndjenjën rreth pirjes së duhanit dhe vetes, dhe ofron inkurajim dhe këshilla për minimizimin dhe

### Tabela 4.5: Disa këshilla për lënien e duhanit7

<table>
<thead>
<tr>
<th>SHEMBUJ TË STRATEGJISË SË SJELLJEVE/KËSHILLA PËR SHMANGIEN E PIRJES SË DUHANIT</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>- Mësoni të refuzoni cigaren e parë!</td>
</tr>
<tr>
<td>- Largoni gjërat që ju kujtojnë duhanin: çakmaku, ndeshjet, paketa e cigares;</td>
</tr>
<tr>
<td>- Ndryshoni rutinën tuaj!</td>
</tr>
<tr>
<td>- Shmangni konsumimin e kafes, coca-colës ose cajit;</td>
</tr>
<tr>
<td>- Kur ju ndjeni një nevojë të madhe për një cigare, pini një gotë të madhe me ujë ose me lëng frutash;</td>
</tr>
<tr>
<td>- Hani 3-5 vakte/ditë;</td>
</tr>
<tr>
<td>- Mëngjesi: lëngje frutash natyrale, produkte të qumështit, mundësisht mjaltë, vezë; bëni kujdes të shmangni cigaren e parë në mëngjes pas kafes së mëngjesit!</td>
</tr>
<tr>
<td>- Dreka dhe darka: preferohën fruta dhe perime të freskëta, perimet dhe frutat.</td>
</tr>
<tr>
<td>- Para se të shkoni për të fjetur – një gotë është është ujë ose çaj;</td>
</tr>
<tr>
<td>Ju duhet të shmangni: të hani midis vakteve, të konsumoni shumë ëmbëlsirat, pasta, akullore, çokollata;</td>
</tr>
<tr>
<td>- Mos hezitoni të konsumni më shumë se 2 litra ujë/ditë.</td>
</tr>
<tr>
<td>- Ushtrime fizike, ecje në ajër të pastër, mësoni teknika relaksimi.</td>
</tr>
<tr>
<td>- Filloni të praktikoni një sport të ri!</td>
</tr>
<tr>
<td>- Shmangni kontaktet me duhanpirësit kur ju keni nevojë për cigare!</td>
</tr>
<tr>
<td>- Mblidhni lekët, të cilat keni përdorur më parë për një paketë me cigare – blijini vetes një dhuratë!</td>
</tr>
</tbody>
</table>
menaxhimin e dëshirës për të përh duhan.
• Ideale do të ishte që strategjëtë individuale për ndërprerjen e duhanit të kombinonin këshillat (rekomandime për të lënë duhanin), me trajtimin farmakologjik (Varencline, Bupropion, NRT etj) dhe me terapi cognitive-të sjelljes (CBT).

Efkasiteti i materialeve edukative tek pacienti
Disa studime kanë provuar efkasitetin e materialeve edukative, të përfsihra në programet për ndërprerjen e duhanit.
Një total prej 2000 individësh të rritur janë testuar duke përdorur duke ndërprerjen e duhanit e duhanpirjes prej 13 faqesh (grupi i kontrollit) kundrejt udhëzuesit për vet-ndalimin e pirjes së duhanit prej 28 faqesh Free and Clear (F&C), udhëzuesi F&C dhe instruksoni për mbështetjen sociale të familjarëve dhe mjqve të duhanpirësit dhe udhëzuesi F&C me instruksoni për mbështetjen sociale dhe 4 thirrje telefonike me specialistë. 7 Programi i këshillimit telefonik F&C plus materialet vet-nëtimuese kanë rezultuar si një strategjë efektive për ndalimin e konsumimit të duhanit. Përdorimi i udhëzuesit vet-nëtimues dhe instruksonieve të mbështetjes sociale për familjen dhe miq të nuk tregoi përmirësim sinjifikant tek personat e prirur për të lënë duhanin, krahasuar me përdorimin e programit këshillues F&C me 4 thirrje telefonike.7
Në një meta-analizë që i adresohet impactit të broshurave vet-nëtimuese, si të përforurra më vete, si me këshillim shtesë, është konstatuar se vet-nëthmha nuk ka arritur të ndalojë konsumimin të duhanit, krahasuar me ndërhyrjet e tjera minimale të tilla si këshillimi nga profesionistët e kujdesit shëndetësor e terapiat dhe zëvendësimit të nikotinës.2 Materialet e personalizuara duket se janë më superiore ndaj materialeve standarde2.

Rekomandime:
• Aksesi për informacion është i nevojshëm në individët të cilët janë përpjekur për të lënë duhanin.
• Nuk ka asnjë dëshmi që materialet vet-nëthmuese japin benefite/përfitime më shumë sese ndërhyrjet e tjera minimale (niveli I evidencës B).
• Materialet e cilat përshtaten në mënyrë individuale për secilin duhanpirës janë më efektive sese materialet e përfitimshme standarte, gjithësia impakti mbi normat për ndërprerjen e duhanit është li vogël (niveli I evidencës B).

Referencat
1. NHS guided self help talking therapies, www.nice.org.uk/PH010
6. ACCP kit (5=1 from M1 chapt BD)

4.2.4.5 Bazimi në kompjuter /web
Ndërhyrjet e bazuara në kompjuter ose internet kanë potencialin për tu arritur nga një përjqindje e madhe e popullsisë e duhanpirës, gjithashtu i adresohet më mirë kategorisë në të rinjve dhe kanë kosto të ulët. Ndërhyrjet e tilla mund të përdoren si trajtime të vetme ose shtesë, duke mbledhur informacionet tipike nga pacientët dhe pastaj duke përdorur algoritme për të marrë feedback/përshtypje ose rekomandime. Aplikimet aktuale lejojnë përsëritjen e shpejtë të tyre (shkëmbim i eksperiençave), zhvillimin dhe monitorimin e planit të lënies së duhanit si dhe nxitjen proaktive të ndërprerjesit me anë të emailit. Janë raportuar efekte pozitive nga një studim i popullsisë duke përdorur raportimin e gjenënuar nga kompjuterat, bazuar në modalitetet e ndryshimit dhe një programi që ofrohet përme një website në internet. Një studim me adolescentët ka raportuar rezultate pozitive falë akcesit në një ndërhyrje komplekse, që përfshin një ndërhyrje kompjuterike interaktive, këshillim nga një klinicist, intervista të shkurtër motivuas dhe seanca përforcuese përme telefonit (kushti i kontrollit ishte informacioni për të ngrënë më shumë fruta dhe perime).1 Një review e fundit ka gjetur prova se interneti dhe pro gramet...
e bazuara në internet për ndërhyrjen në ndalimin e duhanit mund të ndihmojnë në rritjen e rezultateve për ndërprerjen e duhanpirjes, gjithësia nuk janë dokumentuar efekte të qëndrueshme dhe të dhënat kishin rrezik për bias. Progaramet ndërmjet internetit, që ofrojnë informacione të përshtatë individualisht dhe mbështetjetja, mund të janë më efektive sese një website i pandryshueshëm. Po ashtu edhe faqet të cilat janë shumë aktive dhe ofrojnë informacione të përditësuara për ndërprerjen e duhanit duken se janë më efikase. Interneti mund të ketë përfitime shtesë kur përdoret së bashku me ndërhyrje të tjera të tilla si: NTR ose farmakoterapi të tjera. Ndërhyrjet inovative për ndërprerjen e duhanit, të dërguara për pasqyrim internetist mund të janë më të rrethueshme dhe të dhënat kishin rrezik për bias. 2 Programet ndërmjet internetit, që ofrojnë informacione të përshtatë individualisht dhe mbështetjetja, mund të janë më efektive sese një website i pandryshueshëm. Po ashtu edhe faqet të cilat janë shumë aktive dhe ofrojnë informacione të përditësuara për ndërprerjen e duhanit duken se janë më efikase. Interneti mund të ketë përfitime shtesë kur përdoret së bashku me ndërhyrje të tjera të tilla si: NTR ose farmakoterapi të tjera. Ndërhyrjet inovative për ndërprerjen e duhanit, të dërguara për pasqyrim internetist mund të janë më të rrethueshme dhe të dhënat kishin rrezik për bias. 2 Programet

Rekomandime:
• Janë të nevojshme kërkime të mëtejshme para se të rekandomohen ndërhyrjet për ndërprerjen e duhanit përmas internetit.

Referencat
1. NHS guided self help talking therapies, www.nice.org.uk/PH010

4.3 Trajtimet farmakologjike në varësinë ndaj duhanit

Duke qënë se duhani është një sëmundje kronike, kërkon edhe ndërhyrje terapeutike me përmbërës të shumëfishtë, ndër të cilat terapia farmakologjike është thelbësore. Në vendë të ndryshme Europiane, në nivel Europian dhe kombëtar janë përshfshirë organe të shumta rregullatore për miratimin e barnave. Këshillohen dy kategori të medikamenteve për ndërprerjen e duhanit: medikamente të linjës së parë dhe të linjës së dytë. Medikamentet e linjës së parë kanë rezultuar të jenë efektive në trajtimin e varësisë së duhanit, kanë një nivel më të lartë sigurie dhe janë miratuar nga Agjencia Europiane për Produktet Medicinale (EMEA). Kjo linjë e parë e medikamenteve duhet të jetë zgjedhja e parë si trajtim klinik për varësinë ndaj nikotinës. Tre kategori medikamentesh janë të përftshira në linjën e parë të medikamenteve për trajtimin e varësisë ndaj duhanit dhe ato janë: terapia zëvendësuese e nikotinës, varenicilina dhe bupropion (shiko tabelen 4.6).

Linja e dytë për ndërprerjen e duhanit përftshin antagonistin e pjesës së receptorëve të nikotinës - cytisinën, (e aprovojës si indikacion në vendet e Europës Lindore). Anti-depresanti tricyclic Nortriptilinë dhe anti-hipertensivi Clonidinë janë të regjistruar për ndërprerjen e duhanit. Nortriptilina është e miratuar si antidepressiv, për jo si medikament për ndërprerjen e duhanit. Medikamentet e linjës së dytë të regjistruar për ndërprerjen e duhanit duhet të përfaqësohen nga medikamente të cilave u është provuar efikase, për në një masë më të vogël së rezultateve të tërheqës së personat duhanpirës në depresion. 2 Kërkojne studime shtesë për të kuptuar më mirë vlerat e ndërhyrjeve të bazuara në programet e internetit.

Efikasiteti i linjës së parë të mjekimit
Në një meta-analizë në 2008 me 83 studime të rastëshisëm të një studime të rastëshisëm me verifikua efikasiteti i barnave të ndryshme, të ndihme me normën e abstinencës në gjashëtë ndaj pas trajtimit, e cila tregoi se shumica

Gjatë viteve të fundit është bërë një progres i rëndësishëm në lidhje me efikasitetin e barnave për të ndaluar pirjen e duhanit. Përveç mono-terapisë, mund të përdoret një kombinimi i terapive të ndryshme farmakologjike për ta rritur shkallën e suksesit në ndërprerjen e duhanpirjes. Strategjitet e tjera, të tilla si rritja e kohëzgjatjes së terapisë, përshtatja e dozave për të shndërrojë efektet anësore dhe kombinimet medikamentoze kanë treguar rritje të efikasitetit në trajtimin e kësaj çështje.

Gjatë viteve të fundit është bërë një progres i rëndësishëm në lidhje me efikasitetin e barnave për të ndaluar pirjen e duhanit. Përveç mono-terapisë, mund të përdoret një kombinimi i terapive të ndryshme farmakologjike për ta rritur shkallën e suksesit në ndërprerjen e duhanpirjes. Strategjitet e tjera, të tilla si rritja e kohëzgjatjes së terapisë, përshtatja e dozave për të shndërrojë efektet anësore dhe kombinimet medikamentoze kanë treguar rritje të efikasitetit në trajtimin e kësaj çështje.

Gjatë viteve të fundit është bërë një progres i rëndësishëm në lidhje me efikasitetin e barnave për të ndaluar pirjen e duhanit. Përveç mono-terapisë, mund të përdoret një kombinimi i terapive të ndryshme farmakologjike për ta rritur shkallën e suksesit në ndërprerjen e duhanpirjes. Strategjitet e tjera, të tilla si rritja e kohëzgjatjes së terapisë, përshtatja e dozave për të shndërrojë efektet anësore dhe kombinimet medikamentoze kanë treguar rritje të efikasitetit në trajtimin e kësaj çështje.
## TRAJTIMI FARMAKOLOGJIK PËR VARËSINË NGA DUHANI

<table>
<thead>
<tr>
<th>MEDIKAMENTI</th>
<th>DOZA</th>
<th>PËRDORIMI</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>BUPROPION</strong></td>
<td>Dita 1-3: 150 mg çdo mëngjes; dita e 4-t dhe në vazhdim: 150 mg x 2/ditë (të paktën 8 orë) deri në fund të kurës</td>
<td>Fillo 1-2 javë përpara datës së lënies; Përdore 2-6 muaj</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>NIKOTINË ME ÇËMÇAKËZ</strong></td>
<td>2 mg – për pacientët që pijnë ≤ 24 cigare/ditë, 4mg – për pacientët që pijnë ≥ 25 cigare/ditë. Doza e rekomanduar unaniemisht është 8-12 çëmçakëza të përtyshëm/ditë</td>
<td>Përdore 3-6 muaj</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>NIKOTINË ME INHALIM</strong></td>
<td>6-16 flakone/ditë, një flakon mund të japë 4 mg nicotinë përmes 80 inhalimeve.</td>
<td>Use up to 6 months; taper at end</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>NIKOTINË ME TABLETA</strong></td>
<td>Me doza 1, 2 dhe 4 mg; fillon me 1 copë çdo 1-2 orë, pastaj reduktoje në 2 mg nëse pacienti tymos 30 minuta apo më shumë pas zgjimit; dhe 4 mg nëse pacienti tymos &lt; 30 minuta pas zgjimit.</td>
<td>Përdore 3-6 muaj</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>NIKOTINË SPRAJ NAZAL</strong></td>
<td>0.5 mg / nostril, initially 1-2 doses/hour; limits: 8-40 doses/day</td>
<td>Përdore 3-6 muaj</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>NIKOTINË ME NGJITËS (LEUKOPLAST)</strong></td>
<td>7, 14, 21 mg/24 hr (ose 10/15/25 mg/16) nëse patienti pi 10 cigare/ditë, 21 mg/ditë për 4 javë, pastaj 14 mg/ditë për 2 javë, pastaj 7 mg/ditë për 2 javë; Nëse patienti pi &lt;10 cigare/ditë, fillohet me 14 mg/ditë për 6 javë, pastaj 7 mg/ditë për 2 javë</td>
<td>Përdor 1 ngjitës/leukoplast të ri çdo mëngjes për 8-12 javë. Evidentohet rritje e efikasitetit kur doza përdoret për 3-6 muaj.</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>VARENICLINE</strong></td>
<td>Dita 1-3: 0.5 mg çdo mëngjes; Dita 4-7: 0.5 mg dy herë në ditë; Dita 8-e deri në fund: 1mg dy herë në ditë</td>
<td>Fillo 1 javë përpara datës së lënies së duhanit; Përdore për 3-6 muaj</td>
</tr>
</tbody>
</table>

### TERAPI TË KOMBINUARA – vetëm kombinimi i bupropion SR + nikotinë leukoplast është aprovuar nga FDA për lënien e duhanit.

<table>
<thead>
<tr>
<th>NDIQNI UDHEZIMET PËR MEDIKAMENTET E MËSIPËRME</th>
<th>NDIQNI UDHEZIMET PËR MEDIKAMENTET E MËSIPËRME</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>NIKOTINË ME NGJITËS + BUPROPION</strong></td>
<td>Ndiqni udhëzimet për medikamentet e mësipërme</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>NIKOTINË ME NGJITËS + INHALIM</strong></td>
<td>Ndiqni udhëzimet për medikamentet e mësipërme</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>NIKOTINË ME NGJITËS + TABLETA</strong></td>
<td>Ndiqni udhëzimet për medikamentet e mësipërme</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>NIKOTINË ME NGJITËS + ÇAMÇAKËZ</strong></td>
<td>Ndiqni udhëzimet për medikamentet e mësipërme</td>
</tr>
</tbody>
</table>
e medikamentevë për ndërprerjen e duhanit (çamçakëzat kundër duhanit, tableatat sublinguale, spray na zal, pompa inhalatore dhe substancat si bupropion) përafërsisht kanë dyfishuar mundësinë e rritjes së abstinencës (shiko tabelen 4.7).\(^1\) Shkalla e abstinencës në gjashtë-mujorin e parë tek pacientët e futur në mënyrë rastësore në placebo ishte rrreth 14%, në krahasim me 19% ose 26% tek pacientët që u trajtuan me farmakotera. Që kur disa studime përfshinë këshillimet mes ndërhyrjeve të tjera, shifrat e efikasitetit kanë pasqyruar gjithashtu edhe disa dobi të këshillimit.

Varenicline dhe kombinimi me terapi zëvendësuese të nikotinës (nikotina-leukoplast plus një formë afatshkurtër NRT, të tillë si çamçakëzat me nikotinë ose tableta të përdorura më shumë se 14-javë) u gjetën të dukshëm më e lartë se përdorimi i një terapi të vetme përfaqësuese (nikotina-leukoplast ose bupropion).\(^2,3\)

Në meta-analizë e dytë e kohëve të fundit nga Cochrane Collaboration, ka shqyrtuar të dhënat për ndërprerjen e duhanit përmes farmakoterapisë dhe ka arritur në përfundime të njëjtë. Në një kombinim të shkurrtër të NTR (oral + ngjitës transdermal/leukoplast) dhe vareniclinës, u siguruan përfitime efikase të ngjashmë, dhe të dyja e tejkaluan mono-terapinë me NRT ose Bupropion veç e veç. Medikamentet për ndalimin e duhanpirjes kanë treguar se kanë një efikasitet të rëndësishëm në botën e kujdesit shëndetësor dhe të duhanpirësit me gjendje shëndetësore bashkë shoqëruese (abuzimi me substanca dhe depresioni).\(^{1,5}\)

4.3.1. Trajtimi me NRT

4.3.1.1 Indikacionet

- Terapia e zëvendësuesve të nikotinës është propozuar si trajtim i linjës së parë për ndërprerjen e duhanit si tek përdoruesit që janë të motivuar për ta lënë duhanin, dhe tek ata që nuk janë të motivuar për ta ndërprerë atë.
- Gjithashtu përdoret për të pakësuar prevalencën e duhanpirjes kur lënë a duhanit nuk është e mundur ose e pranuar nga ana e përdoruesit.

4.3.1.2 Mekanizmat e veprimit

Nikotina e marrë nga tymi i duhanit ose çamçakëzi dhe nikotina e marrë nga NRT është e njëjtë nikotinë, por kinetika e transportimit në tru është rrënjësisht edhe ndryshme, me efekte të ndryshme dramatike.

Terapia e zëvendësuesve të nikotinës ka dy qëllime:

- Të stimulojë receptorët e nikotinës për të larguar tundimin dhe simptomat e tjera të tërheqjes: efekti është i menjëhershëm;
- Të zvogëlojë numrin e receptorëve të nikotinës: kjo rënies vazhdon për disa javë dhe pakëson varësinë nga duhani.

Tabela 4.7: Efikasiteti i Linjës së Parë të Mjekimeve për lënien e duhanit me monoterapi dhe terapinë e kombinuar.

<table>
<thead>
<tr>
<th>FARMAKOTERAPIA</th>
<th>VLERËSIMI OR (95% CI) I ABSTINENCËS</th>
<th>SHKALLA E VLERËSUAR E ABSTINENCËS (95% CI)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Placebo</td>
<td>1.0</td>
<td>13.8</td>
</tr>
<tr>
<td>Mono terapia</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Ngjitës-leukoplast me Nikotinë</td>
<td>1.9 (1.7 - 2.2)</td>
<td>23.4 (21.3 - 25.8)</td>
</tr>
<tr>
<td>Ngjitës-leukoplast me dozë të lartë</td>
<td>2.3 (1.7 - 3.0)</td>
<td>26.5 (21.3 - 32.5)</td>
</tr>
<tr>
<td>Nikotinë me inhalim</td>
<td>2.1 (1.5 - 2.9)</td>
<td>24.8 (19.1 - 31.6)</td>
</tr>
<tr>
<td>Nikotinë çamçakëz</td>
<td>1.5 (1.2 - 1.7)</td>
<td>19.0 (16.5 - 21.9)</td>
</tr>
<tr>
<td>Bupropion</td>
<td>2.0 (1.8 - 2.2)</td>
<td>24.2 (22.2 - 26.4)</td>
</tr>
<tr>
<td>Varenicline</td>
<td>3.1 (2.5 - 3.8)</td>
<td>33.2 (28.9 - 37.8)</td>
</tr>
<tr>
<td>Terapia e kombinuar</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Ngjitës + Inhalacion</td>
<td>2.2 (1.3 - 2.6)</td>
<td>25.8 (17.3 - 36.5)</td>
</tr>
<tr>
<td>Ngjitës + Çamçakëz</td>
<td>2.6 (2.5 - 5.2)</td>
<td>26.5 (28.6 - 45.3)</td>
</tr>
<tr>
<td>Ngjitës + Bupropion</td>
<td>2.5 (1.9 -3 .4)</td>
<td>28.9 (23.5 - 25.1)</td>
</tr>
<tr>
<td>Ngjitës (me kohëzgjatje; &gt; 14 javë + dhe NRT (çamçakëz ose sprajt)</td>
<td>3.6 (2.5 - 5.2)</td>
<td>36.5 (28.6 - 45.3)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Burimi: Treating Tobacco Use and Dependence, U.S. Clinical Practice Guideline, 2008 Update.\(^1\)

Shiko Figurën 4.3.
Kur pi një cigare, nikotina arrin trurin e duhanpirësit brenda 7 sekondave dhe saturon receptorët e nikotinës. ("efekti goditës"), (Figura 4.4). Qelizat e përfshira në zonën e trurit reagojnë duke desensibilizuar receptorët dhe duke shumëfishuar numrin e tyre në këtë mënyrë duke shfaqet nevoja për një cigare tjetër. Duhanpirësit kanë më shumë receptorë të nikotinës se joduhanpirësit, kjo shpjegon tolerancën e lajtarëve të nikotinës tek duhanpirësitet, si dhe varësinë e fortë ndaj nikotinës. Këta receptorë janë aq të shumtë sa mund të evidentojë nga tomografia me pozitrone: qendra e varësisë nga nikotina është një zonë e ndriçuar në nukleusin accumbens dhe në zonën e përparme tegmentale, ku lokalizon më së shumtë receptorët cerebralë të nikotinës. Terapia e zëvendësimit të nikotinës çon nikotinë në tru më ngadalë se cigaret. NRT stimulon receptorët e nikotinës, duke pakësuar ose elimnuar nevojen për nikotinë, duke prodhuar në mënyrë progresive më pak receptorë, e cila pas tre muajë të NRT do të normalizojë numrin e tyre. Megjithatë, këto struktura e ruajnë kujtimin e pirjes së duhanit dhe mund të shumëzohen shumë shpejt në membranën qelizore, nëse pirja e duhanit fillon sërisht: ndaj varësia nga pirja e duhanit është një sëmundje kryesore. 4.3.1.3 Të dhënat klinike për efikasitetin e NRT Ashtu si trajtimi i të gjitha sëmundjeve kronike, edhe trajtimi i varësisë nga duhanpirja është bërë subjekt i shumë studimeve të randomizuara të bërë këto 40 vitet e fundit. Dy studime të mëdha meta-analize kanë përmendur të dhënat për efikasitetin e NRT në lënjen e duhanit. Studimi i parë është kryer në SHBA Surgeon General, koordinuar nga Michael C. Fiore.¹ Studimi i dytë është kryer nga Cochrane Collaboration dhe është përditësuar kohët e fundit. Cochrane Collaboration identifikoi 150 studime me produkte të zëvendësuesve të nikotinës, 117 studime përfshinë mbi 50,000 pjesëmarrës me lloje të ndryshme të terapisë së zëvendësuesve të nikotinës, me placebo ose me grupe kontrolli pa terapi.⁶ Risku relativ (RR) i abstinencës për të gjitha format e zëvendësuesve të nikotinës kundrejt kontrollit është 1.60 (95% intervali i besimit.
Risku relative (RR) për çdo lloj është:
- 1.49 (95% CI 1.40 to 1.60, 55 trials) për çamçakëzet me nikotinë,
- 1.64 (95% CI 1.52 to 1.78, 43 trials) për ngjítëset me nikotinë (patch);
- 1.95 (95% CI 1.61 to 2.36, 6 trials) për tabletat orale;
- 1.90 (95% CI 1.36 to 2.67, 4 trials) për nikotinën e inhaluar;
- 2.02 (95% CI 1.49 to 2.73, 4 trials) për nikotinën me spray nazal
- 2.48 (95% CI 1.24 to 4.94, 1 trial) për spray oral.

Diferenca e observuar për efikasitetin midis ngjitësve në lëkurë (leukoplaste) dhe formave orale mund të jetë e lidhur me dozën, sepse është më e lehtë të kontrollohen dozet me formën orale, të cilat jepen me doza fikse në studimet klinike.

Ka pasur prova që kombinimi i një ngjîtësi transkutan me nikotinë me një formë të NRT me përthithje të shpejtë është më efektiv se sa një lloj i vetëm të NRT (RR 1.34, 95% CI 1.18 deri 1.51, 9 studime). Në rastin e varfërisë së lëkurë më të fortë nga duhani, ka pasur një përfitim të konsiderueshëm për ndërmjeti i kombinimit të NRT dhe Vareniklin, megjithatë rezultatet janë më të mëdha që ka pasur në studimet që që aktuaisht janë në dispozicion.

NRT është zhvilluar për të shmangur vështrirësitet që lidhen me përdorimin e çamçakëzit. Ajo gjithashtu ka qarkun nëjë përdorime nga doza më të medhë janë të pakë në studimet që aktuaisht janë në dispozicion.

NRT mund të përdoret në kombinim me forma orale dhe transdermale;
- NRT mund të përdoret në kombinim me bupropion e së norryptyline;
- Udhëzimet aktuale të praktikës klinike nuk rekandomojnë për ndërmjetin e NRT të kombinuar me vareniklin për ndërprerjen e pirjës së duhanit. Kjo sepse mendohet se NRT e njëshme me nikotinën e duhanit bëheshet nga vareniklin.
- Në pacientët që vazhdojnë të pijnë duhan pas 2-6 javësh të monoterapisë me vareniklinë, nuk ka asnjë kundërindikim për të zëvendësuar këto çigare me NRT. Studimet e fundit të testave klinike sugjerojnë se mund të ketë përfitim kombinimi i NRT dhe Vareniklin, më gurë se rezultatet janë për职工se. 4. Janë të nevojshme kërkoje shtesë për të vërtetuar efikasitetin e kësaj terapije si praktikë standarde. Përndryshë shtimi i Vareniklinës në monoterapinë me NRT do të ndjekë guideline-in standart.

4.3.1.4 NRT ngjîtës transdermal (leukoplast)
Ngjîtës transdermal (patch) është zhvilluar për të shëmbuar vështrirësitet që lidhen me përdorimin e çamçakëzit. Ajo gjithashtu ka qarkun nëjë përdorime nga doza më të medhë janë të pakë në studimet që që aktuaisht janë në dispozicion.

Nikotina që gjendet në ngjîtësatin transkutanë administrohet gradualisht nëpërmjet lëkurës dhe indit nënplakëz të sustshëmbor në duhanpirjes. NRT ka rritur normat e abstinencës ndaj pirjës së duhanit nga 50% -70%, pavarësisht nga lloji dhe doza. Efektiviteti i terapisë së zëvendësimit të nikotinës nuk është plotësisht i pavarësues të më soyshëm të ndërmjetit të ndihmit të nikotinës, sepse është më shumë të favorshme për ndërmjetin e pirjës së duhanit, por më pak të zëvendësuar me dozat e sportësuar nevojat urgjente të nikotinës.

NRT e kombinuar me farmakoterapi në
Cochrane Collaboration ka treguar se kombinimi i ngjîtësve transkutanë me nikotinë me format orale është më efikase se sa përdorimi i një lloji të vetëm të zëvendësimit të nikotinës.
në orë dhe sistemi 25mg/16 shpërndan afërsisht 1.4mg/h (Tabela 4.8).

**Tabela 4.8: Ekuivalenca e sasisë së nikotinës të shpërndarë nga ngjitëset transkutane në 16 dhe 24 orë.**

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>0.3 MG/H</th>
<th>0.6 MG/H</th>
<th>0.9 MG/H</th>
<th>1.6 MG/H</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>16 hours</strong></td>
<td>5mg</td>
<td>10 mg</td>
<td>15 mg</td>
<td>25 mg</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>24 hours</strong></td>
<td>7 mg</td>
<td>14 mg</td>
<td>21 mg</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Llojet e ngjitëseve në lëkurë/transkutane (patch)**
Ngjitëset transkutane janë të gjuhë të bazuara në të njëjtat principe, por kanë ndryshime të vogla kinetike (Figura 4.5). Çdo formë e leukoplasteve ka avantazhe dhe disavantazhe të vogla. Ato mund të rregullohen në mënyrë të atillë që të përshtaten trajtimit sipas pacientëve të ndryshëm.

**Si të aplikoni ngjitëset me nikotinë**
Ngjitëset aplikohen në mëngjes para ose pas dushit (duke qenë të kujdesshëm që të mos përdoren kremëra të ndryshme sepse ato ulin përthithjen e nikotinës nëpërmjet lëkurës). Përdoruesi duhet të shmangë ngjitjen e saj në pjesë të trupit tek të cilat ushtrohet forcë fizike. Në ato raste kur ngjitësja shkëputet nga lëkura gjatë ditës është e mundur të ripërdoret sërisht duke u fiksuar me anë të një leukoplasti.

**Toleranca e përgjithshme e ngjitëseve me nikotinë**
Si të gjitha produktet e zëvendësimit të nikotinës, toleranca e ngjitëseve mund të jetë shumë më e mirë tek duhanpirësit shumë dependëntë, që zakonisht nuk kanë efekte anësore me ngjitësa multipël, ndërsa tek jo-duhanpirësit ngjitësit mund të japa efekte anësore pothuaj konstante. Këto efekte anësore varen nga doza e nikotinës dhe janë shumë të lidhura me simptomat e tërheqjes.

Një efekt anësor specifik i ngjitësave është alergjia e lëkurës: një reaksion lëkure me hiperemi tek vendi i ngjitjes është i zakonshëm, duke reflektuar shpesh iritimin. Por një reaksion alergjik më i rëndë është i mundur tek pacientët alergjikë ndaj ngjitëseve të lëkurës. Mjekët duhet të kontrollojnë për çdo lloj alergjie të mundshme nga ngjitësit. Nëse simptomat janë të moderuara, është e mundur të ndryshohet lloji i ngjitësit, pasi ngjitësa të ndryshëm përdorin adezivë të ndryshëm.

**4.3.1.5 Zëvendësimi i nikotinës orale**
Shumë nga format e terapisë zëvendësuese të nikotinës orale janë në treg.
Ka 4 mënyra të zëvendësimit të nikotinës nga goja:
- Çamçakëz,
- Tableta sublinguale (të vendosura nën gjuhë),
- Tableta përtpëse,
- Inhalatorët, të cilët duken si mbajtës të cigareve.

**Figura 4.5: Kinetika e nikotinës mbi 24 orë sipas ngjitëseve transkutane të përdorura**

![Nicotina plazmatike](image1)

![Nicotina plazmatike](image2)

![Nicotina plazmatike](image3)

Burimi: Benowitz 19937
Të gjitha këto produkte zëvendësuese nikotine absorbohen përmes mukozës së gojës.

Thithja e nikotinës përmes mukozës së gojës ndodh vetëm nëse pH i gojës është neutral, kështu që përdoruesi duhet të shmangë ngrënien ose pirjen, veçanërisht të ushqimeve me bazë acide 30 minuta para se të marrë një zëvendësues oral të nikotinës. Sasia e pëşhtymës së absorbuar në stomak duhet të minimizohet sa më shumë që të jetet e mundur, sepse mund të shkaktojë acarim ose lemzë. Rritja e pëşhtymës dhe gëlltitja e saj janë veçanërisht të rëndësishme tek duhanpirësit të cilët nuk kanë përdorur çemçakëz me parë dhe e përtypin atë shumë shpejt.

**Biovlefshmëria e nikotinës orale**

Nikotina absorbohet përmes mureve të gojës që kur fillon të përtypron, gjatë gjithë kohëzgjatjes së përtyrisë, pasi përdoruesi duhet të shmangë ngrënien ose pirjen për 15 deri në 30 minuta. Pra, rritja progresive e nikotinës në gjakun arterial është shumë më pak e dëmshme sesa me cigare ose spray nazal, duke shpëtuar që nëse përdoruesi duhet të mbështetë në sipërfaqen e saj që të mbajtë një nivel të rregulluar të nikotinës, kur një mungëse e papritur ndodh, përdorimi i formave orale të zëvendësuesve të nikotinës do të kërkonte një rregullim shtesë të nivelit serik në minimumin e mundshëm. Përqtetimi maksimal i nivelit të nikotinës që sigurohet nga përforimi i çemçakizit, zgjat më shumë se disa minuta për të rritur një nivelit për të cilin përdoruesi ka nevojë, duke shkaktuar desensibilizim në këta receptorë dhe duke sjellë një rizgjim të receptorsëve të rinj, të cilët mund të vazhdojnë në kohë, duke shpjuguar kështu pse disa pacientë e kanë të vështirë që hyjnë dorë nga çemçakiz edhe 6-2 muaj pas lënies së duhanit. Është krejtësisht jo-korrektë të pretendosh se çemçakëzë i bën ata të zhduken nga nikotina. Ata kishin qenë të varur nga duhan, por është e vërtetë të thuhet se marrja nga goja e nikotinës kontribuon në ruajtjen e varësisë nga nikotina në këtë rast. Një fenomeni i tillë nuk ekziston, p.sh. kur përforimi ngjithëset / leukoplastet me nikotinë, të cilat jepin kurbën më të ulët të nivelit të nikotinës, e që me shumë të ngjarë çon drejt reduktimit të varësisë, por kjo me koston e rritjes së tundimit për tymosje në kohë të caktuara të ditës.

E gjithë sasia e nikotinës që përmban çemçakizë nuk kalon në gojë dhe 2 mg çemçakiz nuk sjell 2 mg nikotinë në mukozën orale dhe në gjak, por më pak se 1.5 mg, me ndryshime të vogla nga njëri prodhim tek tjetri (të gjitha format janë 1.5 mg deri në 2 mg çemçakiz pothuaj bioekuivalente me 2 mg nikotinë). Ndryshimet individuale varen shumë nga mënja se si çemçakizë është përtyprur. Ndryshimet kinetike nga një subjekt në tjetrin janë përktëshë ishtë më të mëdha në rastin e përforimit të leukoplasteve në krah esem formate orale, por janë shumë më pak të rëndësishme sësas në rastin e përforimit të drejtëpërdrejtë të cigareve. Edhe pirja e duhanit nga një moment i dites në tjetrin mund të rezultojë në doza që variojnë nga 1-5 deri në 5 pjesë të njëjtën që nga te njëjtën cigare. Këto ndryshime kinetike nuk janë që të përkthojnë në praktikë, sepse doza e formave orale përcaktohen nga pacienti duke marrë sasinë e nevojshme për të bërë që të dëshirat të zhduken.

Në çdo rast është e qartë për pacientin që çamçakëzi nuk duhet të përdoret si çamçakëz, por anasjelltas, përtytip ngadalë dhe se pështymja nuk duhet të gëlltitet.

**Çemçakëzat**

Çemçakëzat me nikotinë gjenden në doza prej 2 mg deri në 4 mg. Çemçakëzat 2 mg është i përshtatshëm për duhanpirësit me varësi të pakët apo mesatare; 4 mg për duhanpirës shumë të varur (që konsumojnë 7 ose më shumë cigare). Çemçakvzi ka shije natyrale ose është me shije menteje, kanelle, portokalli ose shije të tjera të frutave. Përfypja e çemçakëzit kërkon një teknikë të mirë për të qenë efektive dhe për të shëmshur shkatërimin e efekteve anësore: dhimbje në gojë, nofulla, dhimbje stomaku ose lemzë. Çemçakëzat e marrë nga goja është mirë për të përtyra një herë ose dy herë pastaj u mbahet në faqe për 3 minuta, dhe pastaj përtypr një herë në minutë për njëzet minuta. Pasi të përfundojë, çemçakëzë duhet të hidhen larg fëmijëve, sepse ashtu si cigaret dhe ky është një produkt që përmbyt nikotinë.

**Tabletë sulbingleuese**

Këto tabletë prej 2 mg janë tabletë që duhet të vendosen nën gjuhë. Ata mund të shkaktojnë një ndjesi mpirje, por nuk kanë shije. Meqë nuk ka nevojë për të përtypr ose thithje, shmanget përforimi i tepruar (i cilët mund të shkaktojnë lemzën). Ata shkrihen në gojë në 15-30 minuta.
Lozenges
Lozengat janë në dispozicion në doza prej 1 deri në 4 mg dhe thithja me gojë është më e mirë se çamçakëzet. Administrimi i tabletave është i thjeshtë, pasi ato janë të veçhur me capsule. Ata thithen ngadalë pa përtypje.

Inhalatorët
Një inhalator përmbëhet nga një tub plastik i bardhë, që i ngjan një mbajtëseje cigareje që kur hapet ka brenda një rimbushje nikotine. Teksa ju e thithni ashtu siç bën duhanpirësi me një cigare, një sasi e vogël e nikotinës kalon në mukozen e gojës, ku ajo absorbohet. Rimbushja përmban 10 mg nikotine. Disa duhanpirës të rëndë të konsumojnë një cigare të më të tërë; të tjerë mund të mbajnë të njëjtën inhalues. Kjo formë zëvendësime mban / lejon si gjestin e pirjes së cigareve dhe atë të marrjes së nikotine.

Spray nazal
Spray-et nazale, të shitura me recetë, janë të disponueshme në disa vende. Këto sprays hundës kanë avantazhin për të qenë shumë efikase në zvogëlimin e simptomave të pirjes së duhanit. Ata kanë dy vështirësi të mëdha: e para është se ata shkaktojnë acarim hundor (ndonjëherë të mëdha), e dyta është se ata çojne nikotinë në tru papritmas, pothuajse aq shpejt sa cigarja, gjë që shpjegon varësinë e vazhdueshme ndaj këtij produkti pas ndërprerjes.

4.3.1.6 Përshkrimi i instruksioneve
Zgjidhni dozën fillestare të terapisë zëvendësuese të nikotine
Kur hiqni dorë nga duhani, çelësi është zëvendësimi i nikotinës në një nivel afër asaj që është marrë me cigare (80-90%). Kjo sasi është e vështrirë për tu përcaktuar paraparkisht, sepse, me të njëjtën cigare, disa duhanpirës janë 10 herë më të varur nga nikotina se të tjerët. Kur hiqni dorë, doza fillestare e produktive të zëvendësimit të nikotinës mund të përcaktohet lehtësisht nga sasia e tymosur në ditë, dhe kohë për cigare e para (Tabela 4.9).8 Duhanpirësit më pak të varur mund të mos kenë nevojë për një trajtim farmaceutik, më të varurit mund të kenë nevojë për dy ngjitësa me nikotine, të shoqëruara me nikotine orale. Sasia e nikotinës që sigurohet nga ngjiteti me nikotine është, për shumë duhanpirës, e ngjashme me atë të dhënë nga një paktet cigaresh, por për disa duhanpirës të rrallë, mund të jetë shumë nikotine, ndërsa për të tjerët mund të mos jetë e mjaftueshme. Kur nevojitet një dozë e lartë e nikotine së, metoda më e rekomanduar është një kombinim i ngjitetëse dhe formave orale ose përdrorimi i më shumë se një ngjitësi.

Éshtë e mundur që të shoqërohet nikotina ngjites edhe me forma orale të marra nga goja në një mënryre intensive për të lehtësuar dëshirat për të marrë cigare, siç bëhet për të lehtësuar dhimbjet e forta të pacientëve me kancer, të cilët kanë menduar me ataf të gjatë morfinën, duke u dënë mundësi të bëjnë doza të kombinuara për të lehtësuar dhimbjet. Për sa kohë që dikush ka tundim për të pirë duhan, nuk ka rrezik për të përdorur bashkë nikotine me ngjité dhe në formë orale. Përdorimi i formave të përzjera e nikotinës është më pak i rrezikshëm sëpse përzjera e cigareve dhe purove. Natyrisht, përqëndrimet e nikotine, nivelet e cotininës urinare ose nivelet e shërruar të CO ndonjëherë mund të kontribuojnë në një rregullim më të mirë të dozës, por kjo tabeli sugjeron një dozë, e cila është shpesh pranë dozës përfundimtare.

Rregullimi i dozës pas 24-72 orëve
Zëvendësuesit orale të nikotine janë të disponueshëm në disa vende të ndryshme, gjë që lejon adaptimin e dozave të saj, por duhanpirësit zakonisht hezitojnë dhe frikësohen nga ilaçet e nikotine, edhe pse për vite ato marrin doza më të larta të nikotine së anë të duhanit të tymosur. Duhanpirësitet, megjithatë, përryrojnë shpesh për disa dekada eksperiencën e titrimit të përqëndrimeve të nikotinës duke modifikuar numrin e cigareve të pira dhe intensitetin e konsumit, për të përshtatur përdrorim e nikotinës në funksion të receptorëvë të saj. Mjekët duhet të jenë të përgatitur për të identifikuar shenjat e mbidozës (të rralla) dhe shenjat e nën dozës (të shpeshta) në 24-72 orët e para pas ndërprerjes.

Shenjat e mbidozës
Nuk ka mbidozë nikotine kur existon dëshira për të pirë. Në një pacient pa dëshirë për të pirë duhan, mbidozimi shkakton disa probleme si të përziqta, të vjella dhe takikardi. Këto shenjat janë të përkohshme dhe ndalojnë shpejt me ndërprerjen e trajtimit.
**Shenjat e nëndozimit**
Duhanpirësit me nëndozë të nikotinës shfaqin disa shenja:
- Tundim për të pirë
- Nervozizëm ekstrem ndaj mjedisit të tyre,
- Dëshira për ushqim, që i shtyn pacientët për të ngrënë shumë,
- Vështirësi në gjumë
- Shpesh vazhdojnë të pijnë disa cigare.

Shpesh është e dobishme për të udhëzuar duhanpirësit në rregullimën e dozave:
- Duke dhënë informacion, në mënyrë që ata të mund të përshhtatin vetë dozën
- Duke u kërkuar atyre që të thërrasin mjekun brenda periudhës 24-72 orë pas ndërprerjes
- Duke i këshilluar ata të thërrasin linjat e këshillimit ose mbështetje të tjera të ndërprerjes së duhanit, të cilat mund të ndihmojnë në rregullimin e dozës dhe të ofrojnë më shumë këshilla.

Nëse pacienti merr më shumë se 8-10 pilula ose cigare në ditë, është më mirë të aplikosh një nikotinë-ngjitës për të siguruar një aplikim të qëndrueshëm të nikotinës.

**4.3.1.7 Kundërindikacionet**
Nuk ka asnjë kundërindikacion për zëvendësimit e nikotinës përveç ndonjë rasti të alergjisë (e rrallë për përdoruesit e patch-it, e jashtëzakonshme për përdoruesit me formë orale). Në disa shtete shtatzënia konsiderohet të jetë kundër-indikacion. Natyrisht, terapia e zëvendësimit të nikotinës nuk është e këshillueshme për jo-duhanpirësit. Duhet të merren masa paraprake në rastin e fëmijëve nën moshën 18 ose 15 vjeç, për akadan kardiak dhe shtatëzëninë. Këto masa paraprake duhet të jenë në përputhje me rrezikut veçanërisht të lartë të pirjes së duhanit në këto kushte (50% e përdoruesve të duhanit vriten nga një sëmundje e lidhur me duhan).

<table>
<thead>
<tr>
<th>KOHA PËR CIGARET E PARA NË MËNGJES</th>
<th>Numri i cigareve në ditë</th>
<th>10-19 cigare/ditë</th>
<th>20-30 cigare/ditë</th>
<th>&gt; 30 cigare/ditë</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>&lt;5 min</td>
<td>Ngjitës dozë e lartë (0.9 mg/h) +/- NRT orale</td>
<td>Ngjitës doza e lartë (0.9 mg/h) +/- NRT orale</td>
<td>2 pika me dozë të lartë (1.8 mg/h) +/- NRT orale</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>&lt;30 minuta</td>
<td>Ngjitës dozë e lartë (0.9 mg/h)</td>
<td>Ngjitës dozë e lartë (0.9 mg/h) +/- NRT me gojë</td>
<td>Ngjitës Dozë e Lartë (0.9 mg/h) +/- NRT me gojë</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>&lt;60 min pas zgjimit</td>
<td>Asnjë mjekim ose NRT orale</td>
<td>NRT orale</td>
<td>Ngjitës dozë e lartë (0.9 mg/h)</td>
<td>Ngjitës doza e lartë (0.9 mg/h) +/- NRT me gojë</td>
</tr>
<tr>
<td>&gt; 60 minuta pas zgjimit</td>
<td>Asnjë mjekim ose NRT orale</td>
<td>Asnjë mjekim ose NRT orale</td>
<td>NRT orale</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Jo-përditë</td>
<td>Asnjë mjekim ose NRT orale</td>
<td>Asnjë mjekim ose NRT orale</td>
<td>NRT orale</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

Tabela 4.9: Inicialet e dozave të propozuara të terapisë së zëvendësimit të nikotinës (burimi: INPES, France) 8

KOHA PËR CIGARET E PARA NË MËNGJES

- Numri i cigareve në ditë
  - <10 cigare/ditë
  - 10-19 cigare/ditë
  - 20-30 cigare/ditë
  - > 30 cigare/ditë

- 5 min
- 30 minuta
- 60 min pas zgjimit
- > 60 minuta pas zgjimit
- Jo-përditë

- Ngjitës dozë e lartë (0.9 mg/h) +/- NRT orale
- Ngjitës doza e lartë (0.9 mg/h) +/- NRT orale
- 2 pika me dozë të lartë (1.8 mg/h) +/- NRT orale
- Ngjitës dozë e lartë (0.9 mg/h) +/- NRT orale
- Ngjitës doza e lartë (0.9 mg/h) +/- NRT orale
- NRT orale
- NRT orale
- NRT orale
- NRT orale

- Shpesh vazhdojnë të pijnë disa cigare.

4.3.1.8 Efektet anësore, masat paraprake, paralajmërimet, reajimet nga barnat
Rreziqet e medikamenteve të nikotinës janë të ngjashme me...
ato të nikotinës në duhan. Nuk ka rrrezik të shtuar për shkak të zëvendësimit të pjesëshmë ose të plotë të nikotinës të siguruar nga duhani në krahasim me atë të parashikuar nga zëvendësuesit. Fitja e barnave nikotinë heq qindra toksina që gjendë në tymin e duhanit dhe përmbën një përftime të përgjithshëm shëndetësor në krahasim me përdorimin e duhanit. Reduktimi i inflamacionit të shkaktuar nga ndërprerja e duhanit çon në ndryshime në kinetikën e medikamenteve të caktuara dhe rekonomohet të rivlerësohet trajtìmi me teofilin, warfarin etj.

**Rreziku i varësisë nga zëvendësuesit e nikotinës**

Ekziston një rrrezik shumë i vogël për t’u bërë i varur nga NRT. Me forma të marra nëpërmb jet gojës NRT mund të ketë një rrrezik të vogël të shkuarjes të nikotinës në tru, gjë që mund të çoqë në varësi në disa duhanpirës pas ndërprerjes së pirjes së duhanit. Rreziku i varësisë është më i bartë me cigare, shumë më i ulët me terapi orale, më i ulët me cigare elektronike, madje më i ulët me terapi zëvendësuese të nikotinës orale dhe pothuajse mungon me ngjithësit e nikotinës (Figura 4.7).

Në pacientët që përdorin nikotinë-çëmçakiz gjithë kohe nuk ka probleme mjekësore madhore, edhe nëse ata mbeten nën trajtim për muaj apo vite. Pas disa kohësh, pacientët shphesh nuk i kanë më qejf çëmçakizat dhe thonë ‘nuk dua më’.

Nëse kontrollohet kohe e konsumimit të çëmçakizave, do të konstatohet se nëse çëmçakizat në fakt merren për të kontrolluar sistematikisht emocionet, kjo nënkupton që ato merren për të përmbushur një mungëse permanente. Në disa raste, nëse nikotina-ngjitës zëvendësohet me zëvendësuesit oralë të nikotinës ata mund të eleminojnë pikun e nikotinës në gjak dhe të lejojnë kompletimin e tërhejjes nga nikotina.

**Rreziqet e terapisë zëvendësuese të nikotinës**

Terapia zëvendësuese e nikotinës mund të ketë efekte anësore, të tilla si reaksione alergjike ose jo alergjike. Këto fenomene zakonisht janë të mira. Nganjëherë është e vështirë të dihet nëse efektet anësore të vërejtura lidhen me ndryshimin e statusit të pirjes së duhanit (p.sh. simptomat e thithjes) ose ndryshimin e stilit të jetesës.

Në rast të alergjisë, është gjithmonë e mundur që të jesh alergjik ndaj vështirëzimit të nikotinës, por ky rrrezik është i jashtëzakonshëm dhe është më shumë teorik se sa praktik. Megjithatë alergjitë ekzistojnë tek nikona me ngjithës-leukoplast, veçanërisht nga lloji i llojes në lloj të që kanë. Përgjigja e duhur ndaj anksesave të tilla varet nga shkalla e reagimeve. Efektet e tjera anësore (shih Tabelën 4.10) janë përgjithësisht të modëruara dhe nuk janë të krahasueshme me pasojat e pirjes së duhanit. Kjo është arsyja e pse ilaçet e tilla zakonisht janë në dispozicion pa recetë.

Êshtë gjithmonë më e sigurt për të marrë terapinë zëvendësuese të nikotinës sesa duhanit.

**Figura 4.7: Vlerësimi i riskut për fillimin e varësisë dhe mbajtja e varësisë sipas produkteve të nikotinës**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Produkt</th>
<th>Risku i fillimit të varësisë nga nikotina</th>
<th>Risku i mbajtjes/vazhdimisë të varësisë nga nikotina</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Duhan i tymosur</td>
<td>10</td>
<td>10</td>
</tr>
<tr>
<td>Duhan i oral</td>
<td>7.5</td>
<td>5</td>
</tr>
<tr>
<td>E-cigaret</td>
<td>2</td>
<td>5</td>
</tr>
<tr>
<td>Terapia me zëvendësues oralë të nikotinës</td>
<td>2</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>Terapia me zëvendësues transdermalë të nikotinës</td>
<td>1</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
Efektet anësore të zakonshme (më shumë se një person në 100):

<table>
<thead>
<tr>
<th>Efekt anësore</th>
<th>Nën 100</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Dhimbje koke</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Marramendje</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Lemzë</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Dhimbje të fytit</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Irritimi ose tharje e gojës,</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Nauze, të vjella, çrregullime të tretjes</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

Efektet anësore jo të shpeshtë (më shumë se një person në 1000):

<table>
<thead>
<tr>
<th>Efekt anësore</th>
<th>Nën 1000</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Palpitacione</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

Efektet anësore të rralla (më shumë se një person në 10,000):

<table>
<thead>
<tr>
<th>Efekt anësore</th>
<th>Nën 10,000</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Aritmia kardiake</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

**4.3.2 Trajtimi me bupropion SR**

Bupropion SR, është terapia e parë jo-nikotinike që u tregua efektive për ndërprerjen e duhanpirjes (niveli i provave A).

- Një kombinim i NRT orale dhe ngjitësit-nikotinë NRT, i cili titrohet për të përafruar marrrjen ditore të nikotinës së individit kur për duhan, mund ta rrised suksesin e ndërprerjes së duhanpirjes (niveli i provës A).
- Përdrorimi i zgjatur i NRT përtej 14 javëve ka treguar të ketë rritur suksesin e lënies së duhanit (niveli i provave A).

**Mekanizmi i veprimit**

Bupropioni blokon lirimin neuronal të dopaminës dhe ndryshime kanë shkallë të ndryshme rëndëse. Ato kërkojnë minimumi një vlerësim të gravitetit të shqetësimeve të gjumit. Shfaqja e manktheve në gjumë duhet të jetë një sinjal i menjëhershëm i depresionit të mundshëm. Çrregullime të tjera mund të ndodhin nga problemat e ndërprerjes së duhanit dhe nëndërprerjes së duhanit, duke përmendur që më tepër me arsye se lënëia e duhanit mund të stimulojë depresionin latent. Nëse një pacient ka një histori të kaluar të depresionit, duhet të kihet kujdes për të parandaluar një rikthim të depresionit duke përfshirë monitorimin e ndryshimeve në humor. Për pacientët që raportojnë depresionin e tanishëm, mjekët duhet të inicjojnë trajtim të Bashku me mbështetjen e ndërprerjes së duhanit, sipas udhëzimeve të praktikave më të mira për trajtimin e depresionit.

- Shumë individë që kanë lënë duhanin përjetonënje shenja të depresionit, të cilat mund të shkojnë nga të lehta në të rënë. Prania e depresionit nuk lidhet me përdorimin e medikamenteve për ndërprerjen e duhanit, por më tepër me arsye se lënëia e duhanit mund të stimulojë depresionin latent. Nëse një pacient ka një histori të kaluar të depresionit, duhet të kihet kujdes për të parandaluar një rikthim të depresionit duke përfshirë monitorimin e ndryshimeve në humor. Për pacientët që raportojnë depresionin e tanishëm, mjekët duhet të inicjojnë trajtim të Bashku me mbështetjen e ndërprerjes së duhanit, sipas udhëzimeve të praktikave më të mira për trajtimin e depresionit.

- Një kombinim i NRT orale dhe ngjitësit-nikotinë NRT, i cili titrohet për të përafruar marrrjen ditore të nikotinës së individit kur për duhan, mund ta rrised suksesin e ndërprerjes së duhanpirjes (niveli i provës A).
- Përdrorimi i zgjatur i NRT përtej 14 javëve ka treguar të ketë rritur suksesin e lënies së duhanit (niveli i provave A).

**Rekomandime**

- Terapia zëvendësuese e nikotinës rekomandohet si një farmakoterapi efektive për ndërprerjen e duhanpirjes (niveli i provave A).
- Një kombinim i NRT orale dhe ngjitësit-nikotinë NRT, i cili titrohet për të përafruar marrrjen ditore të nikotinës së individit kur për duhan, mund ta rrised suksesin e ndërprerjes së duhanpirjes (niveli i provës A).
- Përdrorimi i zgjatur i NRT përtej 14 javëve ka treguar të ketë rritur suksesin e lënies së duhanit (niveli i provave A).

**Tabela 4.10: Efektet anësore të nikotinës**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Efekt anësore</th>
<th>Nën 100</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Dhimbje koke</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Marramendje</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Lemzë</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Dhimbje të fytit</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Irritimi ose tharje e gojës,</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Nauze, të vjella, çrregullime të tretjes</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Efekt anësore</th>
<th>Nën 1000</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Palpitacione</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Efekt anësore</th>
<th>Nën 10,000</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Aritmia kardiake</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
noradrenalinës dhe, ndoshta, vepron mbi frenimin e funksionit të receptorëve antikolinergikë të nikotinës, provuar in vitro. Ajo imiton efektin e nikotinës së cigareve, dhe pengon ri-absorbimin e noradrenalinës dhe dopaminës dhe mendohet se redukton tërheqjen nga nikotina gjithashtu me këtë mekanizëm. Duke se efikasiteti i bupropionit për varësinë ndaj nikotinës është një funksion i ndarë nga veprimi i tij anti-depresiv, meqë veprimi pozitiv i ndërprerjes së pirjes së duhanit është vërtetuar edhe dhe tek pacientët jo-depresivë.

Bupropioni vepron duke hequr disa prej simptomave të abstinencës së nikotinës, në veçanti depresionin, dhe duke reduktuar ashpërsinë e sindromës së tërheqjes në përgjithësi, gjë që e bën të rekomandueshme si një ndihmë efikase në procesin e ndërprerjes së duhanpirjes. Bupropioni ndihmon pacientët duke ulur tundimin për pirjen e duhanit. Administrimi i bupropionit tek duhanpirësit me varësi serioze të nikotinës redukton ndjeshëm simptomat e depresionit të lidhura me tërheqjen. Bupropioni dyfshon raportin e abstinencës në krahasim me placebo dhe ka efekte të ngjashme në të dyja gjinindet. Një analizë gjenetike e botuar kohët e fundit e përgjigjes ndaj bupropionit sugjeron që suksesi i ndërprerjes së pirjes së duhanit duke përdorur këtë medikament përcaktohet pjesërisht nga ndryshimi në CYP2B6, gjenin që kodon enzimën primare për metabolizmin e bupropionit, më tepër se nga variacioni gjenetik i receptorëve kolinergjikë të nikotinës.

**Dëshmi klinike për efikasitetin e bupropionit**

Një meta-analizë e 44 studimeve të randomizuara mbështeti efikasitetin e bupropionit në trajtimin e varësisë nën-kritësë me placebo (OR prej 1.62, 95%, CI 1.49-1.76). Në një studim të rastësishëm, të dyfishtë, 27% e pacientëve të trajtuar me bupropion u gjetën me abstinencë edhe pas gjashtë muajsh, krahasuar me 16% që morën placebo. Abstinencës së pirjes së duhanit e trajtuar me bupropion u gjetën në krahasim me placebo, kur ai u shoqërura me terapi të sjelljes. Ekzistojnë të dhënat që e ndihmojnë me efikasitetin e bupropionit në ndërprerjen e duhanit në nën-grupin e duhanpirësve me gjenotip DRD2 Taq1 A2 / A2 i D2 gjene të receptorit dopaminës: në fund të trajtimit, shkalla e abstinencës ishte tre herë më e lartë tekn atë të cilët morrën bupropion krahasuar me placebo16. Bupropion SR është parë gjithashtu të zbushë tundimin dhe reduktojë marrjen e peshës pas ndërprerjes së duhanit tek përdoruesit oralë të duhanit, që përpiqeshin ta linin atë.17

**Indikacionet**

Bupropioni është farmakoterapia e parë që ka provuar efikasitet në trajtimin varësisë nga duhan. Bupropioni rekomandohet vetëm në bazë të recetës mjekësore për të gjithë pacientët të motivuar për të ndaluar pirjen e duhanit, të cilët nuk kanë kundërindikacione. Në të njëjtën kohë, kjo është një alternativë efikase për pacientët të cilët të lartë të cilët nuk kanë toleruar ose kanë provuar NRT pa sukses, ose për pacientët që shpreshin një preferencë për terapitë jo-nikotinike. Bupropioni rekomandohet si një mjekim efikas për ndërprerjen e pirjes së duhanit, duke përfshirë edhe situatat e mëposhtme:

- Për të shmangur shtimin e peshës pas abstinencës: bupropioni mund të përdoret tek duhanpirësit që shqetësojnë mos shtojnë në peshë pas ndërprerjes së pirjes së duhanit. Kështu, Hays et al raportoi nga një kontroll të mirë të peshës, të shoqëruar me një raport më të lartë të abstinencës krahasuar me placebo, një vit pas përfundimit të terapisë së duhanit.
- Për të parandaluar rifillimin e duhanit (në pacientët të cilët kanë përdorur bupropion shtatë javë dhe e kanë ndërprerë pirjen e duhanit, vazhdimi i terapisë me bupropion deri në 52 javë e vonon rifillimin e duhanit).
- Për të parandaluar rifillimin e duhanpirjes tek pacientët kundër obstruktive pulmonare SPOK. Edhe pse Garcia Rio et al. arritën në hipotezën se bupropioni mund të dëmtojë përgjigjen ndaj hipoksisë dhe hyperkapnisë me një efekt potencialisht të dëmshëm në zhvillimin e SPOK, asnjë nga studimet që kanë shërbyer efikasitetin e bupropionit si një terapi në ndërprerjen e duhanit tek pacientët të sëmundje kronike të mushkërive, nuk ka treguar të tillë efekte anësore.19

**Përdorimi klinik**

Bupropioni është në dispozicion në kuti me 28 tableta prej 150mg.
Në tre ditët e para, pacientët duhet të marrin një dozë prej 150mg bupropion nga goja çdo mëngjes, pastaj 150mg dy herë në ditë (në interval prej minimalisht 8 orësh) për pjesën tjetër të trajtimit, për një kohëzgjatje totale prej 7 deri 9 ose 12 Javë. Zgjatja e kohëzgjatjes së shërimit fillestar rezulton në një abstinencë më të qëndrueshme të duhanit. Për terapi afatgjatë, merrni parasysh bupropion SR 150 mg deri në gjashtë muaj pas lënies së duhanit. Pacientët duhet të fillojnë trajtimin me bupropion SR 1-2 javë përpara se të ndalojnë pirjen e duhanit. Ata duhet të vendosin një datë për lënien e duhanit në javën e dytë të trajtimit dhe mund të fillojnë përdorimin e bupropionit, edhe pse ende pijnë duhan. Konsiderohet se pas një deri në dy javë trajtimi, nivel serik i Bupropion arrin një gjendje konstante dhe mund të bëhet ndërprerja e duhanit. Është vërtetuar se vazhdimi i pirjes së duhanit nuk ndikon dukshëm në farmakoterapinë me bupropion.

Informacioni i dozimit: Nëse është e pranishme pagjumësia, marrja e dozës së mbrëmjes më herët pasdite mund të sjellë pak lehtësim.

Alkooli: Rekomandohet të mos përdoret në kombinim me alkolin, ose më së shumti vetëm një sasi minimale. Nëse ndryshimet e humorit manifestohen, konsultohuni me mjekun.

Kundërindekacionet
Kundërindekacionet ekzistojnë në rastet e mëposhtme:
- Mosha nën 18 vjeç;
- Shpatzënë, ushqyerja me gji: bupropioni nuk ka treguar të jetë efektiv për trajtimin e varësisë nga duhanpirësit në duhanpirëset shpatzëna;
- Bupropioni nuk është vlerësuar në pacientët me gji;
- Mbindjeshmëria ndaj bupropionit ose përbërësve të tij joakte;
- Çërgullime konvulsive të mëparshme ose aktuale, tumoret e kafkës dhe trurit, historia mjekësore e konvulsionëve ose kushtete që favorizojnë konvulsionet;
- Çërgullime e ngrënies;
- Çërgullimet bipolarë;
- Tërheqja nga konsumimi kronik i alkoolit, dështimi i rëndë i hepatit, ciroza hepatike;
- Përdorimi i inhibitorëve MAO në dy javët e fundit, historia e përdorimit të benzodiazepinës.

Ngjarjet kryesore negative
Një review e studimeve klinike tregoi dy herë efektet negative tek pacientët që marrin bupropion në krahasim me placebo.1 Efektet negative që hasen më shpejt në pacientët që marrin bupropion janë:
- pagjumësia,
- dhimbja e kokës,
- goja e thatë

Në një studim më të gjerë të përvojës franceze në lidhje me trajtimin e ndërprerjes së pirjes së duhanit duke përdorur bupropion në 2001-2004, autorët vunën në dukje 1682 reagime negative të hasura në 698,000 pacientë të trajtuar me bupropion në tre vite të para të produktit që po shiten në Francë.21 Nga këto 1682 ngjarjeve negative, 28% janë regjistruar si reaksione të rënda negative, me spektrin e mëposhtme:
- Reaksionet e lëkurës 31.2% (alergji, angiooedema, "sëmundja e serumit"),
- 22.5% reagime neurologjike (sidomos cerebrale-vaskulare),
• 17.2% reagime neuropsikologjike (sidomos mendimet vetëvrasëse, depresioni).

Pas analizès së kujdeshme të rasteve u provua se në 66% të reaksioneve neurologjike / psikologjike dhe pothuajse në 50% të reaksioneve neurologjike u identifikuan faktorët predispozues të rrezikut.21

**Efektet e tjera negative**

Marrja e mendve, presioni i lartë i gjakut, dhimbja e kraharorit, sindroma e ankhit-depresionit, zgogëlimi i performancës intelektuale, shqetësimi vizual dhe, rrallë konvulsione, madje edhe reaksionet e lëkurës, janë përshkruar si reaksione alergjike.

Efekti më alarmues janë konvulsionet, ato ndodh shumë rrallë (1:1000) dhe zakonisht ndihmohen nga faktorët rrezikut pre-ekzistues: si crregullimet e qarkullimit të trurit, traumat kranio-cerebrale, epilepsi, crregullimet e të ngrënit, medikamentet e njëkohshme që ulin pragun e konvulsioneve etj.

Raste rralla të angioedemës hypernatraemisë, duke përfshirë një sindrom të sekretimit të papërshtatshëm të hormonit antidiuretik (SIADH) janë raportuar dhe nuk janë komplikacione të rralla në terapitë me droga antipsikotike.23

**Masat paraprake për përdorim**

Tek moshat e mëdha rekomandohet të zvogëlohet doza e bupropionit për gjysëm, dmth. 150 mg bupropion / ditë, po kështu dhe në rastet e shoqëruara me dëmtime të rënda të veshkave ose të heparit. Shfofrët dhe pacientët që merren me pajisjet që kërkojnë vigilencë këshillohën në të që të kontrollojnë efektet e bupropionit para se të kryejnë këto aktivitete, duke pasur parasysh se ata mund të përjetojnë marramendje, ulje të përçprendrimet dhe vëmendje të dobësuar.

Që kur u konstatua presioni i lartë i gjakut tek pacientët nën trajtim me bupropion, kërkohet monitorim i kujdesshëm i presionit të gjakut, sidomos kur përdoren kombinime terapeutike, si shoqërimi i bupropionit dhe ngjitëseve të nikotinës.

Të gjithë pacientët që përdorin bupropion, si dhe ilacje të tjera për ndërprerjen e pirjes së duhanit, duhet të monitorohen për simptomat në kategoritë e mëposhtme: crregullime të sjelljes, axhitim, gjendje të keqe, mendime/përprjeqje vetëvrasëse dhe ideim të sjelljeve jokorrekte. Kur shfaqen manifestime të tila, pacientët duhet të ndërpresin menjëherë përdorimin e bupropionit dhe të kontaktojnë me mjekun e tyre. EMEA dhe FDA rekomandojnë që pacientët duhet të t’i tregojnë ofruesit të kujdesit shëndetësor nëse kanë histori për sëmundje psikiatrieke përpara fillimit të këtij ilaci, dhe duhet të monitorohen për ndryshime në humor dhe sjellje gjatë marrjes së këtij medikamenti. (Për më shumë informacion, konsultohuni me faqet e internetit të FDA për efektet anësore).25,26

Para se të përshkruajë bupropionin, mjeku duhet të kontrollojë aspektet e mëposhtme që imponojnë masa të caktuara për përdorim:

- Marrjen e substancave që mund të zvogëlojnë pragun konvulsiv: ilacje antipsikotike, antidepresive, tramadol, metilxantinë, steroide sistemike, antihistaminë, antibiotikë si kinolone, substanca psiko-stimuluese ose anorexi,
- Historinë për alkoolizëm;
- Precedentet e diabetit mellitus apo traumat e trurit.

Vëmendje e shtuar rekomandohet gjithashtu në rast të përdorimit të njëkohshëm të barnave të cilat mund të ndërveprojnë me bupropion: kujdes kur përdoren njëkohësisht droga që shkaktojnë ose përgjegjësesit të 2D6 ose strukturat P 450. Në të njëjtën kohë, rekomandohet matja e presionit të gjakut, si dhe përçqëndrimet e gjakut të teofilinës, tacrine, klozapine, ndoshta imipramine, fluvoxamine dhe pentazocyne, pasi ato mund të rriten kur përdoren njëkohësisht me bupropion. Administrimi shoqëruar i bupropionit gjithashtu përcakton rritjen e titrit të gjakut të disa anti-depresionëve (imipramine, paroxetine dhe desipramine), disa ilacje anti-psikotike (risperidon, tioridazinë), metoprolol, ilacje anti-aritmike si propafenoni. Kujdes rekomandohet gjithashtu kur përdoren medikamentet e mëposhtme së bashku me bupropion: ciklofosfamid, karbamazepinë, valproat, levodopa dhe amantadinë.1

**Indikacionet për ndërprerjen e terapisë bupropion**

- Shfaqja e konvulsioneve;
- Simptomat e sëmundjes së serumit: dhimbjet e muskujve apo artikulacione, ethet;
- Reaksione anafilaktike ose hipersensitivitet: skuqje,
erupsione të lëkurës, dhimbje/shtrëngim torakal, dispne, edemë.

**Kosto-efektiviteti i trajtimit të bupropionit**
Në një review sistematike për të krahasuar kostoe-efektivitetin e terapive jo-nikotinike të linjës së parë (vareniklin dhe bupropion SR) për ndërprerjen e duhanpirjes, për të identifikuar dallimet në modelet e përdorura dhe përfundimet e tyre të kostoe-efektivitetit, vareniklina e dominonte bupropionin në shumicën e modeleve të kostoe-efektivitetit. Megjithatë, zbatueshmëria e modeleve në praktikën klinike dhe variablat që ndryshojnë përfundimin e kostoe-efektivitetit duhet të merren parasysh në interpretimin e rezultateve.

**Rekomandim**
• Bupropion SR rekomandohet si një farmakoterapi efektive për ndërprerjen e duhanit (niveli i evidencave A).

### 4.3.3 Trajtimi me varenicline

Preparati më i ri që ndihmon në ndërprerjen e duhanit është varenicлина, e cila është miratuar për përdorim në Evropë dhe në mbarë botën që nga viti 2006. Varenicлина jepet me recetë mjekësore.

#### 4.3.3.1 Mekanizmi i veprimit

Mekanizmi me të cilin vareniklina ndihmon duhanprërësit në arritjen e një rezultati duhet të kuptohet në kontekstin e rolit që luan nikotina në nxjiten varësisë ndaj duhanit. Nikotina vepron në receptorët nervorë acetylcholine nikotinik (nAchR) brenda zonës ventrale tegmentale të trurit, duke shkaktuar lirimin e dopaminës në nukleus accumbens, e cila përforcon varësinë ndaj nikotinës. Aktivizimi i këtyre receptorëve në zonën ventrale-tegmentale ndodh kur nivel i nikotinës është i mjaftueshëm në gjak.28

Si predominant i nëntipeve të nAchR në sistemin nervor qëndror janë alpha4beta2 (α4β2) dhe varietet alpha7. Nga këto, e para është më predominuese në sistemin nervor qëndror, dhe zë rrëth 90% neuronit nAchR në sistemin nervor qëndror. Kjo prevalencë e lartë dhe afrimitetit i lartë i nikotinës me receptorët α4β2 acetilkolinë nikotin ku besohet se është ndjeshmëria më e lartë është në varësisë ndaj nikotinës – sugjerohet se receptori α4β2 acetilkolinë nikotinik është çelësi bio-molekular për vazhdimin dhe trajtimin e varësisë ndaj nikotinës.29 Receptori α4β2 është identifikuar si një target potencial në medikamentet për ndërprerjen e duhanit, sidomos me një veprim të pjesshëm agonist në këtë nëntip receptori.30

Vareniclina u prodhua që të ketë një lidhje të fortë me α4β2 nAChR në systemin mesolimbic të dopaminës31 dhe për të vepruar si një agonist selektiv i pjesshëm i α4β2 nAChR,32 gjithashtu, ajo ka një mënryrë veprimi të një receptori të varur, duke vepruar si një agonist me efikasitet të ulët të pjesshëm të α4β2, α3β2, α3β4, dhe α6 /α3β23 receptors dhe me një efikasitetit të lartë tek alpha7 nAChR. Si një agjent farmakologjik për varësinë ndaj duhanit, Vareniclina shërben si agonist i pjesshëm i α4β2 duke nxitur abstinencec ndaj duhanit përmes stimulimit të neuronëve dopaminergjike dhe pakësimin e vazhdueshëm të dëshhën për duhanpirje dhe varësisë nga nikotina. Antagonizmi i pjesshëm i alpha4beta2 acetilkolinës frenon lidhjen e nikotinës, duke çuar pakësimin e kënaqsisë që të jep pirja e duhanit. (Shih Figurën 4.8).

Éshtë vënë re që varenicлина ul dëshirën për të pirë duhan. Në krahasim me trajtimin placebo, dëshira për duhan është

![Figura 4.8: Mekanizmi i veprimit të vareniclinës si agonist parcial i receptorit alpha4 beta2 nikotinik të acetilkolinës](image-url)
dukshëm më e ulët tek pjesëmarrësit që morën vareniclin (në krahasim me trajtimin placebo, \(P=0.001\)). Në përputhje me mekanizmin parcial antagonist të varenklinës gjithashtu është vërejtur një ulje sinjifikante e kënaqësisë dhe gjendjes psikologjike të personave që janë në trajtim me varenklinë në krahasim me ata që trajtohen placebo.24

4.3.3.2 Evidencat klinike për efikasitetin e vareniclinës

**Efikasiteti në Adultët e Shëndetshëm**

Është realizuar një meta-analizë e 15 eksperimenteve klinike që përfshinë 12233 pjesëmarrës që merrnin vareniclinë ose placebo. Analiza konkludoi një raport risku (RR) në vlerën 2.27 (95% CI: 2.02–2.55) në favor të vareniclinës 1.0 mg të marrë dy herë në ditë për abstinencë të vazhduar ndaj duhanit gjatë javëve 9-24.32

Një meta-analizë e realizuar nga Cochrane doli në përfundim se vareniclina ishte superior ndaj formave të NRT (terapi zëvendësuese me nikotin) (OR 1.57%; 95% CI 1.29 në 1.91) dhe ndaj bupropionit (OR 1.59, 95% CI 1.29 to 1.96) por nuk ishte më efektive në krahasim me kombinimet e NRT (OR 1.06; 95% CI 0.75 to 1.48). Meta-analiza raportoi gjithashtu për tre studime që krahasonin vareniclinën me bupropion. Vareniclinë rezultoi superiore ndaj bupropionit (RR 1.59, 95% CI: 1.29–1.96) në abstinencën e mbajtur në javën e 52-të.4

Në përpunimin e të dhënave të fазës së tretë të eksperimentit klinik të Gonzales et al. dhe Jorenby et al. për vlerësimin e efikasitetit relativ të vareniclinës, bupropionit dhe placebos në ndërprerjen e duhanit, Nides et al. evidentoi se shkalla e abstinencës së vazhduar në javët 9 - 12, ishte në favor të vareniclinës, me sinjifikancë më të madhe në krahasim me bupropionin dhe placebo (44.0%, 29.7%, and 17.7%, përkatësisht; të dyjakrahasimet \(P=0.001\)).31 Analizatë gjashmendërmori edhe West et al, për të vlerësuar efektit e vareniclinës, bupropionit dhe placebos në dëshirën dhe shenjet e lënies së duhanit, ku u zbulua se dëshira ishte në menyrë sinjifikante më e ulët tek pacientët e trajtuar me vareniclinë ose bupropion në krahasim me placebo (të dyja \(P=0.001\)) dhe trajtimi me vareniclinë në krahasim me bupropionin (\(P=0.008\)); se vareniclnina ose bupropioni e zbeh në mënryr të dukshme dëshirën për duhan në krahasim me placebo, gjithashtu në pacientët e trajtuar me varenicline, efektet e kënaqshme nga duhani ishin ulur në mënryrë sinjifikative në krahasim me pacientët që trajtoheshin nga bupropion.33 Këto të dhëna klinike tregojnë që vareniclna është superiore ndaj placebo dhe sugjerroni që vareniclna është më efektive se mono terapia me NRT dhe bupropion në arritjen e abstinencës nga duhan për periudha të shkurtra kohore. Vareniclna jo vetëm zbeh dëshirën dhe simptomat e tërheqjes, por gjithashtu pakëson efektin e kënaqësisë në nga nikotina dhe vonon rifillimin e duhanipirjës.34

**Efikasiteti i trajtimit të zgjatur**

Trajtimi për një kohë të gjatë me vareniclinë ka rezultuar më efektiv sesa trajtimit me periudhë ndaj shkurtra në kontrollin për 6-12 muaj abstinencë. Në një studim që vlerësonte terapinë afatgjatë, pjesmarrësit që arrinin abstinencë nga duhanë në javën e 12, për zgjidhjen nuk në mënryrë raste të rajtimi me vareniclinë 1 mg dy herë në ditë ose placebo për një periudhë shtesë prej 12 javesh. Në fund të fazës së dytë të trajtimit (java e 24 e trajtimit), 71% të pjesëmarrëve të merrnin rajtim aktiv vazhdonin abstinencën ndaj duhanit në krahasim me 50% e pjesmarrësve që merrnin placebo (OR 2.48, 95% CI: 1.95–3.16). Në javën e 52 të ndjekjes, subjektet që merrnin vareniclinë kishin raporte të abstinencës nga duhani dukshem më të larta në krahasim me subjektet që trajtoheshin me placebo. (44% në krahasim me 37% abitinencë e vazhduar në javën 13-52, OR 1.34, 95% CI: 1.06–1.69).35 Një analizë e dytë e të dhënave nga ky studim sugjeron se kur përdoret në parandalimin e rifillimit të duhanit, shtimi i periudhës 12 javëre me vareniclinë është më efektiv tek duhanipër jetë që kanë hasur vështirësi fillestare në ndërprerjen e duhanit.36 Ekzistojnë gjithashtu të dhëna shkencore që provojnë se vareniclna është e mirë toleruar nga organizmi për kohër të njëjë trajtimit – mbi 3 deri 6 muaj, deri një vit – dhe se rritja e kohezgjatjes së terapisë parandalon rifillimin. Siguria dhe efikasiteti i trajtimit të zgjatur (6 muaj) me vareniclinë është demostruar. Në një studim me 377 duhanipërës adult, pjesëmarrësiti u ndanë në mënyrën rastëse në trajtim me vareniclinë (1 mg dy hërë në ditë) ose placebo për 52 javë. Medikamenti u tolerua mirdë. Prevalenza e ditës së shtatë të raportit të abstinencës në javën e 52 ishte 37 % për subjektet e trajtuar me vareniclinë në krahasim me subjektet e trajtuar me placebo që arriti në 8%.37

Një tjetër studim vlerëson se në çfarë skhalle, duhanipërësiti që
dështojnë të lënë duhanin në datën e caktuar për ndërprerje (target quit date, TQD) ose që e rifillojnë përreth TQD, do të arrijnë sukses me terapinë e zgjatur. Kjo u realizua nga një analizë e dytë ë krahasimit të dhënave të dy eksperimente të dhënave të dy eksperimente identike me vareniclinë me bupropion dhe placebo. Dy rrugë të sukseshme të ndërprerjes së duhanit u identifikuan tek duhanpirësit që arritën të linin duhanin në 4 javët e fundit të trajtimit (javët 9-12): personat që arrinin ndërprerje të menjëhershme (IQ) që e lanë duhanin në TQD (dita e 8) dhe qëndruan në abstinencë të vazhduar deri në javët 2-12, si dhe personat që arrinin ndërprerje të ngadaltë (DQ) të cilët e linin duhanin pak mbas TQD ose e rifillojnë që në javën e dytë të trajtimit dhe e rimarrin veten nga java e 9 e trajtimit. Një krahasim me IQ, DQ ishin të ‘ngadaltë’ në arritjen në fund të trajtimit të abstinencës së vazhduar. Këto të dhëna favorizojnë rekombinimet për të vazhduar trajtimin pa ndërprerje tek duhanpirësit që janë të motivuar të qëndrojnë në procesin e ndërprerjes, pavarësisht dështimit në fazat e hershme të trajtimit.38

**Efikasiteti në pacientët me SPOK**
Tashkin et al. treguan se trajtimit farmakologjik me vareniclinë është toleruar mirë tek pacientët me forma mesatare të SPOK, me një shkallë të abstinencës të vazhduar në javet 9-12 prej 42,3% në krahasim me shkallën prej 8.8% të placebos dhe një shkallë deri në 18.6% në krahasim me 5.6% e placebos në ndjekje (javët 9-52). Një profil i mirë sigurie u gjet, në krahasim me studime të mëparshme mbi vareniclinën (2.8% efekte anësore të ngjashme në subjektet që merrnin vareniclinë në krahasim me 4.4% efekte të rënda tek subjektet që merrnin placebo).39

**Efikasiteti në pacientët me sëmundje kardiake**
Në 2010 Rigotti dhe Pipe et al. publikuan rezultatatet e një eksperimenti të tyre që ekzaminonte efikasitetin e vareniclinës në krahasim me placebo në 714 duhanpirës me sëmundje kardiakë të instaluara dhe të qëndrueshme kardio-vasculare.40 Autorët gjetën një shkallë abstinence të vazhduar më të lartë tek pacientët me vareniclinë (47.0% në krahasim me 13.9%) në javët 9-12, ashtu edhe në javët 9-52 (19.2% në krahasim me 7.2%).

**Efikasiteti në pacientët HIV**
Në një studim pilot të zbatuar në një qendër shumëdimensionale me duhanpirësit e infektuar me HIV, vareniclinë 1.0 mg u përdor dy herë në ditë për 12 javë me dozë të titruar në javën e parë. Efektet anësorë dhe shkalla e abstinencës ishin të krahasueshme me studime të randomizuara të publikuara për duhanpirësit e shëndetshem, HIV negativë. Vareniclinë ishte e sigurt dhe diku efektive në duhanpirësit me HIV në studimet depistuese, megjithëse efektet anësore (kryesisht nauze) ishin të shpeshtë. Monitorimi i kujdesëm i enzimave hepatike dhe presionit të gjakut janë të rekomanduara për duahnpirësit HIV pozitiv që marrin vareniclinë.41

**Efikasiteti në pacientët me çrregullime psikiatrike**
Të dhëna të marra nga studimi mbi lënien e duhanit COMPASS krahasoin duhanpirësit me probleme të mëparshme psikiatrike42 Të gjithë pacientëve u ofrohej këshillim sjellje dhe vareniclinë në një periudhë të gjatë e 6 mujore ndjekjeve pas ndërprerjes së duhanit. Historia psikiatrike bazohet në të dhëna mjekësore për ankth, depresion, çrregullim bipolar ose psikotik. Në dyja grupe të raportuar të shkallës abstinence të ngjashme. Pacientët me histori psikiatrike ishin më të prirur të raporton anësorë e duhanpirësit dhe depresion. Efektet anësore u vlerësohen me intensitet të moderuar ose të ulët. Në përfundim, prania e një diagnoze psikiatrike në këtë studim nuk parashikoi një rezultat më të keq trajtimit ose efekte më të rënda anësore nga trajtimit.42

Një studim i madh i randomizuari në shumë qendra, realizuar nga Anthenelli et al. bëri një krahasim midis trajtimit 12 javor me vareniclinë kundrejt placebos në një grup duhanpirësish të trajtuar për depresion të kaluar ose aktual (n=525).43 Studimi vlerësoi abstinencën nga duhanit, si dhe ndryshimet në humor dhe nivelin e ankhit. Studimi jeti që vareniclinë rriste ndërprerjen e duhanit në pacientët që trajtoheshin për depresion në kaluar apo aktual, pa rritur depresionin apo ankhthin mes javëve 9 dhe 52 (20.3% vs. 10.4%; OR, 2.36 [CI, 1.40 to 3.98]; P < 0.001). Pati humbje të konsiderueshme të të dhënave të ndjekjes afat-gjatë në këtë studim, që kufizon përfundimet që mund të dalin prej tij. Studimi të rëndësishëm pacientët me depresion të patrajtuar, probleme psikiatrike dhe ata që po trajtoheshin me stabilizues humor dhe antipsikolikë të mëparshme. Një meta-analizë e 7 studimeve (n=352) që krahasonte efikasitetin e vareniclinës kundrejt placebos në pacientët me skizofreni e gjeti vareniclinën superiore ndaj placebos.44 Vareniclinë u tolerua...
mirë nga pacientët me skizofreni dhe nuk u pa rritje në shfaqjet neuropsikiatrike në grupe. Për shkak të numrit të vogël të subjekteve të marra në shqyrtim, studime shtesë kërkojnë për të zbular përdorimin e vareniclinës në pacientët me skizofreni. Studimi i kohëve të fundit EAGLES përfshinte pacientët me çrregullime humori, ankth, psikoza dhe çrregullime të personalitetit. Nuk u dokumentuan rritje të ngjarjeve neuropsikiatrike. Megjithatë autorët theksuan se rezultatet mund të mos përgjithsohen dot tek duhanpirësit me çrregullime psikiatrike të paqëndrueshme apo të patrajtuara. Një rifreskim në i 2016 i meta analizës së udhëhequr nga Cochrane Collaboration, që përfrinte 14 studime mbi vareniclinën, nuk gjetën rritje në dukuritë neuropsikiatrike. Autorët arritën në përfundimin se vareniclinë mund të ndihmojë pacientët të ndalojnë pirjen dhe ka një profil sigurie të pranueshëm. Kufizimet e këtij studimi ishin numri i vogël i mostrës dhe një ndjekje jo e kontrolluar. Së fundmi tre studime të randomizuara kanë vlerësuar efikasitetin e vareniclinës. Hajek et al. nuk gjetën rritje në abstinencën nga duhani në pacientëtë e randomizuar që merrnin vareniclinë dhe NRT kundrejt atyre që merrnin vetëm varenicline, megjithatë ky studim është i limituar për shkak të mostrës së vogël (n=117). Në një RTC nga Ramon et al. 341 duhanpirës që pinin 20 ose më shumë cigare në ditë u ndanë në mënyre rastësose në një grup që merrte vareniclinë dhe patch NRT dhe në grupin tejër që merrte vareniclinë dhe leukoplast placebo për 12 javë: të dy grupeve iu ofrua mbështetje (behavioral support). Në përgjithësi u verifikua një shkallë të dukshme abstinence me sinjifikancë më të madhe tek individët që pinin 29 ose më shumë cigare. Një eksperiment i dytë i randomizuar (n=435) i cili gjithashtu krahasonte përdorimin e vareniclinës vetëm dhe kombinimit me NRT, gjeti që terapia e

4.3.3.3 Vareniclna në farmakoterapinë e kombinuar
Duhanpirësit e rëndë mund të përfitojnë nga kombinimi i vareniclinës me terapinë zëvendesa e nikotinës, sepse vareniclna mund të mos saturojë plotësisht receptorët e nikotinës gjetë rritje së dozës. Saturimi jo i plotë i receptorëve të nikotinës mund të çojë në zbutjen e pjeshme të tundimit. Nëse shtimi në terapi i zëvendesuesve të nikotinës realizon saturmën e plotë, atëhere dëshira për duhan mund të zbehet plotësisht. Ky efekt i mund të zhvillohet gjatë rritjes së abstinencës, së bashkuar me rritje të ngjarjeve neuropsikiatrike. Megjithatë autorët theksuan se rezultatet mund të mos përgjithsohen dot tek duhanpirësit me çrregullime psikiatrike të paqëndrueshme apo të patrajtuara. Një rifreskim në i 2016 i meta analizës së udhëhequr nga Cochrane Collaboration, që përfrinte 14 studime mbi vareniclinën, nuk gjetën rritje në dukuritë neuropsikiatrike. Autorët arritën në përfundimin se vareniclinë mund të ndihmojë pacientët të ndalojnë pirjen dhe ka një profil sigurie të pranueshëm. Kufizimet e këtij studimi ishin numri i vogël i mostrës dhe një ndjekje jo e kontrolluar. Së fundmi tre studime të randomizuara kanë vlerësuar efikasitetin e vareniclinës. Hajek et al. nuk gjetën rritje në abstinencën nga duhani në pacientëtë e randomizuar që merrnin vareniclinë dhe NRT kundrejt atyre që merrnin vetëm varenicline, megjithatë ky studim është i limituar për shkak të mostrës së vogël (n=117). Në një RTC nga Ramon et al. 341 duhanpirës që pinin 20 ose më shumë cigare në ditë u ndanë në mënyre rastësose në një grup që merrte vareniclinë dhe patch NRT dhe në grupin tejër që merrte vareniclinë dhe leukoplast placebo për 12 javë: të dy grupeve iu ofrua mbështetje (behavioral support). Në përgjithësi u verifikua një shkallë të dukshme abstinence me sinjifikancë më të madhe tek individët që pinin 29 ose më shumë cigare. Një eksperiment i dytë i randomizuar (n=435) i cili gjithashtu krahasonte përdorimin e vareniclinës vetëm dhe kombinimit me NRT, gjeti që terapia e
kombinuar lidhej me një shkallë më të lartë të abstinencës nga duhani në një ndjekje 12 javore (1.85; 95% CI, 1.19-2.89; P = .007) dhe 24 javore (49.0% versus 32.6%; OR, 1.98; 95% CI, 1.25-3.14; P = .004). Autorët dokumentuan gjithashtu një incidencë më të lartë të nauzes, çrregullimeve të gjumit, depresionit, reaksioneve kutane dhe konstipacionit, megjithatë vetëm dukuritë kutane arritën një vlerë sinjifikative nga ana statistikore. Studime të mëtejshme janë të nevojshme që të kuptohet më rreth duhanin dhe rezultatet janë të përmbushmërisë në ndërgrupë të specifikë pacientësh. Trajtimi i kombinuar mund të merret në konsideratë për tu përmbushë tek pacientet që kanë vështirësi në ndërprerjen e të mëtejshme së plotë në studimet kryerë të qëmbëmbës në studimet e kryerë.

4.3.3.6 Përdorimi klinik.
Vareniclinea merret nga goja, pavarësisht marrjes së ushqimit (ajo mund të administrohet para dhe pas ngrijinës) në dy faza. Faza e parë: fillon me kuti me tableta të dozuara për dy javë, të përshkruar si: 1 tabletë 0.5 mg / ditë në ditën e 1-3 nga trajtimi, pastaj 1 tabletë me 0.5 mg x 2 / ditë në Ditën e 4 - 7 dhe të 1 tabletë nga 1 mg x 2 / në ditë në ditën e 8-14. Faza në vazhdim: kutia me 28 tableta 1 mg; eshte e rekomanduar për të marrë 1 tabletë me 1 mg x 2 / ditë, me bazë ditore, në mes Pacienti fillon Vareniclinë, gjatë javëve të para të trajtimit, mundësisht në mes të ditëve të 8 dhe 14, përcakton një datë kur ai/ajo do të bëjë një përprjekje për ta lënë. Nëse përprjekja për ndërprerjen e duhanit nuk ka sukses, kursi vazhdon dhe pacienti përpiqet për ta ndaluar një ditë tjetër, deri sa ai/ajo do të jetë i suksesshëm gjetë javë 3-12.

4.3.3.7 Kunderindikacionet
Kunderindikacionet e Varenicline janë të pakta, përkatësisht: hipersensiviteti ndaj substancës aktivë dhe komponentë të tij sëmundjet. Shkakta nga të cilën vareniklina eshte efektive në bashkëpunim me këshillim proaktive telefonik, dhënien e informacionit shëndetësor dhe këshillimin e sjelljes nëpërmjet platformave të bazuar në web, ose kombinim i të dyjavë, u zbulua nga Swan et al. Autorët arritën në përfundimin se këshillimi nëpërmjet telefonit kishte avantazh të madh për ndërprerjen e hershme dhe rezultoi në një qëndrueshmërë më të suksesshme të mjekimit, por mungesa e ndryshimeve për gjashtë muaj tregoi se çdo lloj ndërhyrjieje eshte premtuese kur përdorente me vareniclinë.

4.3.3.8 Masa parandaluese të vendosura nga terapia me vareniclinë
Pacientët me insuficencë renale
Për pacientët me insuficencë renale, doza rregullohet si më poshtë: Për pacientët me dëmtime të lehta (creatinine clearence >50 and <80 ml/min.) ose të moderuara (creatinine clearence >30-<50 ml/min.) të veshkave asnjë modifikim doze nuk duhet të përdoret. Për pacientët me dëmtime të rënda renale (creatinine clearence < 30 ml/min) doza e rekomanduar eshte 0.5 mg dy herë në ditë. Dozimi duhet të fillojë në 0.5 mg një herë në ditë për 3 ditet e para, pastaj rritet me 0.5 mg dy herë në ditë. Bazuar në praparate në pamjaftueshmë, trajtimi me Varenicline nuk rekomandohet tek pacientet me sëmundjet të rënda renale.

4.3.3.9 Shoferët e automjeteve dhe drejtuesit e makinave të rënda.
Për shkak të raportimeve të US FDA në vitin 2007, u formuluan...
disa shqetësime mbi sigurinë në lidhje me përdorimin e Varenicline mes drejtuesve të automjeteve dhe makinerive të rënda, si dhe në çdo mjesid në të cilin duhet përqqëndrim për të shmgur aksidentet në punë. Në maj të vitit 2008, US Federal Motor Carrier Safety Administration dhe Federal Aviation Administration bëjnë të ditur se pilotët, kontrolluesit e trafikut ajror dhe shofërët e autobusëve dhe kamioneve nuk janë të lejuar ta përdorin këtë medikament.34 Pra, personat që përdorin këtë medikament duhet të jenë të kujdesshëm, nga që aktiviteti i tyre aktual ndikohet nga përdorimi i varenicline. Varenicline mund të ketë një ndikim të vogël, mesatar apo të rëndësishëm në aftësinë për të drejtuar automjetin apo për të përdorur pajisje (nauze dhe përgjumje). Pacientët duhet të këshillohen të mos drejtojnë automjete dhe pajisje sepse mund të përfsihihen në aksidente potencialisht të rrezikshme, për sa është e njohur se ky medikament do të ndikojë në aftësinë e tyre për të kryer veprimit të tilla në mënyrë të sigurtë.

4.3.3.9 Toleranca dhe siguria
Varenicline tolerohet mirë. Efektet anësore më të shpeshta në krahasim me bupropion ose placebo, janë paraqitur në tabelën 4.11.53

Nauzea (të përçjera)
Nauzea është simptoma më e shpeshtë e raportuar si efekt anësor i letët deri në i moderuar (incidenca e përçjithshme 24.4%-52.0%), që ndodh në një shkallë të madhe tek grupi që përdor Vareniclinën, krahasuar me grupin e placebos. Shumë episode të nauzeve fillojnë në javën e parë të trajtimit dhe zgjasin mesatarisht 12 dite. Titrimi i dozës duket se e redukton incidencën e përçjithshme të të përçjerave. Ka një incidencë të ulët nauzeje (13.4%) tek pacientët e trajtuar me vareniclinën që bëjnë vet-regjullim fleksibël të dozës. Në studimet klinike, shkalla e ndërprerjes së trajtimit për shkak të nauzes është pak a shumë 5%. Në rast se ky efekt anësor shfaqet, informacioni praktik i mëposhtëm duhet të dihet në gjë nga pacienti: në përçjithësi, fenomeni vjen duke u reduktuar vetë për rrëth një javë pas fillimit të terapisë, ai mund të evitohet duke e marrë medikamentin me ushqim dhe nëse pacienti pushon pak pas marrjes së tij.
Përdorimi i vareniclinës në doza mbajtëse prej 1 mg dy herë në ditë për më shumë se 6 javë, shqërohet me efekte anësore në traktin gastër-intestinal. Në çdo 5 pacientë të trajtuar do të ketë 1 rast efekti anësor; dhe për çdo 24-35 subjekte të trajtuara do të presim respektivisht 1 episod konstipacioni dhe meteorizmi.

Pagjumësi
Pagjumësi është një tjetër efekt anësor i zakonshëm (14.0%-37.2%) i lidhur me përdorimin e vareniclinës në studimet klinike. Në përçjithësi, pagjumësi është vërëjtrat gjatë katër javëve të para të trajtimit me varenicline dhe bëhet më pak e zakonshme nëse trajtimi vazhdon. Në një studim të zgjeruar për trajtimin, incidenca e pagjumësisë ishte 19.1% me varenicline dhe 9.5% me placebo. Studimi sugjeron se pagjumësi mund të jetë një simptomë e zakonshme si pasojë e tërheqjes ndaj nikotinës gjatë përprjekjeve për ndërprerjen e duhanit.34

Simptomat kardiovasculare
Një studim sistematik i literaturës i publikuar në mes të viteve 2008 dhe 2010 ka rezultuar me të dhëna të reja në lidhje me përdorimin e vareniclinës tek pacientët me probleme respiratore dhe kardiovaskulare së bashku, të cilët shfaqin probleme të mundshme psikiatrike. Në një studim i jëtë sistematik meta-analizë nga Singh et al. që u publikua në vitin 2011 autorët ngritën shqetësime të caktuara të sigurisë në lidhje me përdorimin e vareniclinës, krahasuar me placebo.55 Meta-analiza e aplikuar nga Singh është kritikuar gjërësisht në literaturë, bazuar në teknikat e analizës së papërshatshme të përdorur për konkluzionet e studimit.

Tabela 4.11: Krahasimi i efekteve anësore duke përdorur vareniclinën, bupropion dhe placebo

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Varenicline</th>
<th>Bupropion</th>
<th>Placebo</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Të përçjera</td>
<td>28%</td>
<td>9%</td>
<td>9%</td>
</tr>
<tr>
<td>Pagjumësi</td>
<td>14%</td>
<td>21%</td>
<td>13%</td>
</tr>
<tr>
<td>Dhimbje koke</td>
<td>14%</td>
<td>11%</td>
<td>12%</td>
</tr>
</tbody>
</table>
sëmundjeve të rënda kardiovaskulare. Kjo meta-analizë raportoi rrezikut si risk relativ dhe përdorit metoda të përshtatshme statistikore. Një meta-analizë e dytë kryer nga EMEA me të njëjtat të dhëna, nuk tregoi asnjë rrezik të rëndësishëm. EMEA arriti në përfundimin se përfitimi i përdorimit të vareniclinës për ndërprerjen e duhanit mbetet të vogël dhe nuk duhet e kufizojnë përdoimin e saj.

Nuk ka të dhëna që të mbështetin një rritje të rrezikut kardiovaskular tek përdorimi i vareniclinës, por megjithatë nuk mund ta përjashtojmë këtë mundësi. Rekomandohet që mjekët të informojnë pacientët për një rritje të vogël të mundshme të rrezikut kardiovaskular, e cila mund të lidhet me përdorimin e vareniclinës. Megjithatë këto rrezikë duhet të pesohen kundër trajtimit të vareniclinës për ndërprerjen e duhanit.

**Efektet neuropsikiatrike**

Janë ngritur shqetësime të konsiderueshme në lidhje me efektet neuropsikiatrike nga përdorimi i vareniclinës dhe buproprion, dhe kjo ka shkaktuar konfuzion brenda stafit mjekësor në lidhje me përdorimin e vareniclinës. Gjetura për të dhëna e përdorimit të vareniclinës dhe buproprionit, e cila mund të lidhet me përdorimin e vareniclinës. Megjithatë këto rrezikë duhet të pesohen kundër trajtimit të vareniclinës për ndërprerjen e duhanit.

Pas hedhjes së Vareniclinës në tregjet globale në vitin 2006, u vunë në dukje në mënyrë të theksuar efekte anësore nga përdorimi i vareniclinës dhe buproprionit, dhe kjo ka shkaktuar konfuzion brenda stafit mjekësor në lidhje me përdorimin e vareniclinës. Një studi i gjerë i vitit 2013 nga Meyer vlerësoi hospitalizimet neuropsikiatrike për përdoruesit e rinj të vareniclinës në Angli, dhe kjo ndihmë të caktuar që nuk janë përfshirë në këtë review për shkak të organizimit të ndryshëm të tyre, u raportuan dy raste që mendonin të kryenin suici dhe nuk pati asnjë rast të vetëm për suici. Një studim i gjerë i vitit 2013 nga Meyer vlerësoi hospitalizimet neuropsikiatrike për përdoruesit e rinj të vareniclinës (n = 19,933), kundrejt përdoruesve të rinj të leukoplasteve NRT (n=15,867). Studimi përfshinës nje popullatë që nuk kishte histori të sëmundjeve neuropsikiatrike. Studimi arriti në përfundimin se nuk kishte rritje të hospitalizimeve neuropsikiatrike tek pacientët e trajtuar me vareniclinë, krahasuar me leukoplastet NRT në 30 dhe 60 ditë. Thomas et al. krahasuan rrezikun e depressionit, vetëlëndimin dhe suici në vitin 2006 në Angli. Autorët konkluduan se nuk ka proba që përdoruesit e vareniclinës kishin rrezik në më të madh për depression, vetëvrasje
ose vetëlëndim në krahasim me ato të përshkruara nga nikotina. Kohët e fundit, studimi i EAGLES, një studim i madh randomizues realizoi testim të dyfishtë në shumë qendra (140 qendra në 16 vende) duke krahasuar sigurinë neuropsikiatricë të buproponit, vareniklinës dhe NRT në individë me dhe pa histori të sëmundjes psikiatrikë.45 Ky studim është ndërmarrë në bazë të kërkesë nga FDA e SHBA për Pfizer dhe GlaxoSmithKline, që janë prodhesit e vareniklinës dhe buproponit. Studimi përfshti 8144 pacientë nga të cilët 4166 u përfshinë në studimin kohort psikiatrik. U përfshinë në studim individët e grupit psikiatrik me një prej katër kategorive kryesore të simptomave (luhatje humori, ankhth, psikozę dhe çrregullim i personalitetit). Popullata e studimit u randomizua dhe iu dha për përdorim vareniklin, buproprion, NRT ose placebo për 12 javë deri në 24 javë. Studimi nuk ka gjetur ndonjë rritje të koniderueshme në ngjarjet neuropsikiatricë që i atribuohen vareniklinës ose buproponit. Studimi gjithashtu gjeti shkallë më të lartë të abstinencë midis pjesëmarrëve të caktuar në grupin e trajtimit me vareniklin krahasuar me placebo, NRT dhe buproprion. Po kështu, NRT dhe buproprion dhe NRT arritën nivele të larta abstinence se placebo. Autorët raportuan se rezultatet nuk mund të jenë të rregullime të psikiatrikë aktuale të përdoqimit të substancave ose rrezik për suicid. Në vitin 2016 në një meta-analizë të kryer nga Cochrane Collaboration që përphshinte 14 studime vareniklinie, nuk jeti asnjë ndryshim midis vareniklinës dhe placebo për efektet neuropsikiatricë.32 RR për depresionin ishte 0.94 (95% CI 0.77-1.14, 36 studime, 16.189 pjesëmarrës, I² = 0%), me vlera jo të ulëta në grupin vareniclin. RR i sjelljes për suicid ishte 0.68 (95% CI 0.43-1.07, 24 studime; 11,193 pjesëmarrës, I² = 0), me vlera jo të rregullime të grupin vareniclin. Autorët vunë në dukje, se pesë episodet për suicid në grupin që përdoqnin vareniclin ishin në grupin e marrë në studimin kohort psikiatrik, dhe asnjë kështu raportuva në grupin jo-psikiatrik.46,32 Autorët konkluduan nga të dhënat e meta-analizës se “nuk ka ndonjë lidhje shkakësore midis vareniklinës dhe çrregullimeve neuropsikiatricë”, duke përphshirë mendimin dhe përprjekjet për suicid, megjithatë të dhënat nuk përfundimtare nuk mbështetin njërisët me çrregullime të kaluara psikiatrike.32

Në dhjetor të vitit 2016, pas studimeve të thelluara që nxorrën fakte të reja, FDA dhe European Medicines Agency njoftuan se do të hijnin (Boxed warning) efektet anësore serioze nga etiketa e medikamenteve të vareniclinës dhe buproponit.64,63 FDA theksoi: “Duke u bazuar në studim të gjerë klinik U.S. Food and Drug Administration (FDA) u kërko kompanite të medikamenteve të përcaktotonin rrezikun e efekteve anësore serioze për humorin, sjelljen, të menduarit gjatë përdoqimit të medikamenteve për ndalimin e pirjes së duhanit. Studimi tregoi se efektet anësore psikiatrikë të vareniclinës dhe buproponit janë më të ulëta sesa dyshohen më parë. Rreziku i këtyre efekteve anësore në shëndetin mendor është i mundshëm, sidomos në ata persona që trajtohen për sëmundje mendore si depresioni, çrregullimet e ankhthit si dhe skizofrenia, ose që janë trajtuar për sëmundje mendore në të kaluarën. Megjithatë, shumica e njëriçëve që kishin këto efekte anësore nuk kishin pasojë serioze, për t’u hospitalizuar. Rezultatat e studimeve konfirmojnë se përfitimet e ndalimit të pirjes së duhanit janë më të mëdha se reziqet prej këtyre medikamenteve”46.

Deri tani nuk ka prova bindëse se vareniclinës është e lidhur me një rrezik neuropsikiatric. Profesionistët e kujdesit shëndetësor këshillohen të diskutojnë me pacientët përfitimet dhe rreziqet e përdoqimit të medikamenteve për ndalimin e pirjes së duhanit. Pacientët duhet të këshillojnë që menjëherë të mund të ndaliten për shkak të këtyre efekteve anësore në rëndëshëm shëndetin.46

**Efekte të tjera anësore**

Janë raportuar edhe efekte të tjera anësore, të tilla si: dhimbje barku, kostipacion, fryerje barku dhe ëndrra shqetësuese, çrregullime të gjëmit, nauze, tharje goje, shtim të oreksit, shtim në peshë dhe dhimbje koke, të cilat përgjithësisht ishin të larta, mesatare dhe të përkohshme, që ndodhin midis vareniclinës dhe placebo dhe në 2% të pjesëmarrësve.34 Në dhjetor të vitit 2016, pas studimeve të thelluara që nxorrën fakte të reja, FDA dhe European Medicines Agency njoftuan se do të hijnin (Boxed warning) efektet anësore serioze nga etiketa e medikamenteve të vareniclinës dhe buproponit.46,63 FDA theksoi: “Duke u bazuar në studim të gjerë klinik U.S. Food and Drug Administration (FDA) u kërko kompanite të medikamenteve të përcaktotonin rrezikun e efekteve anësore serioze për humorin, sjelljen, të menduarit gjatë përdoqimit të medikamenteve për ndalimin e pirjes së duhanit. Studimi tregoi se efektet anësore psikiatrikë të vareniclinës dhe buproponit janë më të ulëta sesa dyshohen më parë. Rreziku i këtyre efekteve anësore në shëndetin mendor është i mundshëm, sidomos në ata persona që trajtohen për sëmundje mendore si depresioni, çrregullimet e ankhthit si dhe skizofrenia, ose që janë trajtuar për sëmundje mendore në të kaluarën. Megjithatë, shumica e njëriçëve që kishin këto efekte anësore nuk kishin pasojë serioze, për t’u hospitalizuar. Rezultatat e studimeve konfirmojnë se përfitimet e ndalimit të pirjes së duhanit janë më të mëdha se reziqet prej këtyre medikamenteve”46.
janë evidente nga ndalimi i duhanpirjes, pasi ka filluar terapia me vareniklinë. Në këtë mënyrë dihet se ndërprerja e pirjes së duhanit, nëpërmjet induktimimeve enzimatike, që nënkupton një strukturë të tipit CYP1A2, imponon rregullimin e dozave të teofilinës, varfarinës, insulinës etj.11

Në fund të trajtimit, ndalimi i vareniklinës mund të shkaktojë nervozizëm të rritur, dëshirë për pirjen sërisht të duhanit, pagjumësi, mungësi humori në një përqindje të ulët të subjekteve - rrëth 3%.11

Rekomandime

- Vareniclina është terapi e linjës së parë për ndërprerjen e pirjes së duhanit, e bazuar në evidencë shkencore (niveli i evidencave A)

4.3.4 Trajtimi me klonidinë

Klonidina përdoret kryesisht si medikament anti-hipertensiv, por dëmton aktivitetin qëndror simpatik me stimulimin e receptorëve alfa-2-adrenergjik. Klonidina shuan në mënyrë efektive simptomat akute të tërheqjes së nikotinës, siç është tensioni, ankthi, nervozizmi, tundimi i madh, shqetësimi. Klonidina nuk është miratuar për ndërprerjen e duhanit dhe përfaqëson vetëm një ilaç dytësor. Prandaj, mjekët duhet tëjenë të vetëm të shkaktojnë të paralajmëruar për ndërprerjen e klonidinës, me ndryshueshmërinë në dozat të cilat përdoren për të testuar këtë medikament, si dhe me mungësinë e miratimit të FDA. Pra, klonidina duhet të konsiderohet për trajtimin e përdorimit të duhanit, nën mbikëqyrjen e mjekët për pacientë të cilët janë në rritje të tensionit të gjakut, nën mbikëqyrjen e mjekët për pacientë të cilët janë në rritje të tensionit të gjakut.

Efikasiteti

Në një review të Cochrane mbi 6 studime klinike rezultoi se klonidina, orale ose transdermale, ishte më efektive se placebo, megjithatë kjo gjetje është bazuar në një numër të vogël gjykimesh, në të cilat ka potencialisht burim bias-i. Klonidina duhet se është më efektive tek duhanpirëset femra, pavarësisht se ato përpgjigjen në mënyrë më pak të favorshme ndaj lënies së përdorimit të duhanit.

Efektet anësore

Efektet anësore të klonidinës, sidomos përtacia, lodhja, hipotensioni ortostatik, marramendja dhe goja e thatë kufizojnë përdorimin e saj të gjerë. Gjithashtu duhet të ndërprerja e papritur e klonidinës, mund të rezultojë në simptoma të tilla si nervozizmi, dhimba e kokës dhe të dridhurat, të cilat shqetërohen ose pasohen nga një rritje e shpejtë e presionit të gjakut dhe nivele të larta të katekolaminës.

Masa kujdesi, paralajmerime, kundra indikacione, efekte negative

Klonidina, është vënë re, se nuk është efektive në lënien e duhanit tek duhanpirëset shtatzëna. Klonidina nuk është vlerësuar tek pacientet që ushqejnë me gj. Pacientët që angazhojnë në aktivitete të fëmijëse, të cilat do të ndihmon në konsiderimin e efektëve të klonidinës, duhen të jenë të paralajmëruar për efektet anësore të klonidinës, siç është plogështia. Efektet anësore më shpesh të raportuara janë: goja e thatë (40%), të qenit i përgjumur (33%), marramendja (16%), përtacia (10%) dhe kapi (10%).

Si një mjekimi anti-hipertensiv, klonidina pritet të ulë presionin e gjakut në shumicën e pacientëve. Prandaj, kur përdoret ky medikament, mjekët duhet të monitorojnë e konsiderohen efektet anësore të klonidinës, siç është plogështia. Rikthimi i hipertensionit: kur ndërprerja e klonidinës, dëshëm në ndryshimin gradual të dozave gjatë një periudhe prej 2-4 ditësh, mund të rezultojë në një rritje e presionit të gjakut e shpejtë e presionit të gjakut, axhitim, konfuzion, dridhje.

Sugjerimet për përdorim klinik

Klonidina është disponueshme ose në 1 mg të marrë nga goja, ose në formën transdermale (leukoplast-ngjitës), sipas të perëndimit të recetës. Trajtimi me klonidinë duhet të fillohet pak
ditë para lënies së duhanit (dmth deri në 3 ditë përpara) ose në ditën e lënies.

Dozimi: Nëse pacienti është duke përdorur klonidinë transdermale, në fillim të çdo jave, ai/ajo duhet të vendosë një ngjitës-leukoplast, në një zone pa qime, midis qafës dhe belit. Përdoruesit nuk duhet ta ndërpresin klonidinën befasisht. Dozimi fillestar është ose 0.10 mg në ditë nga goja, ose 0.10 mg TD në ditë (forma transdermale) duke u rritur me 0.10 mg çdo javë, nëse është e nevojshme. Kohëzgjatja e trajtimit shkon nga 3 deri në 10 javë.

**Rekomandimi**

- Klonidina është një trajtim efektiv në lënien e duhanit, por efektet e anësore ekzistojnë. Ajo mund të përdoret nën mbikqyrjen e mjekut si medikament dytësor për të trajtuar varësinë e duhanit (nively i evidencës B).

### 4.3.5 Trajtimi me nortriptyline

Marrëdhënia mes humorit depresiv dhe sjelljes ndaj duhanit, sugjeron se medikamentet anti-depresive mund të luajnë rol në ndërprerjen e duhanit. Disa anti-depresantë, duke përfshirë doksepinën, nortriptilinën dhe moklobemidën kanë të ndërprerjet efektivitetet në ndërprerjen e duhanit. Nortriptilina është një anti-depresant triciklik, që ka të ndërprerjet efektiv në ndërprerjen e duhanit. Veprimi i nortriptilinës në ndërprerjen e duhanit është në pavarur ndaj efektit të saj anti-depresant, prandaj përdorimi i saj nuk është i kufizuar për njerëzit me simptomë depresive gjatë ndërprerjes së duhanit.

**Efikasiteti**


**Dozimi**

Nortriptilina duhet të fillojë ndërkohe që pacienti ende e konsumon duhanin, me një datë të caktuar lënieje, nga 10 deri në 28 ditë më vonë. Doza fillestare është 25 mg/në ditë, rritet gradualisht në 75/100 mg në ditë gjatë 10 ditëve për 5 javë. Doza maksimale mund të jetë e vazhdueshme 8-12 javë duke u pakësuar më pas, që të shumë sente simptomët të shfaqen kur e ndërpret menjëherë përdorimin.

**Pikat praktike për përdorimin e nortriptilinës:**

Ka të dhëna të pamjaftueshme për të rekomanduar përdorimin e nortriptilinës me ndonjë medikament tjetër të ndërprerjes së duhanit. Njerëzit me sëmundje kardio-vaskulare duhet ta përdorin nortriptilinën me kujdes, sepse aktiviteti kardiak mund të preket. Anti-depresantët triciklik janë të kundër-indikuar në periudhën e rikuperimit imediat pas infarktit të miokardit dhe në aritmi. Ka prova të pamjaftueshme për të lejuar përdorimin e nortriptilinës nga gratë shtatzëna dhe nga të rinjtë nën moshën 18 vjeç, që konsumojnë duhan. Ka prova të mjaftueshme për ta rekomanduar nortriptilinë për të parandaluar rikthimin.
e duhanit, por jo një përdorim afatgjatë të medikamentit. Në një studim në jetën reale, për të krahasuar efektivitetin e NRT, bupropionit, nortriptilinës dhe terapinë e kombinuar, dhe për të përkohuar faktorët që lidhen me suksesin e trajtimit, Prado et al. mbështesin pikëpamjet e tyre në pajtim me gjetjet nga meta-analiza e Wagena et al.72 që nortriptilina është një option i rëndësishëm trajtimi, duke pasur parasyshe efikasitetin e saj (në krahasim me medikamentet e linjës së parë të mjekimit) sigurinë dhe në veçanti koston e saj të ulët, dhe disponueshmërinë e gjerë. Sipas mendimit të tyre, duke pasur parasyshe kërcënimin e nje epidemide globale të duhanit - dhe akoma më shumë ndikimin në vendet më pak të pasura - për ndërprerjen e duhanit, mund të jetë një hap premtues drejt një kërkimi i rëndësishëm për ndërprerjen e duhanit. Megjithatë, licensimi dhe përdorimi i moshës në pjesë të tjera të botës nuk u zhvillua për shkak të mungesës së përshkruar rreth efektivitetit të saj dhe në atë të disponueshmërinë e saj të ulët, kërkimi global i prodhimeve për ndërprerjen e duhanit me disponueshmëri të lartë, efikasitet dhe siguri, kombinuar me kosto të ulët, e rëndësishme për ndërprerjen në shkallë të lartë të ndërprerjes në kuadër të progresive mbështetëse shtetërore ka rritur kohët e fundit interesin për moshën e cistinës.

Rekomandime

- Nortriptilina është një trajtim efektiv për ndalimin e përdorimit të duhanit, dhe mund të përdoret nën mbikqyrjen e mjekut si një agent dytësor për të trajtuar varësinë e duhanit.

4.3.6 Citizina
Cistina është një alkaloid natyral që nxirret nga bimë të tilla si laburnum dhe sophora tetraptera. Cistina vepron në mënyrë të ngjashme si varencilina, duke qenë një agoniste e pjesshme e alfa4beta2 të receptorëve nikotinik acetilkolinë, përgjegjëse për përfshirjen e efekteve të nikotinës, dhe parandaluese të lidhjes së nikotinës tek këta receptorë, duke reduktuar kështu kënaqësinë dhe shpërbërimin lidhur me përdorimin e duhanit, simptomat përkatëse negative dhe tërheqjet e dëshirat.

Tabex® është në dispozicion në formë tabletash orale, përmban 1.5 mg cistinë dhe është prodhuar dhe tregtohet nga kompania bullagre Sopharma që nga viti 1964. Tabex® është përdorur për ndërprerjen e duhanit për shumë dekada në shkallë të ndërprerjes dhe të tërheqëve të zgjidhjen për ndërprerjen e duhanit. Megjithatë, licensimi dhe përdorimi i cistinës në pjesë të tjera të botës nuk u zhvillua për shkak të mungesës së përshkruar rreth efektivitetit të saj dhe në atë të disponueshmërinë e saj të ulët, kërkimi global i prodhimeve për ndërprerjen e duhanit me disponueshmëri të lartë, efikasitet dhe siguri, kombinuar me kosto të ulët, e rëndësishme për ndërprerjen në shkallë të lartë të ndërprerjes në kuadër të programve mbështetëse shtetërore ka rritur kohët e fundit interesin për moshën e cistinës. Kërkimi global i prodhimeve për ndërprerjen e duhanit me disponueshmëri të lartë, efikasitet dhe siguri, kombinuar me kosto të ulët, e rëndësishme për ndërprerjen në shkallë të lartë të ndërprerjes në kuadër të programve mbështetëse shtetërore ka rritur kohët e fundit interesin për moshën e cistinës.

Eksperimentet e konsiderojnë cistinën si një alternativë ndaj produkteve me bazë nikotine dhe anti-depresante veçanërisht në grupe me të ardhura të ulëta dhe mesatare dhe në kulturat ku medikamentet natyrale jëtë përdorur gjërësisht. Një trajtim 25 ditor i cistinës është 5 deri në 15 herë më i lirë sesa një trajtim 25 ditor i NRT. Një eksperiment i verbër i dyfishtë, i randomizuar dhe me placebo-kontroll, për ndërprerjen e duhanit, tek punëtorët me varësi të moderuar nga duhanit (n=171) në Kirgistan, u botua me 2008. Në 26 javë, 10.6% e pacientëve të grupit që merrte cistinë, kishin abstenuar, krahasuar me 1.2% në grupin placebo. Në Federaten Post Sovjetike Ruse, Tabex® është rregjistruar për ndërprerjen e duhanit më 1999 dhe është blerë legalisht. I pari eksperiement me rezultate të panjohura më parë, rastësor dhe kontrollues në efektivitetin dhe sigurinë terapeutike u botua me 2009. Përëndja e individve që merrnin Tabex®, por nuk patën efekt në lënien e duhanit, krahasuar me grupin që përdorë placebo, ishte respektivisht 13% dhe 26%. Përëndja e duhanipërësve të cilët abstuan nga pirja e duhanit, për 1 ose më
Shumë periudha, ishte respektivisht 50% dhe 30.8%. Për qindra e duhanpirësve që kishin abstenuar në 12 javë ose më gjatë, ishte respektivisht 50% dhe 37.5%. Përqindja e duhanpirësve që kishin abstenuar në 12 javë ose më gjatë, ishte respektivisht 50% dhe 37.5%. Nuk ishte regjistruar ndonjë efekt negativ në 70% dhe 84% e pacientëve të të dyja grupeve. Një meta-analize në Cochrane Collaboration identifikoi vetëm dy eksperimente të cilat kishin testuar efikasitetin e cistinës si një terapi për ndërprerjen e duhanit. Risku Relativ i ndërprerjes së duhanpirjes krahasuar me kontrollin, ishte respektivisht 50% dhe 37.5%. Nuk ishte regjistruar ndonjë efekt negativ në 70% dhe 84% e pacientëve të të dyja grupeve.

Një eksperiment i randomizuar dhe i kontrolluar nga Walker et al. (2014) krahasoi cistinën me NRT. Studimi zbuloi një shkallë të lartë abstenimi të vazhdueshëm nga major tek grupi i cistinës. Këto ndryshime mbetën të rëndësishme në 6 muaj. Asnjë ndryshim i prevalence 7 ditore abstenimi nuk u dokumentua në 6 muaj midis grupeve. Analiza e nëngrupit zbuloi një shkallë i lartë abstenimi 1 major midis pjesëtarëve femra dhe asnjë ndryshim të rëndësishm të midis pjesëtarëve meshkuj të eksperimentit. Ngjarjet negative, përfshirë nauze, vjellje, konvulsione klonike, takikardi, zgjerimi i pupilave, dhimbje koke, dobësi e përgjithshme, paralizë frymëmarrje.

Rekomandime

- Cistina duket se e rrit shkallën e lënies së duhanit, megjithatë evidencat janë të limituara deri në 3 eksperimente (niveli i evidencës B).
- Ka nevojë për kërkime të mëtejshme për të ekzaminuar efikasitetin e kësaj ndërhyrje premtuese për ndërprerjen e duhanit.

Referencat


26. www.fda.gov/NewsEvents/Newsroom/PressAnnouncements/ucm170100.htm


70. Dhippayom T, Chaityakunapruk N, Jongchansitho T. Safety of nortriptyline at equivalent therapeutic doses for smoking cessation:
4.4 Skemat terapeutike të individualizuara

Në praktikën klinike, në vendim-marrjet tona për zgjedhjen dhe dozimin e barnave ne bazohemi mbi literaturren e botuar, po ashtu edhe në përvojën tonë klinike. Tani është e njohur se ekzistojnë kufizime për dozat standarde ose regjimet me dozë të caktuar me shumicën e barnave që përdoren në ndërprerjen klinike të pirjes së duhanit. Si rezultat, mjekët duhet të përdorin astëritë dhe njohuritë e tyre për të individualizuar dozimin e barnave për pacientët që trajtohen për përderimin e duhanit dhe varësinë.

Mundësitë ekzistojnë për të rritur normat e abstinencës së duhanit dhe për të zgjedhur simptomat e tërheqjes duke përdorur kombinime të farmakoterapisë që kanë provuar efektivitetin si terapitë mono.

Disa kombinime të ilaçeve të linjës së parë janë më efektive se terapitë mono, siç janë: leukoplast me nikotinë afatgjatë (dmth. më shumë se 14 javë) e kombinuar me nikotinë çëmçakiz ose spray nikotine nazale, nikotinë-leukoplast plus nikotinë inhalatore me avull, dhe nikotinë-leukoplast plus bupropion SR¹². Nëse superioriteti i terapisë kombinuese është për shkak të përdorimit të dy llojeve të sistemeve të shpërndarjes ose është për shkak të faktit se dy sisteme të shpërndarjes tentojnë të prodhojnë nivele më të larta të nikotinës në gjak, kjo mbetet e paqartë. Farmakoterapia e kombinuar ose dozimi më i lartë i NRT duket se lehtëson simptomat e tërheqjes së nikotinës në mënyrë më efektive, veçanërisht në duhanpirësit më të varur.¹

Në jetën reale, specialistët shpesh kombinojnë medikamente. Për pacientët me varësi më të rëndë të duhanit, kombinimi i terapisë dhe shpesh përderimi i tre ose më shumë produktëve në të njëjtën kohë janë të përshtatshme. Në jetën reale, specialistët shpesh kombinojnë medikamente. Për pacientët me varësi më të rëndë të duhanit, kombinimi i terapisë dhe shpesh përderimi i tre ose më shumë produktëve në të njëjtën kohë janë të përshtatshme. Për shembull, nëse një pacient ka ulur pirjen e duhanit duke përdorur vareniklin në një dozë prej 1 mg dy herë në ditë dhe ka toleruar medikamentet, doza mund të rritet deri në 1 mg të marra tri herë në ditë. Një tjetër situatë që kërkon kreativitet është një duhanxhi që ka ndaluar pirjen e duhanit duke përdorur terapi të leukoplastit me nikotinë dhe një NRT me veprim të shkurter, por vëren simptomatë e rriturë të tërheqjes herët në mbrëmje². Shtimi i një ngjithësi me nikotinë prej 14 mg në pasditen e vonë mund të zgjellejë simptomat e tërheqjes në mbrëmje²³.

Për të trajtuar më mirë simptomat e tërheqjes të kontrolluara dobët gjatë fazës fillestare të trajtimit me vareniklin, Hurt et al. përdorën terapinë e ngjitësit-leukoplasti të nikotinës në një program trajtimi rezidencial për duhanpirësit e trajtuar me vareniklin, sepse pacientëve do tu duhej të ndalonin pirjen e duhanit me përshirjen në program dhe vareniklina kërkon disa ditë për të arritur përëndrimet e qëndrueshme³.

4.4.1 Kombinime të terapive farmakologjike

4.4.1.1 Principe të përgjithshme të farmakoterapisë së kombinuar
Dy lloje kryesore të farmakoterapisë kombinuese janë vlerësuar për rritjen e shkallës së abstinencës së pirjes së duhanit në mesin e duhanpirësve të cigareve: (1) terapi me NRT të ndryshme dhe profile të ndryshme farmakokinetike (p.sh ngjitës me nikotinë dhe çëmçakiz me nikotinë); ose (2) terapi duke përdorur dy ilaçe që kanë mekanizma të ndryshëm veprimi, të tilla si bupropion SR dhe NRT.

Terapia e kombinuar duke përdorur dy barna të ndryshme siguron mundësinë për të fituar sinergji terapeutike duke përdorur medikamente me mekanizma të ndryshëm veprimi ose veti të ndryshme terapeutike. Për shembull, përdorimi bashkë i vareniklinës dhe bupropionit SR kombinon efikasitetin e vareniklinës me aftësinë e bupropionit SR për të reduktoar shtimin e peshës pas ndërprerjes. Gjithashtu, kombinimi i formave të ndryshme të NRT siguron një nivel të qëndrueshëm të nikotinës bazë nga çlirimi i vazhdueshëm i NRT (me ngjitës me nikotinë) me mundësinë për rritje të ndërprerë (intermitente) të nivelit të nikotinës nga çlirimi i menjëhershëm i NRT (çamçakëz nikotine, tabletë, inhalator ose spray) në përgjigje të simptomave të tërheqjes.

Farmakoterapia e kombinuar mbetet e diskutueshme dhe e padobishme. Vetëm kombinimi i NRTs (më shumë se një NRT) dhe kombinimi i bupropionit SR dhe nikotinë me ngjitësit-leukoplast është miratuar nga FDA për ndërprerjen e pirjes së duhanit.

4.4.1.2 Kombinimet në terapinë me zëvendësues të nikotinës (NRT)

Të dy llojet e NRTs së kombinuar që janë përhkruar janë sekuenciale (me periudha) dhe konkurrente (bashkëvepruese). Terapia sekuenciale teorikisht mund të sigurojë dozimin fillestar të nikotinës për të aritur abstinencën (p.sh. ngjitës me nikotinë) dhe pastaj dozimin intermitent sipas dëshirës për të parandaluar rikthimin. Megjithatë, ekzistojnë pak të dhëna për mbështetur terapinë sekuenciale. Relativisht më shumë të dhëna ekzistojnë në lidhje me përderimin e njëkohshëm të NRT-ve multiple (p.sh. NRT të gjatë veprimi ose NRT të gjatë veprimi dhe për administrimin aktiv të NRT (dmth çëmçakiz, tabletë, inhalator dhe spray të hundës). Kombinimi siguron avantazhet e aderimit të të lartë të trajtimit me ngjitësin e nikotinës dhe u jep mundësi duhanpirësve që të përballojne dëshirat akute dhe simptomat e tërheqjes nëpërmjet vet-administrimit të NRT6 me veprim të shkurter.

NRT + paroxetinë

Në një eksperiment të dyfishtë, të verbër Killen et al., shqyrtoi efikasitetin e trajtimit të ndërprerjes së duhanit që kombinonte terapinë zëvendësuese të nikotinës nëpërmjet një sistemi transdermal me paroxetinë anti-depresive. Duhanpirësit u caktuan rastësisht në një nga tre grupet: sistemi transdermal dhe placebo, sistemi transdermal dhe 20 mg paroxetinë, dhe sistemi transdermal dhe 40 mg paroxetinë. Trajtimi transdermal u sigurua për të treti javë; Paroxetinë ose placebo u sigurua për nëntë javë. Shkalla e abstinencës për të gjithë pjesëmarrësët në ndjekjen e tyre nuk rezultoi me ndryshime statistike, por një analizë e nëngrupit te pacientëve aderent rezultoi dallime statistikisht të rëndësishte midis grupeve të paroxetinës dhe grupit të kontrollit në javën 4.7

Ngjitësi/leukoplasti me nikotinë + çëmçakiz

Ngjitësi administrohet çdo dite dhe mund të përdoret gjithashtu në kombinim me nikotinë çëmçakiz. NRTs orale me veprim të shkurter mund të përkthie nga vepruaringi nga tundimi për duhanpirje. NRT orale me veprim të shkurter mund të administrohen çdo dite ose me ndërprerje. Studimet që vlerësojnë kombinimin e nikotinës-leukoplast dhe nikotinës-çëmçakiz kanë treguar se kombinimi është superior ndaj terapisë mono për rritjen e shkallës së abstinencës së duhanit në javën e 12 dhe 248,9. Rezultatet e terapisë së kombinimit treguan një raport të abstinencës së duhanit prej 34% në krahasim me vetëm 24% në rastin e monoterapisë 12-javore, që përdorte nikotinën-leukoplast, përkatësisht 28% në grupin e kombinimit në krahasim me 15% në grupin e monoterapisë 24 javore të nikotinës-leukoplast. Duhet të merren në konsideratë trajtimet që kombinoinjë nikotinën-çëmçakizë me nikotinën-leukoplast dhe zgjasin më shumë se tre deri në gjashitë muaj për pacientët me sindrom të rëndë dhe ose të zgjatur të tërheqjes nga nikotina, për të cilët nuk ekzistojnë zgjithje të tjera terapeutike11.
Ngjìtesi/leukoplasti me nikotinë + spray me nikotinë
Terapia e kombinuar duke përdorur ngjìtesin me nikotinë dhe spray-in nazal ose terapi të tjera të vetme, u shoqërua me shkallë të lartë të abstinencës së duhanit në 6 javë krahasuar me monoterapië. Në një eksperiment të kontrolluar nga placebo, nikotina-leukoplast dhe nikotina-spray ishin superiorë ndaj Placebo me nikotinë-leukoplast dhe spray të hundës, si në ndjekjen afat shkurtër (6 javë dhe 3 muaj) dhe atë afatgjatë (12 muaj).

Ngjìtesi/leukoplasti me nikotinë + inhalator me nikotinë
Shkalla më e lartë e abstinencës së duhanit u vu re me ngjìtesin e nikotinës plus inhalatorin në 6 dhe 12 javë, krahasuar me vetëm inhalatorin, në një studim rast-kontrolli (Placebo) të radomizuar mbi 400 subjekte. Pacientët u caktuan për grupin 1 (n = 200) duke marrë nikotinë-inhalator plus nikotinë-leukoplast (duke dhënë 15 mg nikotinë për 16 orë) për 6 javë, pastaj inhalator plus placebo të nikotinës-leukoplast për 6 javë, pastaj vetëm inhalator për 14 javë dhe grupi 2 (n = 200) duke marrë nikotinë-inhalator plus nikotinë-leukoplast për 12 javë, pastaj inhalator për 14 javë. Në përgjithshëm, kombinimi NRT tolerohet mirë dhe efektet anësore janë në përputhje me efektet anësore të terapii kombinuara të secilit agjent vetëm.

Ngjìtesi/leukoplasti me nikotinë + bupropion
Bupropioni në kombinim me ngjìtesin e nikotinës është më efficient se ngjìtesi vetëm, sepse ato kanë mekanizma të ndryshme veprimi. Filloni me bupropion në doza standardë në dy javë, shtoni ngjìtesin dhe ngjìtiesi që nga data e caktuar për të lënë duhanin. Bupropioni do të administrohet në total për 7 deri në 12 javë. Kohëzgjatja optimale për trajtimin me nikotinë-leukoplast në formulën e kombinuar është 3 deri në 6 muaj.

Vareniclina + NRT
Për më shumë informacion shih seksionin 4.3.3.3. Bazuar në të randomizuar të pjesëmarrësve në tre grupe: vetëm bupropion, vetëm nikotinë-leukoplast dhe të dyja bashkë. Pjesëmarrësit në grupet e kontrollit morren pilula dhe leukoplaste placebo. Konfirmimi biokimik i shkallës së konfirmuar të abstinencës pas 12 muajsh ishte 15.6% në grupet placebo, 16.4% në grupin me nikotinë-leukoplast, 30.3% në grupin vetëm me bupropion (P<0.001) dhe 35.5% në grupin me mjekim të kombinuar (P=0.001). Shkalla e abstinencës ishte më e lartë në terapinë e kombinuar sesa në atë vetëm me bupropion, por diferenca nuk ishte statistikisht e rëndësishme. Në përgjithësi literatura sugjeron që kombinimi i terapisë me bupropion SR dhe NRT e rrít shkallën e abstinencës afat-shkurtër. Një meta-analizë e USPSH Guideline sugjeron që ekziston një trend jo-sinjifikant për bupropionin SR dhe nikotinën-leukoplast në rritjen afatgjatë të shkallës së abstinencës (≥ 6 muaj) krahasuar me vetëm përdorimin e nikotinës-leukoplast [odds ratio (OR) 1.3; 95% Cl: 1.0-1.8]. I njëjtë konkluzion doli edhe nga një review e kohëve të fundit në Cochrane Collaboration. Një studim i kontrolluar me placebo vlerësoi lidhjen midis bupropion SR (300 mg) me nikotinën-leukoplast (21 mg), nikotinën-çëmçakëz (2 mg) dhe terapinë sjellje në 51 pacientë. Shtimi i bupropion SR i shtoi rezultatet parëseore të reduktimit të duhanit (≥50%) në javët 12 dhe 24 dhe abstinencën e vazhdueshme të duhanpirjes në javën e 8-të. Në studimin ku u përfshin 1700 duhanpirës, terapia e kombinimit të bupropion SR dhe nikotinës-inhalator rezultoi të jetë superiore ndaj secilit medikamet më vetë. Pas shumë studimesh të realizuara në mënyrë efektive në kujdesin parësor, bupropion SR dhe tabletat janë vërejtur të jetë superiore në krahassim me të gjitha monoterapidë e tjera (p.sh. tabletë, çëmçakëz nikotine, bupropion SR).

Nortriptilina + NRT
Meta-analiza e kërkimeve, të cilat kanë studiuar nortriptilinën dhe NRT duke e krahasuar me NRT, sugjeron se nuk ka prova të mjaftueshme për rrítjen e mospërdorimit të duhanit tek terapitë e kombinuara (RR 1.21; 95% Cl: 0.94-1.55).

Vareniclina + NRT
Për më shumë informacion shih seksionin 4.3.3.3. Bazuar në të
dhënat e një studimi farmakokinetik, 20 Ebbert et al. ka ngritur hipoteza se: (1) varenikлина nuk i saturon plotësisht receptorët e acetilkolinës, duke çuar në një përgjigje ‘shpërblyese’ jo të plotë dhe në një bllokadë jo komple te për përforsimin e vazhdimësisë së duhanpirjes; (2) varenikлина zëvendëson jo plotësisht efektin dopaminergjik të duhanpirjes, duke çuar në një nevojë të vazhdueshme për të pirë duhan. Prandaj autorët janë të mendimit, se disa duhanpirës mund të kenë nevojë për NRT përveç se Vareniclinë, për të reduktuar simptomat e tërheqjes ndaj të pirit duhan dhe për të lejuar duhanpirësit që të heqin dorë plotësisht prej tij. Duke qenë se kanë përvjetë të gjerrë në terapitë e kombinuara, nga përdorimi i Vareniclinës dhe NRT në programe trajnimi 8-ditore, në Qendrën e Varësisë së Nikotinës (NDC) në Klinikën Mayo, autorët këshillojnë përdorimin e NRT për të qetësuar simptomat e tërheqjes nga duhani, duke titruar individualisht vareniclinën tek duhanpirësit. Nga matjet e realizuara nuk është vënë re, rritje të efekteve anësore nga përdorimi i Vareniklinës në krahasim me duhanpirësit e tjerë, të trajtuar në program. Megjithatë, studiuesit sugjerojnë se rezultatet e këtij studimi nuk mund të zbatohen për pjesën e pacientëve, derisa këto të dhëna të interpretohen me kujdes. Një studim klinik shqyrtoi faktin se përse duhanpirët që marrin kombinime medikamentesh për ndërprerjen e duhanit kanë më shumë gjasa të lënë duhanin se ata që marrin vetëm një medikament (mono terapi) ose medikamente qetësuese të padëmshme. Të dhënat e mbledhura nga 1504 duhanpirës aktuale u randomizuan në një nga gjashtë mënyrat e ndërprerjes farmakoterek (placebo, nikotinë-leukoplast, nikotinë-tabletë, bupropion+nikotinë - leukoplast, dhe bupropion+nikotinë - tabletë). Nga studimi u vu re se trajtimit e kombinuara kanë efekte më pozitive se monoterapitë për shkak të uljes së dëshirës dhe pritshmërive ndaj heqjes dorë nga cigarja.22

Loh, Piper et.al. u përgjigj dizajn dilemave nëse kombinimi i famakoterapisë duhet të përdoret në mënyrë rutinore tek duhanpirësit ose ky kombinim ka sjellë shumë një, pak, apo nuk ka sjellë fare përmirësim në krahasim me monoterapinë. Ata arritën në përperfundimin se: kombinimi i farmakoterapisë është më efektiv se mono terapia. Por kjo nuk vlen për duhanpirësit me varësi të ulët nikotine, të cilët nuk përfituan nga një kombinim i tillë. Përdorimi i mono terapisë në këta duhanpirës mund të arsyetohet duke pasur parasypsh shpenzimet dhe efektet anësore të famakoterapisë së kombinuar.23

Tre kërke do të fundit kanë shqyrtuar efikasitetin.24-26 Hajek et. al. nuk gjeti anët mjini rritjet në mospërdorimin e duhanit në mesin e pacientëve të randomizuar për vareniclinë plus NRT kundrejt atyre që marrin vetëm vareniclinë, megjithatë ky është një studim i kufizuar në madhësinë e tij të mostrës (n=117).24 Në një RCT nga Ramon et. al., 341 duhanpirës të cilët tyoja 20 ose më shumë sigare të ditë ishin të randomizuar për të marrë vareniclinë plus NRT apo vareniclinë plus placebo për 12- javë. Tek të dy grupet morrën support të sjelljes ndaj pirjes së duhanit.25 Në përgjithësi ka pasur një rrjete të vogël, por jo statistikisht të rëndësishme në abstinencë të NRT e kombinuar. Analiza e një dokumentuan një normë të dukshme dhe më të lartë të tregtë në abstinencë në mesin e individëve të cilët tyoja 29 ose më shumë sigare duke përdorur terapi të kombinuar në 24 javë(OR 1.46; 95% CI 1.2 në 2.8). Një RCT e dytë (n=435) që krahason Vareniclinën vetëm kundrejt Vareniclinës në kombinim me NRT, ka arritur në përperfundim se terapia e kombinuar është e lirëm nga litarë e norma më të lartë të mospërdorimit të duhanit në 12 javë (1.85; 95% CI, 1.19-2.8; P = .007) dhe 24 javë (49.0% kundrejt 32.6%; OR, 1.98; 95% CI, 1.25-3.14; P = .004).26 Studiuesit deklaruan zyrtarisht numrin e lartë të personave që kishin nauze, çrregullime gjumi, depresion, acarime të lëkurës dhe kapsullëk. Megjithatë vetëm reaksionet e lëkurës arritën rëndësi statistikore. Kërke do të mëtejshme nevojiten për të kuptuar vlerën e kombinimit të trajtimit me vareniclinë dhe NRT dhe mundësinë për tu rekomanduar në nëngrupë specifike të pacientëve. Terapia e kombinuar mund të merret në konsideratë tek pacientët, tek të cilët monoterapia nuk ka rezultuar efikase, duke qenë të ndërgjegjshëm për evidencat shkencore të kufizuar të kombinuara mbë këtë skemë.

**Varenicina + bupropion SR**

Edhe që vareniclinë dhe bupropion janë mekanizmitë ndryshëm të veprimit, ngadonjëherë ato janë përdorur së bashku dhe kjo ka funksionuar tek duhanpirës, të cilët kanë ndaluar përkoheisështëse në duhanit më parë duke përdorur monoterapi. Një studim pilot i këtij kombinimi demonstri efikasitet të shkëlqyer dhe tolerancë të lartë, duke sugjeruar se një kombinim i varenicline
dhe bupropion SR mund të jetë efektive për rrirjen e shkallës së mospërdorimit të duhanit krahasuar me shkallën e abstinencës së observuar kur përdoret monoterapi.3

Rekomandime

• Pesë kombinimet e linjës së parë të medikamenteve kanë rezultuar efektive si trajttime për ndërprerjen e duhanit, por për momentin nuk ka të dhëna të mjaftueshme për të bërë rekomandime për të pesta kombinimet. Aktualisht vetëm përdorimi i kombinimit të NRTs dhe kombinimi i nikotinës me ngjitës-leukoplast dhe bupropionit është aprokuar nga FDA për ndërprerjen e duhanpirjes.23 Për pastoje mjekët mund të përdorin këto kombinime të medikamenteve me pacientët të cilët janë të gatshëm për të hequr dorë përfundimisht nga duhani.

• Mjekimet e kombinuara efektive janë:
  • afat-gjata (> 14 javë) nicotinë-leukoplast dhe NRT tjetër (çëmçakiz, spray) (niveli i evidencave A);
  • nicotinë-leukoplast and nicotinë-inhalator (niveli i evidencave B);
  • nicotinë-leukoplast dhe bupropion SR (niveli i evidencave A).

• Nuk ka kundërindikacione në përdorimin e vareniclinës në kombinim me NRT (niveli i evidencave B).

• Mund të përfitohet nga kombinimi i NRT dhe vareniclinës, veçanërisht për përdoruesit që pinë shumë duhan, por rezultatet nuk janë të qartë. Kërkime studimore shtesë janë të nevojshme për të mbështetur efikasitetin e kësaj metode si praktikë standarde (niveli i evidencës C).

Referencat

18. Croghan IT, Hurt RD, Dakhil SR, Croghan GA, Sloan JA, Novotny PJ,


4.4.2 Rekomandimet për zgjatjen e kohëzgjatjes së trajtimit

Për disa pacientë, një trajtim më i gjatë sesa ai i rekomanduar ka rezultuar efikas.

**Terapia e zëvendësimit të Nikotinës**

Frikërat në lidhje me varësinë e mundshme të shkaktuar nga ky lloj trajtimi nuk mund të justifikohen. Nga ana tjetër zgjatja e terapisë mund të jetë e përshtatshme për shëndetin, si dhe mund të vihet re rikthimi në çdo përprjekje për ndërprerjen e duhanit. Studimet kanë deklaruar një numër të lartë të personave që kanë hequr dorë nga duhani duke përdorur çamçakëz nikotine për afat të gjatë në krahasim me trajtimin afatshkurtër. 15% deri në 20% në krahasim me ata që përdorën çamçakëz nikotine për ≥12muaj. Studimi i Shëndetit të Mushkërive ka zbuluar se rrëth një e treta e pacientëve ish-duhanpirës me SPOK kanë përdorur çamçakëz nikotine deri në 12 muaj (dhe disa prej tyre deri në pesë vjet) dhe kjo ka rezultuar pa efekte anësore për shëndetin. Në një studim të vogël ku u përfshin 568 pjesëmarrës, të cilëve u ishin caktuar rastësisht 21 mg patch nikotine për 8 javë, placebo për 16 javë dhe një terapi e zgjatur (21 mg patch nikotine për 24 javë), përdorimi i Nikotinës-leukoplast për 24 javë konfirmoi rritje të pavarësisë ndaj duhanit dhe abstinencë të vazhdueshme në javën e 24, duke reduktuar rrezikut e rikthimit dhe rriti gjasat e shërimit ndaj varësisë së duhanit, në krahasim me 8 javët e përdorimit të NRT. Çëmçakëz Nikotine dhe ngjîtësi nikotinë mund të administrohen për më shumë se gjashtë muaj, me rezultate pozitive sidomos në ata pacientë të cilët raportojnë shumë varësi ndaj një sindrome të tillë. FDA ka aprovuar terapinë e zëvendësimit të nikotinës për më shumë se gjashtë muaj, pasi ajo nuk ka rezultuar e dëmshme për shëndetin. Përdorimi i çamçakëzit-nikotinë siguron kontroll më të mirë të peshës në momentin që duhanpirësi lë duhanin. Ka një lidhje midis dozës së Nikotinës farmaceutike dhe shtimit në peshë (sa më e madhe është doza e nikotinës së zëvendësuar, aq më e ulët është shtimi në peshë).

Ekspertët i frikësohen faktit, se disa persona mund të bëhen varës të produkteve të zëvendësimit të nikotinës NRT. Por e vërteta qëndron se ata, mund të vazhdojnë të marrin këto productive deri në 1 vit ose më gjatë, sepse ata kanë frikën e një rikthimi tek duhani. Një numër prej 402 pjesëmarrës përfunduan një program trajtimi 12-javor që përshinte edhe këshillëme në grup, NRT dhe bupropion. Pjesëmarrësit, të pavarur nga pirja e duhanit, ishin marrë rastësisht për: (1) trajtime standarde (ST; asnjë trajtim të mëtejshëm); (2) zgjatje të NRT (E-NRT; 40 javë në dispozicion të çamçakëz nikotine); (3) zgjatje të terapisë njohëse të sjelljes (E-CBT; 11 Sesionet njohëse të sjelljes për një periudhë 40 javësh); ose (4) E-CBT plus E-NRT (E-kombinuar; 11 Sesionet konjitive të sjelljes plus 40 javë në dispozicion të çamçakëz Nikotinës). Ekspertët konfirmuan, sjellje pozitive dhe të qëndrueshme ndaj këtyre trajtimeve të zgjaturota.
**Trajtim i zgjatur me vareniklinë**

Trajtimi me varenicilinë për më shumë se 12 javë ka rezultuar i sigurt dhe me pritshmëri të larta duke ulur në mënyrë të konsiderueshme riskun e rikthimit në pirjen e duhanit.

Varenicilina është konsideruar si një mjekë efikas për të trajtuar varësinë nga nikotina, për 24 javë, një mjekë që ka rezultuar pozitiv sidomos tek pacientët që pas një trajtimi 12 javor i rikthehen zakonit të të pirit duhan. Varenicilina është konsideruar si një efektiv me karakteristikat të ketë të konsiderueshme për rikthimin tek duhanit.

Sipas Tonstad et al., 70.6% e grupit të vareniclinës lë duhanpirjen në javët e 13-24, në krahasim me 49.8% në grupin placebo; respektivisht 44% vs. 37.1% subjekte heqin dorë në javët 25-52.5

**Trajtim i zgjatur me bupropion**

Trajtimi me bupropion mund ta tejkaloi kurimin standard 7-9 javë dhe të japi rezultate positive në fund të trajtimit duke parandaluar dëshirën e rikthimit tek duhanit. Në të një studim të placebos, në të cilën 300 bupropion mg ishte administruar për shtatë javë në 784 duhanpirës të shëndetshëm, i ndjekur nga 45-javë kurë shtesë të bupropion vs. Placebo, u konstatua një shkallë e mirë efekt për rezultate në shkallën e abstinencës residu të parandalimit dhe rezultatet e parandalimit të tërëshirëm të duhanit. Në një studim të placebos, në të cilën 300 bupropion mg ishte administruar për shtatë javë në 784 duhanpirës të shëndetshëm, i ndjekur nga 45-javë kurë shtesë të bupropion vs. Placebo, u konstatua një shkallë e mirë efekt për rezultate në shkallën e abstinencës residu të parandalimit dhe rezultatet e parandalimit të tërëshirëm të duhanit.

Cox et al. randomizoi duhanpirës të trajtuar me bupropion për shtatë javë ose bupropion të vazhdueshëm për një vit ose me placebo. Bupropioni rezultoi më pozitiv në fund të trajtimit, në krahasim me placebo. Nuk u vunë re ndryshme në rezultate në ndjekjen njëveççë të trajtimit. Killen et al. trajtoi duhanpirësit për 12 javë me një bupropion me etiketë të hapur, nicotinë-leukoplast dhe me trajtime javore për parandalimin e rikthimit tek duhanit. Të gjithë që pjesëmarrëse veshin ofruar më pas këtë seanca për parandalimin e rikthimit dhe vazhduan trajtimin aktiv për 14 javë. Nuk ka pasur diferenca në shkallën e abstinencës ndërmjet kushteve për 1 vit.

**Referencat**

5. Tonstad S., MD, PhD, Tonnesen P.,MD, PhD, Hajek P.,Phd, Williams K.E.,Phd, Billing C.B., MS, Reeves R.K.,MD, Effect of Maintenance Therapy With Varenicline on Smoking Cessation, JAMA, 2006;296(1):64-71.

**4.5 Fakte të vlefshme në procesin për ndërprerjen e duhanit**

Qasje të shumta ekzistojnë për t’i thënë jo duhanit. Qasje të paprovuara me efektivitet bazuar në vaksinat, drogën dhe faktorë jo-farmaceutike. Kërkimet shkencore deri tani nuk kanë dhënë dëshmi bindëse dhe pozitive për të paktën një periudhë 6 mujore.
Vaksinat
Tre vaksina anti-nikotike janë aktualisht nën vlerësimin klinik. Review-ja e kërkimeve klinike për pesë fazat e disponueshme I / II, që përdornin vaksina kundrejt nikotinës solli një rritje të heqjes dorë nga duhuni vetëm në grupe të vogla duhanpirësish me nivel posaçërisht të lartë antikorpesh. Në përfundim u konkludua se mund të ekzistojnë mangësi në modelet themelore të varësisë së kafshëve dhe ka një nevojë për të kuptuar më mirë proceset e varësisë. Një review e dytw nga Cochrane Collaboration arriti në përfundimin se nuk ka prova për të mbështetur përdorimin e vaksinës për të hequr dorë nga duhuni. Kërkime të mëtejshme janë të nevojshme.

Silver Acetate
Studimet e bëra në lidhje me efektet e Silver Acetate rezultuan jo efikase në procesin e heqjes dorë nga duhuni.

Nicobrevin
Një përmbledhje e studimeve e afatgjatës së një vlerësuar efektet e Nicobrevin, një produkt farmaceutik që shërben si një ndihmë për ndërprerjen e duhanit, nuk dha asnjë dëshmi me Nicobrevin mund të ndihmojë në ndërprerjen e duhanit.

Lobeline
Studimet për Lobelinë një agonist i pjesshëm i nikotinës i përdorur për të hequr dorë nga duhuni nuk ka rezultuar pozitivë në këtë process.

Anksiolitikët
Një rishikim i efektivitetit të farmakoterapisë anksiolitike me droga të tilla si diazepam, doxepin, meprobamate, ondansetron, dhe beta-blokues si metoprolol, oxprenolol dhe propanolol, në shërbin të luftës kundër duhanit nuk kanë gjetur dëshmi të qëndrueshme dhe pozitive dhe pse pritshmëritë nuk mund të përjashtohen.

Antagonistët Opioid
Një përmbledhje e dëshmive të mundshme në efikasitetin e antagonistëve opioid, duke përfshirë nalokson dhe naltreksonin në promovimin afatgjatë të ndërprerjes së duhanpirjes, nuk kanë dhënë ndonjë rezultat përfundimtar dhe u sugjerua nevoja për gjykime më të gjera.

Mecamylamine
Një përmbledhje në studimeve duke përdorur antagonist të nikotinës mecamylamine, gjithashtu në kombinim me NRT treguan nevojën për të konfirmuar provat e mundshme në studime të mëtejshme.

Gabapentin
Në një studim paraprak provë--koncept duke vlerësuar gabapentin për trajtimin e varësisë së duhanit, gabapentin u administrua në doza të zakonshme dhe nuk u gjet rritje në normat e përdorimit të duhanit.

CB1 Antagonistët e Receptorëve
Një përmbledhje e tre studimeve për të përcaktuar nëse antagonistët e receptorëve selektivë CB1 (aktualisht rimonabant dhe taranabant) rrisin numrin e njerëzve që kanë ndaluar duhanpirjen, dhe për të vlerësuar efektet e tyre mbi ndryshimin e peshës në varësi të ndërprerjes së suksesshme, u gjetën disa prova pozitive dhe të suksesshme, megjithatë zhvillimi i këtyre barnave ishte ndërprerë nga prodhuesit në 2008.

Tabletat Glukozë
Studimet e bëra në lidhje me tabletat e glukozës për të ndihmua ndërprerjen e duhanit, rezultuan pozitive dhe përmbirësinë për një periudhë 6 mujore, duke e krahasuar me efektet e ulta të tabletave placebo. Nuk u vu re efekt sinjifikant i tabletave të glukozës mbi tabletat e ëmbëlta. Megjithatë, ekspertët pohuan se mundësia e zëvendësimit të NRT ose bupropion meriton të studiohet më tej.

Ndërrhyrjet jo-farmaceutike
Ndërrhyrjet bazuar tek partnerët
Përmbledhja e 57 artikujve të vlefshëm mbi ndërshirjen e partnereve si një mjet për të arritur efektin afatgjatë në procesin e ndërprerjes së duhanpirjes nuk kanë arritur ndonjë përfundim të prerë dhe më shumë kërkime rekomandohen.
Nxitjet Financiare
Përmbledhja e 17 studimeve të bëra nuk rezultuoi me përfundime pozitive në luftën kundër duhanit. Ekspertët arritën në përfundimin se nxitjet shfaqen për të rritur normat e ndërprerjes, por në realitet ngelemi tek përfundime të dokumentuara me rezultate të përziera. Ndërhyrjet të bazuara në nxitje u testuan në mesin e muajve të shtatzanisë të disa grave shtatzëna duhanpirëse për të përminësuar normat e ndërprerjes në fund të shtatzanisë dhe në periudhën e pas-lindjes.

Ndërhyrjet e bazuara tek Ushtrimet
Një përmbledhje e kërimeve mbi ushtrimet në ndërhyrjet për ndërprerjen e duhanpirjes ka gjetur se vetëm një nga 20 studimet e shqyrtuara ka treguar impakt pozitiv të ushtrimeve deri në një periudhë 1-vjeçare. Studimet e tjera të shqyrtuara kanë pasur mangësi, prandaj rekomandohen studime të mëtejshme shkencore.15

Hypnoterapia
Një përmbledhje e 11 studimeve të kontrolluara të promovimit të hypnoterapisë, si një metodë për të ndihmuar ndërprerjen e duhanit, gjet ur rezultate kontradiktore dhe nuk ka ofruar asnjë dëshmi se hypnoterapia mund të jetë aq efektive sa këshillimi i trajtimit16.

Akupunktura, Lazer, elektro-stimulimi
Një përmbledhje e 38 raportimeve të randomizuara në efektivitetin e akupunkturës dhe teknikave përkatëse të trajtimit me këto medikamente, lazer terapia dhe elektro stimulimi, të cilat promovohen si trajtime për ndërprerjen e duhanpirjes por që nuk kanë rezultuar efikase në këtë proces. Kërkime të mëtejshme rekomandohen në mungëse të përfundimeve të sigurta.17

Stimulimi Aversiv
Një përmbledhje e 25 studimeve për të përcktuar efikasitetin e duhanpirjes së nxituar dhe metodave të tjera averseve (ndëshkuese) të ndërprerjes së duhanit dhe për të konstatuar efektet e mundshme dozë-përgjigje të varësisë nga stimujt aversevë, nuk ka gjetur prova të mjaftueshme për të përcktuar nëse ka një përgjigje nga stimulimet aversevë.18

Rekomandime:
• Efikasiteti i terapive jo-konvencionale, të tilla si hipnoza, akupunktura, phytotherapy, homeotherapy, nuk janë demonstruar si duhet dhe terapi të tilla nuk janë të rekomanduara nga ekspertët.
• Siguria e procedurave të tilla është përgjithësisht e mirë, në qoftë se një pacient kërkon një terapi jo-konvencionale të tillë. Profesionistët shëndetësorë mund ta dekurajonë, por është e këshillueshme të mos e ndalojnë atë, për shkak të rrëzikut që duhanpirësit mund të heqin dorë edhe nga mjekësi konvencionale.
• Një kombinim i mjekësisë konvencionale dhe mjekësisë jo konvencionale është në shumicën e rasteve më i mirë sësa përdorimi i vetëm i mjekësisë jo-konvencionale.

Referencat

**E-cigare**

E-cigare ose “cigaret elektrike” janë pajisje që punojnë me bateri dhe emetojnë avuj nga një solucion i lëngshëm që zakonisht përmban glicerinë dhe glikol propilen, dhe një shije shtesë. Fishekë të disponueshëm që përmbajnë masë të lëngshme që përdoret në cigare janë në dispozicion të dy format të nikotinës. Këto produkte janë komerciale dhe mund të reklamohen edhe si një alternativë ndaj cigareve, dhe si një produkt që ndihmon në ndërprerjen e duhanit.

Megjithatë ka shqetesime se e-cigare tani është bërë një produkt fillimi duhanit, një produkt për konsum në zonat ku nuk pihet duhanit. Me fishekë të disponueshëm, e-cigare janë bërë më ekonomike se sa cigare të rregullta për thithje nikotine dhe ekspermentimi me e-cigare nga të rinjtë po bëhet gjithnjë e më i zakonshëm në të gjithë Europën.

**Efikasiteti**

Një review e bërë në Cochrane Collaboration ekzaminoi provat në lidhje me efikasitetin e e-cigareve në abstinencën e duhanpirjes. Review-ja identifikoi një total prej 24 studimesh, duke përfshirë dy RCTs dhe 21 studime kohorte. Vetëm dy RCTs të publikuara të e-cigareve ekzistojnë, që të dyja kanë përdorur modele të hershme të cigareve elektronike me përmbytje të ulët nikotine, dhe këto studime vuajnë nga disa kufizime metodologjike. Pjesëmarrësit që përdornin e-cigare kishin më shumë të ngjarë të këtë abstinencë catër mënjë nga konsideruesi. Pjesëmarrësitetin e e-cigareve katër mënjë nga konsideruesi përcaktohen nëzabëse pa përgjithësim, duke përfshirë disa studime të përcaktores të përkujdeshtueshëm të efikasit dhe efetivitetit të e-cigareve.

**Siguria**

Emetimet e ndotjes në ëmër (total suspended particulate -TSP) që rrjedhin nga e-cigare janë rrëf 60 mcg / m³, 10-15 herë
më të ulëta se ato të cigares konvencionale.8 Për secilin nga fraksonet e ndryshme të PM, (PM1,2.5,7,10), ka një densitet të ulët (duke filluar nga 6 deri në 21 herë) për e-cigaretë në krahasim me cigare konvencionale, por nivelet ende tejkalojnë “udhëzuesin vlerësues të cilësisë së ajrit” të OBSH.1 Tymi-në formën e avullit i prodhuar nga glikol etileni apo gliceroli është irritues nëse ekspozimi është i përsëritur, por në përdomime afat-shkwurtra nuk është parë të jetë toksinë e rëndë.9 Studime të kryera rishtaz kanë ekzaminuar toksiqitetin e aromatizuesve të përdorur në lëngjet e sigaretë elektronike. Lerner et. al. raportojnë se ekspozimi tek aerozolet/lëngjet e sigaretë elektronike shkon në oksidim të matshëm dhe përkgjigje inflamatore në qelizat dhe indet e mushkërive të cilat mund të rezultojnë në pasoja shëndetësore të paarsyeshme.10 Tre studime review të kryera së fundmi kanë raportuar në lidhje me sigurinë e sigaretë elektronike.3,11,12 Farsalinos dhe Polosa rishikuan evidencat laboratorike dhe klinike në lidhje me rrezikut potenciale të përdorimit të sigaretë elektronike, krahasuar me përdorimin e vazhduar të shëndetësore që përdorin në përfundimin se sigaretet elektronike janë më pak të dëmshme krahasuar me rrezikut e mëdha të duhanpirjes së vazhduar.11 Pisinger dhe Dossing raportuan mbi rishikimin e 76 studimeve, të cilat raportonin pasojat shëndetësore të përdomimit të sigaretë elektronike. Ata arritën në përfundimin se për shkak të studimeve relativish të pakta dhe problemeve në metodologji të studimeve egzistuese, si dhe të mungesës së konsekuqencës të rezultatave midis studimeve të publikuara, dhe mungesës së ndjekjeve afatëgjatë, se nuk mund të jenë konkluzione të sigurta në lidhje me përdorimin e sigaretë elektronike.12 Megjithatë autorët vërejtën se pavarësisht mungesës së evidencave shkencore, sigaret elektronike nuk mund të koniderohen të dëmshme. Mungesa e studimeve të realizuara ka bërë që shumë autoritë kombëtare të ndalojnë promovimin e këtyre produkteve si produkte për ndërprerjen e duhanpirjes.

Rekomandime:

- Nuk ka evidenca të mjafuenteshe në lidhje me efikasitetin e sigaretë elektronike si ndihmë në ndërprerjen e duhanit dhe mbështetjeten e përdomimit të tyre për këtë qëllim (niveli i evidencës B).
- Nuk ka evidenca në lidhje me shpeshtësinë apo gradën e afekteve anësore, si dhe për efikasitetin në lënien e duhanit, kështu që në mungesë të studimeve, profesiionistet e shëndetit nuk duhet të rekamandojnë këto produkte (niveli i evidencës B).
- Ka një nevojë urgjente për studime eksperimentale që të përcaqtojnë sigurinë dhe efikasitetin, nëse ka, të e-cigaretë në promovimin e abstinencës së duhanpirjes.

Referencat


4.6 Rekomandime për metodat e reduktimit të duhanpirjes

Reduktimi i pirjes së duhanit është propozuar si alternativë e linjës së dytë për duhanpirës që nuk janë të gatshêm apo janë të paaftë për të ndërprerë plotësisht duhanpirjen. Reduktimi i duhanpirjes duhet të shikohet si një hap i ndërmjetëm drejt ndërprerjes përfundimtare për duhanpirës të cilët nuk munden apo nuk do ta ndërpresin plotësisht pirjen e duhanit. Objektivi për të gjithë duhanpirësit është të lënia përfundimtare e pirjes së duhanit.

Dy dobitë kryesore të metodës së reduktimit të duhanpirjes janë:
- reduktimi i pirjes së duhanit dhe në këtë mënyrë dhe i disa prej rreziqueve të lidhura me pirjen e tij;
- rrît besimin e pacientit në aftësinë e tij/asaj për ta ndërprerë përfundimisht duhanit. Objektivi për të gjithë duhanpirësit është të lënia përfundimtare e pirjes së duhanit.

Ekzistonte shqetësimi se propozimi për reduktimin e pirjes së duhanit për disa duhanpirës do të sjellë rënie të çmimit të tij. Nuk ka të dhëna që mbështesin këtë shqetësim; përkkundrazi është vërejtur efekti i kundërta. Një rishikim literature nga Cochrane Collaboration në terma të gjasave të lënies së duhanit, midis lënies së papritur të tij dhe reduktimit të konsumit të duhanit përpara kohës së lënies, arriti në përfundimin se pacientëve mund të jetë në tërë alternativë për lënien e duhanit duke përdorur edhe këto mënryanë.¹ Pacietët që nuk janë të gatshêm për të lënë duhanin, por që u është propozuar reduktimi i duhanpirjes, janë më të gatshêm që të jenë abstinent për një vit krahasuar me ata të cilëve nuk u është propozuar reduktimi i duhanpirjes, por që si alternativë e vetme u ishte ofruar lënë përfundimtare e duhanit.³⁴

Reduktimi i duhanpirjes është përkuftizuar si ulje në 50% e numrit fillestar të sigaretave, por pa abstinencë përfundimtare.¹ Të dhëna të pakta (nga studime të vogla, në popullata të përzhgjedhurë për periudha ndjekje të shkurtes) sugjerojnë se reduktimi i dukshêm i duhanpirjes mund të reduktojë disa faktorë rreziku kardiovaskular dhe duhet të përmirësojë simptomat respirator. Reduktimi i duhanpirjes është i shoqëruar me ulje 25% të bio-markerave (shënuvesve) të duhanit dhe incidenccën e kancerit pulmonar dhe me rritje të ulët, pothuajse të papërfshihet në shtimin e peshe në lindje të fëmti me jëndër nga nënë që kanë ndërprerë duhanin.³ Nga reduktimi i duhanpirjes nuk janë vënë re dobi të mëdha në funksionin pulmonar.⁵

Reduktimi i duhanpirjes përfaqëson një alternativë terapeutike për duhanpirës që nuk janë akoma gati për ta ndërprerë përfundimisht duhanit. Rastet e lënies së duhanit pas tre muajsh në grupin e studimit të trajtuar me çamçakëz nikotine ishin dyfish krahasuar me placebo, ndërsa tek ata që ishin ndjekur për 12 muaj ishin trefish më të larta.²

Shoqërimi i çamçakëzit nikotinë me reduktimin e duhanpirjes së vazhdueshme ishte toleruar shumë mirë me ulje të dukshëm të biomarkerave të oksidit të karbonit.² Studimi ROSCAP në lidhje me reduktimin e duhanpirjes në pacientët kardiakë ishte një studim eksperimental i randomizuar i cili vlerësonte efikasitetin e strataghjësisë së reduktimit të duhanpirjes mbi zvogëlimin e efekteve të dëmshmë të ekspozimit ndaj duhanit. Ata që arritën të reduktonin pirjen e duhanit ishin veçanërisht burra, me një konsum më të madh të duhanit në krahasim me grupin e kontrollit.⁶

4.6.1 Reduktimi i duhanpirjes me zëvendësin e nikotinës

Reduktimi i duhanpirjes me terapinë zëvendësuese me nikotinë rekomandohet vetëm te duhanpirësit me varësi, p.sh. tek një duhanpirës tek i cili numri i lartë i receptorëve të nikotinës dhe pandjesmëria e tyre janë faktorë të rëndësishëm në përdorimin e duhanit midis personave me pikëzimin Fagerström më shumë
4.6.2 Reduktimi i duhanpirjes me vareniclinë

Një studim i fundit i kryer nga Ebbert et al. mbi një eksperiment pasi numri i cigareve të konsumuara në ditë reduktohet, dhe në këtë mënyrë dhe efektet e dëmshme të produktheve të duhanpirjes (jo vetëm të nikotinës) reduktohen potencialisht. Më shumë nikotinë shpërndahet në mënyrë më progresive, me më pak ruajtje të varësisë. Nikotina farmaceutike do të rritet gradualisht derisa numri i cigareve të konsumuara të reduktohet të paktën 50%, duke sjellë dhe rritje të mundësive për lënien e duhanpirjes. (Figura 4.9).

Referencat

reduction to stop smoking: systematic review and meta-analysis, BMJ 2009; 338:b1024.


4.7 Trajitmet e rekomanduara për të parandaluar rifillimin e duhanpirjes

Rifillimi i përkufizuar si rikthimi në përdorimin e substancave pas një periudhë abstinence/ mospërdorimi, është pjesë frustruese, por e pashmantzme si shërhom nga proçesi i pirjes së duhanit. Duke iu referuar rifillimit si dëshhtim i trajtimit afatgjatë në kuptimin e përgjithshëm, Piasecki tregon se ai është një gjetje e zakonshme dhe e shpejtë tek personat që duan të lënë duhanin, pasi shumica e duhanpirësve të njerëzit të duhanit, por shumica tashmë kanë dështuar të paktën një herë edhe kur kanë përdorur ndihmë farmakologjike dhe se gabimet më të shumë ndodhin brenda 24 orëve të para pas ditjes së lënies.

Stratagjitet e sjelljes
Tri janë strategjitet më të mëdha të zakonshme për programet aktuale të parandalimit të rifillimit: (1) stratagjitet njohëse-sjelljes (konjitive-bihejvioriste) për të shmantur rikthimin kur dëshira është e pranishme dhe për të mësuar nga çdo rast gabimi; (2) stratagjitet e mbështetjes sociale të fokusuar në nevojat e duhanpirësve për suport emocional nga familjarët/miqtë e ngushtë; (3) stratagjitet në ndryshime të stilimit të jetesës, të përqiendrura në ndihmesën e duhanpirësve për të zhvilluar identitetet e reja sociale si individë të lirë nga medikamentet. Aktualisht evidencat shkonton janë të kufizuara në mbështetjen e përdorimit të çdo lloj ndërhyrjeje specifikë të sjelljes për të ndihmuar në parandalimin e rifillimit midis individëve të cilët ishin të sukseshëm në lënien e duhanit. Në të dhëna të ndërhyrjes specifike individuale apo në grup nuk e parandalojnë rifillimin, pavarësisht nga kohëzgjatja e tyre ose koha e kontaktit, edhe pas të teta jave ishin të këshillimit telefonik. Ndërhyrjet e fokusuaras të identifikimin dhe zgjidhjen e situatave të tentativave për lënien e duhanit, janë më premtueset në terma të strategjive efektive të sjelljes për parandalim të rikthimit. Në mënyrë që të hartohen ndërhyrjet efektive për të reduktuar rifillimin në kategoritë e rrezikuara të duhanpirësve, të tilla si gratë pas lindjes apo të burgosurit, identifikimi i faktorëve të veçantë rikthyes mund të rrisi efikasitetin e kombinimit të ndërhyrjeve motivuese dhe terapisë konjitive-bihejvioriste.

Përdorimi i medikamenteve
Trajtimiti i zgjeruar me varenicline duket të jetë efektiv në parandalimin e rikthimit pas një periudhë fillestare mospërdorimi ose një episodi akut trajtimit, megjithatë evidenca është kufizuar vetëm në një studim. Hayek et al. në 2009 gjetën se administrimi i vareniclinës për parandalimin e rikthimit, veçanërisht në ata pacientë që ishin abstinentë më vonë, gjatë trajtimit standart 12 javësh me vareniclinë. Pacientët ishin randomizuar në dy grupe: trajtimi shtesë tre-mujor me vareniclinë kundërje placebos shtesë tre-mujore. Autorët raportojnë rrezik më të lartë për rikthim te pacientët të cilët kanë lënë duhanin vetëm në javën e 11 të trajtimit, krahasuar me ata të cilët e kishin lënë pas javës së parë. Abstinence në javën e 52-t të ishte 5.9% për personat me abstinencë të vonuar dhe 54.9% për ata me abstinencë të hershme. Nga ky këndvështrim, mund të konkludohet se përsëritja e kursit 12 javësh me vareniclinë tek duhanpirësin në rikthimin e cilët nuk ishin të sukseshëm në lënien e duhanit në javën e 1 ose 2 të lënies, mund të rezultojë të dobishëm, siç u vu re në studimin e 1208 pacientëve, të cilët ishin abstinentë në javën e 12-t të të terapisë me vareniclinë.

Nuk ka evidencë të fortë në lidhje me përdorimin e gjerë të bupropion pasi është menduar jo i dobishëm në rastet e rikthimit. Një numër i pakët studimeve ka gjetur se përdorimi i gjerë të NRT është efektiv në parandalimin e rikthimit, edhe pse nevojiten kërkmime shtesë. Japuntich et al. egzaminuan efektet e pesë tipeve të terapive farmakologjike për ndërprerjen e duhanit (bupropion, tabletat me nikotinë, fashove me nikotinë, bupropion dhe tableta, fasho dhe tableta) për më shumë se jave ishin të gjashtë javësh tentativash për ndërpreje të duhanit. Autorët për të ekzaminuar efektet e medikamenteve në lënien e duhanpirës përdorën qasjen e

Ndërhyrjet e fokusuaras të identifikimin dhe zgjidhjen e situatave të tentativave për lënien e duhanit, janë më premtueset në terma të strategjive efektive të sjelljes për parandalim të rikthimit. Në mënyrë që të hartohen ndërhyrjet efektive për të reduktuar rifillimin në kategoritë e rrezikuara të duhanpirësve, të tilla si gratë pas lindjes apo të burgosurit, identifikimi i faktorëve të veçantë rikthyes mund të rrisi efikasitetin e kombinimit të ndërhyrjeve motivuese dhe terapisë konjitive-bihejvioriste.
përshkruar nga Shiffman et al. për tre “momente” të lënies së duhanpirjes: abstinenca fillestare, kthimi në duhanpirje dhe kalimi nga kthimi-rikthimi/rifillimi. Në thelb, këta studiues supozuan se, krahasuar me placebo: (1) bupropion do të sjell rritje të abstinençës fillestare; (2) tabletat e nikotinës reduktojnë rrezikut për kthim; (3) bupropion dhe fasho e nikotinës do të sjellin reduktim të rrezikut të rikthimit që pason kthimin; dhe (4) kombinimi i terapisë farmakologjike (bupropion dhe tabletta, fasho dhe tabletta) do të sjellë efekte të dobishme në lidhje me monoterapitë e çdo momenti. Ky studim gjeti se mediikamentet për ndërprerjen e duhanit janë plotësisht efektive në promovimin e abstinençës fillestare dhe në reduktimin e rrezikut për kthim, por evidencia se ato parandalojnë kalimin nga kthimi në rikthim është shumë e dobët. Kombinimi i terapisë farmakologjike ka tendencë të jetë më superiore krahasuar me monoterapitë në arritjen e ngritjes së abstinençës fillestare dhe në parandalimin e kthimit tek duhanpirja. Fasho dhe tabletat me nikotinë sëllin abstinençë fillestare më të lartë krahasuar me bupropion dhe tabletat. Bupropion, NRT dhe varenicline duket të jenë efektive në parandalimin e rikthimit të duhanpirësve gjatë tentativave për lënje apo tek ata që janë bërë rishtaz abstinentë. Përdomimi më i gjerë i këtyre trajtimeve efektive parandaluese për rilllim mund të sjellë përfitime të dukshme shëndetësore, më kosto të pranueshte për ofruesit e kujdesit shëndetësorë.

Njohja e gradës së rrezikut për rikthim mund të ndihmojë klinicistë që të tu sigurojnë individëve trajtimet optimale për të identifikuar ata që kanë nevojë për ndërhyrje me agresive. Këto ndërhyrje mund të përfshijnë doza më të larta apo rritje të kohëzgjatjes së terapisë farmakologjike, apo ndërhyrje psiko-sociale më të shpeshta dhe të forta. Si rrjedhojë, Bolt et al. zhvilluan pyetja WI-PREPARE për të sigura e trajtimeve e cila mund të fashtëzuar rrikthimin nga duhanpirja dhe të ndihmojë duhanpirësit që janë të interesuar për ta lënë duhanin.9

Rekomandimet:
• Aktualisht nuk ka evidenca të mjatueshme që të mbështesin përdorimin e ndonjë ndërhyrjeje specifique të sjelljes, që mund të ndihmojë duhanpirësit që e kanë lënë me sukses duhanin për të shmangur rikthimin në duhanpirje (niveli i evidencës B).
• Trajtimi i zgjeruar me vareniclinë mund të parandaloj rilllinin e duhanit (niveli i evidencës B).
• Trajtimi i zgjeruar me bupropion nuk ka gjasa të ketë një efekt klinikisht të rëndësishtëm (niveli i evidencës B).
• Tashmë ka disa evidenca se përdorimi i zgjatur i NRT mund të parandalojë rikthimin, megjithatë nevojiten studime shtesë mbi trajtimet e zgjatur të terapiave zëvendësuese me nikotinë NRT (niveli i evidencës B).

Referencat
4.8 Trajtimet e rekomanduara në situata të veçanta dhe në grup-popullata në rrezik

Ndërhyrjet e gjetura si efektive në udhëzimet aktuale për ndërprerjen e duhanit, janë të rekomanduara për të gjithë individët që përdrorin duhan, përveç rasteve kur përdrorimi i ilaqeve është i kundërindikuar (si gjatë shtatzanisë dhe për adoleshentët). Ka edhe konsiderata të veçanta për popullata të caktuara në rrezik, kur nuk ka prova të mjaftueshme në dispozicion ose kur mjekimi nuk është parë të jetë efektiv (p.sh. duhanpirësit jo shumë konsumatorë, duhanpirësit e moderuar, etj.). Situata të veçanta dhe grupet në rrezik janë shqyrtuar në nën-kapitujt mëposhtëm.

4.8.1. Trajtimet e rekomanduara për gratë shtatzane

Mospërdorimi i duhanit është thelbësor për gratë shtatzënë. Një studim kohort danez ka treguar se duhanpirja gjatë shtatzanisë dyfishon rrezikun për lindje me probleme dhe vdekshmëri gjatë vitit të parë të lindjes.1 Hipoksia uterine e lidhur me duhanpirjen shoqërohet me peshë të vogël në lindje, dhe në shumë gra dëshhira për të pirë duhan gjatë shtatzënisë është shumë e fortë.2 Zgjedhja më e mirë është ndalimi i duhanpirjes para shtatzanisë duke përdorur të gjithë mbështetjen në dispozicion. Përgratë shtatzana, të cilat nuk janë në gjendje për të lënë duhanin, sigurimi i qasjes në mbështetjen më të mirë psikologjike dhe medikamentoze - është zgjedhja më e mirë gjatë shtatzanisë. Reduktimi në numrin e cigareve të tymosura në ditë nuk mund të jetë një objektiv i pranueshëm. Vetëm abstinencëa e plotë para fundit të tremujorit të parë është një target i pranueshëm.

Ka dëshmi të forta se ndërhyrjet psikosociale janë efektive në rritjen e normave të mospërdorimit të duhanit në mesin e grave shtatzëna (RR 1.44, 95% interval i besimit (CI) 1.19 - 1.73; 30 studime).3 Nuk ka prova të qarta në lidhje me efikasitetin e ndërhyrjeve mbështetëse sociale të ofruara nga kolegjat për të mbështetur ndërprerjen (pesë studime; mesatarja RR 1.42, 95% CI 0.98-2.07).3 Ka dëshmi premtuese se ndërhyrjet e bazura në nxitje janë efektive në ndërprerjen e duhanit, edhe pse nevojiten më shumë studime për të mbështetur këtë fakt.3

Asnjë studim bindës nuk raporton efekte specifikë anësore të terapsisë zëvendësuese me nikotinë, më të rënda se efektet e pirjes së duhanit.4 Ndërsa ka prova bindës eksperimentale dhe klinike që nikotina dëmonizhej në fetus,4 dhe nuk ka evidenca se përdrorimi në NRT gjetë shtatzës është të rrejt. Evidencat sugjerojnë se NRT mund të rrisin rezultatet nga lënia e duhanit në fazat e vonshme të shtatzanisë, megjithatë studimet janë disa kufizimi metodologjike dhe në përgrithësi raportohet një shkalë e ulët e ndjekjes rigoroze të trajtimit me NRT. Evidencat cilësore në lidhje me ndihmesën e NRT për ndërprerjen e duhanit shtatzës mungojnë. Një eksperiment i randomizuar, i kryer në UK ku u përfshin më shumë se 80 gra shtatzana, të cilat nuk morrën trajtim u vu re se pas një muaj ato nuk shtypën asnjë ndryshim në ndërprejen e duhanit, përveç muajit të parë të trajtimit.5

Krahassuar me pirjen e vazhdueshëme të duhanit, rreziku për fetusin është mjaftueshëm më i ulët nëse përdoret NRT. Nikotina orale mund të përdoret për të zvogëluar rrezikut në përgjithshëm krahassim me ngjitésat-leukoplast 24-orësh. Vareniclina dhe bupropion nuk indikohen tek gratë shtaztana, e për pasojë nuk janë të rekomanduara.

Rekomandimet:

- Të gjitha gratë shtaztana duhet të vlerësohen për statusin e tyre të duhanpirjes përgjatë shtatzës, dhe tu ofrohet mbështetje për ndërprerjen e duhanit (niveli i evidencës A).
- Ndërhyrje intensive psiko-sociale/ e sjelljes është e rekomanduar për të gjithë gratë shtatzës duhanpirëse (niveli i evidencës A).
- NRT është i vetmi i efektive që mbështet ndërprerjen e duhanit gjatë shtatzës, megjithatë rreziku për fetusin është mjaftueshëm më i ulët nëse përdoret NRT, krahassuar me vazhdimin e pirjes së duhanit.

Referencat

4.8.2. Trajtimet e rekomanduara për personat nën 18 vjeç

Varësia ndaj nikotinës është zhvilluar me shpejtësi në moshat e reja.1 Për shkak se përdorimi i duhanit shpesh fillon në para-adoleshencë, mjekët duhet të ndërhyjnë për të mbështetur parandalimin e duhanit si një prioritet në këtë grupmoshë. Një review e literaturës në këtë fushë tregon një gamë të gjerë të qasjeve, por edhe efektivitetin tyre të kufizuar.1 Ndërhyrjet për duhanpirjen tek adoleshentët kanë përfshirë terapinë farmakologjike, këshillime të sjelljes (si programet shkollore dhe të bazuara në komunitet) dhe politikat e kontrollit të duhanit, këto ndërhyrje kanë pasur rezultate të përzierë. Duke se efekt më i rëndësishëm të terapeutik tek adoleshentët është vërejtur për vet-monitorimin dhe aftësithetë përballuese, strategjëtë motivuese (reduktimin e ambivalencës për të ndryshuar) dhe trajtimin e ndikimeve sociale që ndikojnë sjelljen e duhanpirjes.

Qendra Center for Disease Control (CDC) në USA rekomandon si më efikase ato ndërhyrje që janë shumë-përbërëse dhe të cilat kombinojnë programet e mbështetjes me bazë shkollore me përfshirjen e komunitetit lokal.2 Kur këshillimi i ndërprerjes së duhanpirjes ofrohet tek të rinjtë, duhet të merret parasysh fakti se në shumicën e rasteve ata e nënvlerësojnë varësinë e tyre nga nikotina. Adoleshentët që pinë duhan herë pas here gjatë ditës besojnë se mund ta lenë lehtë duhanin në çdo kohë. Në fakt, vetëm 4% e duhanpirësve 12-19 vjeç rezultojnë të sukseshëm në ndërprerjen çdo vit të duhanit, me një frekuençë dështhuamë më të lartë krahasuar me duhanpirësit e rritur.3 Statistikat tregonëse, gjithashtu se adoleshentët janë shumë të interesuar për të ndaluar duhanpirjen: 82% e moshës 11 dhe 19 vjeç mendojnë të lënë duhanin, 77% kanë kryer ndërhyrje serioze në të kaluarën për ndërprerjen e duhanit.3 Përpjekjet e adoleshentëve rrallë janë të planifikuar: shumica e adoleshentëve zgjedhin për të lënë duhanin, pa asnjë ndihmë të kualifikuar, por humumtimi ka treguar se të rinjtë që marrin pjesë në programet e ndërprerjes së duhanit e kanë dy herë më të lartë shansin për ta lënë me sukses duhanpirjen.4

Këshillimi dhe terapitë e rekomanduara për ndërprerjen e duhanpirjes për personat nën moshën 18 vjeç

Pavarësisht prevalencës së lartë dhe implikimeve të rëndësisëm shëndetësore të pirjes së duhanit nga adoleshentët, pak punë është bërë për të zhvilluar programe për ndërprerjen e duhanit në këtë grupmoshë. Kjo fushë tregonëse të përmban vëllasur pothuajse ekskluzivisht në trajtime psiko-sociale, siç tregonet në një meta-analizë që evidentoj ndërprerjen e duhanpirjes në masën 12% tre muaj pas trajtimit, krahasuar me 7% midis grupit të kontrollit.5 Një ndërhyrje psiko-sociale që ka provuar inkurajimin, por vetëm në lidhje me rezultatet paraprake, është menaxhimi i pasigurisë (CM), i cili është një trajt i sjelljes bazuar në influencimin e kushteve dhe ndikim të trajtimit të ndikimeve sociale që ndikojnë sjelljen e duhanpirjes.6 Qëndra Center for Disease Control (CDC) në USA rekomandon si më efikase ato ndërhyrje që janë shumë-përbërëse dhe të cilat kombinojnë programet e mbështetjes me bazë shkollore të kombinuese që ndikojnë në inkurajimin e duhanpirjes.7 Pjesëmarrësit që morrën CM (me shpërblime monetare, bazuar në nivelet e monoksidit të karbonit në javën e parë dhe në abstinencën nga duhanpirja në javën e dytë dhe të tretë) shfaqën...
nivele të ulta të monoksidit të karbonit dhe abstinencë më të lartë (55% kundrejt 18%) gjatë trajtimit, krahasuar me ata që nuk morrën CM.

Një meta-analizë që ekzaminoi efikasitetin e këshillimit tek të rinjtë, tregoi se kjo metodë dyfishon rastet e abstinencës afat-gjatë krahasuar me ata që nuk morrën CM.

Një meta-analizë që ekzaminoi efikasitetin e këshillimit tek të rinjtë, tregoi se kjo metodë dyfishon rastet e abstinencës afat-gjatë krahasuar me metodat e zakonshme (këshillime të shkurtra, materiale vetë-ndihme, dhe referimi në qendra për lënien e duhanit) apo krahasuar me abstinencën nga çdo ndërhyrje tjetër.6 Në përgjithësi, adoleshëntët mund të orientohen duke përdorur forma të ndryshme trajtimi: sesione individuale (ballë për ballë), duke kombinuar sesionet individuale me këshillimin telefonik apo mesazhet në Internet, apo sesione në grup. Këshillimi i adoleshentëve duhet të jetë konfidencial dhe duhet të respektojë privatësinë e tyre, dhe nuk duhet të bëhet në prani të prindërve apo mësuesve.

Formatet me sesione në grup me shokët kanë rezultuar efektive. Kjo metodë përfshin këshillimin së bashku të duhanpirësve adoleshentë me kolegë apo miq të ngushtë, edhe pse këta mund të mos jetë të duhanpirës. Nëse adoleshenti vjen nga një familje duhanpirëse apo është i ekspozuar ndaj duhanpirjes pasive, duhet të jetë konfidencial dhe duhet të respektojë privatësinë e tyre, dhe nuk duhet të bëhet në prani të prindërve apo mësuesve.

Studimet kanë treguar se ndërhyrjet këshilluese për prindërit, të sigurura kryesisht nga shërbimet pediatrike apo në ndërhyrjen e duhanpirjes në spitalet ku janë hospitalizuar fëmijët, shton interesin për ndërprerje të duhanit, numrin e tentativave për lënie si dhe rastet e ndërprerjes së duhanpirjes nga prindërit respektiv. Për më tepër, informimi i prindërive në lidhje me rrëzitet e ekspozimit të fëmijëve të tyre ndaj duhanpirjes pasive mund të reduktojë ekspozimin si dhe prindërimin e duhanpirjes tek prindërit.7

**Programe të dizenjuara posaçërisht për adoleshentë**

Këto përftshijë: programet për ndërprerjen e duhanit me bazë shkollore,9 fushatat në media për dhënien e mesazheve efektive parandaluese,10 programe interaktive për ndërprerjen e duhanit si projekti europian Adolescent Smoking Cessation,11 leksione video si programi gjerman I do not smoke, konkurse me nxitje dhe çmime, si Quit and Win for Teenagers,11, N-O-T (Not on Tobacco- Jo Duhanpirjes) që është programi vullnetar i American Lung Association’s për ndërprerjen e duhanit për nxënësit e shkollave të mesme.12

**Këshillimi telefonik**

Linjat për lënien e duhanit janë më tërheqëse për adoleshentët për shkak të faktit se janë lehtësisht më të aksesueshme dhe janë gjysëm-anonime, ato mund të individualizohen nga telefonuesi nëpërmjet një protokoll të strukturuar dhe mund të përfshijnë mundësi për ndjekje, kështu që këshilluesi, jo telefonuesi, pas vendosjes së kontakteve fillestare merr iniciativën për të telefonuar përsëri. Për shembull, në protokollin e Linjës–Ndihmë Kaliforniane për duhanpirës, këshilluesit punejojnë për të ndihmuar adoleshentët për të ndërprerë duhanpirjen sesa për ta konsideruar atë si një sjellje të rriturish. Gjithashtu, tematikat e qasjeve të tyre, specifike për këtë kategori moshore si: formimi i identitetit, ndjenja e pacënueshmërisë, pavarësia nga familja, identifikimi me shokët dhe dëshira për autonomi.13

Në një studim ku u përfshin 1058 nxënës të shkollave të mesme, ku çdo javë u përdor metoda e këshillimit telefonik, në populatën e studimit (90%) u sigurua ndjekje shumë e mirë e protokollit të trajtimit. Në një studim të ngjashëm, që sigurore këshillim konjitivo-bihejvioral dhe intervistimin motivacional nëpërmjet telefonit, në një ndjekje 1-vjeçare të 2151 nxënësve të shkollave të mesme identifikoi 21.8% abstinencë 6 mujore në grupin e rasteve kundrejt 17.7% në grupin e kontrollit.1

**Terapia farmakologjike për adoleshentët**

Pavarësisht evidencës së qartë të marrjes me dëshirë të nikotinës nga adoleshentët, kërkojmë të kufluarojme fokusuar në agentët farmakologjikë me ndikim në lënien e duhanpirjes tek adoleshentët.14,15,16 Pavarësisht se ka shtatë mjekime të linjës së parë të aprovuara nga FDA për lënien e duhanit tek të rriturit, nuk ka evidenca të mjaftueshme që të rekomandojnë ndonjë prej tyre për trajtimin e adoleshentëve duhanpirës. Për më tepër, pjesa më e madhe e vendës së Europiane e ndalon në ligj përshkrimin e medikamentëve për lënien e duhanpirjes në këtë kategori individësh. Testet e medikamentëve në adoleshentët duhanpirës kanë qënë të kufizuar në terapinë zëvendësuese me nikotinë dhe bupropion.

Pak studime të publikuara mbi këtë çështje nuk kanë gjetur differencë të rëndësishme të shkallës së abstinencës nga terapia me nikotinë-leukoplast për kundrejt placebos gjatë ndjekje janë 12 javore nga dita e lënies. Po kështu nuk kanë gjetur diferencë
midis efikasitetit të nikotinës-çëmçakiz përkundrejt nikotinë-leukoplast përkundrejt placebos gjatë ndjekjes 6 mujore pas ditës së lënies. Në gjithë këto grupe studimore, të rinjtë kanë marrë përveç medikamentit të studimit (nikotinës çëmçakiz apo leukoplast) dhe placebos, edhe një minimum prej 6 seancash këshillimore.

Një studim i pakontrolluar mbi nikotinën-leukoplast, i kombinuar me një trajtim minimal të sjelljes (n=101), ka demostruar një prevalencë të shkallës së abstinencës prej 11% në fund të trajtimit dhe 5% pas 6 muajsh ndjekjeje. Një tjetër studim i kontrolluar, ku të dy grupet morrën CBT dhe CM (n=100) mbështet sigurinë e leukoplasteve të nikotinës tek adoleshentët, por nuk provoi diferencë midis leukoplasteve dhe placebos (respektivisht 28% kundrejt 24% të prevalencës së abstinencës në fund të trajtimit). Në një studim të randomizuar NRT që përshkrua 120 adoleshëntë duhanpirës të përëndishëm, Killen et al. gjetën që përshkrua 31% abstinencë pas 4 javësh trajtimit. Një studim pilori i kohëve të fundit (n=40) tregoi një ndjekje jokorrike të terapive dhe mungesë diference në rezultatin e ndërprerjes së duhanit midis nikotinës-spray dhe placebos.

Nën dritën e efekteve moderate të NRT, disa studiues janë fokusuar në bupropion SR për ndërprerjen e duhanpirjes tek adoleshentët. Një grup studimor zhvilloi një studim pa placebo me bupropion SR, të kombinuar me këshillime individuale të shkurtra tek adoleshëntë duhanpirës (n=16) dhe gjeti 31% abstinencë pas 4 javësh trajtimit. Killen et al. krahasuan trajtimit me kombinuarë me bupropion SR 150 mg në ditë plus nikotinë-leukoplast dhe vetëm me nikotinë-leukoplast (n=211), të shoqëruara me terapi grupi për trajnim aftësisht. Ata gjetën vetëm 8% abstinencë pas një ndjekjeje 26 javore për terapinë e kombinuar, kundrejt 7% për vetëm nikonën-leukoplast.

Në një studim në shkallë të gjerë dhe randomizuar (n=312), Muramoto et al. krahasuan bupropion SR 300 mg/ditë, bupropion SR 150 mg/ditë, dhe trajtimin placebo, të shoqëruar me këshillime individuale të shkurtra çdo javë. Grupi që merrte bupropion SR 300 mg/ditë (jo grupi me 150 mg/ditë) demostroi prevalencë abstinence superiore krahasuar me placebon në përfundim të trajtimit (15% kundrejt 6%) dhe në përfundim të ndjekjes 26 javore (14% kundrejt 10%). Në një studim tjetër 134 adoleshëntë duhanpirës që kërkonin trajtim u randomizuan për të marrë bupropion SR dhe ose menaxhimin në varësi të situatës (contingency management CM), të veçanta dhe të kombinuara në një 2x2 studim të kontrolluar 6 javor. Autorët gjetën një shkallë abstinence prej 27% për kombinimin e bupropion SR me CM, 8% për bupropion SR pa CM, 10% për placebo dhe CM, 9% për placebo pa CM, tek 30% a atyre që të përfunduan trajtimin.

Ashtu siç konfirmojnë edhe review-të më të fundit dhe Udhëzuesit US, nuk ka të dhëna të mjaftueshme për të rekomanduar përdorimin e farmakoterapisë për ndërprerjen e duhanpirjes tek adoleshentët. Sipas guidave të praktikës klinike, referimi i ndërhyrjes së përshtatshme psiko-sociale (p.sh. këshillimi në grup apo individual, me bazë shkollën apo komunitetin) është linja e parë më efikase e trajtimit të adoleshentëve duhanpirës. Megjithëse këto metoda ndërhyrjeje japin relativisht një shkallë të ulët të ndërprerjes së duhanpirjes, ato rrisin në mënyrë të ndjeshme shanel e ndërprerjes krahasuar me mungesën totale të trajtimit. Nëse farmakoterapia mund të merret në konsideratë, ajo duhet të përshtatur vetëm nëse monitorimi të rreptë dhe pas një vlerësimi të shkallës së duhanpirjes tek adoleshenti, historisë mbi tentativat dhe dëshmitet e lënies së duhanit, dhe motivimit aktual të ndërprerjes së duhanpirjes. Rezultate jo-konkluduese të studimeve farmakoterapeutike të lënies së duhanit në këto grup-mosha, sugjerojnë kufijtë e përshtatjes të këtyre medikamenteve tek adoleshentët.

Rekomandimet
- Mjekët janë rekomanduar të pyesin të gjithë pacientët e rinj nërin moshën 18 vjeç nëse përdorin duhan, dhe tu përcjellin atyre mesazhe të qarta mbi rëndësinë e abstinencës nga duhan (niveli i evidencave C).
- Këshillimiëshhtë provuarterjetë metodë efektivenëndërprerjen e duhanpirjes tek adoleshentët (niveli i evidencave B).
• Duhanpirja passive është e dëmshme për fëmijët dhe adoleshentët. Këshillimi mbi ndërprerjen e duhanpirjes, i dhënë në ambientet e shërbimeve pediatrike u provua të jetë eficënt në rritjen e shkallës së lënisë së duhanit nga prindërjt duhanpirës. Për këtë arse, në mënyrë që të mbrojmë fëmijët nga duhanpirja passive, ne u rekomandojmë mjekëve të vlerësojnë duhanpirjen e prindërje dhe tu jatin atyre këshilla apo asistencë për ta lënë duhanpirjen (niveli i evidencave B).

**Referencat**

9. www.notontobacco.com

4.8.3. Rekomandimet e trajtimit për duhanpirësit me sëmundje respiratore, kardivaskulare, psikiatrike, kancer dhe sëmundje të tjera bashkëshqëruese
Përdoruesit e duhanit me sëmundje të tilla si kanceri, sëmundje kardiale, SPOK, diabet dhe astmë janë të rëndësishme për tu
Sëmundjet kardio vaskulare
Në një review sistematike Critchley dhe Capewell gjeti se lënia e duhanit është e lidhur me një reduktim sinjifikant 36% të rrezikut të vdekshëm të midis pacientëve nga sëmundjet koronare, pavarësisht ndryshimeve midis studimeve në terma të episodeve të indeksit kardiak, moshës, gjinisë, vendit dhe periudhës kohore.1 Trajtimi i lënies së duhanit për pacientët me sëmundje kardiovaskulare ndryshon nga ata të pacientëve të tjera, sepse pacientët shpesh detyrohen të lënë duhanin pas një episodi të papritur kardiovaskular dhe të vazhdojnë abstinencën për gjithë jetën. Meqë fillimi i sëmundjevave kardiovaskulare është arsyeja më sinjifikante që i motivon duhanpirësit të lënë duhanin, mjekët duhet të ofrojnë programet e duhura të përshtatshme për pacientët me sëmundje kardiovaskulare.3

Konsiderata të veçanta duhet të merren për duhanpirësit me sëmundje kardiovaskulare sepse (1) ashtu si tregojnë dhe evidencat ato duhet të rekomandohen për të lënë duhanin (2) ata duhet të lënë duhanin gjatë fazës akute të sëmundjes kardiovaskulare dhe të vazhdojnë abstinencën më pas; dhe (3) ata janë të kundraindikuar për terapinë e ndërprerjes së nikotinës vetëm gjatë fazës akute të sëmundjes kardiovaskulare (48 orët e para pas episodit).1 Efektet e medikamenteve rriten në mënyrë sinjifikante kur bashkohen me ndërhyrjet e sjelljes, të ofruara nga një mjek ose ofruar i kujdesit shëndetsor, grupë të ndërprerjes së duhanit dhe gjithashtu mbështetjes së lënies së duhanit me anë të telefonit.

Të gjithë pacientët me ndonjë faktor rrëziku për sëmundje kardiovaskulare duhet të udhëzohen që të lënë duhanin. Vareniklina dhe/ose terapia e zëvendësimit të nikotinës duhet të merren parasysh. Përveç masave të rekomanduara për përdorimin e zëvendësimit të nikotinës tek duhanpirësit me sëmundje akute kardiovaskulare, të dhënat aktuale tregojnë se zëvendësimi i nikotinës nuk ka treguar asnjë efekt negativ në rezultatet në pacientët me sëmundje kardiake.3 Vareniklina duhet se është e sigurt në pacientët me sëmundje kardiovaskulare të qëndrueshme, pa histori të depresionit ose sëmundje psikiatrike. Të dhëna specifike në lidhje me përdorimin e Vareniklinës për ndërprerjen e duhanit në pacientët me sëmundje kardiovaskulare janë cituar në seksionin 4.3.3.9 Si përfundim, ndërhyrjet që kombinojnë strategji të shumta (farmakologjike dhe psiko-sociale) mund të ketë efikasitet më të mirë afatgjatë, sidomos për ata pacientë të cilët nuk i përjashtojnë vetëm medikamenteve.4

Sëmundjet respiratore
Duke qënë direkt të ekspozuar ndaj përdorimit të duhanit, organet respiratore preken më shumë nga duhanit. Ja pse ndërprerja e duhanit ujërë përkuar dhe tërheqjet shumë tek pacientët me SPOK, kancer pulmonar, infeksione respiratore, çrregullime intersticiale dhe të gjumit.

SPOK
Ndërprerja e duhanit është ndërhyrja më e rëndësishme terapeutike për pacientët me SPOK dhe që janë duhanpirës. Pacientët me SPOK dhe që pinë duhan kanë një nivel veçanërisht të lartë të varësisë ndaj nikotinës, e cila kërkon programe të strukturuar ndërprerje, që përbëhen nga konceptet e ndërprerjes së duhanit dhe përveç ato janë të kundraindikuar për terapinë e ndërprerjes së nikotinës vetëm gjatë fazës akute të sëmundjes kardiovaskulare (48 orët e para pas episodit).1 Efektet e medikamenteve rriten në mënyrë sinjifikante kur bashkohen me ndërhyrjet e sjelljes, të ofruara nga një mjek ose ofruar i kujdesit shëndetsor, grupë të ndërprerjes së duhanit dhe gjithashtu mbështetjes së lënies së duhanit me anë të telefonit.

Të gjithë pacientët me ndonjë faktor rrëziku për sëmundje kardiovaskulare duhet të udhëzohen që të lënë duhanin. Vareniklina dhe/ose terapia e zëvendësimit të nikotinës duhet të merren parasysh. Përveç masave të rekomanduara për përdorimin e zëvendësimit të nikotinës tek duhanpirësit me sëmundje akute kardiovaskulare, të dhënat aktuale tregojnë se zëvendësimi i nikotinës nuk ka treguar asnjë efekt negativ në rezultatet në pacientët me sëmundje kardiake.3 Vareniklina duhet se është e sigurt në pacientët me sëmundje kardiovaskulare të qëndrueshme, pa histori të depresionit ose sëmundje psikiatrike. Të dhëna specifike në lidhje me përdorimin e Vareniklinës për ndërprerjen e duhanit në pacientët me sëmundje kardiovaskulare janë cituar në seksionin 4.3.3.9 Si përfundim, ndërhyrjet që kombinojnë strategji të shumta (farmakologjike dhe psiko-sociale) mund të ketë efikasitet më të mirë afatgjatë, sidomos për ata pacientë të cilët nuk i përjashtojnë vetëm medikamenteve.4

Sëmundjet respiratore
Duke qënë direkt të ekspozuar ndaj përdorimit të duhanit, organet respiratore preken më shumë nga duhanit. Ja pse ndërprerja e duhanit ujërë përkuar dhe tërheqjet shumë tek pacientët me SPOK, kancer pulmonar, infeksione respiratore, çrregullime intersticiale dhe të gjumit.

SPOK
Ndërprerja e duhanit është ndërhyrja më e rëndësishme terapeutike për pacientët me SPOK dhe që janë duhanpirës. Pacientët me SPOK dhe që pinë duhan kanë një nivel veçanërisht të lartë të varësisë ndaj nikotinës, e cila kërkon programe të strukturuar ndërprerje, që përbëhen nga konceptet e ndërprerjes së duhanit dhe përveç ato janë të kundraindikuar për terapinë e ndërprerjes së nikotinës vetëm gjatë fazës akute të sëmundjes kardiovaskulare (48 orët e para pas episodit).1 Efektet e medikamenteve rriten në mënyrë sinjifikante kur bashkohen me ndërhyrjet e sjelljes, të ofruara nga një mjek ose ofruar i kujdesit shëndetsor, grupë të ndërprerjes së duhanit dhe gjithashtu mbështetjes së lënies së duhanit me anë të telefonit.

Të gjithë pacientët me ndonjë faktor rrëziku për sëmundje kardiovaskulare duhet të udhëzohen që të lënë duhanin. Vareniklina dhe/ose terapia e zëvendësimit të nikotinës duhet të merren parasysh. Përveç masave të rekomanduara për përdorimin e zëvendësimit të nikotinës tek duhanpirësit me sëmundje akute kardiovaskulare, të dhënat aktuale tregojnë se zëvendësimi i nikotinës nuk ka treguar asnjë efekt negativ në rezultatet në pacientët me sëmundje kardiake.3 Vareniklina duhet se është e sigurt në pacientët me sëmundje kardiovaskulare të qëndrueshme, pa histori të depresionit ose sëmundje psikiatrike. Të dhëna specifike në lidhje me përdorimin e Vareniklinës për ndërprerjen e duhanit në pacientët me sëmundje kardiovaskulare janë cituar në seksionin 4.3.3.9 Si përfundim, ndërhyrjet që kombinojnë strategji të shumta (farmakologjike dhe psiko-sociale) mund të ketë efikasitet më të mirë afatgjatë, sidomos për ata pacientë të cilët nuk i përjashtojnë vetëm medikamenteve.4

Sëmundjet respiratore
Duke qënë direkt të ekspozuar ndaj përdorimit të duhanit, organet respiratore preken më shumë nga duhanit. Ja pse ndërprerja e duhanit ujërë përkuar dhe tërheqjet shumë tek pacientët me SPOK, kancer pulmonar, infeksione respiratore, çrregullime intersticiale dhe të gjumit.
kur këto ndërhyrje më intensive u krahasuan me këshillimin e zakonshëm; megjithatë, këto ndërhyrje treguan një prirje në favor të ndërryrjes intensive.

Mënyra më e mirë e rritjes së efikasitetit të vetvetes dhe vetëvlerësimit tek këta pacientë është i pasur. Megjithatë, këto ndërhyrje treguan një prirje në favor të ndërhyrjes intensive.

Mënyra më e mirë e rritjes së efikasitetit të vetvetes dhe vetëvlerësimit tek këta pacientë është i pasur. Megjithatë, këto ndërhyrje treguan një prirje në favor të ndërhyrjes intensive.

Mënyra më e mirë e rritjes së efikasitetit të vetvetes dhe vetëvlerësimit tek këta pacientë është i pasur. Megjithatë, këto ndërhyrje treguan një prirje në favor të ndërhyrjes intensive.
**Rekomandime**

- Terapia e zëvendësimit të nikotinës ose vareniklina duhet të përdoren për ndërprerjen e duhanit tek të gjithë duhanpirësit me SPOK, pavarësisht gravitët të sëmundjes dhe numrit të cigareve të pira (niveli i evidencës B).
- Terapia e zëvendësimit të nikotinës, vareniklina dhe bupropioni me efekt të zgjatur janë efektivë dhe të toleruar mirë nga duhanpirësit me SPOK (niveli i evidencës A).

**Asta**

Meqë pirja e duhanit është një parashikues i rëndësishëm i gravitët të astmës dhe kontrollit të dobët të saj, në një mënyrë të varur nga doza, ndërprerja duhanit bëhet e rëndësishme në rastin e astmatikëve duhanpirës. Duhanpirësit me astmë tregonjnë simptoma më të rënda astmatike, një nevojë më të lartë për medikamente të ndërmës së parë, rezistencë më të lartë për kortikosteroidët dhe tregues më të dobët të gjendjes shëndetësore. Sipas studimi që vlerësoi efektin e ndërprerjes së duhanit në funksionin e mushkërive dhe cilësinë e jetës tek pacientët me astmë gjatë trajtimit me kortikosteroidë, rezultati më të madh në funksionin pulmonar tek duhanpirësit me astmatikë me periudhë të zgjatur. Kur kërkojmë të kemi rezultate më të mira për pacientët duhanpirës me astmë, shënoni duhanpirët me astmë si pacientë me rrezik të lartë, dhe diskutoni me ta ndërprerjen e duhanit në çdo rast që jetet. Ofrohen plane me shkrim të vet-menaxhimit të astmës dhe fletëpalosje edukative që sigurojnë se lënia e duhanit të përshihet si një trajtim për astmën.  

**Tuberkulozi**

Duhanpirësit kanë një rrezik më të lartë për tu infektuar nga bacilet e tuberkulozit dhe sëmundjes me TBC më shpesh se jo-duhanpirës. Meqë duhanpirja njihet që rrëziku nga infekciioni dhe sëmundjes me TBC, mospirja e duhanit ose lënia e tij ndihmon në kontrollin më të mirë të TBC në një komunitet. Duke qënë se pirja e duhanit zvogëlon në mënyrë të konsiderueshme efektivitetin e trajtimit të TBC, integrimi i ndërprerjes së duhanit në programet e trajtimit të tuberkulozit është shumë i këshilluar për të reduktuar barrën e dyfishtë globale të pirjes së duhanit dhe TBC.  

Unioni Ndërkombëtar kundër Tuberkulozit rekomandon ndërhyrjen ABC për të lënë duhanin (A- pyet për statusin e duhanpirjes, B-këshillimi i shkurtër, C- mbështetje për ndërprerjen e duhanit) tek pacientët me TBC që pijnë duhan. Këta tre hapa të thjeshtë mund të ofrohen nga çdo profesionist shëndetor, që trajton pacientët duhanpirës me TBC dhe të dhënat duhet të shënohen në kartelën e pacientit. Një ndihmë e caktuara për tu mudësë për të dëshmitet pacientët duhanpirës me TBC dhe të dhënat duhanin të shënohen në kartelën e pacientit.  

Një tërheqësi më të përcanueshme për të dëshmitet pacientët duhanpirës me TBC dhe të dhënat duhanin të shënohen në kartelën e pacientit është që të ndihmojnë në kontrollin e TBC në një komunitet. Unioni Ndërkombëtar kundër Tuberkulozit rekomandon ndërhyrjen ABC për të lënë duhanin (A- pyet për statusin e duhanpirjes, B-këshillimi i shkurtër, C- mbështetje për ndërprerjen e duhanit) tek pacientët me TBC që pijnë duhan. Këta tre hapa të thjeshtë mund të ofrohen nga çdo profesionist shëndetor, që trajton pacientët duhanpirës me TBC dhe të dhënat duhanin të shënohen në kartelën e pacientit. Një ndihmë e caktuara për tu mudësë për të dëshmitet pacientët duhanpirës me TBC dhe të dhënat duhanin të shënohen në kartelën e pacientit.
pacientëve me TBC për ndikimin e sëmundjes dhe të trajtimeve të lidhura me mirëqenien fizike, mendore dhe sociale si dhe funksionimin e tyre.26

Kanceri
Lënia e duhanit është një sfidë sinjifikante në këtë popullatë komplekse të pacientëve.27 Kur trajtohet varësia ndaj duhanit tek pacientët me kancer të pulmoneve duhet të merren në konsideratë pikat e mëposhtme:

• **Motivimi:** Evidencat sigjerojnë se shumica e pacientëve me kancer të pulmoneve janë të motivuar të ndalojnë duhanin. Por, edhe pse diagnoza e kancerit mendohet se është një motivues i fortë, pacientët me kancer të pulmoneve që pinë duhan janë në faza të ndryshme të gadishmërisë për të lënë duhanin.

• **Stigma dhe vet-fajësimi:** Ka evidenca empirike për të treguar se pacientët me kancer të pulmoneve përjetojnë nivele sinjifikative të perceptimit të stigmës, pavarësisht nëse janë duhapirës ose jo.

• **Menaxhimi i humorit:** si rezultat i diagnozës së kancerit të pulmoneve, pacientët shpesh përjetojnë distress psikologjik, rritura të ndjenjës së të paturit një barre, stress dhe stigmatizim.

• **Shtëpi ku nuk pihet duhan:** Evidenca të konsiderueshme sugjerojnë se të paturit e një shtëpie ku nuk pihet duhan, mund të jetë e lidhur me rritura të suksesshme të lënies së duhanit.28

Pacientët me kancer mund të kenë nivele më të larta të varësisë ndaj nikotinës, nivele më të larta të sëmundjeve shoqëruese, ose më shumë vështirësi në lënien e duhanit, si dhe shëndet dhe funksionimin fizik më të dobët, më shumë stres dhe shqetësim emocional. Kjo sugjeron nevojën për programe më intensive ose të përshhtatura, që kombinoinë ndërryrjet e sjelljes me këshillimin farmakologjik për lënien e duhanit.28 Këshillimi, medikamentet dhe këshillimi motivues janë eficente në këtë kategori pacientësh. Farmakoterapia e kombinuar, gjithashtu është jetë efektive tek duhanpirësit shumë të varur.29 Një program për ndërprerjen e duhanit, i menaxhuar nga infermierë, për 145 pacientë me kancer të kokës, qafës ose të pulmoneve, tregoi nivele të favorshme të suksesit afatgjatë (40% abstinenccë në gjashtë muaj). Programi ishte më intensiv në muajin e parë dhe përmbëhej nga këshillat e mjekut, ndërryrjen e infermieres menaxhuese dhe produkuteve të ndryshme (tableta nikotinë, bupropion dhe kombinime të produkuteve) dhe zgjati gjithsej një vit, në mënyrë që të mbështeste pacientin në disa situata rreziku gjatë gjithë vitit, të tilla si ditëlindje, situatat e stresit dhe festat.30

Çrregullimet psikiatrike, përdoruesit e drogës
Çrregullimet psikiatrike janë më të shpeshta tek duhanpirësit, dhe këta pacientë mund të përjetojnë një proces të vështrirë të lënies së duhanit. Sjellja e duhanpirjes haset më shpesh tek përdoruesit e drogës dhe alkolit. Këto kategori duhanpirësish shumë rrallë pyesin për terapi për lënien e duhanit. Trajtimi i varësisë së tërre ndaj duhanit është një proces kompleks, brenda kontekstit të diagnozës psikiatrike dhe medikamenteve specifikë. Krahasuar me duhanpirësit pa një histori të çrregullimeve psikiatrike, duhanpirësit që kanë patur një episod të një çrregullimi të humorit ose të ankhtit (përfshti ata që kanë patur një në vitin e fundit) të gjithë ishin me më pak gjasa që të ishin abstinent deri në javën e 8 pas lënies së duhanit. Të paturit e një diagnoze të çrregullimit të ankhtit gjithashtu ishte e lidhur me një ulje të gjasave të mbajtjes së abstinenccës në muajin e gjashtë pas lënies së duhanit. Këto rezultate mund të ofrojnë një bazë për trajtimin e përshtatur tek duhanpirësit me probleme psikiatrike.30

Fatmirësisht, trajtimi i varësisë ndaj duhanit tek pacientët me gjendje të stabilizuara psikiatrike nuk e përkeqëson gjendjen mendore, dhe në fakt mund ta përmirësojë humorin.31,33 Një meta analizë nga Cochrane Collaboration egzaminoi lënien e duhanit tek pacientët me depression aktual ose të mëparshëm.34 Përmbledhja përfshin 49 studime dhe gjeti evidenca që shtimi i një komponenti të menaxhimit të humorit psiko-social tek ndërryrjet standarte të ndërprerjes së duhanit ishte efektive në rriturën e abstinenccës afat-gjatë tek duhanpirësitet me depresion aktual dhe të mëparshëm. Përmbledhja gjeti evidenca se shtimi i bupropionit ishte efektiv në rriturën e niveleve afat-gjata të abstinenccës tek duhanpirësitet me histori depresioni.34 Trajtimi farmakologjik u ofrue në bashkëpunim me këshillimin intensiv. Nuk u gjendën evidenca të ndonjë efekti tek individët me depresion aktual. Gjithashtu nuk kishte evidenca të mjafuqëse shëndet dhe këshillimin intensiv. Nuk u gjendën evidenca të ndonjë efekti tek individet me depresion aktual. Gjithashtu nuk kishte evidenca të mjafuqëse shëndet dhe këshillimin intensiv.
Për trajtimin e duhanpirësve të cilët vuajnë nga çrregullime të rënda mendore, si: depresioni madhor, skizofrenia dhe psikoza, rekomandohet të rritet dhe të zgjatet periudha e trajtimit, të zbatohen teknika të përbashkëta psikologjike konjitive-bihevioriste dhe të përdoret çdo trajtim medikamentoz që ndihmon për të kontrolluar/zvogëluar rifillimin e pirjes së duhanit apo simptomat bazë psikiatrike.35

Në pacientët me skizofreni, statusi i duhanpirjes duhet të përfshihet në vlerësimin klinik dhe për ta duhet të sigurohet terapia e zëvendësimit të nikotinës.36 Edhe pse është përshkruar një rrezik i lartë për rikthim tek këta pacientë, medikamentet për varësinë e duhanit janë efektive. Një meta-analizë nga Cochrane Collaboration ka raportuar për ndërprerjen e duhanit tek të rritur me skizofreni dhe ka gjetur evidenca të fortë për të mbështetur përdorimin e bupropionit në rritjen e abstinencës. Vareniklina mund të lehtësojë efektet anësore të lidhura me abstinencën dhe duket se tolerohet mirë nga duhanpirësit me skizofreni.38 Si vareniklina dhe farmakoterapia e kombinuar, ishin efektive dhe nuk e rritën shqetësimin psikologjik për deri në gjashtë muaj tek duhanpirësit me sëmundje shoqëruese. Gjithësia kërkime të tjera kërkojnë që të përpashton efektet anësore (shihni seksionin 4.3.3.9). Mjekët duhet të monitorojnë pacientët për shkak të potencialit që kanë këto medikamentet për të shkaktuar paqëndrueshmëri psikiatrike.40

Pacientët e trajtuar me antipsikotikë atipikë mund të përgjigjen më mirë bupropionit me efekt të zgjatur sases ata të trajtuar me antipsikotikë standartë. Në një studim të hapur të një grupi me 412 duhanpirës (111 të diagnostikuar me sëmundje psikiatrike) vareniklina ishte njësoj efektive dhe nuk ishte e lidhur me incidencë më të largë ose gravitet të efekteve anësore tek pacientët me sëmundje psikiatrike. Këshillimi dhe farmakoterapia janë efektive tek duhanpirësit që janë trajtuar njëkohësisht për varësinë e drogërave, edhe pse ka pak evidenca se si terapia e varësisë nga nikotina ndikon në rimëkëmbjen e varësisë nga droga. Studimet aktuale demonstrojnë efikasitetin e një ndërhyrjen e shkurtrë të menaxhimit me kupona në promovimin fillestar të destinësës ndaj duhanit tek pacientët e trajtuar me opioidë. Një studim i hapur i randomizuar ka krahassuar trajtimin e zakonshëm (TAU) të kombinuar me nikotinën-leukoplast plus këshillimin konjitive-bihevioral në grup për ndërprerjen e duhanit (n=153) me vetëm ndërhyrjen TAU (n=72) për pacientët e rejistruar në programe të trajtimit për varësi ndaj drogës apo alkoolit, të cilët ishin të interesuar edhe në lënien e duhanit. Ky raport është një analizë dytësore që ka vlerësuar efektin e simptomave depresive (n=70), ose historinën e depresionit (n=110) tek rezultatet e ndërprerjes së duhanit. Një lidhje e rëndësisëm të shëtë parë midis masave të depresionit dhe vështirësisë për të lënë duhanin. Këto të dhëna sugjerojnë se që të vizitoni me qëllimin e simptomave depresive mund të luajnë një rol të rëndësisëm në përprerjen e rezultateve për lënien e duhanit në kë të kategorët pacientësh.42

Rekomandimet:

- Trajtimi i varësisë ndaj duhanit është efektiv tek pacientët më sëmundje të rënda mendore. Trajtimet që funksionojnë në popullatën normale, gjithashtu funksionojnë për ato me sëmundje të rënda mendore dhe shfaqjan pothuajse njësoj efektive.
- Për trajtimin e duhanpirësve që vuajnë nga çrregullime të rënda mendore, si depresioni madhor, skizofrenia dhe psikoza, rekomandohet të rritet dhe zgjatet koha e trajtimit.
- Rekomandohet monitorimi strikt i pacientëve me sëmundje mendore që trajtohen me farmakoterapi, për shkak të potencialit për të shkaktuar paqëndrueshmëri psikiatrike.

Pacientët e infektuar me HIV

Individët HIV pozitiv kanë më shumë gjasa për të pirë duhan sesa popullata normale. Sot, individët HIV pozitiv jetojnë më gjatë për shkak të përparimeve të trajtimit, duke e bërë çështjen e duhanpirjes në kë të përgjithshëm shëndetësh. Këtë të dhëna sugjerojnë se pacientët me sëmundje mendore që trajtohen me farmakoterapi, për shkak të potencialit për të shkaktuar paqëndrueshmëri psikiatrike.
së duhanit mbështetin e tyre, dhe disa thonë se ata nuk do të jetojnë mjaftueshmë që efektet shëndetësore të pirjes së duhanit të kenë rëndësë. Përveç kësaj, disa duhanpirës HIV pozitiv raportojnë se pirja e duhanit është një mënyrë efektive për të përballuar stresin e sëmundjes së tyre.1

Një përmbledhje e 2016 e Cochrane Collaboration egzaminoi ndërhyrjet e lënies së duhanit për individët që jetojnë me HIV/AIDS.43 Përmbledhja identifikoi 12 studime të cilat kishin ekzaminuar ndërhyrjet që përshinin si farmakoterapinë, ashtu dhe këshillimin. Midis studimeve të kontrolluara që u vlerësuan, nuk u gjetën evidenca të forta që ndërhyrjet ishin më efektive sese grupi krahasues. Kishë evidenca të pamjaftueshëm që ndërhyrjet intense ishin superiore ndaj kontakteve për të arritur abstinencën afat-shkurtër.43 Asnjë studim klinik i randomizuar afatgjatë nuk ka analizuar efikasitetin e ndërhyrjve në këtë grup pacientësh. Nevojiten më shumë studime.

Referencat

1. Fiore M. C., Tobacco Use and Dependence: A 2011 Update of Treatments CME/CE,
24. Chiang YC, Lin YM, Lee JA, Lee CN, Chen HY., Tobacco consumption is a reversible risk factor associated with reduced successful treatment outcomes of anti-tuberculosis therapy, Int. J. Inf. Dis. 2012;16(2);e130-5.


33. Prochaska JJ. Quitting smoking is associated with long term improvements in mood. BMJ. 2014 Feb 17;348:g1562. doi: 10.1136/bmj.g1562.


4.8.4 Rekomandimet për ndërhyrjet mbi shtimin në peshë pas lënies së duhanit

Shumica e duh anpirësve që e lënë duhanin shtojnë në peshë, zakonisht nën 5 kg, por 10% e tyre mund të shtojnë mbi 15 kg. Gjithseisi shtimi në peshë nga lënia e duhanit është një rrëziku i ulët ndaj shëndetit, krahasuar me rrezikut e vazhdimit të pirjes së duhanit. Tendencia për të shtuar në peshë është më e lartë tek gratë sesa tek burrat, tek afrikanët, pavarësisht gjinisë, dhe tek subjektet më të vjetër se 55 vjeç dhe që pijnë shumë duhan. Adoleshentët, në qoftë se e kanë problem shtimin në peshë fillojnë të pinë më shpreh duhan. Kjo është arsyeja se përmirësohet me vërtetën e nevojshme të promovohen metoda të shëndetshme të mbajtjes së peshës dhe të hiqet nocionin i përdorimit të duhanit si një metodë për kontrollin e peshës. Adoleshentët duhet të bëhen të ndërjegjshëm se ka mënysa të tjera për të humbur në peshë që janë më efektive e të shëndetshme, dhe mesazhe të tilla duhet të përfshijnë kur diskutohet lënia e duhanit. Të dhënat e ofruara nga Levine et al. përfshinë treguesit e një popullore me grë që shqetësoara për peshën, që merrnin kombinimin e CONCERNS (cognitive behavioral therapy CBT for smoking-related weight concerns and bupropion SR) - terapi kombinimin CONCERNS dhe placeboja. Ky efekt nuk ishte i lidhur me...
Ndryshimet në shtimin në peshë pas lënies së duhanit, ose ndryshimin e shqetësimeve mbi shtimin në peshë.\textsuperscript{3} Terapia me zëvendësues të nikotinës dhe bupropion është eficiente në kufizimin e shtimit në peshë që vërehet pas lënies së duhanit. Në dy studime mbi lënien e duhanit me vareniklinë krahasuar me bupropionin dhe placebo, shtimi në peshë në grupin me trajtimin 12 javor me vareniklinë ishte më i ulët (nën 3 kg).\textsuperscript{1} Shtimi në peshë vjen nga rritja e kalorive dhe ulja e ritmit të metabolizmit. Të dhënat rreth përfshirjes së mekanizmeve të metabolizmit sugjerojnë se duhanpirësit do të shtojnë në peshë gjatë një përpikejëse për të lënë duhanin edhe pse ata nuk e kanë ndryshuar marrjen e kalorive.\textsuperscript{5} Pacienti duhet të jetë i informuar dhe i pregatitur për mundësinë e shtimit të peshë dhe duhet ti ofrohet mbështetje për kontrollin e peshës, duke e inkurajuar atë të adoptojë një stil jetese të shëndetshme, të praktikojë ushtrime fizike të moderuara dhe të konsumojë ushqime të shëndetshme me fruta dhe perime, të flejë mirë dhe të mos konsumojë alkool. Një program ushtirmesh 45 minutësh tre herë në javë jep rritjet e shtimit në peshë nga duhanirjes tek gratë dhe kufizon mbipeshën, në qoftë se kombinohet gjithashtu me programe të sjelljes dhe konjicionit. Shtimi në peshë është minimal në qoftë se duhanerja nga duhanit shqetësohet mbi rritjen e shtimit të peshës.\textsuperscript{4} Mbështetja e menaxhimit të personalizuar të peshës mund të jetë efektive dhe mund të mos e reduktojnë abstinencën, por ka shumë pak të dhëna për të qëndruar në mbi këtë. Një studim ka treguar se një dietë me shumë kalorë pak kalori ka rritur abstinencën, por nuk e ka parandaluar rritjen e peshës në periodha afat-gjata. Terapia konjitive-bihejviorale për të pranuar rritjen në peshë, nuk e ka kufizuar rritjen në peshë pas lënies së duhanit dhe mund të mos e promovojë abstinencën në periodha afat-gjata. Ndërhyrjet me ushtrime fizike në mënyrë sinjifikante kanë reduktuar peshën në periodha afat-gjata, por jo afat-shkurtra. Nevojiten më shumë studime për të qartësuar nëse ky është një efekt i trajtimit apo një gjetje rastësore. Bupropion, fluoksetina, zëvendësimi i nikotinës dhe vareniklibinë reduktojnë rritjen në peshë pas lënies së duhanit, ndërkohë në përdoret medikamenti. Edhe pse ky efekt nuk është mbajtur një vit pas lënies së duhanit, evidencat janë të pamjaftueshme për të përfshiruar një efekt modest afat-gjatë. Nuk ka të dhëna të miaftueshme për të dhënë rekomandime të forta klinike për programe efektive, që parandalojnë shtimin në peshë pas lënies së duhanit.\textsuperscript{5} Zëvendësuesit e nikotinës - në veçanti çëmçakizë me 4 miligramë nikotinë dhe tableta me 4 miligramë nikotinë - duken se janë efektive në vonesën e shtimit në peshë pas lënies së duhanit. Për më tepër, duket se ka një lidhje dozetë-përgjigjje midis përdorimit të çëmçakizit dhe shtimit në peshë (sa më shumë të përdoret çëmçakiz, aq më pak ka shtim në peshë). Bupropionim SR (me çlirim të ngadaltë) gjithashtu duket se është efektiv në vonimin e shtimit në peshë nga lënia e duhanit. Gjithësia, sapo ndalojet terapia me nikotinë-çëmçakizë ose bupropion SR, individi që ka lënë duhanin ka një shtim peshe pothuajse njësoj sikur të mos i kishte përdorur medikamentet.

**Rekomandime**

- Tek duhanpirësitet që janë të shqetësuar me një rritje të mundshme në peshë pas lënies së duhanit, rekomandohet të përdorin vareniklinën, bupropion ose çëmçakizin me nikotinë si medikamente për të kufizuar mbipeshën e mundshme që vjen nga abstinencë (niveli i evidencës B).
- Monitorimi i marrjes së kalorive dhe rritja e shpenzimit të tyre, janë metodat e rekomanduara për të menaxhuar shtimin në peshë.

**Referencat**

Kërkimet dhe rekomandimet shkencore për vlerësimin e lënies së duhanit

"Strategjité efektive të lënies së duhanit duhet të rrisin shkallën e ndërprerjes së duhanit dhe t’iu kundërvihen rifillimeve të duhanpirjes tek pacientët."
5.0 Kërkim dhe Rekomandime Shkencore për të vlerësuar ndërprerjen e duhanit

5.1 Kriteret e kërkimit shkencor për ndërprerjen e duhanit

Trajtimi i ndërprerjes së duhanit është integruar në shumë sisteme të shërbimit shëndetësor, dhe janë bërë kërkmime shkencore të rëndësishme për të përmirësuar shkallën e suksesit. Deri kohë e fundit, rezultatat rasti të testet klinike janë raportuar në mënysa të ndryshme, gjë që ka sjellë problem në interpretim. West et al. propozoi gjashtë kritere standarde të cilat përbën Standartet Russell (RS)¹. Këto kritere aplikohen në testet e ndërprerjes së duhanpirjes, ku pjesëmarrësit kanë një datë të përcaktuar për lënien dhe kanë kontakt me kërkuar apo me stafin klinik. Këto kritere janë: (1) ndjekje për gjashtë muaj (RS6) ose 12 muaj (RS12) nga data kur pacienti ka lënë duhanin ose nga përfitimi i një periudhës së tolerancës; (2) vet-raportimi për abstinencën nga duhanu mbështet që nga data kur pacienti ka lënë duhanin ose nga përfitimi i një periudhës së tolerancës; (3) verifikimi biokimik i abstinencës, të paktën për një periudhë të ndërprerjes së duhanu apo dymbëdhjetë mujore; (4) përdorimi i një metode “synimi për trajtim” në të cilën përfshihet të gjithë subjektet që janë ndërprerja shëndetësore, duke konsideruar të gjithë subjektet që janë ndërprerja shëndetësore; (5) monitorimi i “shkelësve të protokollit” dhe përdorimi i statutit të tyre të vërtetë të ndërprerjes së duhanu në analizë; dhe (6) mbledhja e të dhënave të monitorimit të duhanpirësve, të ndarë në grupe ekperimentale të përkthenë. Përmbledhja e kritereve për vlerësimin e abstinencës nga duhanit në një punim shkencor:

- **Zgjatja e abstinencës**: vlerësohet si një kriter konfirmues abstinence një periudhë Kohore minimale prej gjashtë muajsh, që nga data e lënies deri në arritjen aktuale të ndërprerjes së duhanit.
- **Përkufizimi i abitinencës**: raportimi nga pacienti i konsumimit të më pak se shtatë cigare në gjashtë muaj që nga momenti ai/aja ndaluan duhanin, së bashku me një rezultat negativ të testit të nivelit të monoksidit të karbonit në ajerin e ekspiruar. Duhet të bëhet një dallim midis abstinencës së momentit (abstinence e pikut) e përcaktuar në momentin e vizitës mjekësore dhe abstinencës së vazhduar, e vlerësuar nga një seri kontroshëse përgjatë ndërprjes 6-12 mujore.
- **Konfirmimi bio-kimik i abitinencës**: rekomandohet të përcaktohon përqëndrimi i monoksidit të karbonit (CO) në frymëmarrje gjatë çdo vizite; kjo është e detyrueshme në vizitin e fundit të trajtimit.
- **Analiza synimi-për-të-trajtuar**: raporti i abitinencës përcaktohon duke konsideruar të gjithë subjektet që janë ndërprerja, përfunduan trajtimin komplet dhe u paraqitet në të gjitha vizitët ndërprësë. Ata pacientë që kanë humbur gjatë ndërprjes që janë ndërprerja aktiv, duke ndihmuar së bërë kontakt me të gjithë subjektet që janë ndërprerja aktiv, duke ndihmuar së bërë kontakto setTimeout dhe të mbahen në database-in qendror të ndërprerjes së duhanit.
- **Shkelësit e protokollit**: abstinence konfirmohet sipas kritereve 1-4, vetëm nëse pacientët kanë ndjekur trajtimin korrekt - në doza standarte, nuk kanë ndihmuar vetë terapi të tjera në skemën terapeutike të vendosur nga mjeku, dhe kanë marrë pjesë në të gjitha vizitët monitoruese (follow-up), me konfirmim biokimik të statusit të pirjes së duhanit.
- **Mos-identifikimi**: mbledhja e të dhënave duhanit të bëhet me metoda double-blind sa herë për jetë e mundur.

5.2 Kosto-efektiviteti i terapive të varësisë ndaj duhanit

Kontrolli i duhanit ka për qëllim të sigurojë që popullia të mund të marrë ajër të shëndetshëm për të ndaluar nga tymit të duhanit, duke ndaluar pirjen e duhanit në ambjente mbështetuese publike. Ndërprerja e duhanit, një nga komponentët kryesor të kontrollit të duhanit, zgjedhë shumë probleme shëndetësore,
duke ndihmuar duhanpirësit ta lënë duhanin. Ekziston një fushë e madhe kërkipëse, që tregon efektivitetin e ndërhyrjeve për ndërprerjen e duhanit. Ekziston gjithashtu literaturë e mjaftueshme mbi kosto-efektivitetin e ndërprerjes së duhanit e bazuar në anketat e kryera në shumë shtete. Studime të mëparshme vlerësuan terapitë zëvendësuese me nikotinë dhe bupropion. Një studim i mëparshëm i kosto-efektivitetit të ndërhyrjeve për ndërprerjen e duhanit tregoi që, në krahasim me ndërhyrjet preventive, ndërprerja e duhanit ishte shumë kosto-efektive. Studimi ishte krijuar që mëjëkët e kujdesit parësor të ekzaminojnë duhanpirësit adulte dhe ti motivojnë ata të heqin dorë nga pirja gjatë vizitave rutinë. Vetëm këshillim dhe NRT (terapi zëvendësuese me nikotinë) përdorreshin gjetë ndërhyrjeve për ndërprerjen e duhanit. Kostoja mesatare llogaritej 3779 $ për individ, 2587 për çdo vit jetë të shpëtuar dhe 1915 $ për çdo QALY (quality-adjusted life year) të shpëtuar.

Kosto e pirjes së duhanit të jetë 193 bilion USD në Shtetet e Bashkuara, duke përfshirë 97 97 bilion USD prodhimitarit të humbuar dhe 96 bilion USD në shpenzime, të lidhur me kujdesin shëndetësor për shkak të pirjes së duhanit. Kosto direkt e pirjes së duhanit në Shërbimin Kombëtar Shëndetësor në Britanimë e Madhe ishte 5.2 bilion dhe kostot në Shtetet e Bashkimit Europian në total direkt dhe indirekt janë vlerësuar midis 97.7 bilion € dhe 130.3 bilion € për vit. Në një ndërhyrje për ndërprerjen e duhanit në vendin e punës, për dyphemjjetë muaj kostoja e shpëtimit u llogarit 541 USD për varenicline, 151 USD për bupropion dhe 82 USD për këshillime të shkurtratë. Nga meta-analizë e zhvilluar në Shtetet e Bashkuara u arrit përfundimi se këshillimi për ndërprerjen e duhanit me konsulencë të vazhdueshme pas daljes nga programi, është potenciali kosto-eficent dhe mund të zgjedhë incidençë të pirjes së duhanit dhe pasojat negative të shëndetit e kostot sociale që e shoqërojnë. Duke përdorur të dhënat nga meta-analiza të testeve rastësore, kërkuiesit në Shtetet e Bashkuara ngritten një grup kohort hipotetik me duhanpirësit të duhanin në infarkt të miokardit, ndërprerja për ndërprerjen e duhanit është me kosto-eficent. Studimi të llogaritur në Hollanda treguan që ndërprerja e duhanit është kosto-eficente në pacientët me SPOK. Në një meta-analiza e zhvilluar në Shtetet e Bashkuara duhanpirja është faktori i rëndësishëm për shkaktimin dhe ecurinë klinike të SPOK. Prandaj ndërprerja e duhanit për këtë grup është veçanërisht rëndësishëm. Studimi ishte krijuar që një grup me ndërprerjen e duhanit në program, 4350 USD për vit jetë të shpëtuar dhe 5050 USD për QALY, ku janë marrë në konsideratë të gjitha shpenzimet. Kostoja për kujdesin shëndetësor të SST duket shëndetësor. 

Kostoja ndihmuar duhanpirësit të jetë 130.3 bilion € për vit. Një meta-analizë e zhvilluar në Shtetet e Bashkuara u arrit përfundimi se këshillimi për ndërprerjen e duhanit me konsulencë të vazhdueshme pas daljes nga programi, është potenciali kosto-eficent dhe mund të zgjedhë incidençë të pirjes së duhanit dhe pasojat negative të shëndetit e kostot sociale që e shoqërojnë. Duke përdorur të dhënat nga meta-analiza të testeve rastësore, kërkuiesit në Shtetet e Bashkuara ngritten një grup kohort hipotetik me duhanpirësit të duhanin në infarkt të miokardit, ndërprerja për ndërprerjen e duhanit është me kosto-eficent. Studimi të llogaritur në Hollanda treguan që ndërprerja e duhanit është kosto-eficente në pacientët me SPOK. Në një meta-analiza e zhvilluar në Shtetet e Bashkuara duhanpirja është faktori i rëndësishëm për shkaktimin dhe ecurinë klinike të SPOK. Prandaj ndërprerja e duhanit për këtë grup është veçanërisht rëndësishëm. Studimi ishte krijuar që një grup me ndërprerjen e duhanit në program, 4350 USD për vit jetë të shpëtuar dhe 5050 USD për QALY, ku janë marrë në konsideratë të gjitha shpenzimet. Kostoja për kujdesin shëndetësor të SST duket shëndetësor.
duhanit ishte 581 €, kundrejt 595 € në LMIS. SST lidhet gjithashtu me një numër më të ulët rëndimit të pacientëve (0.38 kundrejt 0.60) dhe dite-shtrimi (0.39 kundrejt 1) për pacient dhe një numër më të lartë pacientësh që lënen duhanin (20 kundrejt 9) me një kosto totale më të ulët. Kjo çon në një mbizotërim të SST në krahasim me LMIS.13

Në një studim të kryer në Massachusetts, Shtetet e Bashkuara të Amerikës, u gjet se shërbimet gjithëpërfshirëse së ndërprerjes së duhanit, që përfshijnë: farmako-terapinë, terapinë e këshillimit dhe ndihmëna për grupe pa akses në sistemin shëndetësor, kushtojnë rreth 183 USD për pjesëmarrës në program në 2010, dhe u llogarit një kursim prej 571 USD për pjesëmarrës. Kjo gjetje tregoi se çdo 1 USD kosto në program ishte lidhur me 3.12 USD në kursime mjekësore.14,15

Në një vlerësim ekonomik të kohëve të fundit Cantor et. Al. (2015) gjeti se trajnimi për mjekët dhe farmacistët mbështetin e duhanit ishte ishte një metodë me cost-efëciencë për mbështetjet ndalimin e duhanit në komunitet.16

Referencat

dhe shkencore të njohura botërisht për shëndetin publik, të përckatojë organizata lokale dhe kombëtare brenda sektorit publik që përmbushin objektivat dhe indikatorët qeveritarë për përmirësimin e shëndetit, të ulë pabarazitë në shëndetësi dhe të promovojë mirëqenien në komunitet.¹

Udhëzuesit duhet të implementohen për tu zbatuar në shërbinë brenda sistemit shëndetësor primar dhe sekundar, farmacitë, autoritet lokale dhe vendet e punës, por gjithashtu të zbatohen në organet trajnuese dhe përgjegjëse për politikat e shëndetit.

Në mënyrë që të arrihet ky objektiv, proçesi i implementimit ka nevojë për një strukturë udhëheqëse të projektit dhe një metodë hap-pas-hapi për të realizuar synimet e mëposhtme:

- Sigurohu që të gjithë grupet e interesit të jenë të ndërgjegjshëm për udhëzuesit dhe kanë akses në website, broshura etj.;
- Të punohet me grupet e përshtatshme të specialistëve për të krahasuar aktivitetin e tyre aktual me rekomandimet që përmbahen në udhëzimet dhe të ndërtohen bashkëpunime me rrjetet ekzistuese (si rrjetet rajonale të kontrollit të duhanit);
- Të identifikohet se cili spital/organizatë etj. ka nevojë të ndryshojë mënyrën aktuale të të punuarit, në mënyrë që të përfaqësohet me udhëzimet dhe të ndërtohen bashkëpunime më të përpunuara (si rrjetet e komuniteteve të vështira për të arritur);
- Të identifikohet se cili spital/organizatë etj. ka nevojë për ndryshimin e mënyrëve aktuale të të punuarit, në mënyrë që të përfaqësohet me udhëzimet dhe të ndërtohen bashkëpunime më të përpunuara (si rrjetet e komuniteteve të vështira për të arritur);
- Të vlerësohet si do të kushtojë implementimi i udhëzuesve;
- Të ndërtohet një plan veprimi për implementimin e udhëzuesit duke punuar së bashku me aktorët dhe specialistë lokalë.

Për të siguruar implementim efektiv, të gjithë përfaqësuesit dhe organizatat jo-fitimprurëse, të shëndetit publik, autoritetet lokale etj. të interesuara duhet të angazhohen në planin e veprimit, p.sh nëpërmbajtjet një marreveshje lokale. Implementimi i Udhëzuesit duhet të rishikohet dhe monitorohet, dhe rezultatet të paraqet e kërkohet bërthamë. Gjithashtu është e rendësishëm të ndahen eksperiencat në lidhje me implementimin e udhëzuesit me organizatë të tjera gjatë eventeve profesionale dhe shkencore.²

Në një studim eksperimental që testoi efektivitetin e ndërhyrjieve të shpërndara për të përmirësuar implementimin e udhëzuesve për ndërprerjen e duhanit në klinikat për shëndetin e nënës dhe fëmijës, Manfredi et al. pas shpërndarjes së udhëzuesit raportoi përmirësimin mbi normën bazën në nën-grupet e duhanpirësve, të cilëve iu ofruan këshillim, broshura për ndihmë, video, postrë dhe ndërhyrje të mëtejshme. Megjithatë, rritja më e madhe u vu re në atë pjesë së duhanpirësve, të cilëve iu ofruan edhe broshura, edhe ndërhyrje shtesë.³

Referencat


5.4 Burime literature shkencore të rekomanduara mbi Ndërprerjen e duhanit


Standartet Europiane për akreditimin e shërbimeve dhe trajnimeve për ndërprerjen e duhanit.

“Trajnimi i profesionistëve të shëndetësisësh të gur themeli në trajtimin e përdorimit dhe varësisë ndaj duhanit”
Ky kapitull përshkruan standartet për trajnimin e profesionistëve të shëndetësisë dhe profesionistëve të shërbimeve për ndërprerjen e duhanit (shënjon grupet profesionale që duhet të realizojnë ndërhyrjet për ndërprerjen e duhanpirjes, standartet e përgjithshme të trajnimit e ndërprerjes së duhanit, organet e autorizuara të trajnimit dhe përgjegjësitet e tyre kundrejt duhanpirjes, formatet dhe vlerësimin e trajnimeve).

Review sistematike dhe meta-analiza të realizuara nga Cochrane Collaboration në lidhje me trajnimet e profesionistëve të shëndetësisë mbështet metodat për ndërprerjen e duhanit, vërtetuan lidhjen mes trajnimit dhe ndryshimeve pozitive në praktikën klinike.\(^1\)

Éshtë e ditur tashmë, që sektori i shërbimit shëndetësor ka nevojë për një gjerësisë të mirë. Publiku, pacientët dhe aktorët e tjerë financues kërkojnë vlerësinë objektive të cilësisë të shërbimit shëndetësor. Shtete të ndryshme kanë përfaqësje të ndryshme kundrejt ruajtjes së cilësisë dhe përmbërësimit të standarteve. Në disa shtete, organizata profesionistësh dhe shqipata të ndryshme përpiqen të ushtarëjnë kontrollin e cilësisë me qëllim përmbërësimin e standarteve të shërbimit, shpeshherë pa financim nga qeveria apo publiku i atij vendi. Në vende të tjera, shteti i ushtarëzohet ndihmëse aspak hapësirë për gjerësitë së profesionistëve të shëndetësisë. Nëse është pothuajse aspak hapësirë për gjerësitë e profesionistëve të shëndetësisë, duke të përdorur shembullin e qeverisë i një qeverisë të tilla, shteti i ushtarëzohet ndihmëse aspak hapësirë për gjerësitë së profesionistëve të shëndetësisë. Nëse është pothuajse aspak hapësirë për gjerësitë e profesionistëve të shëndetësisë, shteti i ushtarëzohet ndihmëse aspak hapësirë për gjerësitë së profesionistëve të shëndetësisë.

Studimi i literaturës në dispozicion ka identifikuar burime të

### Figura 6.1: Përmbledhje e Praktikave Standarte Europiane për Shërbimet Shëndetsore

<table>
<thead>
<tr>
<th>Këshilli Europian</th>
<th>Mbrojtja e të dhënave mjekësore</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Rekomandime (1997) 5</td>
<td>Mbrojtja e të dhënave mjekësore</td>
</tr>
<tr>
<td>Praktikan e sigurta mjekësore (P-SPPH/SAFE) 2006</td>
<td>Praktikan e sigurta mjekësore</td>
</tr>
<tr>
<td>Resoluta ResAP (2003) 3</td>
<td>Kujdesi nutricional në spitale</td>
</tr>
<tr>
<td>Rekomandime (2000) 5</td>
<td>Përfshirja e pacientit</td>
</tr>
<tr>
<td>Rekomandime Rec (2006) 7</td>
<td>Siguria e pacientit</td>
</tr>
</tbody>
</table>

#### OBSH

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Aftësitë e mjekut</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>WHO-HEN-OBS 2009</td>
<td>Aftësitë e mjekut</td>
</tr>
<tr>
<td>Standartet për promovimin e shëndetit në spitale 2004</td>
<td>Promovimi i shëndetit</td>
</tr>
<tr>
<td>Udhezues për të reduktuar sëmundshëmiri dhe vdekshmërinë në popullatën botërore</td>
<td>Siguria në kirurgji</td>
</tr>
<tr>
<td>Një strukturë për vlerësimin e përformancës në spitale: PATH</td>
<td>Indikatorët e përformancës</td>
</tr>
</tbody>
</table>

#### Direktivat e Këshillit Europian

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Kualifikimi profesional</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Direkta 2005/36/EC</td>
<td>Kualifikimi profesional</td>
</tr>
<tr>
<td>Direkta 1995/46/EC</td>
<td>Përpunimi i të dhënave personale</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Continued
**Direkтива 2011/24/EU**

Të drejtit e pacientit në shërbimin mjekës ndërkufitar

**Kërkimet studimore të Këshillit Europian**

| Zhvillimi i standarteve dhe kritereve pan-Europiane për kontrollin e gjakut (EU-Blood-Inspection) | Bankat e gjakut |
| Indikatorët dhe metodologjia e cilësisë së sistemit Europian për dhurimin e organeve (ODEQUS project) | Dhurimi i organeve |
| Antibiotiko-rezistenza dhe përshkrimi i tyre për fëmijët europian (APREC) | Përdorimi i antibiotikëve |
| Zhvillimi i përdorimit të arsyeshëm të medikamenteve në Europë (DRUM Europe) | Përdorimi i medikamenteve |
| PROSAFE – Promovimi i sigurisë së pacientëve dhe përminësimi i cilësisë në terapinë intensive | Terapia intensive |
| Përcaktimi i praktikave më të mira në kujdesin paliativ në Europë (PPP) | Kujdesi paliativ |
| Programi ndërkbëtar për përdorimin e resurseve në terapinë intensive (IPOC) – metodologjia dhe rezultatet filletare të kostos dhe dispozitat në katër shtetë Europiane. | Terapia intensive |
| Përminësimi i sigurisë së pacientëve të hospitalizuar për kërcëngjjetit | Kërcëngjjetit |
| Kujdesi dhe menaxhim i shërbimeve për grupmoshën e tretë në Europë sipas BE (CARMEN) | Shërbimi për grup-moshet e treta |
| Praktikat më të mira në akses, cilësi dhe përshtatje të shërbimeve shëndetësore për Imigrantet në Europë (EUGATE) | Minoritetet |

**NGOs**

| Udhëzuesit e Këshillit Europian për Rilindjen Europiane 2010 | Ringjallja |
| Union Européene des Médecines Spécialistes (UEMS) | Cilësia e praktikave mjekësore |
| Deklarata e Bastle UEMS | Vazhdimësi a zhvillimit profesional |
| Grafiku Europian për të drejatat e pacientit www.activecitizenship.net | Të drejatat e pacientit |
| Grafiku për fëmijët EACH | Të drejatat e pacientit |
| Lidhja ndërkbëtare e Gerontologjisë: Grafikët e Standarteve të Personave të Moshës së Tretë | Të drejatat e pacientit |
| Shoqata Europiane e Radiologjisë (ESR). Menaxhimi i riskut në radiologji 2004 | Radiologjia |
| Federata Europiane e Spitaleve dhe Kujdesit shëndetësor (HOPE), Tetor 2010 | Sëmundjet kronike |

**Komiteti Europian për Standartizimet**

| EN 16224:2012 Kujdesi shëndetësor i mundësuar nga kiropraktikidenët | Ekzaminimet e shpejta |
| WS0668001 Shërbimet e kujdesit shëndetësor – kriteret e cilësisë për kontrollet shëndetësore | Kontrollet shëndetësore (check up) |
| 00414001 Dispozitat e kujdesit shëndetësor Osteopatik | Osteopatia |
| CEN/TC 403 Shërbimet e kërcëngjjes Estetike | Kirurgjia estetike |
| **Interpretimi për shërbimet shëndetësor të ISO 9001** | Sistemet e menaxhimit të cilësisë |

Continued
shumta direktivash, udhëzuesish dhe evidencash, që mund të përkthehen në deklarata të qarta për kërkesat e shërbimeve shëndetësore në Europë. (shih Figura 6.1).

Studime të pavarura në SHBA dhe Australi kanë theksuar nëvojën e bashkëpunimit aktiv mes publikut dhe agjensive private me qëllimi të zgjidhjes konfliktit midis sistemit rregullor dhe zhvillimit të shërbimeve. Partneriteti midis sektorit publik dhe cilësdo agjenci akreditimi është esencial për suksesin e akreditimit.2,3

**Referencat**


2. Toolkit for Accreditation Programmes © 2004: The International Society for Quality In Health Care, 212 Clarendon Street, East Melbourne, Victoria 3002, Australia.


---

**6.1 Rekomandime për kriteret e trajnimit standart profesional për ndërprerjen e duhanpirjes.**

Diskutimet në lidhje me asistencën ofruar duhanpirësve për të lënë duhanin duhet të jenë një kapitull i detyrueshëm në kurrikulat mjekësore. Trajnimet e të gjithë kategorive të profesionistëve të lidhur me këtë çështje duhet të realizohen nga kurse të zhvilluara nga ekspertë të autorizuar të fushës.

Në një studim të publikuar nga Nancy Rigotti et al. në 2008, autorët përshkruan një raport mbi trajnimet rrëth ndërprerjes së duhanit në disa shtete.1 Të dhënat e mbledhura theksuan shkallën e gjerë të përqasjeve dhe formateve të këtyre aktiviteteve, si dhe burimet e shumta financuese që mbështesin këto aktivitete trajnim. Ky raport ishte veçanërisht i vlefshëm në tërheqjen e vëmendjes për nëvojën për standarte në trajnime të specializuara mbi trajtimin e varësisë ndaj duhanit në shkallë ndërkombëtare.

Popullsia target për trajnime mbi ndërprerjen e duhanpirjes përfshin gjithë këshilluesit dhe bashkë-kordinatorët e shërbimeve të ndërprerjes së duhanit: mjekët, infermierët, mamitë, farmacistët, stomatologët, psikologët, linjat telefonike të këshillimit dhe gjithë njëriqet që këshillojnëduhanpirësit se si të ndalin.

Të gjithë organet përgjigjëse Europiane, të autorizuara për edukimin dhe trajnimin e personelit shëndetësor që do të këshillojnë duhanpirësit të lënë duhanin, duhet të:

- Trajnojnë gjithë stafin shëndetësor, që në kontaktin e parë, në këtë trajnim të ofrojnë këshillime të shpejtë për ndërprerjen e duhanit, bazuar në udhëzimet më të mirë të disponueshme dhe të referoinë rastet, nëse është e nevojshme dhe e mundshme, tek shërbimet publike për ndërprerjen e duhanit;
- Të sigurojnë që trajnimi mbi mbështetjen, që u jepet njëriqet për të lënë duhanin, të jetë pjesë e kurrikulës bazë të studentëve të programeve të cikleve të para, të dyta dhe të
treta të shkencave mjekësore;

- Të krijojnë dhe sigurojnë mundësinë për trajnime në vazhdim të profesionistëve;
- Të trajnojnë personelin e shërbimeve të ndërprerjes së duhanpirjes duke përdorur programe, që përputhen me standartet më të mira të trajnimit për terapitë e ndërprerjes së duhanit;
- Të ofrojnë trajnime të mëtejshme të specializuara për ata që punojnë me grupe specifike p.sh. personat me probleme mendore, pacientët e hospitalizuar dhe gratë shtatëna që pijnë duhan;
- Të nxisin dhe të trajnojnë profesionist të shëndetësisë që të pyesin pacientët për të gjitha format e përdorimit të duhanit, dhe ti këshillojnë ata mbi rrëziqet e ekspozimit nga duhanpirja pasive.

Organe të tilla trajnimi të autorizuara variojnë në Europë, duke filluar nga universitete të akredituara deri në struktura trajnimi qeveritare. Standarti i trajnimit për ndërprerjen e duhanpirjes mbulon dy fusha kryesore: njohjen dhe aftësimin. Përmbytja e programit dhe rezultati i synuar i trajnimit bazohen mbi këtë standart. Standartet e trajnimit në Sistemin Shëndetësor Kombëtar të Britanisë së Madhe përqëndrohen (Shih tabelën 6.1) tek një minimum elementësh dhe modulësh për realizimin e ndërhyrjeve për ndërprerjen e duhanit në tre nivele të ndryshme (niveli oportunist, nivel intensiv, nivel me grupe). Standarti i trajnimit i udhëzon trajnerët mbi atë çfarë duhet të përfshihet në trajnimin e këshilluesve të ndërprerjes së duhanit. Formati i trajnimit është i ndryshëm për çdo nivel. Në përgjithësi nivel i këshillave oportuniste ndërkohë duhet të përgjigjitet kurrikulës të studentëve të diplomuar në shkencat me shËndetësi dhe domosdoshme për të arritur standartin. Çdo objektiv shënohet me N ose A për të treguar nëse është i bazuar në njohuri apo aftësi. Ky dallim është i rëndësishëm, sepse objektivat kërkojnë formë të ndryshme vlerësimi. Objektivat e bazuar në njohuri mund të vlerësohen me anë të testëve të shkruar, ndërsa ato të bazuar në aftësi janë të vështira dhe mund të kërkojnë një testim praktik ose ndjekje të praktikës pas përfundimit të kursit.

Tabela 6.1: NHS standartet e vlerësimit të trajnimit për lënien e duhanit

| 1. Evidenca e pjesëmarrjes në kursin e trajnimit; |
| 2. Vlerësim i vazhdueshëm për punën në kurs (vlerësimi formativ); |
| 3. Testimi i njohurive kyç dhe aftësive pas mbarimit të kursit; |
| 4. Vlerësimi i aftësive dhe njohurive në shërbim më anë të observimit; |
| 5. Parashikimi i evidencave të të mësuarit dhe aplikimi në praktikë me anë të një portofoli të vazhdimësisë së zhvillimit personal |

6.2 Rekomandimet për të zhvilluar kurrikula për lënien e duhanit për të diplomuarit në universitete mjekësore në Evropë

Arsyet
Përdorimi i duhanit është një prej problemeve më të rëndësishme të shëndetit publik, duke sjellë vdekje për më shumë së 6 milionë njerëz në të gjithë botën, dhe ky numër do të rritet në 8 milionë në 2030. Vetëm në Evropë duhani vret deri në 700,000 njerëz çdo vit. Kërkimet kanë treguar se gjysma e personave që pijnë duhan do të vdesin nga probleme shëndetësore të lidhura me duhanin, dhe shumë prej tyre do të vdesin edhe më përpara. Përveç këtij numri të vdekteve, përdorimi i duhanit është të vdekteve të dëmont mjetësore dhe ka një barrë të lartë ekonomike. Kështu që, ka një nevojë urgjente të për kontrolluar përdorimin e duhanit dhe reduktimin e numrit të duhanpirësve. Një prej metodave më këtë synim është të ndihmohen duhanpirësit të lënë duhanin. Shumë vende

125
implementojnë programe të suksesshme të kontrollit të duhanit duke përfshirë trajtimet e pacientëve, reduktim të përdorimit të duhanit dhe numrit të vdekjeve për shkak të përdorimit të duhanit.2

**Përmbajtja e programeve të trajtimit**
- Epidemia e duhapirjes në Evropë dhe në të gjithë botën;
- Faktorët që ndikojnë në fillimin e duhanpirjes;
- Baza farmakologjike e varësisë ndaj duhanit;
- Dëmet shëndetësore për shkak të duhanpirjes;
- Të tjera (p.sh. mjedisore, ekonomikeetj.) pasojat të duhanpirjes;
- Ndërhyrjet për kontrollin e duhanpirjes
- Roli i mjekut në kontrollin e duhanpirjes
- Legjislacioni i kontrollit të duhanit

**Metodat e trajnimit**
Trajnimi është teorik gjatë viti të parë të shkollës mjekësore dhe gjatë studimeve klinike (viti 4 deri 6) bëhen ushtrime më praktike. Kohëzgjatja e trajnimit teorik është minimumi 10-12 orë e integruar në kurrikulën e tre vjetëve të para (periodha pre-klinike) të studimeve mjekësore. Leksionet në klasë, diskutimet me grupe të vogla, diskutimet në panel e rastet klinike janë përdorur për trajnim teorik. Qëllimi i trajnimit në klasë është të rritet ndërgjegjat

**Tabela 6.2: Detalje e programit**

<table>
<thead>
<tr>
<th>QËLLIMIET E PËRGJITHSHME</th>
<th>OBJEKTVAT</th>
<th>Periudha&amp;niveli (*)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Paraklinik</td>
</tr>
<tr>
<td>Informacion mbi prevalencën e përdorimit të duhanit dhe faktorët e irritimit</td>
<td>Vetitë bazë epidemiologjike të përdorimit të duhanit (personi, koha, trendi kohor etj.)</td>
<td>B2</td>
</tr>
<tr>
<td>Informacion mbi dëmet shëndetësore të duhanpirjes</td>
<td>Përbërja e duhapirjes dhe efektet në shëndet</td>
<td>B1</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Efektet e duhanpirjes në sistemin respirator</td>
<td>B1</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Efektet e duhanpirjes në sistemin kardiovaskular</td>
<td>B1</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Efektet e duhanpirjes në kanceret dhe sistemit hematopoetik</td>
<td>B1</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Efektet e duhanpirjes në sistemin urogenital</td>
<td>B1</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Efektet e duhanpirjes në shtatzani dhe fëmijët</td>
<td>B1</td>
</tr>
<tr>
<td>Varësia nga duhani dhe rëndësia e tij për individët dhe popullatat</td>
<td>Bazat neurobiologjike të varësisë ndaj duhanit</td>
<td>B1</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Aspektet kognitive dhe të sjelljes për varësinë ndaj duhanit</td>
<td>B1</td>
</tr>
<tr>
<td>Efektet në mjedis nga përdorimi i duhanit</td>
<td>Cilësia e ajrit në mjediset e brendshme dhe ndotja e ajrit</td>
<td>B1</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Ndotja mjedisore, rreziqet e zjarrit</td>
<td>B1</td>
</tr>
<tr>
<td>Efektet sociale dhe ekonomike të përdorimit të duhanit</td>
<td>Efektet tek individët</td>
<td>B2</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Efektet në komunitet</td>
<td>B2</td>
</tr>
<tr>
<td>Legjislacioni për kontrollin e duhanit</td>
<td>Nivel ndërkombëtar (FCTC Modeli i konventës së kontrollit të duhanit)</td>
<td>B2</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Nivel kombëtar (legjislacioni kombëtar)</td>
<td>B2</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Continued
midis studentëve dhe të zhvillohet një ndërgjegje për çështjet e lidhura me duhanpirjen. (shihni tabelën 6.2). Gjatë periudhës së trajnimit klinik mund të diskutohen më shumë raste, për të zhvilluar sjelljen anti-duhan. Duhet të theksohet që të gjithë mjekët duhet të kërkojnë sjelljet që lidhen me të duhanpirjen. Kështu që, disa raste klinike dhe trajtime të varësisë nga duhanpirja, janë diskutuar në fazën klinike.

**Fusha kognitive**

**B1.** Të dish (kujto, numëro, përkufto), psh.: njohuritë e prevalencës së përdorimit të duhanpirjes, faktorët që prekin prevalencën, lista e efekteve shëndetsore të përdorimit të duhanit në organet dhe sistemet e trupit.

**B2.** Të kuptosh, implementimi, analizimi, vlerësimi, psh.: mekanizmat biologjikë dhe psikologjikë të efekteve shëndetsore të përdorimit të duhanit, shpjegimi i efekteve mjedisore dhe barra ekonomike e duhanpirjes.

**B3.** Përdorimi i njohurive të B2 në implementimin e situatave të vërteta (tek pacientët), (marrja e anamnezës, vlerësimi dhe vendosja), psh implementimi i 5As, ofrimi i ndihmës tek duhanpirësit, ofrimi i informacionit në opsione të ndryshme trajtimit.

**Fusha perceptive**

**D1.** Ndërgjegjësi, psh.: njohja me metodat e marketingut të industrisë së duhanit.

**D2.** Qëndrëmi, psh.: konsiderimi i metodave të marketingut të industrisë së duhanit dhe rëndësisë së kundërveprimit ndaj tyre.

**D3.** Sjellja p.sh.: bërja e një plani për të kundërvepruar ndaj
metodave të marketingut të industrisë së duhanit dhe plani i implementimit të tij.

**Vlerësimi**

Efekti i programit është vlerësuar me anë të testeve pre dhe post studimit. Një pre-test u jetep studentëve para se të fillojë programi (psh vitin e parë) dhe një post-test para diplomimit nga shkolla (p.sh. vitin e fundit). Testet pre dhe post përbëhen nga pyetje me shumë përgjigje specifike për objektivat e programit të trajnimit. Plus kësaj, feedback-u i shkruar dhe oral nga studentë dhe mësuesit jetep pas çdo kursi. Emrat e studentëve nuk mbahen shënim; vlerësohet thjesht performance e grupit.

**6.3 Rekomandimet për të zhvilluar kurrikula për lënien e duhanit për të postdiplomuarit e universiteteve mjekësore në Evropë - Program i çertifikuar**

**Arsyeja**

Përdorimi i duhanit është një prej problemeve më të rëndësishme të shëndetit publik, duke sjellë vdekte për më shumë së 6 milionë njerëz në të gjithë botën, dhe ky numër do të rritet në 8 milionë në 2030. Vetëm në Evropë duhani vret deri në 700,000 njerëz çdo vit. Kërkimet kanë treguar se gjysma e personave që pijnë duhan do të vdesin nga probleme shëndetore të lidxhura me duhanin, dhe shumë prej tyre do të vdesin edhe më përpara. Përveç këtij numrit të vdekteve, përdorimi i duhanit dëmonton mjedisin dhe ka një barrë të lartë ekonomike. Kështu që, ka një nevojë urgjente të për kontrolluar përdorimin e duhanit dhe reduktimin e numrit të duhanpirësve. Një prej metodave me këtë sym të ndihmohen duhanpirësit të lënë duhanin.

Shumë vende implementojnë programe të suksesshme të kontrollit të duhanit duke përfshirë trajtimet e pacientëve, reduktim të përdorimit të duhanit dhe numrit të vdekteve për shkak të përdorimit të duhanit.

**Qëllimi e programeve të trajtimit**

Qëllimi i programeve të trajnimit është të edukohet parandalimi, diagnostikimi dhe trajtimi i varësisë ndaj duhanit për pjesëmarrësit. Në fund të trajnimit pjesëmarrësit priten të jenë në gjendje të drejtqenjë një qendër të lënies së duhanit. Për të arritur këtë qëllim, do të diskutohen çështjet e mëposhtme, brënda synimit të programit.

- Epidemia e duhanpirjes
- Faktorët që ndikojnë në fillimin e duhanpirjes;
- Baza farmakologjike e varësisë ndaj duhanit;
- Dëmet shëndetore për shkak të duhanpirjes
- Të tjera (p.sh. mjedisore, ekonomike etj.) pasojat e duhanpirjes;
- Ndërhyrjet për kontrollin e duhanpirjes
- Roli i mjekut në kontrollin e duhanpirjes
- Legjislacioni i kontrollit të duhanit (kombëtar dhe ndërkombëtar)
- Shërbimet e kontrollit të duhanit brenda vendit
- Përcaktimi dhe drejtimi i një qendre për lënien e duhanit

**Metodat e trajnimit**


**Detajet e programit të trajnimit interaktiv (face-to-face):**

- Pre-testi, pritshmërë e pjesëmarrësve, qëllimet e programit të trajnimit;
- Epidemiologjia e përdorimit të duhanit, shifrat kombëtare dhe trendet;
- Përdorimi i duhanit tek grupet speciale; fëmijë dhe të rinj, gra, gra shtatzana, pacientë me sëmundje të tjera, personel shëndetsor
- Varësia ndaj duhanit, mekanizmat, matja e nivelit të varësisë, testi fagerström për varësinë ndaj nikotinës (ftnd), kriteret e
European Medical Association Smoking and Health (EMASH)

- Methods and procedures with 5as and 5rs;
- Events with problems/resistance, smokers of different types, smokers of easier types, smokers with health problems, etc.
- Psychosocial support
- Pharmacological treatment, including first-line pharmacotherapy
- Legislation: laws on smoking control, laws on smoking control in places of work, etc.
- Studies of events, roles of smokers, etc.;
- Visit to smoking centers.
- Post-test and evaluation of training, recommendations for continuing education.

Evaluation
Success is evaluated by pre- and post-tests, and the evaluation of the success is awarded by the Ministry of Health or other government agencies. It can also be given feedback verbally. Certified doctors can form and direct a center for smoking cessation.

Program and training for pulmonary doctors
ERS has published a monograph in 2007 on smoking cessation treatments in Europe: psychologists, nurses, social workers, etc.

Among doctors, all categories of staff working in smoking centers or included in the aid of smokers need to have basic and advanced knowledge for the treatment of smoking and the impact of smoking. Adequate standards are achieved in the training program. It is recommended that a basic training module for smoking cessation for: nurses, mothers, psychologists, social workers, and pharmacists or any category of staff assisting smokers to quit smoking, observing the regulations in each country.

Fig 6.2: Sample of the training program for smoking cessation for medical professionals in Turkey

Program was conducted by the Turkish Respiratory Diseases Society with financial support from the Pfizer International Foundation (Tobacco Control and Micro-Grants Policy). The standardized "modular" training program was conducted by the Professional Group for Tobacco Control in the Turkish Respiratory Diseases Society. After a group of 40 pneumologists were trained as trainers, forming the center for the training. The training program was successful for all members of the Society through electronic means. In total, 765 participants completed the electronic module.

The aim of this course was to integrate the two elements of the "5A" approach (Ask and Advise) into the patient's clinical practice. At the end of each module, participants answered questions for the key questions of the module. After the end of the training course, participants who wanted to improve their practice took part in an interactive training lasting one day (in total 765 participants participated in the interactive training).

These training programs were conducted by the center for training team in 18 regions of Turkey. In the final stages of these training programs, participants improved their skills to deal with smokers and helped them stop smoking using the scientific methods of smoking cessation. All participants evaluated the program as very good and good in relation to the content and quality of the course.

6.4 Rekomandimet për të zhvilluar kurrikulë të ndërprerjes së duhanit për kategoritë të tjera profesionistësh, të përfshirë në ofrimin e ndërprerjes së duhanit në Evropë: psikologë, infermierë, politik-bërësit në shëndetësi

Përveç mjekëve, të gjithë kategoritë e personelit që punojnë në qendrat e lënies së duhanit ose që janë të përfshirë në ndihmën e duhanpirësve kanë nevojë të kenë njohuri bazë dhe aftësi për të trajtuar përdorimin e duhanit dhe varësinë ndaj tij. Është e rëndësishme të sigurohen praktikat më të mirë për ndërprerjen e duhanit. Rekomandohet një modul trajnimi bazë për lënien e duhanit për: infermierët, mamitë, psikologët, ndërmjetësit, punonjësitet social dhe farmacistët ose çdo lloj kategorie stafi që asiston duhanpirësit të lënë duhanin, duke u varur në rregullat në fuqi të çdo vendi.
Kurrikula duhet të përmbajë minimumin e temave për çrregullimet e lidhura me duhanin, neurobiologjinë e varësisë ndaj duhanit, varësinë ndaj nikotinës (për të adresuar faktorët psikologjikë dhe psikosociale, procesing e duhanpirjes dhe ndërprerjen e tij, llojet e ndërhyrjeve për ndërprerjen, vlerësimin e duhanpirësve dhe terapitë e bazuara në evidenca që përdoren aktualisht.

Trajnimi ka nevojë të mbështetet nga sistemet qeveritare, duke siguruar që profesionistët shëndetorë të kenë akses ndaj tij. Ky është një problem për komisionerët dhe menaxhere të autotetëve kombëtare shëndetosore, të cilët duhet të financojnë trajnimin për ndërprerjen e duhanit si një aktivitet shëndetori i rëndësishëm. Në mënyrë që të kuptohen më mirë këto nevoja dhe të dizenjohen programe më të mire, ne sugjerojmë që jashtë ndërprerjes së duhanit, si dhe kosto-efektivitetin e parandalimit të duhanit dhe terapinë e ndërprerjes, politikbërësit duhet të konsiderojnë duke përfshirë prioritetet e duhura, në mënyrë që të përmirësohet këto nevoja me shumë efektivitet.

Niveli 2 i trajnimit është i përshtatshëm për të gjithë profesionistët e kujdesit shëndetsor. Niveli 1 i trajnimit është për ata që duan të bëhen specialistë të ndërprerjes së duhanit.

Rekomandimet

- Duhanpirja dhe ndërprerja e duhanit duhet të jenë një pjesë kryesorë të kurrikulës së trajnimit bazë për të gjithë profesionistët e shëndetit, që punejojnë me duhanpirësit.
- Trajnimi duhet të jetë një programi për ndërprerjen e duhanit për të gjithë autoritetet shëndetore. Për këto programe duhet të financohet fonde dhe kohë e mjaftueshme (niveli i evidencës B).
- Ndërprerja e duhanit duhet të financohet dhe të jetë prioritet brenda buxhetit egzistues të trajnimeve (niveli i evidencës B).

Referencat


6.5 Standartet e trajnimit për mjekët që punojnë me ndërprerjen e duhanit

Hyrje

Ndërprerja e duhanpirjes shpesh është një proces kompleks dhe ka shumë metoda trajnimi për aftësitë që duhet të ketë një profesionist. Edhe pse varësia ndaj duhanit ka shumë karakteristika sa herë që përhkruhet kjo fjalë, mjedisi dhe kultura përrreth përdoruesit mund të ndryshojë totalisht. Sistemet e kuqe në këtë proces mund të ndryshojnë, si për burimet ashtu dhe prioritetet e menaxhimit. Për njësien e mëposhtme ne i jemi referuar përdoruesve të cigareve, sepse QÇÊM legetë ato që përdoren më shumë. Ndërprerja e produkteve të tjerë të duhanit është një punë pak e studuar, por metodat që përdoren për ndërprerjen e cigareve të duhanit zakonisht i aplikohen edhe përduresve të produkteve të tjerë dhe që kërkojnë ndihmë me procesin. Ndërprerja e duhanit, jo domosdoshmërisht duhet të jetë që përduresëve të shëndetorëve të duhanit, pastër ndërprerja e duhanit të një profesionist. Aftësitë e ndërprerjes së duhanit duhet të përmirësohet këtu të përgjegjshëm për fshirë të përshtatshëm të këto nevoja dhe të dizenjohen programe më të mire.

Përmbajtja e trajnimit

Trajnimi ofrohet në një periudhë tre ditore:

1. Çertifikatë bazë (2 ditë): Për tu kualifikuar, prezenca e përhapësimit të sidhëtërur për dy ditët e para të kursit.

2. Çertifikatë avancuar (3 ditë) Në mënyrë që të dizenjohen programe më të mire, ne sugjerojmë që jashtë ndërprerjes së duhanit, si dhe kosto-efektivitetin e parandalimit të duhanit dhe terapinë e ndërprerjes, politikbërësit duhet të konsiderojnë duke përfshirë prioritetet e duhura, në mënyrë që të përmirësohet këto nevoja me shumë efektivitet.

Përmbajtja e trajnimit

1. Çertifikatë bazë (2 ditë): Për tu kualifikuar, prezenca e përhapësimit të sidhëtërur për dy ditët e para të kursit.

2. Çertifikatë avancuar (3 ditë) Në mënyrë që të dizenjohen programe më të mire, ne sugjerojmë që jashtë ndërprerjes së duhanit, si dhe kosto-efektivitetin e parandalimit të duhanit dhe terapinë e ndërprerjes, politikbërësit duhet të konsiderojnë duke përfshirë prioritetet e duhura, në mënyrë që të përmirësohet këto nevoja me shumë efektivitet.

Referencat

Çertifikata e avancuar jetet kur të gjitha pjesët plotësohen me sukses, psh trajnimi 2+1, testi me shkrim, rekordet e shkruar të pacientëve (një prej të cilëve të jetë të paktën një proces dy major) plus tre raste të mbikqyrura (grup, individual direkt ose me telefon). Çertifikata e avancuar duhet të tregojë që trajnimi është kryer duke observuar standartet kombëtare për trajnimin e ndërprerjes së duhanit. Mund të lëshohet një logo e veçantë për të provuar që trajnimi ka ndjekur standartin kombëtar (duke përfshirë një përshtkim të avancuar).

Çertifikata e trajnimit bazë, në qoftë se mendohet e përshtatshme, duhet të jetë më pak e përputuar dhe duhet të jetë qartësisht dhe dallueshme nga çertifikata e avancuar.

Përmbajtja e detrueshme e kurrikulës së trajnimit

Përmbajtja e trajnimit bazë (dita 1 dhe 2)

T=teori dhe P= praktikë

T Hyrje: Një përmbledhje e pasojave madhore të përdorimit të duhanit, kostove, varësia dhe një përmbledhje e aspektave të ndryshmë të parandalimit të duhanit dhe përdorimit të duhanit.

T Rreziku i përdorimit të duhanit në më shumë detaje dhe përfitimet nga ndërprerja e tij.

T Metodat e ndërprerjes së duhanit (Libraria Cochrane, www.treatobacco.net), metodat për vlerësimin e rezultateve.

P Metodat e këshillimit dhe sesionet e trajnimit.

P Ndërprerja e duhanit në praktikë, procedurat e këshillimit individual, parandalimi i përsëritjes, ndjekja dhe sesionet e trajnimit.

T Varësia ndaj duhanit, tërheqja dhe farmakoterapia.

T Metodat për vende të tjera, grupe, materiale dhe burime të tjera

T Përmbajtje opsionale, si legjislacioni, reklamimi i duhanit dhe ose problemet globale.

Përmbajtja e periudhës së ndjekjes (dita 3)

Pikat e detruara:

1. Testimi i njohurive: 30 minuta, 10 pyetje: 5 me shumë përgjigje + 5 pyetje me shkrim.

2. Trajtimi në grup: Diskutim me pyetje dhe përgjigje për dy orë është e gjysëm për planifikimin, rolin e drejtuesit të grupit, struktura e takimeve, problemet e rekrutimit dhe përbërja e grupit, dokumentimi.

3. Trajtimi individual: Shkëmbimi i eksperiencave dhe diskutimet në grupe të vëgjël: rastet e pacientëve dhe rastet e sjella nga studentët (dy orë).

Diskutimet opsionale:

4. Probleme të ditës (1 orë), psh rezultatat e vëzhgimeve razonale, duhanpirja me llullë uji, produkto të tjera duhanit, legjislacioni i ri, tymi mjedisor i duhanit, terapia farmakologjike, shkollat për të rinjtë, gjinia, problemet globale dhe materialet e reja.

Vlerësimi i trajnimit

Pjesëmarrësit duhet të jetë më mundësi të vlerësohet (a) dy ditët e para të trajnimit (b) të gjitha ditët për të mbuluar të gjithë kursin.

I. Modulet e trajnimit që duhet të jetë që pjesë e vlerësimit të ditëve 1 dhe 2.

II. Modulaet e trajnimit që duhet të jetë që pjesë e vlerësimit të ditës 3.

Materialet për tu përdorur në trajnim:

- Grupi i pyetjeve për testin me shkrim
- Modele për përgjigjen e leksioneve në shtëpi dhe për shënimit e pacientëve.
- Raste pacientësh të shkruara, që të përdoren në diskutime.
- Informacion për medikamentet farmaceutike (prezantim)
- Informacion sesi të bëhet ndjekja/follow up dhe vlerësimi i riaktivizimit (prezantim)
Klinicistëve, të cilët do të duan të përditësojnë aftësitë mbi këtë fushë, duhet tu ofrohet dita e 3-të plus trajnim praktik; dhe duhet tu kërkohet të prezantojnë tre raste me shkrim të pacientëve, të cilat i kualifikojnë ata për marrjen e çertifikatës së avancuar.

**Autorizimi për të kryer kurse për ndërprerjen e duhanit**
Duhet të përcaktohen një bord ekspertësh kombëtarë, me autoritetin për të vlerësuar propozimet e mjekëve që do të ndjekin kurset. Programi i detajuar dhe përhershmit i kompetencave të trajnuesve dhe instruktorëve, duhet të ekzaminohet nga bordi kombëtar. Kursi i ri mund të aprovohet, pasi të jenë bërë gjithë rregullimet e nevojshme.

### 6.6 Standartet e cilësisë në terapinë e varësisë nga duhanit

**Përkufizimi**
Një Specialist i Trajitimit nga Varësia prej Duhanit (TDTS)1 është një profesionist, i cili ka aftësitë, njohuritë dhe trajnimin për të ofruar ndërhyrje efektive, të bazuara në evidenca shkencore për trajtimet nga varësia e duhanit, për gjithë spektrin e duhanpirësve. Specialistët e Trajitimit të Duhanit mund të vijnë nga kategori të ndryshme profesionale dhe mund të punojnë në një shumëllojshmëri ambientesh duke përfshirë, por jo duke u kufizuar tek spitalet, qëndrat komunitare, linjat e ndihmës telefonike për ndërprerjen e duhanit, organizatat e mbështetjes së shëndetit, praktikat dentare dhe mjekësore, ambientet edukative, agjencitë e shërbimeve sociale, organizatat e shëndetit publik, qendrat e trajtimit të duhanit, proqramet e trajtimit të abuzimit të drogës dhe qendrat e shëndetit mendor. Specialisti mund të përfshihet, jo vetëm në ofrimin e trajtimit, por edhe në trajninë e trajnuesve të tjerë (profesionistët e kujdesit shëndetors, administratorët, shkencëtarët, duhanpirësit, dhe jo duhanpirësit) rrith trajtimit të varësisë ndaj duhanit.

**Roli dhe përgjegjësitë e Specialistit të Trajitimit të Varësisë nga Duhanit**

**Varësia ndaj duhanit – njohuritë dhe edukimi**
Ofroni informacion të saktë dhe të qartë për përdorimin e duhanit, për strategjitë për ndërprerjen dhe hapësirën e impaktit shëndetorsor mbi populatatë, për shkakat dhe pasojat e konsumit të duhanit.

1. **Përshtatruani prevalencën dhe modelet e përdorimit të duhanit, varësinë dhe ndërprerjen, në vendin dhe rajonin në të cilin ofrohet trajtimi, dhe sesi nivele të tilla variojnë sipas nën-grupeve demografike, ekonomikë dhe kulturore.**
2. **Shpjegoni rolet e trajtimit të përdorimit dhe varësinë nga duhanit brenda programit gjithëpërfshirës të kontrollit të duhanit.**
3. **Përdispozimi rezultatet e raporteve kombëtarë, kërkimime studimore dhe udhëzuesve (guidelines) mbi trajtimin e varësisë nga duhanit.**
4. **Shpjegoni faktorët mjedisorë dhe shoqërorë, që promojojnë dhe frenojnë përhapjen e përdorimit të duhanit dhe varësinë ndaj tij.**
5. **Shpjegoni pasojat shëndetësore të përdorimit të duhanit, por dhe përfshirët e ndërprerjes së duhanit, mekanizmat bazë të çrregullimeve më të zakonshme të induktuara nga duhanit.**
6. **Përshtatruani vetëm në ofrimin e trajtimit, por edhe në kërkimin e trajnuesve të tjerë (profesionistët e kujdesit shëndetors, administratorët, shkencëtarët, duhanpirësit, dhe jo duhanpirësit) rrith trajtimit të varësisë ndaj duhanit.**

**Aftësitë për të këshilluar**
Demonstroni zbatim efektiv të teorive dhe strategjive të
këshillimit, për të krijuar një marrëdhënie bashkëpunimi dhe për të lehtësuar përfshirjen e pacientit në trajtimin dhe angazhimin për ndryshim.

1. Demonstroni aftësi efektive për këshillim: dëgjim aktiv dhe empati, të cilat e lehtësojnë procesin e trajtimit.
2. Demonstroni krijimin e një mjedisi këshillimi konfidencial, të ngrohtë dhe jo-gjykues.
3. Përshkruani dhe demonstroni përdorimin e metodave të bazuara në evidenca shkencore, për ndërhyrjen e pacientit dhe varësisë ndaj tij, siç janë identifikuar në këtë udhëues.
4. Përshkruani përdorimin e modeleve të ndryshimit të sjelljes, duke përfshirë: intervistat motivuese, terapinë njohëse të sjelljes (konjitivo-bihejviorale) dhe këshillimin mbështetës.
5. Demonstroni përdorimin efektiv të strategjive klinikisht të mira për të rritur motivimin dhe për të inkurajuar angazhimin për të ndryshuar.
6. Demonstroni kompetenca në të paktën një prej modalititeteve të këshillimit mbështetës empirik: individual, në grup apo telefonik.

**Intervista e vlerësimit**

Kryeni një intervistë vlerësimi për të marrë të dhënat gjithëpërfshirëse e të sakta, që nevojiten për planifikimin e trajtimit.

1. Demonstroni aftësinë për të kryer një intervistë vlerësimi, që të përfshijnë:
   (a) historinë e përdorimit të duhanit;
   (b) masat për tu motivuar për të lënë duhanin;
   (c) masat për vlerësimin e përdorimit të duhanit dhe varësinë ndaj tij;
   (d) sfidat aktuale dhe pengesat për mbajtjen e abstinenës permanente;
   (e) forcat aktuale për të mbështetur abstinençën;
   (f) përprjekjet e mëparshme për të lënë duhanin, duke përfshirë eksperiençat e trajtimit, sukseset dhe barrierat;
   (G) disponueshmëria e sistemëve të mbështetjes sociale;
   (H) preferencat për trajtim;
   (I) faktorët kulturorë që ndikojnë në përprjekjet për të lënë duhanin.
2. Tregoni aftësi në mbedhjen e informacioneve bazë të anamnezës dhe për të kryer një kontroll të shkurtër për problemet psikiatrike dhe abuzimin ndaj substancave.
3. Përshkruajini pacientit kur duhet të konsultohet me personelin e shërbimit parësor dhe bëni referime e duhura përpara se plani i trajtimit të fillojë të implementohet.
4. Përshkruani matjet ekzistuese objektive të përdorimit të duhanit, të tilla si monitorimi i monoksidit të karbonit CO dhe vlerësimi i nivelit të kotininës.

**Planifikimi i trajtimit**

1. Demonstroni aftësinë për të zhvilluar një plan trajtimit të individualizuar duke përdorur strategjët e trajtimit të bazuar në evidenca shkencore.
2. Në bashkëpunim me pacientin, identifikuoni objektiva specifike dhe të matshme të trajtimit.
3. Planifikoni trajtime të individualizuara, që llogarisin faktorët e vlerësimit të pacientit, të identifikuara gjatë marrjes së vlerësimit dhe historisë së tij.
4. Në bashkëpunim me pacientin zvillonë një plan trajtimit, që përdojnë strategji të bazuara në evidenca shkencore, për të ndihmuar pacientin të shkojë drejt përprjekjes për të lënë duhanin dhe/ose për të vazhduar abstinençën nga duhanit.
5. Përshkruani një plan për monitorimin në vazhdimësi të pacientit, për të adresuar çështjet e mundshme, duke përfshirë rezultatet negative.
6. Demonstroni procesin e referimit tek ofruesit e tjerë të kujdesit shëndetësor ose të rekomandimit të kujdesit shtesë.

**Farmakoterapia**

Jepni informacion të qartë dhe të saktë rreth opsioneve të farmakoterapisë në dispozicion dhe përdorimit të tyre terapeutik.

1. Përshkruani përfitimet e kombinimit të farmakoterapisë dhe këshillimit.
2. Jepni informacion mbi përdorimin e drejtë, efikasitetin, efektet anësore, kundra-indikimet, efektet negative të njohura dhe përjashtimet për të gjitha medikamentet e varësisë ndaj duhanit, të miratuara nga agjencitë kombëtare rregullatore.
3. Identifikoni informacionin për rërkatës për anamnezën aktuale dhe të shkuar të klientit dhe historinë psikiatrike dhe duhanpirjen (duke përfshirë trajtimet e fundit) që mund të ndikojnë në vendimet farmakoterapike.
4. Ofrohet edukimi i duhur për pacientin mbi zgjedhjet terapeutike dhe dozimin e barnave, për një sërë situatash ku mund të gjendet pacienti.
5. Komunikoni simptomat, kohëzgjatjen, incidencën dhe shkallën e tërheqjes nga nikotina.
6. Përshkruani përdorimin e kombinimeve të medikamenteve dhe dozat më të larta të mundshme të tyre, për të rritur probabilitetin e abstinencës.
7. Identifikoni medikamentet e linjës së dytë të mjekimit dhe jini në gjendje të gjeni informacione rreth tyre sipas nevojës.
8. Identifikoni reaksionet e mundshme negative dhe komplikacionet që lidhen me përdorimin e farmakoterapisë për varësinë e duhanit, duke bërë referime në kohë për profesionistët/këmbësitë mjekësore.
9. Demonstrohet aftësia për të adresuar shqetësinët në lidhje me efektet e vogla anësore dhe/ose të përkojshme të tyre farmakoterapive.
10. Demonstroni aftësi për të bashkëpunuar me ofruesit e tjerë të kujdesit shëndetësesor, për të koordinuar përdorimin e duhrur të medikamenteve, sidomos në prani të sëmundjeve shoqëruese ose psikiatrike.
11. Jepni informacion në lidhje me terapitë alternative të lënies së duhanit, bazuar mbi review-të e njohura të efektivitetit të tyre.

**Parandalimi i rifillimit të duhanit**

Ofrohet metoda për të reduktuar përsëritjen dhe për të siguruar përkrahje në vazhdimësi për personat e varur nga duhanit.
1. Identifikoni faktorët personalë të rrezikut dhe inkorporojini ata në planin e trajtimit.
2. Përshkruani strategjët dhe aftësitë e përballimit që mund të zvogëlojnë rrezikut e ripërsëritjes.
3. Jepni udhëzime në modifikimin e planit e trajtimit, për të zvogëluar rrezikut e përsëritjes, gjatë gjithë kohës së trajtimit.
4. Përshkruani një plan për vazhdimin e përkujdesjes pas përfundimit të terapisë, që ndjek trajtimin fillestar.

5. Përshkruani si mund të referoheni burimeve shtesë, për të reduktuar rrezikut e përsëritjes.
6. Implementoni strategji të trajtimit për dikë, i cili po e përsërit apo ripërsërit duhanpirjen.

**Të punuarit me kategoritë e vështirë/të veçanta të duhanpirësve**

Demonstroni kompetencat në lidhje me punën e nëlgrup të ndryshme të popullsisë dhe me ato kategorji të duhanpirësve që kanё probleme të veçanta shëndetësore.
1. Ofrohet këshillim me kompetencë kulturore.
2. Përshkruani indikacione për trajtime specifike për grupe të veçanta popullata (psh gra shtatzëna, adoleshentë, të rriturit e rinj, të moshuar, pacientë të shtruar, ata me sëmundje shoqëruese si psikiatrike, respiratorë kronikë etj.).
3. Demonstroni aftësi për t’iu përgjigjur situatave me rrezik të lartë të klientëve.
4. Bëni rekomandime efektive të trajtimit për përdoruesit e produkteve të duhanit (jo cigare).
5. Përshkruani rekomandimet për ata që janë të ekspozuara ndaj ndotjes nga tymi i duhanit.

**Dokumentimi dhe vlerësimi**

Përshkruani dhe përdorni metoda për ndjekjen e progresit individual, mbajtjen e shënimëve, dokumentimin e programit, matjen e rezultateve dhe raportimin.
1. Mbani shënimë të sakta duke shfrytëzuar praktikat e pranuara e të koduarë, që janë të përshtatshme për ambientet ku jepet shërbimi.
2. Zhvillimi dhe implementimi i një protokollë për ndjekjen ecurisë së mëtejshme të klientit dhe progresin e tij.
3. Të përshkruhen metoda të standardizuara për matjen e rezultateve të njohura të trajtimit të varësisë ndaj duhanit për individët dhe programet.

**Burimet profesionale**

Shfrytëzoni burimet në dispozicion për mbështetjen e klientit dhe për arsimim profesional ose konsultimet.
1. Përshkruani burimet (me bazë internet, komuniteti, ose
linjat telefonike të lënisë së duhanit) në dispozicion për mbështetjen e vazhdueshme për mospërdomin e duhanit.
2. Identifikoni burimet e komunitetit për t’i referuar të gjitha kushtet shoqëruese mjekësore, psikiatrike ose psisko-siale.
3. Përmendni dhe përdorni revista shkencore me review të dyfishta, shoqata profesionale, web-site dhe newsletters, që lidhen me trajtimin e varësisë ndaj duhanit dhe/ose kërkimet rrëth tyre.
4. Përshkruajuni pacientëve si mund të informohen për rimbursimet e trajtimizeve.

Ligji dhe etika
Përdorni vazhdimisht kodin e etikës dhe zbatoni rregulloret specifike të qeverisë për kujdesin shëndetësor ose ambientin e punës.
1. Përshkruani dhe përdorni kodin e etikës të disiplinës profesionale për specialistët e trajtimit mbi varësinë ndaj duhanit, nëse është në dispozicion.
2. Përshkruani implikimet dhe shfrytëzoni rregullat që zbatohen për aspektet e trajtimit duhanit (fshehtësinë, privatësinë, rregulloret e veçanta të vendit të punës).

Zhvillimi professional
Merrni përgjegjësi për zhvillimin e vazhduar profesional dhe kontributin në zhvillimin e të tjereve.
1. Mbani standartet profesionale siç kërkohet nga lënies së duhanit, nga lënies së duhanit dhe/ose të cilët mbajtja e lënies së duhanit.
2. Përdorni literaturë dhe burime të tjera të informacioneve apo kërkesave për tu përditësuar me njohurë dhe aftësitetë e trajtimit të varësinë nga duhanit.
3. Përshkruani implikimet e studimeve aktuale të praktikë për trajtimin e varësisë ndaj duhanit.
4. Shpërndani njohurë dhe gjetjet për trajtimin e duhanit tek të tjerët më anë të kanaleve formale dhe informale.

Referencat

6.7 Kërkesat për akreditimin e shërbimeve të specializuara të ndërprerjes së duhanpirjes

Shërbimi i ndërprerjes së duhanit (TCS) përkufizohet si çdo vend, ku një profesionist i kujdesit shëndetësor praktikon trajtimin e varësisë ndaj duhanit, si një qëllim ose një nga qëllimet e shërbimit.

Sipas SCCAN llogaritet që ka 2500 shërbime për ndërprerjen e duhanit në Evropë. Të gjitha këto shërbime pohonjë se ndërprerja e duhanpirjes është një nga qëllimet e kujdesit shëndetors. Shërbimet e ndërprerjes së duhanit kanë një rol në kryerjen e pikave të mëposhtme:

- Trajtojnë rastet e varësisë ndaj duhanit dhe fokusohen tek rastet më të vështira
- Edukojnë dhe trajnojnë profesionistë të shëndetit për ndërprerjen e duhanit
- Kërkojnë ose vlerësojnë ndërhyrjet për ndërprerjen e duhanit
- Shpërndajnë praktika të mira për ndërprerjen e duhanit tek profesionalët e kujdesit shëndetor dhe popullatën e gjërë dhe eliminonjojnë praktikat e këqija
- Promovojnë shëndetin

6.7.1 Tre nivelet e shërbimeve për ndërprerjen e duhanit

Përkufizimi i shërbimeve të ndërprerjes së duhanit mbulon tre nёgrupe:
- Grupet e specializuara për ndërprerjen e duhanit
- Praktikat e specialistëve të ndërprerjes së duhanit
- Qëndrat e këshillimit për ndërprerjen e duhanit

Grupet e specializuara të ndërprerjes së duhanit (STCU)
STCU është një qendër e dedikuar ndërprerjes së duhanit me minimumi një mjek dhe dy profesionistë shëndetësorë, nga të cilën e jetë specialist i ndërprerjes së duhanit. Kjo qëndër ka kapacitet të plotë për të përkutshuar medikamente me recetë dhe ofruar këshillim të sjelljes, me aparatura për monitorimin e monoksidit të karbonit për të gjithë pacientët, mbajtjan e kartelave mjekësore standarte, dhe procedura standarte për ndjekje të mëtejshme dhe vlerësimin e aktivitetit anti-duhan.
**Praktikat e specialistëve të ndërprerjes së duhanit (TCSP);**
TCSP është një praktikë mjekësore e dedikuar pjesërisht ose plotësisht trajtimeve ndaj varësisë nga duhanit, me kapacitetin për të shkruar receta dhe përshkruar medikamente, por pa opsonet e plota që ofrohen në një klinikë të ndërprerjes së duhanit.

**Qendrat e këshillimit për ndërprerjen e duhanit (TCCC)**
TCCC është një qendër e dedikuar trajtimit të varësisë ndaj duhanit, ku është e detyrueshme prezenca e një specialisti të ndërprerjes së duhanit, por nuk ka nevojë për një mjek. Zakonisht këtu ndodhet një psikolog, infermier ose profesionist tjetër i kujdesit shëndetësor që silet si këshillues. Nuk ofrohen medikamente me recetë, por është disponibël këshillimi për mbështetjet e terapisë farmakologjike.

Shihni Figurën 6.3.

Ashtu si të gjitha vendet e tjera ku kryhet ndërprerja e duhanit si klinikat e mjekëve të familjes, farmacitë etj, këto shërbime duhet të ndjekin udhëzuesit me të mirë praktikë për trajtimin nga varësia e duhanit. Në mënyrë që të merret akreditimi si një shërbimi i specializuar për ndërprerjen e duhanit, është e rëndësishme të plotësohen kërkesat e detajuara më poshtë.

**6.7.2 Akreditimi i njësive të specializuara të ndërprerjes së duhanit**
Qëndrat e akredituara si njësi të specializuara për ndërprerjen e duhanit këshillohen fort që të kenë burimet optimale humane dhe materiale. Këto grupe duhet të demostrojnë kriteret e ekshelences në lidhje me kujdesin shëndetsor, edukimin dhe kërkimin.

**Burimet njerëzore**
- Sipas evidencave shkencore një skuadër me më shumë se një profesionist të shëndetit rrit normat e suksesit për ndërprerjen e duhanit.3
- Një ekip multi-disiplinor, që përshihin mjekë, infermierë, psikologë, dhe dietologë është optimal për të mbuluar nevojat e shumicës së përdoruesve të duhanit gjetë lënies së ti jë. Një specialist i ndërprerjes së duhanit është në trajnje dhe i paguar për të ofruar mbështetjet profesionale për duhanpirësit që kanë nevojë për ndihmë për lënien e duhanit, me këshilla të shkurtra të përpiktë dhe jo vetëm. Personeli i përshihet jo domosdoshmërisht është me formim mjekësor.
- Mjekët mund të mbulojnë të gjitha detyrat në shërbimin e ndërprerjes së duhanit.
- Profesionistët e shëndetit jo-mjekë mund të ofrojnë mbështetje të sjelljes dhe trajnim për ndërprerjen e duhanit brenda një ekip mjekësor ose në një njësi jo-mjekësore.
- Profesionistët jo-shëndetësorë, të trajnuar për varësinë ndaj duhanit mund të luajnë rol të veçantë në popullata të veçanta.

**Qëndra ka një ekip multi-disiplinor profesionistësh të kujdesit shëndetësor të specializuar në trajtimin e varësisë nga duhanit. Profesionistët e shëndetit jo-mjekë mund të luajnë rol të veçantë në popullata të veçanta.**

**Figura 6.3: Tre nivelet e shërbimeve të ndërprerjes së duhanit (adaptuar nga e.SCCAN)**

![Diagram of Shërbimet e ndërprerjes së duhanit](image)
duhanit, të jenë në gjendje të ofrojnë trajnimet e duhura për parandalimin, diagnostikimin dhe trajtimin e varësisë nga duhani dhe tynosja.

- Idealisht, qendra duhet të ketë edhe personel administrativ për të marrë dhe adresuar telefonatat e pacientëve, për të ruajtur të dhënat përkatëse të pacientëve dhe për funksionet e rendësishme administrative.

- Disponueshmëria e këtyre burimeve duhet të jetë e dokumentuar në mënyrë rigoroze. Çertifikimi që do të kërkohet nga një autoritet kompetent, duhet të demonstrojë ekzistencën e një ekipi multidisplinar me karakteristika specifique, që punon me orar të plotë në qendër. Po ashtu, çertifikimi kërkohet për trajnimin e përshtatshëm në parandalimin, diagnostikimin dhe trajtimin e duhanpirjes.

**Burimet materiale**

- Dhoma në dispozicion, të disponueshme me kohë të plotë: dhomë konsultimi, dhomë eksplorimi, zyrë administrate, ambiente pritjesh, dhomë takimesh.
- Bazë të dhënash në kompjuter dhe dosje për dokumentacionin specifik për duhanpirjen dhe konsumimin e duhanit.
- Shënime klinike specifikë për konsumimin e duhanit
- Protokolle të ndërhyrjes klinike
- Materiale zyre
- Projektorë audio-vizualë
- Materiale klinike: stetoskop, monitor tensioni, aparat që mat sasinë e monoksidit të karbonit në frymënëxjerrje, spirometër, monitor EKG, sisteme të matjes së gjetësisë dhe peshës (përfshtirë dhe llogaritjen e BMI), mostra dhe prezantine me medikamentesh.
- Mundësi për të matur nikotininë ose kotininë në lidhet trupore.
- Numër i vjetër të telefonëve për këtë shërbim.

Disponueshmëria e këtyre burimeve duhet të jetë e dokumentuar në mënyrë adekuate. Çertifikimi që kërkohet nga autoritetet kompetente, duhet të demonstrojë që materialet klinike, të dhëna kompjuterike, si dhe dosjet e veçanta me dokumentat specifikë mbi konsumimin e duhanit, janë të disponueshme për pacientët. Mundësia për të matur nikotininë dhe kotininën në lidhet trupore duhet të dokumentohet gjithashtu.

**Tabela 6.3: Pyetësorët për shërbimet e ndërprerjes së duhanit**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Pyetësorët e vet-vlerësimit të detyruar:</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>- Profili i përdorimit të duhanit</td>
</tr>
<tr>
<td>- Testi i varësisë ndaj duhanit, testi Fagerström.</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Pyetësorët e vet-vlerësimit të rënëkandomuar</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>- Pyetësorët e vlerësimit të humorit (HAD ose tjetër),</td>
</tr>
<tr>
<td>- Pyetësorët mbi motivimin për të lënë duhanin, që të marrë dopime në pushtet.</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Pyetësorët jo të vet-administruar:</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>- Pyetësorët i shërbimit të vet-konsultimit, përmbytjet e ndërprerjes së duhanit.</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Kërkohet gjithashtu edhe prezantimi i shënimeve specifikë të duhanpirjes, së bashku me pyetësorët specifikë, protokollet e ndërhyrjes klinike dhe materialet që përdoren për vet-ndihmë në lënien e duhanit.

**Kategoritë e përdoruesve të duhanit, që duhet të referohen tek shërbimet për ndërprerjen e duhanpirjes**

- **Përdoruesit e duhanit me rrezik të lartë**
  Roli kryesor i shërbimeve të ndërprerjes së duhanit është të sigurohet standarti i trajtimit për përdoruesit me rrezik të lartë si gratë shtatzanë, duhanpirësit që do të kryejnë ndërhyrje të planifikuara, duhanpirësit më sëmundje kardiovaskulare, respiratorë dhe me kancer, përdoruesit me varësi të tjera (alkol dhe drogë), me disavantazhe sociale dhe ata që kanë një histori të mëparshme të përjetkeve të pasuksesshme të ndërprerjes së duhanit.

- **Të gjithë përdoruesit e duhanit**
  Të gjithë përdoruesit e duhanit, që kanë nevojë për ndihmë në procesin e lënies së duhanit mund të referohen tek këto shërbime nga profesionistët e kuq të lënies së duhanit, linjat ndihmëse telefonike ose shërbimet sociale, dhe ata që kanë akses personal për këto shërbime.

**Publiku specifik**
Shërbimet e lënies së duhanit mund të specializohen në një grup
target si gratë shtatzanë, adoleshentët ose duhanpirësit që janë të varur nga substance të tjera. Në këto raste specifikimi i këtyre shërbimeve duhet të përcaktohet qartë.

**Aktivitetet e kujdesit shëndetsor**

Akreditimi, si një njësi e specializuar e ndërprerjes së duhanit, bazohet kryesisht në kriteret e kujdesit shëndetsor cilësor. Kriteret që përcaktojnë cilësinë në parandalim, diagnostikim dhe trajtim të varësisë nga duhanit janë si më poshtë:

Kujdesi shëndetsor duhet të ofrohet në tre formate:
- I individualizuar,
- Në grup,
- Me telefon

Qëndrat duhet të kenë protokolle menazhimi të formateve të individualizuara, në grup dhe me telefon. Këto protokolle duhet të kenë një minimum vizitash në ecuri që duhet të zgjatet për të paktën 12 muaj nga dita e lënies së duhanit.

- Në rastet e vizitave individuale, pacientët vizitohen në 6 herë dhe çdo vizitë jo më pak se 15 minuta. Vizita e parë do të zgjasë jo më pak se 30 minuta.
- Në rastin e konsultave në grup, pacienti do të takohen në 5-9 sesione grupi me një kohëzgjatje 45-90 minuta.
- Konsultat me telefon duhet të kryhen në ato raste kur pacienti e ka të vështrë të vizitojë qëndrën, kur ndërhyrja është më pak intensive ose në ato raste kur nevojitet ndërhyrja direkte.

Aktiviteti i kujdesit shëndetësor duhet të kryhet nga një skuadër multidisiplinare prej mjekësh, infermierësh dhe psikologësh. Të gjithë duhet të jenë të kualifikuar si ekspertë në parandalim, diagnostikim dhe trajtimin e duhanpirjes.

Aktivitetet e kujdesit shëndetësor të këtyre njësive nuk duhet të kufizohen vetëm brenda qendrës së duhanit, kërkoja profesionistë të qendrës, kërkoja duhanpirjes dhe kërkoja të tjera. Aktivitetet e kujdesit shëndetësor duhet të jetë direkte me pacienti dhe bërthamisht të arrin nga nga dy ujit e parandalimit dhe trajtimi të duhanpirjes. Aktivitetet e kujdesit shëndetësor duhet të jetë të njëjshme në këto raste specifike, që të përmbushin karakteristikat dhe ndarjen e duhanpirjes.

Për dokumentacionin që disponohet kërkoja profesionistë të kujdesit shëndetësor, që të përmirësohet dhe të përmbushë karakteristikat dhe ndarjen e duhanpirjes. Dokumentacioni duhet të prezantohet, të lëshohet nga autoritetet kompetente, dhe të përfshirë këto të përfshirë kërkoja profesionistë të kujdesit shëndetësor):

Vizita e parë:
- duhet të jetë direkte me pacientin dhe/ose mund të kryhet në kuadër të vizitave në grup;
- kohëzgjatja është zakonisht 45-60 minuta;
- mund të përmirësohet nga mbështetja të internetit, testime apo vizita të paplanifikuara;

Vizitë e mëpasshme monitoruese (follow-up):
- duhet të jetë direkte me pacienti se a mbështeti përmirësueshëm të duhanpirjes;
- duhet të zotëruajë këto të dhëna: numrin e pacientëve të rinj në vit (numri minimal i kërkuar = 300), numri i kontrolave të kryerë në vit (numri minimal i kërkuar = 1000), numri i disa ndikimeve të kryerë në vit (numri minimal i kërkuar = 1000), numri i disa ndikimeve të kryerë në vit (numri minimal i kërkuar = 100), numri i disa ndikimeve të kryerë në vit (numri minimal i kërkuar = 100).

**Tabela 6.4:** Shembuj të organizimit të vizitave të ndërprerjes së duhanit

<table>
<thead>
<tr>
<th>Vizita e parë:</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>- duhet të jetë direkte me personin dhe/ose mund të kryhet në kuadër të vizitave në grup;</td>
</tr>
<tr>
<td>- kohëzgjatja është zakonisht 45-60 minuta;</td>
</tr>
<tr>
<td>- mund të përmirësohet nga mbështetja të internetit, testime apo vizita të paplanifikuara;</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Të gjitha aktivitetet e kujdesit shëndetësor duhet të jetë të përfshirë dhe të përmbushë karakteristikat e duhanpirjes.
Aktivitetet edukuese

- Është shumë e rëndësishme për profesionistët shëndetësore në qëndrat e specializuarë të shërbimit të ndalimit të duhanit, që të kenë qëllim të mjaftueshëm dhe të jenë të akredituar për kryerjen e aktiviteteve të edukimit (të lidhura me parandalimin, diagnostikimin, dhe trajtimin e duhanpirjes) në fakultetet e mjekësisë, shkencave psikiatrike dhe shëndetstore, si dhe në shkollat infermierore.

- Aktivitetet e kërkimit shkencor

Njësia e specializuarë të ndërprerjes së duhanit duhet të sigurojë zhvillimin e aktiviteteve kërkimore në formën e studimeve epidemiologjike, studimeve klinike ose kërkimit shkencor bazë. Njësitë e ndërprerjes së duhanit duhet të marrin pjesë në kërkim akademik. Me mbëshhtetjen e një trupe të akredituar, këto shërbime mund të marrin pjesë në menaxhim ose kërkim akademik.

Njësitë e ndërprerjes së duhanit duhet të raportojnë çdo vit për aktivitetet e tyre, veçanërisht duke u siguruar që:
- Është rregjistruar numri i pacientëve të rinj dhe vizitave monitoruese.
- Është rregjistruar statusi i kontrollit 6-mujor të abstinencës për të gjithë pacientët që vizitojnë këtë shërbim.
- Janë përdorur të dhëna standarde të kompjuterizuara për rregjistrimin e ndërprerjes së duhanipjes.

Për dokumentacionin që disponohet kërkohet prezantim, i cili të demostrojë se profesionistët e kujdesit shëndetor që punojnë me kohët të plotë të qëndër, kanë qëllim të mjaftueshëm dhe të ndihmojnë akademikë për të edukuar praktikanët. Lektorët me honorare, leksionet e universiteteve private, lektorët me kontratë, profesorët e asociuar, profesorët universitarë asistentë dhe rektorët e universiteteve do të vlerësuan veçanërisht në këtë aspekt.

Prezentimi i dokumentacionit të lëshuar nga autoritetet kompetente, i cili tre nga qendra në mënyrë e rëndësishme periodike ndërmerr aktivitete edukuese për trajtimin e vazhdueshëm të profesionistëve të kujdesit shëndetor në aspektet e lidhura me parandalimin, diagnostikimin dhe trajtimin e duhanipjes, do të jetë e vlerësuar në mënyrë të veçantë. Numri i kurseve, konferencat dhe takimet e tjera edukative, të mbajturë nga anëtarët e qëndrës në dy vitet e fundit duhet të specifikohen.

Roli i shërbimeve të ndërprerjes së duhanit në promociionin shëndetësor

Këto shërbime duhet të promovojnë stile jetese të shëndetshme,
pa duhanpirje tek publiku i gjerë dhe tek përdoruesit e duhanit me ose pa sëmundje shoqëruese. Ata duhet ta bëjnë këtë si për pacientët që ndjekin në këto shërbime, si për komunitetin.

Rekomandime:
Kur të implementohet sistemi i akredituar i standarteve Evropiane, i bazuar në standartet e cilësisë ENSP, duhet të kihet parasysh dhe të respektohet diversiteti i 53 shteteve anëtare në rajonin evropian të OBSH4, me struktura dhe organizim të ndryshëm në sistemet e tyre të edukimit dhe shëndetit.

Referencat
2. e.SCANN 2010 Report :The European Tobacco Cessation Clinics Assessment and Networking Project. www.ofta-asso.fr/escann

Tabela 6.5: Vlerësimi i Vet-kontrollit të Ndërprerjes së Duhanpirjes në Shërbimet për Ndërprerjen e Duhanpirjes (TCS)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Vlerësimi i vet-kontrollit të ndërprerjes së duhanit</th>
<th>Pa zbatim (0)</th>
<th>Pak zbatim (0)</th>
<th>Gjyshë zbatim (0)</th>
<th>Pohuaj zbatim total (0)</th>
<th>Po, totalisht (0)</th>
<th>Nuk aplikohet (NA)</th>
<th>Observime</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1. Shërbimi i ndërprerjes së duhanit pohon qartë se shërbimi i dedikohet kujdesit për përdoruesit e duhanit dhe kryerjes së procesit të lënies së duhanit</td>
<td>QËLLIMI</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>1.01 Fjala “duhan” (ose ekuivalentja) është prezente në dokumentat zyrtare të Shërbimit për Ndërprerjen e Duhanpirjes (TCS) dhe në hyrjen e ndërtesës</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
<td>NA</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>1.02 Fjala “duhan” (ose ekuivalentja) është prezente në prezantimin në internet të TCS.</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
<td>NA</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>1.03 Ka një numër specifik telefoni për të komunikuar me stafin profesional të qendrës TCS.</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
<td>NA</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>1.04 Nëse ka një listë të qëndrave për ndërprerjen e duhanit në nivel kombëtar ose rajonal, ky shërbim është në këto lista.</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
<td>NA</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

2. Shërbimi i ndërprerjes së duhanit bën më të mirën për të patur burimet e mjaftueshme njerëzore dhe materiale në realizim të misionit të tij. BURIMI

| 2.01 Koha e stafit është e mjaftueshme për të siguruar më pak se tre javë vonesë për vizitën e parë. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | NA |
| 2.02 I gjithë stafi është shumë i trajnuar mbi ndërprerjen e duhanpirjes | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | NA |
### Tabela 6.5  Continued

| 2.03 | Të paktën gjysma e stafit është e çertifikuar si specialistë në ndërprerjen e duhanit | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | NA |
| 2.04 | Përrshkrimi i medikamenteve është totalisht i disponueshëm | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | NA |
| 2.05 | Ka një dhomë të qetë >10m2 për konsultime | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | NA |
| 2.06 | Ka një aparat për matjen e monoksidit të karbonit /600 vizita në vit | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | NA |
| 2.07 | Ka kompjuter në dhomën e konsultave | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | NA |
| 2.08 | Pyetësorët e vet-vlerësimit, si psh.: testi i varësisë ndaj nikotinës Fagerstrom. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | NA |
| 2.09 | Ka medikamente të disponueshme për t’ia dhënë apo demostruar duhanpirësit | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | NA |

### 3. Qëndra e shërbimit i pranon të gjithë duhanpirësit, por kujdeset më shumë për rastet e rënda. Në qoftë se shërbimi vendos që të marrë përsipër vetëm popullata specifike, (psh shtatzëna) ky vendim tregohet e publikohet qartësisht. PUBLIKE

| 3.01 | >50% e pacientëve të rinj kanë sëmundje shoqëruese, varësi të tjera, shtatzani ose situatë financiare të dobët | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | NA |
| 3.02 | Specifika e popullatës e cila mund të ketë akses ndaj këtyre shërbimeve është qartësuar saktë (NB: 4 në qoftë se nuk ka kufizime ndaj aksesit ) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | NA |

### 4. Qëndra e shërbimit respekton praktikat më të mira dhe Udhëzuesit (guidelines) më të vlerësuar lidhur me lënien e duhanit. PRAKTIKA MË E MIRË

| 4.01 | Rekomandimet për praktikat e mirë listuara dhe aplikuara në TCS. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | NA |
| 4.02 | Kohëzgjatja e vizitës së parë zgjat të paktën ½ orë | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | NA |
| 4.03 | TCS ofron praktika të mira për ndërprerjen e duhanit tek profesionistët e shëndetit, që nuk janë specialistë duhanit. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | NA |

### 5. Qëndra e shërbimit merr pjesë në edukimin dhe trajnimin e profesionistëve shëndetësorë mbi ndërprerjen e duhanpirjes. EDUKIMI

| 5.01 | Qëndra TCS merr pjesë në edukimin e mjekëve mbi vlerësimin e varësisë ndaj duhanit dhe ndërprerjen e tij. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | NA |

Continued
<table>
<thead>
<tr>
<th>5.02</th>
<th>Qëndra e shërbimit merr pjesë në edukimin dhe trajnimin e profesionistëve jo-mjekësorë për ndalimin e duhanit.</th>
<th>0</th>
<th>1</th>
<th>2</th>
<th>3</th>
<th>4</th>
<th>NA</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>6. Qëndra e shërbimit rregjistron dhe ofron të dhëna mbi vlerësimin lokal dhe/ose kombëtar për ndërprerjen e duhanpirjes.</td>
<td>KËRKIMI SHKENCOR</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>6.01</td>
<td>Qëndra e shërbimit rregjistron dhe ofron të dhëna mbi vlerësimin e ndërprerjes së duhanit, në nivel lokal dhe kombëtar.</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
<td>NA</td>
</tr>
<tr>
<td>6.02</td>
<td>Qëndra e shërbimit merr pjesë në kërkime akademike për varësinë ndaj duhanit.</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
<td>NA</td>
</tr>
<tr>
<td>7. Qëndra e shërbimit kryen veprimtari periodike për promocion shëndetsor, në bashkëpunim me komunitetin</td>
<td>PROMOCIIONI SHËNDETSOR</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>7.01</td>
<td>Qëndra e shërbimit ka kryer këtë vit ose vitin e shkuar veprimtari të promocionit shëndetësor.</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
<td>NA</td>
</tr>
<tr>
<td>8. Qëndra e shërbimit vlerëson aktivitetin e saj dhe vazhdon përmirësimin e vazhdueshëm sipas feedback-ut të këtij vlerësimi</td>
<td>VLERËSIMI</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>8.01</td>
<td>Abstinenca e 6 mujorit shënohet dhe vlerësohet</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
<td>NA</td>
</tr>
<tr>
<td>8.02</td>
<td>Statistikat e rezultateve për ndërprerjen e duhanit janë të disponueshme.</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
<td>NA</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>TOTAL /100</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>