

2018

Guida për trajtimin
e varësisë ndaj
duhanpirjes



ENSP

*European Network
for Smoking and Tobacco Prevention*

2018

Guida për trajtimin
e varësisë ndaj
duhanpirjes





ENSP

*European Network
for Smoking and Tobacco Prevention*

© 2018

European Network for Smoking and Tobacco
Prevention aisbl (ENSP)

Chaussée d'Ixelles 144
B-1050 Brussels, Belgium

Tel.: +32 2 2306515

Fax: +32 2 2307507

E-mail: info@ensp.org

Internet: www.enso.org

E-learning platform: <http://elearning-ensp.eu/>

ISBN: 978-618-82526-9-1

Tabela e përmbajtjes

Falenderimet	7
Deklaratat e Interesit	9
Editorial	11

PJESA E PARË

1.0 Vlerësimi i përdorimit të duhanit dhe varësisë ndaj duhanit.....	15
1.1. Përdorimi i duhanit është një sëmundje	16
1.2. Përkufizimet, klasifikimet, termat dhe shjegimet specifike.....	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
2.0 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

2.4 Trajtimi i varësisë ndaj duhanit pas ndërprerjes	29
2.5 Parandalimi i ripërsëritjes.....	30
Referenca	30
3.0 Këshilla të shkurtra për ndërprerjen e përdorimit të duhanit	31
3.1 Rekomandime të përgjithshme	32
3.2 Plani i ndërhyrjes për personelin mjekësor të përfshirë në asistencën e duhanpirësve	32
3.3 Rekomandime për mjekët e përgjithshëm	32
3.4 Rekomandime për pacientët e hospitalizuar	33
3.5 Rekomandime për gratë shtatzëna.....	33
3.6 Rekomandime për pacientët me ndërhyrje kirurgjikale specifike	34
Referenca	34
PJESA 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 varësisë ndaj duhanit	43
4.1.6 Llojet e ndërhyrjeve për ndërprerjen e duhanit	44
Referenca	45
4.2 Konsulencë për sjelljen	46
4.2.1 Suporti psikologjik për ndërprerjen e duhanpirjes	46
Referenca	48
4.2.2 Terapia konjitive-bihejvioriste (CBT).....	48
4.2.3 Intervistë motivimi (MI).....	50
Referenca	52
4.2.4 Format 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 zgatur 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-popullatat 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 shoqëruese	106
Referenca	112
4.8.4 Rekomandime për ndërhyrjet mbi shtimin në peshë pas ndërprerjes së duhanpirjes	113
Referenca	114
5.0 Kërkime dhe Rekomandime Shkencore për të Vlerësuar Ndërprerjen e Duhanpirjes	115
5.1. Kriteret e kërkimit 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 Universiteteve 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 klinikistët 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 duhanpirjes ²	135
6.7.2 Akreditimi i njësive të specializuara për ndërprerjen e duhanpirjes	136
Referenca	140

Falenderime

Botimi 2018 (4) u koordinua dhe u rishikua 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 Kërkues Shkencor në Fondacionin e Kërkimit Shkencor Biomjekësor në Akademinë 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 Irlandë (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 Shëndetit Publik Health Moskë, Rusi;

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

Antigona Trofor, 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 Publik , 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 Pneumologjisë, M. Nasta Instituti 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 editor i "Tabaccologia, Società Italiana di Tabaccologia (SITAB)", Bolonja, Itali;

Ėitold 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**, Sekretarit 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 Selfo, 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

Deklarate interesi

Anëtarët e Bordit Editorial të Udhëzimeve të ENSP për Trajtimin e Varësisë ndaj Duhanit paraqesin deklaratimet e mëposhtme të interesit:

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

Luke Clancy deklaron se institutit të tij iu dha një grant për kërkimin shkencor nga Pfizer në vitin 2010; ai mori tarifa konsulence nga Pfizer dhe Pierre Fabre 2010, 2011, 2012; ai mori edhe tarifat e leksioneve nga Pfizer dhe Novartis në 2010, 2011, 2012;

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

Antigona Trofor ka marrë fonde të rregullta për punë kërkimore klinike nga Novartis Pharma Services Romania SRL, CROM Research Org. SRL, INC Research and Glaxo SmithKline gjatë

viteve 2011-2012 dhe është paguar për leksionet e rastit nga European Commission, AstraZeneca, Servier Pharma SRL, Glaxo SmithKline dhe Pierre-Fabre gjatë 2011-2012.

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 i është akorduar një grant arsimor nga Pfizer; por ka refuzuar çdo pagesë personale nga kompanitë farmaceutike apo agjencitë e tjera.

Këto udhëzime (guideline) janë hartuar në mënyrë të pavarur nga çdo kompani farmaceutike.

Niveli i evidencave të rekomandimeve në udhëzime (guidelines)

Tabela 1: Udhëzimet e tanishme i ndajnë evidencat (të dhënat) në tri kategori, sipas llojit, cilësisë dhe sasisë së studimeve të referuara.

Nivelet e Evidencave: Përshkrimi			Nivelet e Evidencave: Përshkrimi		
Kategoria e dëshmive	Burimi i Evidencave	Përkufizimi	Kodi	Cilësia e Evidencave	Përkufizimi
A	Studime të kontrolluara dhe të randomizuara (CRT). Database të mëdha.	Një numër i madh studimesh të cilat përfshijnë një numër të konsiderueshëm dhe të madh pjesëmarrësish.	A	I Lartë	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 përfshirjen e shumë qendrave.
B	Studime të kontrolluara dhe të randomizuara. Database me të dhëna të limituara.	Studimet përfshijnë një numër të limituar pacientësh, analiza post hoc ose analiza të nëngrupeve studimore CRT, ose meta-analiza të CRT. Studimet e randomizuara janë të vogla, në grup-popullata të ndryshme, me rezultate të paqëndrueshme.	B	I moderuar	Kërkime të mëtejshme kanë gjasa të kenë një impakt të konsiderueshëm në besimin tonë mbi vlerësimin e efektit dhe mund ta ndryshojnë këtë vlerësimin. Një studim me cilësi të lartë. Studime të ndryshme me disa kufizime.
C	Studime jo të randomizuara. Studime observuese. Konsensusi i ekspertëve.	Të dhëna / dëshmi nga studime të pa-randomizuara dhe të pa-kontrolluara, ose nga studime observuese.	C	I ulët	Kërkimet e mëtejshme kanë shumë gjasa të kenë një ndikim të rëndësishëm në besimin tonë mbi vlerësimin e efektit dhe ka të ngjarë të ndryshojnë këtë vlerësimin. Një ose më shumë studime me kufizime të rëndësishme.
			D	Shumë i ulët	Çdo vlerësim i efektit është shumë i pasigurtë. Mendimi i ekspertit. Nuk ka prova të drejtpërdrejta nga hulumtimet shkencore. Një ose më shumë studime me kufizime shumë të rëndësishme.

Parathënie

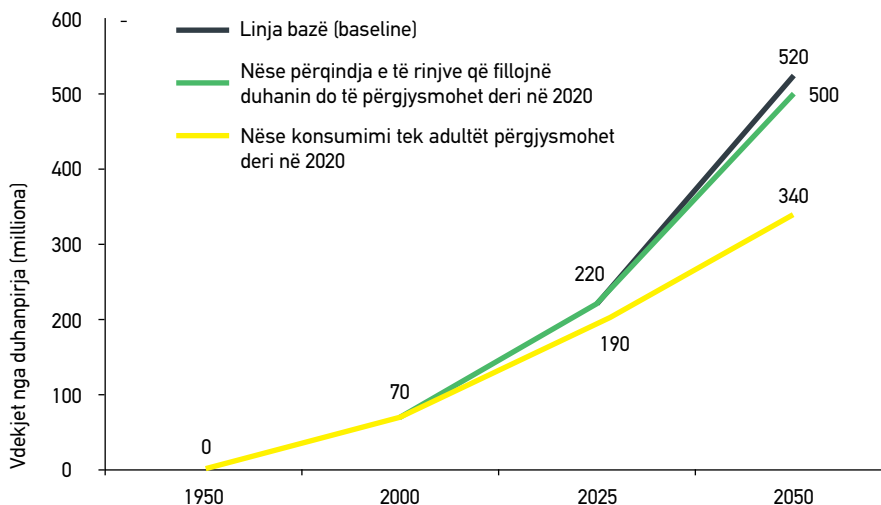
ENSP ka vizionin e një të ardhmeje pa duhan, në të cilën asnjë European nuk do të duhet të vuajë nga sëmundje të lidhura me duhanin dhe vdekje të parakohshme. Të gjitha përpjekjet tona janë përqëndruar për tu siguruar fëmijëve dhe të rinjve lirinë e të rriturit të pavarur dhe të shëndetshëm, pa qenë të robëruar 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 european dhe kombëtar.

Duke iu referuar vëzhgimit të Eurobarometerit, të publikuar në 2017ⁱⁱⁱ, pothuajse çereku (26%) i Europeanëve të moshës mbi 15 vjeç pijnë duhan dhe 33% e moshës 25-39 vjeç janë duhanpirës. Duhani vret gjysmën e përdoruesve të tij të rregullt, d.m.th.

700,000 Europeanë 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 inkurajuar. 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 rreth 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 përshtatshme, të kuptueshme dhe të integruara, bazuar në evidencat shkencore dhe praktikën më të mira, duke marrë parasysh rrethanat dhe prioritetet 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 Nenet 14 :

- i. Inkurajoni Palët që të forcojnë ose krijojnë një infrastrukturë të qëndrueshme, e cila motivon përpjekjet për të lënë duhanin, siguron aksesin në ndihmë të përdoruesve të duhanit që duan të lënë atë, dhe siguron burime të qëndrueshme për të siguruar disponibilitetin e një mbështetjeje të tillë;
- ii. Identifikoni masat kyçe dhe efektive të nevojshme për promovimin e ndërprerjes së duhanit dhe inkorporimin e trajtimit të varësisë nga duhani në programet kombëtare të kontrollit të duhanit dhe sistemet e kujdesit shëndetësor;
- iii. Kërkojuni Palëve të ndajnë përvojat e tyre dhe të bashkëpunojnë, në mënyrë që të lehtësojnë zhvillimin ose forcimin e mbështetjes për ndalimin e duhanpirjes dhe trajtimin e varësisë nga duhani.

Sipas udhëzimeve të sipërpërmendura, përpjekjet duhet të përqendrohen në zhvillimin e infrastrukturës për të mbështetur ndërprerjen e duhanit dhe trajtimin e varësisë së duhanit në mesin e anëtarëve të FCTC, ku FCTC rekomandon se: "Palët duhet të zbatojnë veprimet e renditura më poshtë me qëllim forcimin ose krijimin e infrastrukturës së nevojshme për të promovuar në mënyrë efektive ndërprerjen e përdorimit të duhanit dhe për të siguruar trajtim adekuat për varësinë ndaj duhanpirjes, duke marrë parasysh rrethanat dhe prioritetet kombëtare".

Këto hapa veprimi mund të përmbliidhen si më poshtë

1. Kryerja e një analize të gjendjes kombëtare.
2. Krijimi ose forcimi i koordinimit kombëtar.
3. Zhvillimi dhe shpërndarja e udhëzimeve gjithëpërfshirëse.
4. Adresimi i përdoruesve të duhanit tek personat e kujdesit shëndetësor dhe të tjerë të përfshirë në procesin e ndërprerjes

së duhanit.

5. Zhvillimi i kapaciteteve trajnuese.
6. Përdorimi i sistemeve dhe burimeve ekzistuese për të siguruar aksesin më të madh të mundshëm në këto shërbime.
7. Bëjeni të detyrueshëm regjistrimin e duhanpirësve në rregjistrat mjekësorë.
8. Inkurajoni punën bashkëpunuese.
9. Vendosni një burim të qëndrueshëm financimi për të ndihmuar ndërprerjen e duhanpirjes.

Në Udhëzuesin aktual ENSP për Trajtimin e Varësisë ndaj Duhanpirjes nesynojmë të adresojmë kryesisht Hapin e3-të, duke marrë gjithsesi në konsideratë analizimin e situatës kombëtare të Hapit të 1-rë dhe integrimin sa të jetë e mundur të Hapit 5-së (Rritjen e kapaciteteve trajnuese) dhe 7-të (Rregjistrimin e detyrueshëm të duhanpirësve në rregjistrat shëndetësorë).

Sipas udhëzimeve për zbatim: "Palët duhet të zhvillojnë dhe shpërndajë udhëzimet gjithëpërfshirëse të trajtimit të varësisë ndaj duhanit, në bazë të të dhënave shkencore dhe praktikave më të mira të disponueshme, duke marrë parasysh rrethanat dhe prioritetet kombëtare. Këto udhëzime duhet të përfshijnë dy komponente kryesore: (1) një strategji kombëtare të ndërprerjes, për të promovuar ndërprerjen e duhanpirjes dhe për të siguruar trajtim për varësinë ndaj duhanit, duke synuar kryesisht tek ata që janë përgjegjës për financimin dhe zbatimin e politikave dhe programeve; dhe (2) udhëzimet kombëtare për trajtimin, që synojnë kryesisht të ndikojnë tek ata që do të zhvillojnë, menaxhojnë dhe sigurojnë mbështetje 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 kenë karakteristikat kyçe të mëposhtme:

- ato duhet të jenë të bazuara në evidenca (të dhëna / prova);
- zhvillimi i tyre duhet mbrojtur nga të gjitha konfliktet aktuale dhe të mundshme të interesit;
- ato duhet të zhvillohen në bashkëpunim me grupet kyç të interesit, 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 udhëhiqen 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 Trajtimit të Duhanpirjes, ata duhet ta bëjnë këtë në bashkëpunim aktiv me qeverinë;*
- ato duhet të përfshijnë një plan shpërndarjeje dhe zbatimi, duhet të theksojnë rëndësinë e të 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 përmbushjes së qëllimeve të ENSP. Kjo është arsyeja pse në përputhje me nenin 14 KKKD, këto Guideline Europiane për Trajtimin e Varësisë nga Duhani janë zhvilluar dhe sigurohen lirisht prej profesionistëve të kujdesit shëndetësor dhe publikut. Ne jemi të bindur se këto Guideline për Trajtimin e Varësisë nga Duhani 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 mjeteve jetike, për ti ndihmuar të përmirësojnë strategjitë për ndërprerjen e duhanit.

Së fundmi, udhëzimet e tanishme përbëjnë rezultatin e punës së vazhdueshme dhe intensive nga Bordi Editorial i të dy edicioneve, të 1rë dhe të 2të, të cilit ENSP i është jashtëzakonisht mirënjohës.

Francisco Lozano
President, ENSP

Panagiotis Behrakis
Chair, ENSP Scientific Committee

- i) European Commission, 2017. Special Eurobarometer 458 Report Attitudes of Europeans towards Tobacco and Electronic Cigarettes. Available at: <https://ec.europa.eu/comfrontoffice/publicopinion/index.cfm/ResultDoc/download/DocumentKy/79003>
- ii) WHO Framework Convention on Tobacco Control: guidelines for implementation, 2011
http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501316_eng.pdf

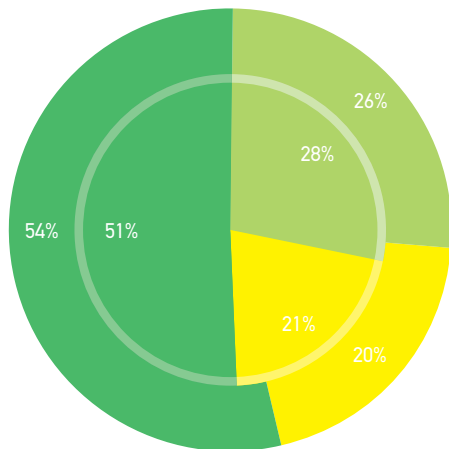
PJESA E PARË | Kapituli 1

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 pike kurre duhan
- Ke pike ne te kaluaren por e ke lene
- Nuk e di

Inner pie: EB77.1 Feb.-Mar. 2012, Outer pie: EB82.4 Nov.-Dec. 2014

"Pak më shumë se një e katërta e të 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 në Evropë.^{1,2} Çdo vit, më shumë se 700,000 evropianë vdesin prej sëmundjeve që lidhen me duhanin.² Është një fakt i njohur se pritshmëria e jetës së duhanpirësve është dhjetë vjet më e shkurtër se ajo e një jo-duhanpirësi dhe gjysma e përdoruesve të duhanit do të humbasin 20 vjet jetë të

shëndetshme përpara se të vdesin nga një sëmundje e lidhur me duhanin.³

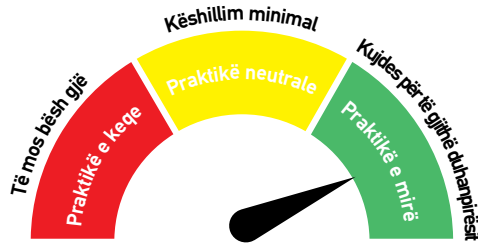
Varësia e duhanit është një sëmundje, e cila çon shumicën dërrmuese të përdorimit të duhanit tek të rriturit. Varësia e duhanit është e lidhur me përdorimin afatgjatë të përditshëm të produkteve me bazë duhanin (cigare, llullë, puro, bidis (cigare e dredhur Indiane), nargjile, duhan që përthypet etj). Shumica e duhanpirësve nuk janë në gjendje të ndalojnë pirjen e duhanit me vullnetin e tyre. Në terma mjekësorë, pirja kronike e duhanit përkufizohet si: varësia nga duhani ose varësia nga nikotina.

Mjekët 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 sëmundjes së varësisë ndaj duhanit është nikotina. Nikotina është një drogë që krijon shumë varësi, e cila gjendet në duhan dhe që përcakton 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 përdorur, jo të gjithë duhanpirësit ndjekin të njëjtin model rreziku, përgjigja e profesionistëve të shëndetit ndaj përdorimit të duhanit duhet të jetë një: të trajtohet varësia ndaj duhanit pa asnjë vonësë.

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 trajtosh ose të mos planifikosh trajtimin e pacientëve që kanë varësi nga duhani. Më e pakta, mjekët duhet të ofrojnë ndërhyrje të shkurtër këshilluese për të gjithë pacientët që përdorin duhanin (Figura 1.1).

Pasi përdorimi dhe varësia ndaj duhanit perceptohen me të drejtë si një sëmundje, duhanpirësit mendojnë se është e

Figura 1.1: Ndërhyrja tek duhanpirësit në ambientet klinike



përshtatshme të kërkojnë ndihmë mjekësore nga profesionistë shëndetësorë me qëllim që të lënë duhanin, që sigurohet nëpërmjet trajtimit të varësisë nga duhani. Ashtu si në rastet e sëmundjeve të tjera kronike, ndihma 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.

Përfundimisht, duke pirë duhan, individët jo vetëm që fusin nikotinë në trupin e tyre dhe mbajnë ose rrisin varësinë e duhanit, por gjithashtu ekspozohen ndaj një numri të madh sëmundjesh 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.³

1.2 Përkufizimet, klasifikimet, termat dhe shpjegimet specifike

1.2.1 Varësia e duhanit: një sëmundje industriale e fituar

Duhanpirja është një varësi ndaj duhanit e shkaktuar nga droga nikotinë. Duhanpirësi që vuan nga varësia e duhanit nuk mund ta ndalë përdorimin e substancës, pavarësisht faktit se kjo i shkakton dëm atij/asaj. Nikotina e thithur njihet si një drogë e aftë për të nxitur një varësi të paktën po aq të fortë sa ajo e heroinës apo kokainës.⁴ Duhanpirësit që fillojnë pirjen e duhanit që adoleshentë, zakonisht janë më të varur sesa ata që e fillojnë përdorimin e duhanit në moshë të rritur.⁵ Nikotina, një substancë me veti psiko-aktive, nxit dëshirën për cigare, puro, llullë, duke

ua bërë duhanpirësve të pamundur ta lënë lehtë duhanin dhe shkakton tek ata simptoma fizike dhe psikologjike kur tentojnë lënien e tij. Ndërsa nikotina që përmban duhani shkakton varësinë ndaj nikotinës/duhanit, efektet toksike janë kryesisht për shkak të substancave të tjera që gjenden në tymin e duhanit.

1.2.2 Mekanizmi i induksionit të varësisë së duhanit

Nikotina e thithur arrin qarkullimin e gjakut arterial të trurit nëpërmjet mushkërive në me pak se shtatë sekonda.⁶ Nikotina lidhet me receptorët specifike të acetilkolinës (kryesisht $\alpha 4 \beta 2$ receptorët nikotinë të acetilkolinës) në nucleus accumbens në zonën preoptike të hipotalamusit, që stimulon lirimin e neurotransmetuesve, të tillë si dopamina dhe noradrenalina, e cila perceptohet si kënaqësi nga përdoruesi i duhanit.^{7,8} Kënaqësia që përdoruesit e duhanit perceptojnë, është në fakt lehtësimi i simptomave të hershme të tërheqjes nga duhanpirja, ndërsa nivelet e nikotinës rriten dhe ndodh stimulimi i receptorëve të nikotinës.

Tipari kryesor i varësisë nga nikotina është dëshira për të përjetuar efektet farmakologjike të nikotinës dhe për të shmangur fenomenet e mundshme të tërheqjes nga duhanpirja dhe situatat e lidhura me to, si pozitive (nikotina nxit stimulimin psikoaktiv) si negative (mungesa e nikotinës shkakton diskomfort).⁷

Çdo cigare e pirë menjëherë zvogëlon dëshirën, por desensibilizon receptorët e nikotinës dhe rrit numrin e tyre, duke rritur kështu kërkesën për cigaren tjetër.⁸ Ky stimul i shkaktuar nga përdorimi i duhanit shkakton konsum kronik të tij.^{7,9} Gjatë fazës së fillimit të varësisë ndaj duhanit, duhanpirësi do të duhet të rrisë sasinë e nikotinës së marrë, në mënyrë që të rikrijojë të njëjtën ndjesi intensive. Pas periudhës fillestare të përshtatjes, duhanpirësi ka nevojë për dozën e tij / të saj individuale të nikotinës, në mënyrë që të ndjehet në një gjendje neutrale dhe për të parandaluar simptomat e lënies. Kjo përshtatje morfologjike që ndodh në sistemin nervor qendror përkon me zhvillimin e një varësisë fizike.^{7,9}

1.2.3 Nikotina nuk është e vetmja shkaktare e varësisë së duhanit

Varësia nga nikotina ka dy komponentë: varësinë fizike dhe varësisë psikologjike.¹⁰

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 individual të duhanit.

1.2.4 Varësia nga nikotina sipas OBSH

Një person konsiderohet si nikotino-vartës, kur ai / ajo ka një histori të konsumit 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.⁶

Sipas kriterëve të miratuara nga Organizata Botërore e Shëndetësisë (OBSH) të Klasifikimit Ndërkombëtar të Sëmundjeve, varësia ndaj duhanit është përfshirë në: Çrregullimet mendore dhe të sjelljes për shkak të përdorimit të duhanit dhe ka kodin F17 të sëmundjes (Tabela 1.1).¹¹

Sindroma e varësisë i referohet një grupi të fenomeneve fizike, psikologjike, të sjelljes dhe njohëse, në të cilën përdorimi i një substance (në këtë rast duhanit) bëhet një përparësi për personin në fjalë, duke frenuar sjellje të tjera, të cilat në të kaluarën kanë patur shumë vlera për atë person.

Sindromi i tërheqjes nga nikotina

Administrimi i nikotinës në trup, kryesisht nga inhalimi, çon në varësi ndaj nikotinës. Anasjelltas, kur nikotina nuk shpërndahet më në një person nikotino-vartës, ndodh sindromi i tërheqjes nga nikotina.

Simptomat e tërheqjes nga nikotina shkaktohen nga ndërpreja e papritur e burimit të nikotinës. Tërheqja nga nikotina mund të manifestohet në katër deri dymbëdhjetë orët e para pas ndërprerjes së duhanit.

Simptomat përfshijnë.¹²

- nevojë akute/e pak kontrolluar për të tymosur (dëshirë);
- irritim / agresivitet / inat;

- ankth;
- nervozizëm;
- lodhje;
- oreks i shtuar;
- vështirësi në përqëndrim;
- depresion;
- dhimbje koke;
- çrregullime të gjumit (pagjumësi natën);
- marrje mendsh të lehtë.

Këto simptoma varen shumë nga individit: 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 orët e para nga 72 orë dhe në rënie gjatë 3–4 javëve.¹² Në rreth 40% të pacientëve simptomat mund të zgjasin më shumë se 3–4 javë.¹²

Simptomat e varësisë ndaj nikotinës përfaqësojnë shumën e të gjithandryshimeve të shkakuar nga ndërprerja e menjëhershme e konsumimit të nikotinës, e cila është veçanërisht e vështirë në dy deri gjashtë javët e para, të cilat duhet të shoqërohen me ndihmë të kualifikuar mjekësore dhe mbështetje psikologjike. Kështu, strategjia më e mirë e rekomanduar nga të gjithë udhëzuesit e ndërprerjes së duhanit për trajtimin e varësisë së nikotinës është që të kombinohet trajtimi farmakologjik me terapinë psiko-bihejvioriste.¹³

Gjendja e duhanpirjes

Rekomandohet që të gjithë klinikistët të vlerësojnë me kujdes përdorimin aktual dhe të shkuar të duhanit nga ana e pacientëve. Për klasifikimin e gjendjes së duhanpirjes përdoren përkufizimet 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 tymosur përditë për të paktën tre muajt e fundit.
- **Duhanpirës me raste** është një person i cili ka tymosur, por jo përditë.
- **Ish-duhanpirës** është një person i cili e ka lënë duhanin për të paktën gjashtë muaj.

Klasifikimi i varësisë së duhanit në klasifikimin ICD10CM të sëmundjeve, OSH (Përditësimi efektiv: 1 tetor 2015)
Website for reference <http://www.icd10data.com>

Varësia nga nikotina F17

Përfashton (kode të tjera të veçanta)

- Historia e varësisë së duhanit (Z87.891)
- Përdorimi i duhanit NOS (Z72.0)
- Përdorimi i duhanit (pirja e duhanit) gjatë shtatzënisë, lindjes dhe lehonisë (O99.33-)
- Efekti toksik i nikotinës (T65.2-)

F17	Varësia nga nikotina
F17.2	Varësia nga nikotina
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 përthypës
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 gjatë adoleshencës.⁵ 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 tij.

Një "shkarje" apo një "rrëshqitje" nënkupton përdorimin e duhanit pas një periudhe të mëparshme të mospërdorimit, por që nuk rezulton në kthimin e pirjes së rregullt të duhanit. Ky mund të jetë rasti i atyre që e kanë lënë duhanin ose ish-duhanpirësve që tymosin më pak se një cigare në ditë, deri në tre ditë në një javë, ose që tymosin 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 lënies janë më të mëdha. Mbi 75% e atyre që lënë duhanin pa ndihmë, rikthehen në përdorues brenda javës së parë, duke e bërë këtë një periudhë kritike.¹² Figura 1.2 përshkruan mundësinë e rifillimit të përdorimit brenda vitit të parë të lënies së duhanit.

Pasi pacientët nuk e konsumojnë më duhanin për dy deri në tre muaj, rreziku për t'iu rikthyer përdorimit është shumë më i ulët, por në asnjë 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 rikthehen 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.¹⁵

Të kuptuarit e natyrës së saj kronike nënkupton ndjekjen afatgjatë dhe jo thjesht ndërhyrjet e realizuara 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 tjetër, si edhe duke punuar për edukimin dhe iu ofruar mbështetje psiko-bihejvioriste pacientëve, për të shmangur rrezikun e rikthimit të konsumimit. Asnjë trajtim efektiv nuk është identifikuar ende për të trajtuar rikthimin e varësisë së duhanit tek ish-duhanpirësit që kanë ndaluar pirjen. Të qenit thjesht një ish-duhanpirës nuk është garanci e sigurtë për fundin e varësisë ndaj duhanit.

Edhe pse shumë klinikistë janë në gjendje për të trajtuar pacientët me sëmundje kronike të tilla si diabeti, hipertensioni arterial, SPOK, etj, ata ndjehen më pak të sigurtë, 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 përshpejton procesin kurativ, rrit shkallën e suksesit të terapisë medikamentoze për

Figura 1.2: Modeli i rifillimit në duhanpirësit që e lënë duhanin pa ndihmë¹²

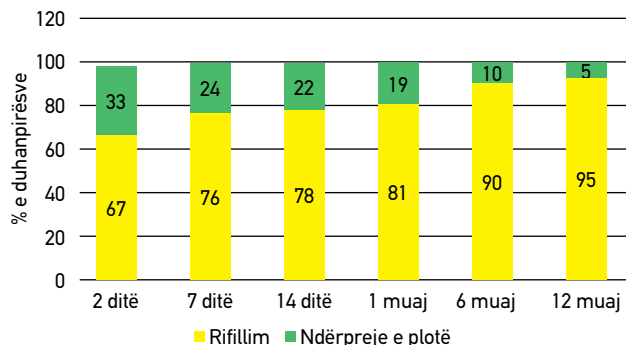
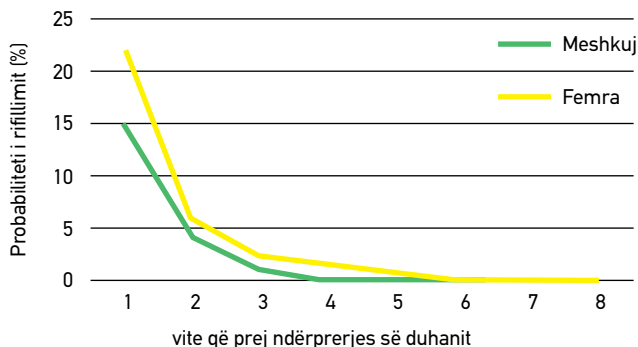


Figura 1.3: Probabiliteti i rifillimit pas një viti¹⁴



ndërprerjen, dhe redukton rikthimin e përdorimit të duhanit. Ne rekomandojmë që të gjithë mjekët, të cilët ndihmojnë pacientët e identifikuar si duhanpirës, ta trajtojnë përdorimin dhe varësinë e duhanit si një çrregullim kronik ripërsëritës dhe ti referohen atij në terma mjekësorë 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 përgjithshëm të paktën një herë në vit, ose në vizitat tek dentistët apo mjekët e tjerë, ose profesionistët e shëndetit për arsye të ndryshme shëndetësore apo për arsye 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 legjitimohet 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 pranimi ose daljes nga spitali, referimet, të dhënat (raportet) laboratorike etj. Ky rekomandim bazohet në një meta-analizë të nëntë 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 vitin 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 rreth 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 përbërë nga vlerësimi klinik dhe biologjik i ekspozimit ndaj tymit të duhanit, vlerësimi i varësisë ndaj duhanit, vlerësimi i profilin 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 $15 \times 15 / 20 = 11.2$ Paketa/Vit).

Vlerësimin e varësisë ndaj duhanit

Varësia ndaj duhanit duhet të diagnostikohet në përputhje me përkufizimin e OBSH. Varësia ndaj duhanit përcaktohet nga prania e të paktën 3 nga 7 kritereve 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 apo 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 individi. Niveli i varësisë ndaj nikotinës mund të përdoret për të orientuar hartimin e

Tabela 1.2: Test Fagerström për varësinë ndaj nikotinës (FTND)¹⁸

1. Sa shpejt pasi ju të zgjoheni, pini cigaren e parë?
Me pak se 5 minuta (3)
6-30 minuta (2)
31-60 minuta (1)
Më shumë se 60 minuta (0)
2. E keni ju të vështirë të përmbaheni kur pihet duhan në vende ku pirja e duhanit është e ndaluar (p.sh. kishë, kinema, tren, restorant etj)?
Po(1)
Jo (0)
3. Cila cigare është më e vështirë për të hequr dorë?
Cigarja e parë në mëngjes(1)
Të gjitha të tjerat (0)
4. Sa cigare në ditë ju pini?
10 ose më pak(0)
11-20 (1)
21-30 (2)
31 ose më shumë (3)
5. A pini duhan më shpesh në orët e para pasi ju zgjoheni apo në pjesën tjetër të ditës?
Po(1)
Jo(0)
6. A pini duhan nqs jeni sëmurë dhe rrini në shtrat në pjesën më të madhe të ditës?
Po(1)
Jo (0)

Pacienti mund të plotësojë pyetësinorin 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 në 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

planeve të trajtimit për pacientët.

Pyetjet kryesore janë pyetjet 1 dhe 4: numri i cigareve të pira në ditë dhe koha e cigares së parë pas zgjimit në mëngjes. Këto pyetje mund të kërkohen nga një mjek gjatë konsultimeve dhe

përbëjnë versionin e shkurtër të testit, shënohen nga 0 në 6, me të njëjtat vlera të shënuara si version i 10 pyetjeve të FTND.¹⁸

Në klinikat e specializuara për ndërprerjen e duhanit përdorimi i mjeteve të tjera 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)¹⁹ dhe Motivët e varësisë ndaj duhanit sipas listës Wisconsit (Wisconsin Inventory of Smoking Dependence Motives [WISDM]).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 trajtimet e ardhshme²¹. Është e rekomanduar për mjekët:

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

Këto karakteristika janë të rëndësishme për të parashikuar suksesin e trajtimit ose faktorët riskantë të dështimit, 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 nëpërmjet pyetjeve të drejtpërdrejta duke përfshirë:

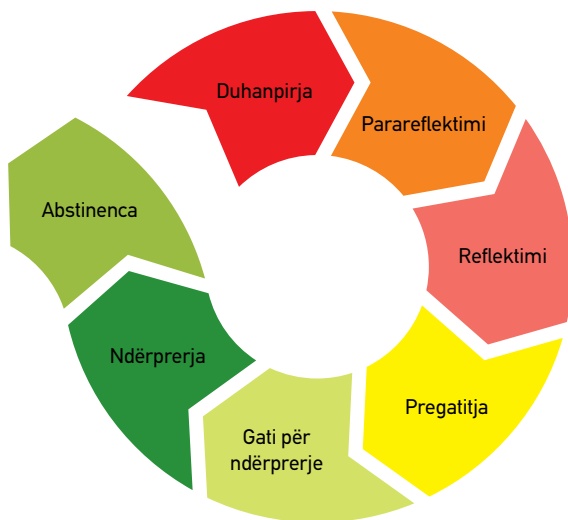
- Doni të lini duhanin (tani)?
- Nqs ju vendosni të lini duhanin, sa besim keni se do të keni sukses?
- Cilat janë arsytet që ju doni të lini duhanin?
- Sa e rëndësishme është për ju lënia e duhanit?

Sipas të mirënjohurit 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 shtyj 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/e gatshme për këtë ndryshim në të ardhmen e afërt.
- **Ndërprerja:** Pacienti fillon përpjekjen për ndërprerjen e duhanit.
- **Abstenenca:** 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

Figura 1.4: Fazat e ndryshimit për ndërprerjen e duhanit sipas Prochaska model²³



Burimi: Di Clemente C.C., et al. J Consult Clin Psychol, 1991; 59: 295-304

përfshijnë: 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.

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

Shkallë të thjeshta, ku mjekët u thonë pacientëve të rendisin në një shkallë nga 1-10, motivimin e tyre për të lënë duhanin, mund të jetë të dobishme në praktikën klinike (Fig. 1.5).

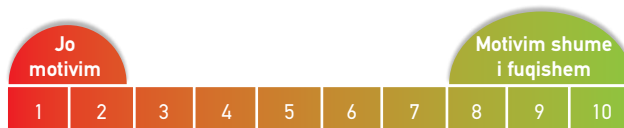
Ka edhe instrumente të tjera për të matur motivimin, të përfshira në: Shkalla e Motivimit për Lënien e Duhanit (Motivation to Stop Smoking Scale).²³

Pavarësisht motivimit ose gatishmërisë së pacientit për të lënë duhanin, trajtimi i ndërprerjes së tymosjes duhet të fillohet nga mjekët për të gjithë pacientet që raportojnë përdorimin e duhanit. Në rastin e duhanpirësve me sëmundje bashkëshoqëruese dhe pacientëve me varësi ndaj duhanit, profesionisti i shëndetit duhet t'i komunikojë pacientit rrezikun e vazhimit 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

Historia mjekësore e pacientit është e rëndësishme në zgjedhjen e opsionit terapeutik, duke respektuar çdo ndërveprim apo papajtueshmëri me medikamentet, që kërkohen në rast çrregullimesh / sëmundjesh shoqëruese. 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



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

1.5.5 Shtatzënia/ Ushqyerja me gji/ Kontracesioni

Është shumë e rëndësishme të verifikojmë gjendjen fiziologjike të gruas (shtatzani, ushqyerje me gji, kontracesion) për të organizuar një ndërprerje efektive të duhanpirjes. Shtatzënia për shembull, shoqërohet me një rritje sinjifikante në shkallën e metabolizmit të 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 shpeshta të përshkruara tek duhanpirësit e rëndë. Shumë shpesh sindroma të tilla imponojnë kujdes ose rritje të ndërgjegjësimit rreth efekteve anësore të terapisë medikamentoze të ndërprerjes së duhanit. Dy pyetje të thjeshta nga mjeku rekomandohen si mjet depistimi për depresionin²⁵.

- *A je ndjerë i mërzhitur, 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 të dyja pyetjeve mund të interpretohet si një shenjë depresioni.

Një mënyrë tjetër që të masësh depresionin mund të jetë një pyetje:

- *A je ndjerë i mërzhitur në shumicat e ditëve në 2 javët e fundit?*

Nëse përgjigja është 'po', përsëri e konsiderojmë këtë një indikator të fortë se pacientët mund të vuajnë nga depresioni.

Të gjithë pacientët që i përgjigjen 'po' kësaj pyetjeje duhet të ekzaminohen me anë të mjeteve depistuese / vlerësuese të thjeshta, 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 gravitetin 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 në ajrin e nxjerrë gjatë ekspirimit dhe niveli i 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 standarte në klinikën e përditëshme.

Monoksidi i karbonit (CO)

Monoksidi i karbonit në frymëmarrje është indikatori biologjik më i thjeshtë për t'u monitoruar, dhe në mungesë të CO në mjedis, është një matës më se i pranuar i konsumimit të duhanit. CO në frymëmarrje matet lehtë duke i kërkuar një duhanpirësi që të nxjerrë jashtë frymën në një analizues të CO, komercialisht të disponueshëm dhe që 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 ajrin e nxjerrë jashtë të një duhanpirësi mund të arrijnë 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. Niveli i CO influencohet gjithashtu edhe nga sforcimi fizik.³⁰ CO arrin të normalizohet brenda 24 orëve të para pas ndërprerjes së duhanpirjes. Normalisht, përqëndrimi i CO në ajrin e nxjerrë të një jo-duhanpirësi nuk e kalon 4ppm. Vlerat e CO influencohen gjithashtu nga ekspozimi pasiv ndaj duhanpirjes (persona që qëndrojnë në ambiente me tym duhani). Vlera kufi e rekomanduar që ndan duhanpirësin nga joduhanpirësi është 9ppm³¹. Një

Figura 1.6: Pajisje të skaduara të monitorimit të monoksidit të karbonit



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.^{32,33}

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.³⁰

Përqëndrimi i CO midis duhanpirësve me sëmundje pulmonare obstruktive kronike (SPOK) ka rezultuar më i lartë se në popullsinë e përgjithshme³⁴. Në këto subjekte, një shkallë më e lartë e CO shpjegohet nga prodhimi i monoksidit të karbonit si rezultat i proceseve kronike inflamatorë të rrugëve të frymëmarrjes 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 duhanin³⁵. Konvertimi i shpejtë i CO në vlerat normale inkurajon duhanpirësin të lërë duhanin dhe në këtë mënyrë të demonstrojë vlera më të ulëta të CO në çdo vizitë pasuese, gjë që e mbështet përpjekjen e tij për shpëputjen nga duhanpirja. Megjithatë nuk ka prova të mjaftueshme që

mbështesin përdorimin e monitorimit të CO në krahasim me trajtimin standard të ndërprerjes së duhanit³⁵. Gjithsesi, për shkak të vlerës së tij si një mjet motivues, rekomandohet që qendrat e specializuara të ndërprerjes së duhanit të pajisen me një analizues të CO. Përdorimi 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 përqëndrimin e saj në trup, mund të vlerësohet ekspozimi individual i tymosjes së duhanit. Kotinina mund të matet në gjak, flokë, pështymë dhe urinë.

Gjysmë-jeta plazmatike e nikotinës është rreth 2 orë, megjithatë përqëndrimi i nikotinës mund të variojë në varësi të kohës kur cigarja e fundit është tymosur³⁰. Ndërsa kotinina ka një gjysmë-jetë plazmatike prej 15-20 orësh dhe si e tillë mund të përdoret për të matur ndërprerjen 24-48 orëshe të duhanit. Tek duhanpirësit, kotinina plazmatike është rreth 200 ng/ml, por mund të arrijë deri në 1000 ng/ml në varësi të intensitetit të tymosjes³¹.

Janë konstatuar variacione të konsiderueshme individuale midis duhanpirësve përse i përket nivelit të kotininës dhe sasisë ditore të marrjes së cigareve³⁰. Kjo sepse shkalla e metabolizmit të nikotinës ka varësi gjenetike dhe mund të influencojë nivelet e kotininës³⁶. Ajo çdarë rekomandohet është një kufi prej 15 ng/ml kotininë për pështymën dhe 50 ng/ml për urinën.^{30, 31, 37}

Në situatat kur pacienti është duke përdorur terapi zëvendësuese me nikotinë, matja e cotininës nuk rekomandohet. Në këto raste metoda e preferuar e kontrollit të efikasitetit të terapisë është monitorimi i CO.³¹

Përdorimi i niveleve të kotininës nuk ka rezultuar të ketë qenë më sensitiv se përdorimi i monitorimit të simptomave klinike në adaptimin e dozave terapeutike të medikamenteve të marra gjatë terapisë për ndërprerjen e duhanpirjes³⁸. Si e tillë, matja e kotininës nuk rekomandohet më tanimë si një mjet për të udhëhequr praktikën klinike.

Referencat

1. WHO. WHO global report: Mortality attributable to tobacco. . 2012;ISBN: 978 92 4 156443 4.

2. European Commission, 2017. Special Eurobarometer 458 Report Attitudes of Europeans towards Tobacco and Electronic Cigarettes. Available at: <https://ec.europa.eu/commfrontoffice/publicopinion/index.cfm/ResultDoc/download/DocumentKy/79003>
3. Doll R, Peto R, Boreham J, Sutherland I. Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. *BMJ* 2004;328:1519.
4. Stahl S.M. Stahl's Essential Psychopharmacology Neuroscientific Basis and Practical Applications, 3rd ed. 2008. Cambridge University Press, New York, USA. ISBN: 9780521673761.
5. Chassin L et al. The natural history of cigarette smoking: predicting young-adult smoking outcomes from adolescent smoking patterns. *Health Psychology*, 1990, 9:701–716.
6. Maisto SA, Galizio M, Connors GJ, eds. Drug use and abuse, 4th ed. Belmont, CA, Wadsworth/Thompson Learning, 2004.
7. Picciotto M. Molecular biology and knockouts of nicotinic receptors. National Cancer Institute, NIH Office on Smoking and Health & CDC. Addicted to nicotine. A national research forum. Bethesda, Maryland, USA. 27–28 July, 1998.
8. Kellar KJ. Neuropharmacology and biology of neuronal nicotinic receptors. National Cancer Institute, NIH Office on Smoking and Health & CDC. Addicted to nicotine. A national research forum. Bethesda, Maryland, USA. 27–28 July, 1998.
9. Benowitz NL. Cardiovascular toxicity of nicotine: pharmacokinetic and pharmacodynamic considerations. In: Benowitz NL, ed. Nicotine safety and toxicity. New York, NY, Oxford University Press, 1998, 19–28.
10. Jarvis MJ. ABC of smoking cessation: why people smoke. *British Medical Journal*, 2004, 328:277–279.
11. International Classification of Diseases [ICD-10]. <http://www.icd10data.com/>
12. Hughes JR, Gulliver SB, Fenwick JW, et al. Smoking cessation among self-quitters. *Health Psychol* 1992;11:331–4.
13. Fiore MC, Jaen CR, Baker TB, et al: Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update, Clinical Practice Guideline. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services. Public Health Service. May 2008.
14. West R, Shiffman S. Smoking cessation fast facts: Indispensable guides to clinical practice. Oxford: Health Press Limited, 2004.
15. Kawakami N, Takatsuka N, Inaba S, Shimizu H. Development of a screening questionnaire for tobacco/ nicotine dependence according to ICD10, DSMIII-R, and DSMIV. *Addictive Behaviors*. 1999;24:155–166.
16. McCulough A., Fisher, Goldstein AO, Kramer K, Ripley-Moffitt C. Smoking as a vital sign: prompts to ask and assess increase cessation counselling. *J Am Board Fam Med* 2009;22(6):625–632.
17. World Health Organization. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva, World Health Organization, 1992.
18. Fagerstrom KO, Schneider N. Measuring nicotine dependence: a review of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. *J Behav Med* 1989;12:159–182.
19. Shiffman S., Waters A., Hickcox A., The nicotine dependence syndrome scale: a multidimensional measure of nicotine dependence, *Nicotine Tob.Res.* 2004;6(2):327–48.
20. Piper M.E., Piasecki T.M., Federman E.B., Bolt D.M., Smith S.S., Fiore M.C., Baker T.B. A Multiple Motives Approach to Tobacco Dependence: The Wisconsin Inventory of Smoking Dependence Motives (WISDM-68). *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2004;72(2):139–154.
21. Walker MS et al. Smoking relapse during the first year after treatment for early-stage non-small-cell lung cancer. *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention*, 2006; 15:2370–2377.
22. Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross JC. In search of how people change: applications to addictive behaviors. *The American Psychologist*, 1992;47:1102–1114.
23. Kotz D, Brown J, West R. Predictive validity of the motivation to stop scale (MTSS): A single-item measure of motivation to stop smoking. *Drug Alcohol Depend.* 2013;128(2):15–19.
24. Dempsey D, Jacob P III, Benowitz NL. Accelerated metabolism of nicotine and cotinine in pregnant smokers. *Pharmacology and Experimental Therapeutics*, 2002;301:594–598.
25. Spitzer RL, Williams JB, Kroenke K, et al. Utility of a new procedure for diagnosing mental disorders in primary care. The PRIME-MD 1000 study. *JAMA* 1994;272:1749–1756.
26. Hospital Anxiety and Depression Scale. <http://www.gl-assessment.co.uk/products/hospital-anxiety-and-depression-scale-0>
27. Moroni L, Bettinardi O, Vidotto G, et al. Scheda ansia e depressione forma ridotta: norme per l'utilizzo in ambito riabilitativo. *Anxiety and Depression Short Scale: norms for its use in rehabilitation.* J. Monaldi Arch Chest Dis 2006;66:255–263.
28. The Patient Health Questionnaire. <http://www.patient.co.uk/doctor/patient-health-questionnaire-phq-9>
29. The Beck Depression Inventory – II. [http://www.pearsonclinical.co.uk/Psychology/AdultMentalHealth/AdultMentalHealth/BeckDepressionInventory-II\(BDI-II\)/BeckDepressionInventory-II\(BDI-II\).aspx](http://www.pearsonclinical.co.uk/Psychology/AdultMentalHealth/AdultMentalHealth/BeckDepressionInventory-II(BDI-II)/BeckDepressionInventory-II(BDI-II).aspx)
30. Benowitz NL. Biochemical verification of tobacco use and cessation. *Nicotine Tob Res.* 2002;4:149–159.
31. West R., Hajek P., Stead L., Stapleton J. Outcome criteria in smoking cessation trials: proposal for a common standard. *Addiction*. 2005;100(3):299–303.
32. Javors MA, Hatch JP, Lamb R. Cut-off levels for breath carbon monoxide as a marker for cigarette smoking. *Addiction* 2005;100:159–167.
33. Marrone GF, Shakleya DM, Scheidweiler KB, Singleton EG, Huestis MA, Heishman SJ. Relative performance of common biochemical indicators in detecting cigarette smoking. *Addiction*. 2011;106(7):1325–34.
34. Montuschi PI, Kharitonov SA, Barnes PJ. Exhaled carbon monoxide and nitric oxide in COPD. *Chest*. 2001;120(2):496–501.
35. Bize R1, Burnand B, Mueller Y, Rège-Walther M, Camain JY, Cornuz J. Biomedical risk assessment as an aid for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012 Dec 12;12:CD004705. doi: 10.1002/14651858.CD004705.pub4.
36. Ho M.K., Tyndale R.F. Overview of the pharmacogenomics of cigarette smoking *The Pharmacogenomics Journal* 2007;7:81–98.
37. Jarvis, M. J., Primatesta, P., Erens, B., Feyerabend, C. & Bryant, A. Measuring nicotine intake in population surveys: comparability of saliva cotinine and plasma cotinine estimates. *Nicotine and Tobacco Research*, 2003;5:349–355.
38. Berlin I, Jacob N, Coudert M, Perriot J, Schultz L, Rodon N. Adjustment of nicotine replacement therapies according to saliva cotinine concentration: the ADONIS* trial - a randomized study in smokers with medical comorbidities. *Addiction*. 2011;106(4):833–43.

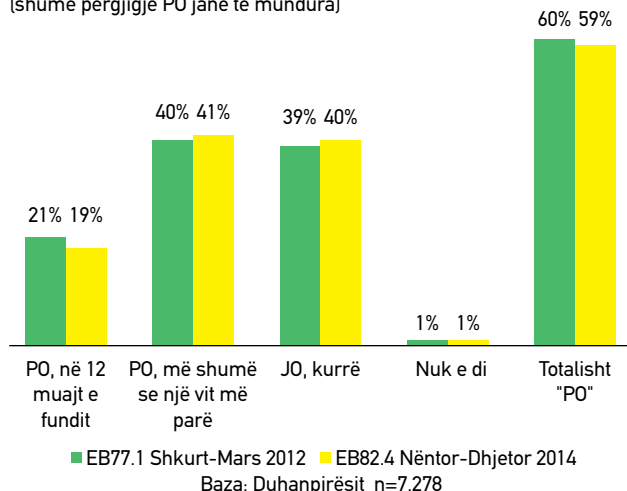
PJESA E PARË | Kapitulli 2

Rekomandime të përgjithshme për trajtimin e
përdorimit të duhanit dhe varësisë ndaj duhanit



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

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



"Në 12 muajt e fundit në BE, pothuajse 1 në 5 duhanpirës është përpjekur për të lënë duhanin (19%), për më tepër 41% janë përpjekur ta lënë në të kaluarën. Në total, 59% e duhanpirësve në BE janë përpjekur ta lënë atë"
Eurobarometer 2015

Ky kapitull paraqet shkurtimisht rekomandimet e përgjithshme për trajtimin e përdorimit të duhanit dhe varësisë nga duhani.

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 t'i konsiderojnë të gjithë përdoruesit e duhanit (të tymosur apo të përtypur) si një rrezik për shëndetin, edhe në qoftë se nuk janë vartës të duhanit. Pak njerëz të rritur pinë duhan vetëm si një sjellje nëse nuk kanë varësi nga duhani.^{1,2} Profesionistët e shëndetit duhet të informojnë këta pacientë mbi rreziqet shëndetësore të përfshira,

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 proaktivë 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 objektivi për ndërhyrje, sepse konsumi i duhanit gjatë adoleshencës kthehet në varësi nga duhani drejt fundit të adoleshencës.

2.2 Sëmundja e varësisë ndaj duhanit

Në pothuajse të gjithë duhanpirësit e rritur, pirja e duhanit është nxitur nga një sëmundje e fituar gjatë adoleshencës. Kjo sëmundje është Varësia ndaj Duhanit, një sëmundje kronike pa trajtim të sigurt. Megjithatë, përdorimi i duhanit mund të ndalet për një periudhë të shkurtër ose përjetë, duke arritur në përfitime domethënëse shëndetësore.³

Përdoruesit e varur të duhanit ndezin më shumë cigare pasi niveli i nicotinës në tru bie, zakonisht 20 deri në 60 minuta pas konsumit të cigares së fundit.⁴ Konsumimi i duhanit nuk nxitet nga korteksi 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 zhvillojnë plane trajtimi për të mbështetur lënien. Pacienti mund ta refuzojë trajtimin, 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 duhani, sapo diagnoza të vendoset. Trajtimi i ndërprerjes së duhanit është studiuar 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 lënit, varësia nga nikotina, moshja, sëmundjet bashkëshoqëruese 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 duhanpirësit

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 joduhani!
- 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 futur përdorimi i spray-it nazal. Krahasuar me të shkuarën, doza është më e personalizuar, dozat fikse përdoren rrallë dhe kombinimet e NRT leukoplast dhe orale kombinohen gjerësisht për të çuar dozën e nikotinës pranë nivelit të nikotinës të marrë nga cigaret.
- Varenicilina është një agonist i pjesshëm i receptorëve alpha4 beta2 të nikotinës, dhe përdoret si monoterapi për ndërprerjen e duhanit (me efikasitet të provuar përkundrejt placebo). 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 personat që duan të lenë 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 jenë efektive.^{2,6} Këto medikamente piren 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 vullnetarisht nuk ka pirë asnjë cigare të vetme.
- Abstenenca duhet të monitorohet, kur është e mundur, bashkë me monitorimin e monoksidi karbonit (CO).
- Maksimumi i rekomanduar i nivelit të CO në frymëmarrje, që vërteton mospërdorimin është 7 ppm.

Në praktikën klinike, ne rekomandojmë që abstenenca duhet të konfirmohet pas 6 javësh së ndërprerjes së duhanit, me një periudhë tolerance prej 2 javësh. Gjithashtu, abstenenca është e stabilizuar kur vet-deklarimi i një subjekti se 'nuk ka pirë ose përdorur duhan' konfirmohet nga leximi i CO poshtë 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 ripërsëritjeje pas ndërprerjes. Gjysma e ish-duhanpirësve të rinj rifillojnë brenda vitit në vazhdim⁷. 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 periudha me riskun më të lartë. Madje edhe pas shumë viteve abstinence rreziku i rifillimit mbetet i lartë⁹. 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. Gjithsesi, evidencat sugjerojnë që ndërhyrjet për parandalimin e rifillimit ka të ngjarë të jenë shumë kost-efektive⁹.

2.5 Parandalimi i rifillimit të duhanpirjes

Pas ndërprerjes së duhanpirjes, 'rifillimi' përkufizohet si tymosja e ≥ 7 cigareve për 7 ditë të njëpasnjëshme apo për 2 javë njëra pas tjetrës. Tymosja e një sasive më të ulët apo për një kohë më të shkurtër përkufizohet si 'shkarje'. (Për përkufizime 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 pikëzim i lartë tundimi është një faktor i rëndësishëm në parashikimin e rrezikut për rifillim.

Nëse ndodh një 'shkarje' qoftë edhe një herë, sigurimi i ndërhyrjeve të mëposhtme mund ta parandalojë apo trajtojë rifillimin:

- Rritja e seancave të terapisë konjitive-bihejvioriste (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 shkurtër 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.

Trajtimi i Varësisë kronike ndaj Duhanit pas ndërprerjes tek ish-duhanpirësit është vlerësuar gjerësisht dhe mbetet ende një sfidë¹⁰. Nuk ekzistojnë instrumente vlerësuese për të identifikuar ish-duhanpirësit në risk të lartë për rifillim dhe nuk janë propozuar terapi të vlefshme, përveç vazhdimet të terapisë së ndërprerjes së duhanpirjes dhe terapisë konjitive-bihejvioriste (CBT) për të parandaluar rifillimin në situata me risk të lartë¹⁰. Janë të nevojshme studime të tjera për të vlerësuar strategji të reja për të trajtuar varësinë nga duhani tek jo-duhanpirësit dhe parandaluar rifillimin e tij.

Referencat

1. National Institute on Drug Abuse. Research Report Series: Is Nicotine Addictive?. Bethesda (MD): National Institutes of Health, National Institute on Drug Abuse, 2012.
2. Fiore MC, Jaen CR, Baker TB et al. Treating Tobacco use and dependence. Clinical practice guideline 2008 update Rockville, MD, US Department of Health and Human Services 2008.
3. Chassin L et al. The natural history of cigarette smoking: predicting young-adult smoking outcomes from adolescent smoking patterns. Health Psychology, 1990;9:701-716.
4. Kellar KJ. Neuropharmacology and biology of neuronal nicotinic receptors. National Cancer Institute, NIH Office on Smoking and Health & CDC. Addicted to nicotine. A national research forum. Bethesda, Maryland, USA. 27-28 July, 1998.
5. WHO. WHO global report: Mortality attributable to tobacco. 2012; ISBN: 978 92 4 156443 4.
6. Cahill K, Stevens S, Perera R, Lancaster T. Pharmacological interventions for smoking cessation: an overview and network meta-analysis. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 5. Art. No.: CD009329. DOI: 10.1002/14651858.CD009329.pub2.
7. Hughes JR, Gulliver SB, Fenwick JW, et al. Smoking cessation among self-quitters. Health Psychol. 1992;11:331-4.
8. West R, Shiffman S. Smoking cessation fast facts: Indispensable guides to clinical practice. Oxford: Health Press Limited, 2004.
9. Cost effectiveness of interventions to reduce relapse to smoking following smoking cessation. Addiction 2011;106:1819-1826.
10. Hajek P, Stead LF, West R, Jarvis M, Hartmann-Boyce J, Lancaster T. Relapse prevention interventions for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 8. Art. No.: CD003999. DOI: 10.1002/14651858.CD 003999.pub4.

PJESA E PARË | Kapitulli 3

Këshilla të shkurtra mbi ndalimin e përdorimit të duhanit

*"Angazhimi i një duhanpirësi 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 shërbimeve shëndetësore, rrisin në mënyrë të konsiderueshme motivimin e pacientit për të lënë pirjen e duhanit dhe abstinencën ndaj tij^{1,2}. Analiza e kohëzgjatjes së kohës së kontaktit në mes të mjekut dhe pacientit për këtë arsye, tregon se këshillimi minimal (3-5 minuta) i ofruar nga klinikistët të ndryshme e rrit abstinencën afatgjatë ndaj duhanit^{1,2}. Ka prova evidente që ofrimi i asistencës për lënien e duhanit tek të gjithë duhanpirësit, pavarësisht nga gatishmëria e tyre për ta lënë atë, është më efektiv se ofrimi i këshillave mjekësore².

Këshillimi minimal (i njohur edhe si këshilla të shkurtra) mund të ketë një ndikim të konsiderueshëm mbi shëndetin komunitar, për shkak të numrit të madh të duhanpirësve të cilët konsultohen me klinikistët çdo vit. Të gjithë profesionistët e shëndetit, si p.sh: mjekët e përgjithshëm, mjekët e familjes, mjekët e terapisë okupacionale, mjekët e specializuar, kirurgët, infermieret, mamitë, dentistët, duhet të ofrojnë këshilla minimale për përdoruesit e duhanit. Dentistët dhe teknikët dentarë mund të jenë shumë efektivë në vlerësimin dhe këshillimin e duhanpirësve për ta lënë atë.

Rekomandime:

- Të gjithë mjekët duhet të rekomandojnë të ndalohej pirja e duhanit dhe e gjithë produkteve të tij për të gjithë konsumatorët e duhanit. Evidencat shkencore tregojnë se këshillat nga mjekët rrisin në mënyrë të konsiderueshme përpjekjet për ta lënë dhe abstinencën ndaj duhanit (niveli i

evidencës A)^{1,2}

- Efikasiteti i këshillave të shkurtra (3-5 minuta), nga një mjek ose profesionist tjetër në shëndetësi, çon në rritjen e përqindjes 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)².

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!
- Ndhmoni 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 varësi nga duhani, që janë të gatshëm për ta lënë atë, përdorimin e zëvendësuesve të nikotinës 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 e përgjithshëm ose mjekët e familjes duhet rregullisht të këshillojnë pacientët për të lënë duhanin, të ofrojnë mbështetje për ndalimin e pirjes së duhanit, dhe të rekomandojnë përdorimin e medikamenteve disponibël. Është e rekomanduar të mbahet shënim sjellja e pacientit

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 përpjekjen për ta lënë duhanin dhe në rekomandimin e trajtimit të duhur (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 trajtim të specializuar në një fazë të dytë. Kjo strategji ende nuk aplikohet në mënyrë unanime në praktikën e tanishme, por gjithsesi 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 paraprës për ndërprerjen, kur s'ka asgjë për të humbur, ndërkohë që kanë treguar ta kenë rritur shkallën e ndërprerjes së duhanit^{1,2}. Shumë duhanpirës nuk mund të lënë duhanin pa ndihmë mjekësore; pjesa më e madhe e duhanpirësve të rëndë, që janë në risk të lartë për sëmundje të lidhura me duhanpirjen, kanë nevojën më të madhe për terapi të kualifikuar.

3.4 Rekmandime për pacientët në spital

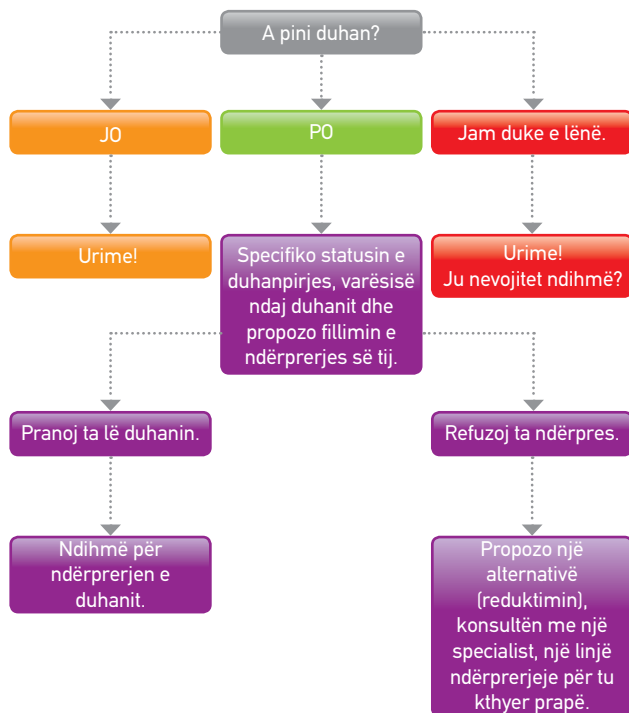
Ndërhyrja tek duhanpirësit, të cilët janë të shtruar në spital, ka treguar të jetë efektive në mbështetjen e ndërprerjes së duhanit, në mënyrë të veçantë tek pacientët me sëmundje të lidhura me pirjen e duhanit, por edhe në grupe të tjera pacientësh.⁴

- Rekomandohet që të gjitha kategoritë e personelit mjekësor në spitale duhet të vlerësojnë statusin e duhanpirësve dhe duhet të japin këshilla të shkurtra për ndërprerjen e duhanit tek të gjithë pacientët e hospitalizuar që pinë 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 aktualë, 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 në 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 Rekmandim për gratë shtatzëna

- Rekomandohet që të gjitha kategoritë e personelit mjekësor që kanë të bëjnë me gratë shtatzëna (gjinekologë, mamitë,

Figura 3.1: Këshillim minimal në praktikën e përgjithshme



infirmieret e grave) duhet të vlerësojnë statusin e duhanpirjes dhe të japin këshilla për ndërprerjen e tij për të gjitha gratë shtatzëna që pinë duhan (niveli i evidencës A).

- Është jetike për një nënë lënia e duhanit sa më shpejt të jetë e mundur me fillimin e shtatzënisë; dhe vazhdimi i ndërprerjes është veçanërisht i rëndësishëm pas tremujorit të parë, për shkak të faktit se efektet më të forta negative të duhanpirjes ndodhin gjatë tremujorëve të dytë dhe të tretë të shtatzënisë. (niveli i evidencës C).⁵

5. Office on Smoking and Health. USDHHS. Women and Smoking. A report of the Surgeon General. Center for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic disease Prevention and Health Promotion. Atlanta. 2001.
6. Villebro N, Møller AM. Interventions for preoperative smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2014, Issue 3. Art. No.: CD002294. DOI: 10.1002/14651858.CD002294.pub4.
7. Silverstein P. Smoking and wound healing. American Journal of Medicine 1992;93(1A):22S-24S.
8. Nåsell H, Adami J, Samnegård E, Tønnesen H, Ponzer S. Effect of smoking cessation intervention on results of acute fracture surgery: a randomized controlled trial. J Bone Joint Surg Am. 2010;92(6):1335-42.

3.6 ▶ Rekomandim për pacientët në kirurgji

Përdorimi i duhanit dyfishon rrezikun e komplikacioneve në: shërimin e plagëve, thyerjeve të kockave, infeksione^{6,7}. Është treguar gjithashtu se ndalimin i duhanpirjes, pas një ndërhyrjeje akute operatore dhe mbajtja e abstinencës për 6 javë përgjysmon rrezikun e komplikacioneve.^{6,8}

- 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).⁶
- Është thelbësore të informojmë të gjithë pacientët që duhet ta lënë duhanin deri në fund të procesit të shërimit (3 javë për një ndërhyrje të vogël kirurgjikale dhe 3 muaj për kirurgji ortopedike), në mënyrë që të kapërcejnë rreziqet e tjera (niveli i evidencës A).^{6,8}

Referencat

1. Stead L, Buitrago D, Preciado N, Sanchez G, Hartmann-Boyce J, Lancaster T, Physician advice for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 4. Art. No.: CD000165. DOI: 10.1002/14651858.CD000165.pub4.
2. Aveyard P, Begh R, Parsons A, West R. Brief opportunistic smoking cessation interventions: a systematic review and meta-analysis to compare advice to quit and offer of assistance. Addiction. 2012;107(6):1066-73.
3. Carr AB, Ebbert J. Interventions for tobacco cessation in the dental setting. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012, Issue 6. Art. No.: CD005084. DOI: 10.1002/14651858.CD005084.pub3.
4. Rigotti NA, Clair C, Munafò MR, Stead LF. Interventions for smoking cessation in hospitalised patients. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012, Issue 5. Art. No.: CD001837. DOI: 10.1002/14651858.CD001837.pub3.

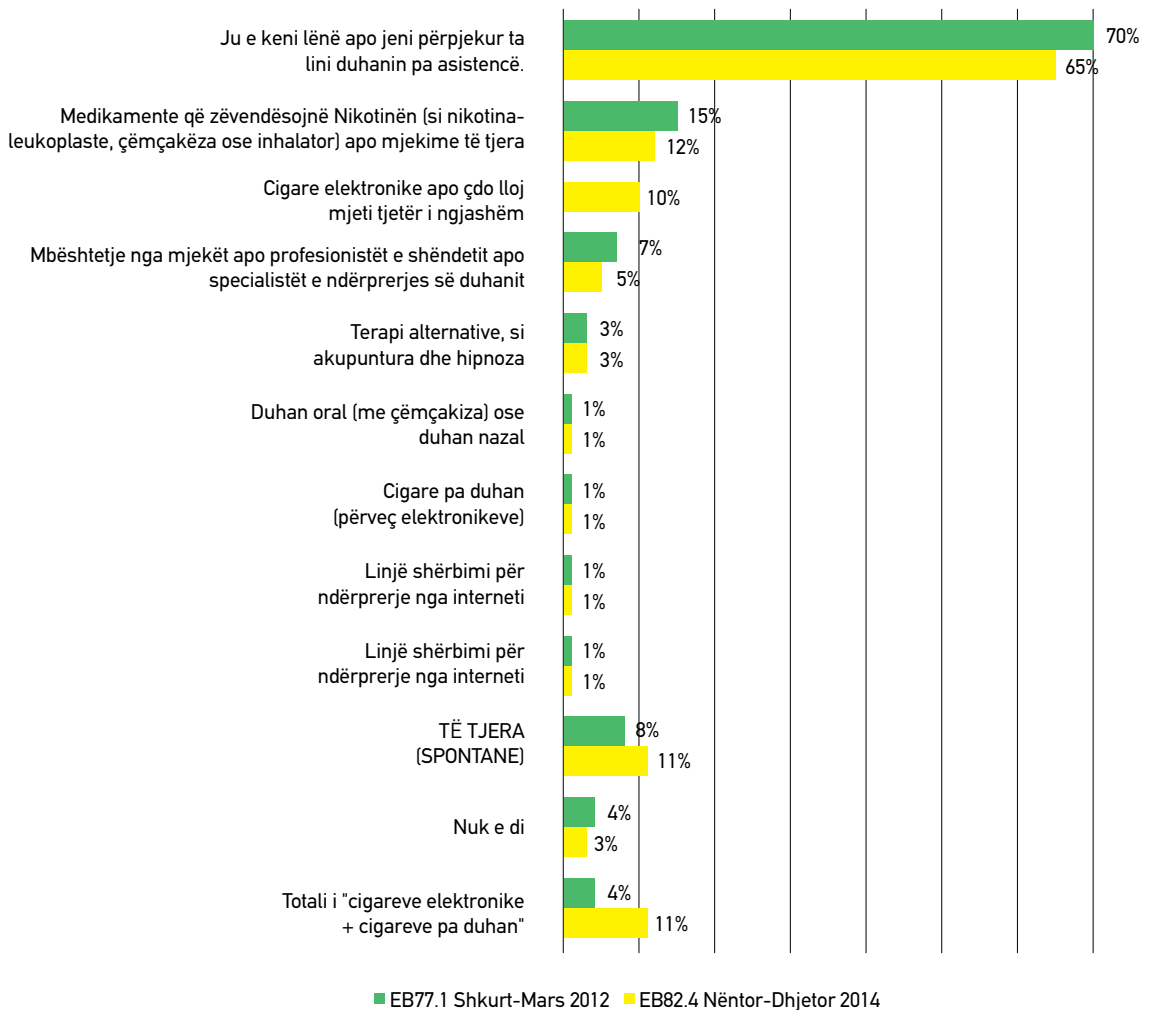
PJESA E DYTË | Kapitulli 4

Ndërhyrjet standarte në trajtimin e duhanpirjes



4.0 Ndërhyrjet standarte të trajtimit të duhanpirjes

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



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 Ndërhyrja 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 qasjeje tani është duke u konsideruar nga shumë shtete.² Ndihma për të ndërprerë duhanpirjen duhet të jetë pjesë e rëndësishme e strategjisë së kontrollit të duhanit në çdo vend Europian.

Në një editorial, West and colleagues³ numëruan katër mite të gabuara në një debat konstruktiv rreth 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 ndalojnë duhanpirjen pa ndihmë është dukshëm më i madh se i atyre të cilët janë përpjekur për të ndaluar me ndihmë mjekësore, por evidencat tregojnë se përpjekjet e të paasistuarve nga shërbimet mjekësore janë katër herë më pak efektive.

"Promovimi i ndihmës shëndetësore për të ndaluar duhanpirjen mund ti bëjë duhanpirësit ta konsiderojnë veten si të varur nga substancat (duhani), 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 përpjekje për ndërprerje në krahasim me duhanpirësit të tjerë.²

"Rezultatet e hulumtimeve 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 në

shtatë duhanpirës (14.6%) ishin në abstinencë të vlerësuar me monoksid karboni deri një vit pas marrjes së trajtimit, një përqindje kjo e ngjashme 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-efektive, veçanërisht fushatat sensibilizuese në mas-media"

Kjo nuk është e vërtetë, pasi kosto-efektiviteti i ndërhyrjeve që asistojnë ndërprerjen e duhanpirjes është vlerësuar në mënyrë rigorozë nga të dhënat e studimeve të randomizuara dhe të kontrolluara, të plotësuara me të dhëna nga 'bota e vërtetë' dhe së bashku janë gjetur të jenë të shkëlqyera², ndërsa shumë ndërhyrje të tjera mbi kontrollin e duhanit e vlerësojnë efektivitetin e tyre duke u mbështetur në të dhënat më shumë rrethanore 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. Kombinime të përshtatshme të ndërhyrjeve do të varen nga rrethanat e veçanta të çdo vendi/rajonit në çdo kohë të dhënë.⁵

Për këtë arsye, pasi përfitimet shëndetësore të ndërprerjes së duhanpirjes janë të mirë-dokumentuara dhe asistencë mjekësore për ta lënë është kosto-efektive në krahasim me masat e tjera në sektorin shëndetësor⁶, është e detyrueshme që çdo duhanpirësi të identifikuar nëpërmjet një vizite mjekësore, ti ofrohet mundësia për të marrë asistencë mjekësore për të ndaluar pirjen e duhanit.

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 shumica e duhanpirësve që adresohen në një qendër për ndërprerjen e duhanit, nuk kanë përfituar më parë nga këshillimet e shkurtra apo nga ndonjë ndërhyrje tjetër e kualifikuar për të ndihmuar ata në ndërprerjen e duhanit, vetëm një pakicë e duhanpirësve kanë qenë të ndërgjegjshëm për 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 përqindjen e suksesit në lënien e duhanit. Këto objektiva duhet të reflektojnë demografinë e popullsisë lokale. Shërbimet duhet të synojë të 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 suksesi prej të paktën 35% në katër javë, e vlerësuar me monitorimin e monoksidit të karbonit. Kjo shifër duhet të bazohet në të gjithë ata që fillojnë trajtimin, duke përkufizuar si sukses mos tymosjen në javën e tretë dhe të katërt pas datës së lënies.

Suksesi duhet të vlerësohet nga një lexim i CO në aparatit 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 katër javë.⁷

Të gjithë profesionistët e shëndetit janë të shqetësuar

Një përmbledhje e udhëzuesve (guidelines) disponibël për ndërprerjen e duhanit tregoi se rekomandohet unanimisht për të gjithë mjekët dhe profesionistët e shëndetit të identifikojnë rregullisht duhanpirësit dhe të rregjistrojnë statusin e duhanpirjes në kartelat e tyre mjekësore, si një procedurë rutinë në çdo vizitë⁸.

Një përmbledhje e literaturës demostroi që rezultatet janë shumë modeste tek pacientët që tentojnë ndalimin e duhanit vetëm me forcën e vullnetit të tyre: edhe pse shumica e duhanpirësve (80% në 90%) duan ta ndërpresin duhanpirjen^{9,10}, vetëm 30% raportohet të kenë patur një përpjekje serioze për të ndaluar përdorimin në 12 muajt e shkuar, dhe këto përpjekje kanë rezultuar të suksesshme vetëm në 5% të rasteve¹¹. Për më tepër, duhanpirësit shumë shpesh nuk përdorin trajtime të bazuara në evidenca shkencore dhe rreth 90% deri në 95% të përpjekjeve të paasistuara përfundojnë në dështim. Së fundi, mos-aderimi me medikamente dhe këshillim është i zakonshëm, gjë që i zvogëlon mundësitë për ndërprerjen e suksesshme të duhanit⁵. Pacientët zakonisht marrin vetëm rreth 50% të dozave të rekomanduara të ilaçeve dhe shpesh

përfundojnë më pak se gjysmën e seancave këshillimore të planifikuara.¹³

Adresimi i përdorimit të duhanit me pacientët duhet të jetë prioritet për të gjithë profesionistët e shëndetit. Profesionistët e shëndetit duhet të jenë të përgatitur 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 rrisin ndjeshëm raportin e abstinencës ndaj duhanit (niveli i evidencës A).
- Gjatë vizitave të rregullta mjekësore, mjekët e familjes e kanë detyrim të këshillojnë pacientët duhanpirës që të ndalojnë tërësisht pirjen e duhanit, tu përshkruajnë atyre trajtime për varësinë nga nikotina / t'i 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 aktualë, të cilët janë të hospitalizuar, duhet të marrin nga klinikisti i tyre të njëjtin protokoll ndërhyrës të rekomanduar për mjekët e përgjithshëm: këshilla të shkurtër / 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

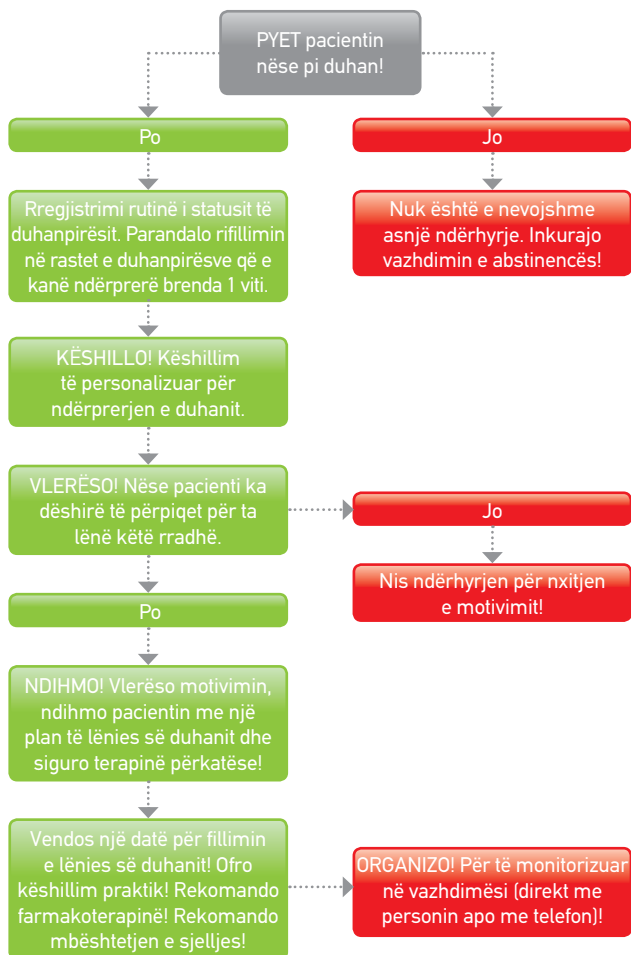
Pesë strategji rekomandohen për të adresuar përdorimin e duhanit në mjedise klinike. Të njohura si 5Atë këto strategji janë:¹⁴

- **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 përpjekje ta lënë duhanin, përfshirë këshillimin e sjelljes dhe përshkrimin 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 rreth statusit të duhanpirjes në çdo

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



vizitë dhe ta rregjistrojnë atë në kartelën e pacientit.

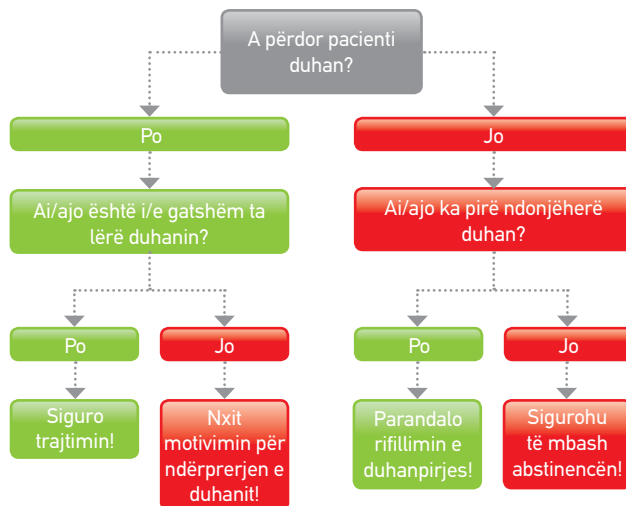
Mjeku duhet ti këshillojë të gjithë pacientët që raportojnë duhanpirje aktuale që ta lenë duhanin, të vlerësojë gadishmërinë e pacientit për ta lënë duhanin dhe ta ndihmojë atë gjatë përpjekjes për ndërprerje, vetë nëse është i trajnuar apo duke e adresuar në një shërbim të specializuar për ndërprerjen e duhanpirjes¹⁵.

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 rrethana 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 trajtimi:

1. Për përdoruesit e duhanit të cilët dëshirojnë ta ndërpresin atë në momentin e vlerësimit, rekomandohet tu fillosh menjëherë terapinë farmakologjike dhe këshillimin e sferës njohëse-sjelljes (konjitive-bihejvioriste).
2. Për duhanpirësit që nuk duan të lenë duhanin në momentin e

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



vlërësimit, 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 këshillimin e shkurtër apo të kujdesit të zakonshëm, intervistimi motivues çoi në rritjen e normave gjashtë-mujore të ndërprerjes me rreth 30%. Normat e ndërprerjes në të dy studimet që përfshijnë këshillues mjek (i cili zakonisht është trajnuar për më shumë se 2 orë) ishin rreth 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 ndoqën dy ose më shumë seanca këshillimore krahasuar me një seancë dhe nëse seancat zgjatnin më shumë se 20 minuta.

Ndërhyrjet e përshtatura posaçërisht për këtë kategori pacientësh rezultuan efikase për tu forcuar motivimin për ndërprerjen e duhanpirjes. Udhëzuesi (guideline) i Shërbimit Shëndetësor Publik i vitit 2008 në SHBA përdori 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 ndërpresin duhanin

Motivimi për ndërprerjen e pirjes së duhanit është thelbësor në përzgjedhjen 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 ashtëquajturën "rruga katastrofike". Këto teori kanë bërë përpara përfaqësuar nga Larabie dhe West & Sohal dhe gjetën një sukses më të madh në përpjekjet e paplanifikuara krahasuar me ato të planifikuara paraprakisht^{17,18}. Këta autorë konstatuan që, veçanërisht në pacientët me sëmundje respiratore, e gjitha lidhet me një tension të akumuluar, kështu që një ngjarje e padëshirueshme sado e vogël qoftë, mund të përshpejtojë ndryshimin drejt vendimit për lënien e duhanit^{17,18}. Parë nga këndvështrimi i së ardhmes në shëndetin publik, është shumë më tepër e dobishme që të gjithë duhanpirësit të marrin trajtim për lënien e tij, cilido qoftë motivimi i tyre, sesa të trajtohet vetëm ajo pjesë e vogël duhanpirësish 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 arsytet personale për ta lënë duhanin, rreziqet që lidhen me vazhdimin e duhanpirjes, hapat për lënien e suksesshme të tij dhe pengesat që hasen gjatë përshkimit të kësaj rruge, 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 rreziqet personale shëndetësore që mund të ketë pacienti nga duhanpirja, qofshin këto afatshkurtra (si përkeqësimi i SPOK) apo afatgjata (si infertiliteti, kanceri).
- ***Shpërblimi (Rewards):*** Mjeku duhet ti tregojë pacientit përfitimet personale që do të ketë nga lënia e duhanit.
- ***Pengesat (Roadblocks):*** Mjeku duhet ta pyes pacientin në identifikimin e barrierave apo pengesave që mund të ndikojnë në suksesin e përpjekjes për ta lënë duhanin.
- ***Përsëritja Repetition):*** Ndërhyrjet për ndërprerjen e duhanpirjes duhet të përsëriten vazhdimisht, kudoherë që mjeku shihet 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 bazuara në metodat e motivimit nëpërmjet intervistimit, janë të përshkruara më poshtë¹⁹

- Të shprehësh ndjeshmëri nëpërmjet pyetjeve të hapura duke zbuluar qëndrimin ndaj duhanpirjes ("Sa e rëndësishme është për ju personalisht lënia 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 mbështesësh zotimin për ndryshim ("Ne do t'iu ndihmojmë të shmangni një atak kardiak, si ai që pati babai juaj".)
- Qëndrim empatik, i ndjeshëm ("A jeni i shqetësuar për shfaqjen e mundshme të shenjave të tërheqjes nga duhani?")
- Të kërkosht leje për të dhënë informacione ("A jeni dakort të mësojmë së bashku disa strategji sjelljeje, të cilat do t'ju ndihmojnë të përballeni me arsyet që ju shtyjnë 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 përfundimi i trajtimit. Këshillohet që mjeku ti pyesë ata sistematikisht, në çdo vizitë, nëse ende pijnë ndonjëherë duhan apo nëse ndjejnë nevojën të pijnë duhan. Ky rrezik i mundshëm i rikthimit ka një fuqi maksimale rreth dy javë nga data e lënies së duhanit, dhe vjen duke u ulur me kalimin e javëve. Ky rrezik duhet vlerësuar sa më shpejt të jetë e mundur. Në këtë drejtim pyetjet e mëposhtme, kanë një rëndësi shumë të madhe:

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

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

Për ata që e kanë lënë së fundmi me sukses duhanin, këshillohet ti nxisësh të vazhdojnë këtë rrugë, ti përgëzosh për çdo fitore sado të vogël të arritur dhe ti vëzhgosh 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 personel i kualifikuar, në mënyrë që të ruajnë statusin e tyre si jo duhanpirës. Kështu, mjeku duhet të sigurojë atyre ndërhyrjeve të vogla si: këshillimi kognitiv dhe i sjelljes, për të ruajtur abstinencën dhe për të parandaluar rikthimin drejt duhanpirjes⁹. Në rast se pacienti vë re shfaqjen e shenjave të tërheqjes apo rritje të dëshirës për të pirë duhan, kërkohet ndërhyrje më intensive pranë qendrave të specializuara. Ata pacientë, të cilët e kanë lënë duhanin dhe nuk përjetojnë shfaqjen e shenjave fiziologjike apo dëshirën për të pirë duhan, mund të ndiqen në shërbimin 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 përgjithshme për shëndetin, për të ruajtur këtë status. Këto ndërhyrje të vogla janë të thjeshta dhe mund të bëhen nga çdo mjek, pavarësisht nëse është apo jo i specializuar në lënien e duhanit.

Rekomandime

- Rekomandohet të vlerësohet motivimi i pacientit për të lënë duhanin, pasi është identifikuar dhe këshilluar për ta ndërprerë atë (niveli i provave C).
- Klinikistët duhet të përdorin teknika motivuese të nxitur duhanpirësit e pamotivuar për ta 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 përpjekje për ta lënë duhanin, por të gjithë duhanpirësit me varësi nga duhani duhet të trajtohen për të lënë duhanin pavarësisht nga niveli 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 rritjen e ndërprerjes së duhanit midis pacientëve të cilët kanë 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 sesa përdorimi më vete.^{14,21,22} Klinikisti i cili jep trajtimin medikamentoz nuk është e thënë të jetë klinikisti 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 vartësisë ndaj duhanit (mjek, infermiere, psikolog etj).

Në vitin 2016 Cochane, në shqyrtimin e 53 studimeve klinike (25.000 pjesëmarrës), krahasoi efikasitetin e kombinimit të këshillimit me terapinë farmakologjike në lënien e duhanit. U gjetën të dhëna të forta se kombinimi i farmakoterapisë me këshillimin e sjelljes ishte superior krahasuar me këshillat e shkurtra apo kujdesin rutinë (RR 1.83, 95% CI, 1.68 në 1.98).²² Ka një lidhje të qëndrueshme midis këshillimit më intensiv (duke respektuar kohëzgjatjen dhe numrin e seancave) dhe abstinencës nga duhanpirja, megjithëse numri optimal i seancave nuk është përcaktuar ende.²²

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 dëshirojnë të lënë duhanin (niveli i evidencave A).
- Ka një lidhje të fortë midis numrit të seancave të këshillimit, kombinuar me trajtimin farmakologjik, dhe gjasave në suksesin e lënies së duhanit. Për pasojë, sa më shumë të

jetë e mundur, klinikistët duhet të sigurojnë seanca këshillimi të njëpasnjëshme shoqëruar me trajtim farmakologjik, për pacientët të cilët po përpiqen të lënë duhanin (niveli i provave A).

4.1.4 Ndjekja në vazhdimësi (Organizo!)

Është shumë e rëndësishme ndjekja afatgjatë e këtyre pacientëve, nëpërmjet monitorimit të procesit të ndërprerjes së duhanpirjes dhe mundësisë së shfaqjes së efekteve nga farmakoterapia. Gjatë çdo vizite që kryen pacienti duhet të kontrollohet statusi i duhanpirjes dhe bëhet të vlerësimi objektiv nëpërmjet përcaktimit të përqëndrimit të monoksidit të karbonit në ajrin e ekspiruar. Matja e kotininës në urinë, gjak, pështymë apo flokë gjithashtu siguron informacion të dobishëm për ekspozimin e organizmit ndaj duhanit, por kjo duhet të përshtatet në rastin e duhanpirësve nën terapi me zëvendësues të nikotinës, pasi nikotina farmaceutike i shtohet asaj të duhanit, nëse pacienti ende pi duhan.^{19,23}

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 cilat tregojnë se terapia e sjelljes mund të përmirësojë aftësinë e njeriut 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 pajtueshmërinë me secilën metodë.¹⁴

Shumë duhanpirës nuk do të angazhohen në këshillim, veçanërisht nëse kjo përfshin seanca të gjata dhe të shumta. Prandaj, pacientit duhet ti jepen mundësi të tjera për ndërprerjen e duhanit, përfshi këshillime të shkurtra dhe të realizueshme. Mosrespektimi i trajtimit farmakologjik për lënien e duhanit është i zakonshëm dhe lidhet me besimin se ato janë të rrezikshme, kanë efekte anësore, nuk japin 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 mosuksesi 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 trajtimit rrit pranimin e tij. Për shembull, kur trajtimi shtyhet dhe kryhet në një vend tjetër, 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.²⁴ Pranimi për të filluar trajtimin gjithashtu mund të rritet kur propozimi për ndihmë përsëritet vazhdimisht, pasi interesi i duhanpirësve për lënien e duhanit mund të ndryshojë me kalimin e kohës.²⁵

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 qendre të specializuar për të lënë duhanin në shumicën e herëve (sidomos pacientët që nuk vuajnë nga ndonjë sëmundje) nuk e konsiderojnë veten si të sëmurë. Ata nuk arrijnë të kuptojnë se vuajnë nga një formë varësie, ndaj dhe duhet të marrin trajtim për atë çfarë ata e konsiderojnë: 'një dobësi, një mungesë vullneti, një zakon të keq'. Këshillohet të krijohet një hapësirë e veçantë ku mjeku të mund të diskutojë me pacientin, ta nxisë të flasë pa e fajësuar atë dhe të përpiqet të krijojë një lidhje besimi reciprok, ndërkohë 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-pacient 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 provave A).
- Klinikistët duhet ti nxisin të gjithë pacientët duhanpirës të përdorin mjekimin e duhur në trajtimin e varësisë ndaj duhanit (niveli i provave A).

- Klinikistët duhet tu sigurojnë të gjithë duhanpirësit që dëshirojnë të heqin dorë nga trajtimi, një format prej të paktën katër seancash këshillimi tek e tek. Kjo formë është provuar të jetë efikase në rritjen e shkallës së abstinencës ndaj duhanit (niveli i provave A)
- Kombinimi i këshillimit dhe farmakoterapisë për trajtimin e varësisë nga nikotina është më efikas për lënien e duhanit, sesa po ti përdoreshin këto metoda veç e veç (niveli i provave A). Kur nuk është e mundur përdorimi i trajtimit farmakologjik, rekomandohet gjithsesi përdorimi i terapisë jo-farmakologjike (pasi trajtimi i varësisë nga duhani është provuar efikas), kështu që të gjithë pacientët duhanpirës do të marrin mbështetje terapeutike (niveli i provave A).

4.1.5 Përqasja 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. Duhanpirësit ka më shumë gjasa të përpiqen për të lënë duhanin, nëse trajtimi i tyre mbulohet nga sigurimet shëndetësore.²⁶ Për shkak të përfitimeve shëndetësore dhe kostos për ndërprerjen e duhanpirjes, më shumë kompani sigurimesh shëndetësore po planifikojnë të mbulojnë trajtimet bazë në lënien e duhanit: për shembull, në vitin 2010 kompania amerikane e sigurimeve shëndetësore Medicare e zgjeroi mbulimin e këshillimit për të gjithë duhanpirësit (katër milion persona), jo vetëm për ata të cilët kishin sëmundje që lidheshin me duhanpirjen.

Gjithashtu, përdorimi i rregjistrave shëndetësor elektronikë lejon mjekun dhe stafin e klinikës të identifikojë sistematikisht dhe trajtojë duhanpirësit. Ky fakt është shoqëruar me rritjen e përqindjes së dokumentimit të statusit të duhanpirësit dhe gjithashtu mund të rris përrdorimin e trajtimeve për lënien e duhanit.²⁷ Trajnimi i klinikistëve dhe vlerësimi i performancës së tyre, stafi i përkushtuar për të ofruar trajtim, programet e ndryshme që lidhin pacientët duhanpirës në mbarë vendin, gjithashtu rrisin shkallën e lënies së duhanit.

Sistemet shëndetësore në mbarë botën po marrin në konsideratë sigurimin e kushteve minimale për të ndihmuar duhanpirësit në 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 ndërhyrjesh: 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 duhanpirjes. 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 qendre të specializuar, bëhet një armë e fuqishme terapeutike. Këshillimi i shkurtër rekomandohet për të gjitha kategoritë e duhanpirësve, ish duhanpirës përfshi dhe ata që nuk kanë pirë asnjëherë duhan. Një periudhë të shkurtër këshillimi (3 minuta) është më efektive se thjesht ti thuash pacientit që ta lërë duhanin dhe dyfishon përqindjen e personave që e lënë duhaninpirjen krahasuar me mungesën e ndërhyrjes.⁷

Sistemi shëndetësor duhet ta ofrojë si një trajtim rezervë, ndërhyrjet minimale oportuniste për ata 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, duhanpirësit duhet të marrin trajtim individual të specializuar për të trajtuar duhanpirjen nga një mjek personal i trajnuar, infermiere ose psikolog, nëse janë

të disponueshëm. Përndryshe, pacientët mund t'i referohen një qendre shërbimi të specializuar për lënien e duhanit, nëse është e mundur në komunitet.

Trajtimi përbëhet nga ilaçe 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 specifike kognitive / të sjelljes që u jepet pacientëve nën trajtim për të lënë duhanin. Seancat e këshillimit kanë për qëllim t'u japin duhanpirësve njohuri rreth procesit të ndërprerjes së pirjes së duhanit dhe zgjidhje për kapërcimin e pengesave gjatë përpjekjes për ta lënë atë .

Zakonisht ndërhyrja e specializuar ofrohet nga një ekip (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 kualifikuar. 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 njohjes-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 zakonshme përbëhet nga disa seanca (minimumi 4) që zgjasin 20-45 minuta përgjatë 9-12 javëve të trajtimit.

Në konsultën 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 mundësi për të vlerësuar shanset për sukses dhe rreziqet e rikthimit.

Gjatë periudhës standarte 9-12 javore të trajtimit, pavarësisht nga terapia e përcaktuar, rekomandohet monitorimi i të gjithë pacientëve (të paktën dyvizita) për të qenë të sigurt se pacienti ndjek trajtimin korrekt, në doza standarde në rastin e farmakoterapisë, adreson vështirësitë psikologjike dhe të sjelljes ose simptomat

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 dështimet apo rifillimet. Këto vizita ofrojnë një mundësi për të siguruar mbështetje të menjëhershme – mjeku mund të ndërhyjë menjëherë në kohë, në rast se duhanpirësi është dekurajuar apo ka filluar tymosjen 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 përfundimtar 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 përsëri në mënyrë klinike dhe biologjike. Duhet të vlerësohet edhe dëshira për duhanpirje, si dhe mënyra se si personi përballet me situata sfiduese në lidhje me pirjen e duhanit. Simptomat fiziologjike dhe efektet anësore të farmakoterapisë për lënien e duhanit duhet të merren në konsideratë. Në të njëjtën kohë pacienti që e ka lënë duhanin duhet të marrë këshillim, për të ruajtur abstinencën ndaj duhanit dhe parandaluar rifillimin e tij. Pacientët që nuk kanë arritur të ndalojnë pirjen e duhanit duhet të rivlerësohen, në mënyrë që të fillojë një përpjekje tjetër 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 mjek 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 përfshin varësinë ndaj nikotinës, shkalla 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 evidenca 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

1. World Health Organization (WHO), Framework Convention on Tobacco Control. Geneva: WHO; 2003.
2. West R, McNeill A, Britton J, Bauld L, Raw M., Hajek P., Arnott D., Jarvis M., Stapleton J., Should smokers be offered assistance with stopping? *Addiction* 2011;105:1867-1869.
3. Ferguson J, Bauld L, Chesterman J., Judge K. The English smoking treatment services: one-year outcomes, *Addiction* 2005;100:59–69.
4. Bala M., Strzeszynski L., Cahill K. Mass media interventions for smoking cessation in adults, *Cochrane Database Systematic Review* 2013; Issue 6. Art. No. CD004704. doi:10.1002/14651858.CD004704.pub3.
5. Norway's National Strategy for Tobacco Control 2006-2010, The Norwegian Ministry of Health and Care Services.
6. Smoking cessation services in primary care, pharmacies, local authorities and workplaces, particularly for manual working groups, pregnant women and hard to reach communities, NICE public health guidance 10, Aug. 2008, www.nice.org.uk.
7. Gratziau C., Tønnesen P. Smoking cessation and prevention, *Eur Respir Mon*, 2006;38:242-257.
8. Gratziau C., Review of current smoking cessation guidelines, *Eur. Respir. Mon.*, 2008; 42: 35-43.
9. Stead L, Buitrago D, Preciado N, Sanchez G, Hartmann-Boyce J, Lancaster T, Physician advice for smoking cessation. *Cochrane Database Systematic Review* 2013, Issue 4. Art. No.: CD000165. DOI: 10.1002/14651858.CD000165.pub4.
10. CDC: Cigarette smoking among adults—United States, 1995. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 1997;46:1217-20.
11. Andreas S., Hering T., Muhlig S., Nowak D., Raupach T., Worth H. Smoking Cessation in Chronic Obstructive Disease an Effective Medical Intervention, *Deutsches Ärzteblatt International Dtsch Arztebl Int.* 2009;106(16):276–82.
12. Hughes JR, Gulliver SB, Fenwick JW, et al. Smoking cessation among

self-quitters. Health Psychol. 1992; 11:331-34.

13. Shiffman S, Sweeney CT, Ferguson SG, Sembower MA, Gitchell JG. Relationship between adherence to daily nicotine patch use and treatment efficacy: secondary analysis of a 10-week randomized, double-blind, placebo-controlled clinical trial simulating over-the-counter use in adult smokers. Clin Ther. 2008;30:1852-8.
14. Fiore MC, Jaen CR, Baker TB, et al. Treating tobacco use and dependence: 2008 update. Rockville, MD: Department of Health and Human Services, U.S. Public Health Service, 2008.
15. Cahill K, Lancaster T, Green N. Stage-based interventions for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2010, Issue 11. Art. No.: CD004492. DOI: 10.1002/14651858.CD004492.pub4.
16. Lindson-Hawley N, Thompson TP, Begh R. Motivational interviewing for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2015, Issue 3. Art. No. CD006936. DOI: 10.1002/14651858.CD006936.pub3.
17. Larabie LC. To what extent do smokers plan quit attempts? Tob Control 2005;14: 425-428.
18. West R, Sohal T., 'Catastrophic' pathways to smoking cessation: findings from national survey. BMJ 2006;332:458-460.
19. Fagerstrom K.O., Assessment of the patient, in Smoking Cessation European Respiratory Monograph, 2008;42:44-50. ISSN 1025448x.
20. Wennike P, Danielsson T, Landfeldt B, Westin A, Tonnesen P. Smoking reduction promotes smoking cessation: results from a double blind, randomized, placebo-controlled trial of nicotine gum with 2-year follow-up. Addiction 2003;98:1395-402.
21. Hurt R.D., Ebbert J.O., Hays J.T., McFadden D.D., Treating Tobacco dependence in a Medical Setting, CA Cancer J Clin. 2009;59:314-326.
22. Stead LF, Koilpillai P, Fanshawe TR, Lancaster T. Combined pharmacotherapy and behavioural interventions for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2016, Issue 3. Art. No.: CD008286. DOI: 10.1002/14651858.CD008286.pub3.
23. Etter JF, Duc TV, Perneger TV, Saliva cotinine levels in smokers and non-smokers, Am J Epidemiology 2000; 151: 251-258.
24. Fiore MC, McCarthy DE, Jackson TC, et al. Integrating smoking cessation treatment into primary care: an effectiveness study, Prev. Med. 2004;38:412-20.
25. Peters EN, Hughes JR. The day-to-day process of stopping or reducing smoking: a prospective study of self-changers. Nicotine Tob. Res. 2009;11:1083-92. [Erratum, Nicotine Tobacco Res 2010;12:77.]
26. Fagerstrom K.O., How to communicate with the smoking patient, Eur. Respir. Mon. 2008, 42, 57-60.
27. Lindholm C, Adsit R, Bain P, et al. A demonstration project for using the electronic health record to identify and treat tobacco users, WMJ 2010;109:335-40.
28. Kaper J, Wagena EJ, Willemsen MC, et al. Reimbursement for smoking cessation treatment may double the abstinence rate: results of a randomized trial, Addiction 2005;100:1012-20.
29. Trofor A., Mihaltan F., Mihaicuta S., Pop M., Todea D et al., Romanian Society of Pulmonologists Smoking Cessation and Smoker's Assistance Guidelines (GREFA), 2-nd ed. – Tehnopress Iași, 2010,

www.srp.ro.

30. Stop Smoking Wales Annual Report 2010-2011, Stop Smoking Wales Editorial Group, 15/08/2011, www.stop.smoking@wales.nhs.uk

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 shqyrtuam edhe dy teknika efektive të këshillimit për trajtimin e pacientëve duhanpirës: këshillimin njohës i konjitiv-bihejvioral dhe intervistën motivuese.

4.2.1 Mbështetja psikologjike për ndërprerjen 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 bëjë përpjekjen e tij në ndërprerjen e duhanit. Nëse këto përpjekje dështojnë apo pacienti ndihet i pa aftë të heq dorë nga duhanpirja pa ndihmë, atëherë duhet të ndërhyhet nëpërmjet teknikave psikoterapeutike.

Elementët e rekomanduar për trajtim e kanë origjinën nga terapia e sjelljes, nuk ka të dhëna bindëse në mbështetje të trajtimeve të orientuara në aspektin psiko-dinamik për shkak të mungesës së studimeve të kontrolluara. Programet e ndërprerjes 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 ndërprerjen e duhanpirjes që përbëhet prej 6 deri në 12 pacientësh, i nënshtrohet terapisë bashkërisht 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 ata të krahasojnë vlerësimin e përfitimeve ndaj disavantazheve për ta personalisht, si dhe ndikimin që varësia ndaj duhanit do të ketë në perspektivën e jetës e tyre (Tabela 4.1, Tabela 4.2)

Tabela 4.1: Pacienti analizon vetveten

Varësia ndaj duhanit nga e cila unë po vuaj, prodhon për mua:	
Avantazhe afatshkurtra dhe afatgjata	Dizavantazhe afatshkurtra dhe afatgjata

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

Pesë vjet nga tani, unë do të jem vite më i plakur	
Çfarë dua të jem apo të bëj?	Çfarë do të ndodhë nëse nuk pushoj së piri

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 mbështetet 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, valixhe, në shtëpi etj. Kjo është e domosdoshme, pasi të dhënat shkencore kanë provuar se nevoja e pazezistueshme për të ndezur cigaren zgjat 7 minuta, dhe më pas nëse nevoja për duhan vazhdon akoma, manifestohet në nivele më të durueshme. Nëse pacienti nuk ka cigare në duar për 7 minutat e para, derisa ti gjejë ato, minutat e presionit ekstrem kanë kaluar dhe ai ka mundësi ta përballojë 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 njoftohen të gjithë miqtë, familjarët etj. për iniciativën e pacientit për të ndërprerë duhanpirjen.
- Shkruani në një letër të gjitha arsyet pse pacienti do ta lërë duhanin, dhe ngjiteni letrën në një vend ku pacienti të mund ta shohë sa më shpesh – në frigorifer, në banjo, mbi kompiuter.
- Identifikoni cila mund të jetë mënyra më optimale me të cilën

pacienti mund të zëvendësojë gjestet e duhanpirjes: mund të jetë një gotë ujë, çaj, kafe – dhe ta pijë atë nga pak. Këshilla të tjera mund të jenë gjithashtu të vlefshme për ta shtyrë pirjen e cigares: përdorimi i topave antistres, çëmçakizat apo ngrënia e biskotave / karrotave etj.

- Caktoni një person mbështetës – të cilin pacienti premton ta marrë në telefon përpara rifillimit të mundshëm të duhanpirjes.
- Imagjinoni një tip reagimi për ta këshilluar në situatën kur rishfaqet tundimi për duhan: pirja e ujit, një shëtitje e shkurtër etj.
- Ndryshojeni jetën e tij të përditshme, zakonet apo vendin ku pacienti pinte zakonisht duhan më parë^{1,2,3}.

Shikoni Tabelën 4.3.

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

KOMPONENTËT E TERAPISË	SHEMBUJ
Inkurajoni pacientin në përpjekjen për ta lenë duhanin	- Kini parasysh që tashmë ekzistojnë trajtime efektive të varësisë ndaj duhanit dhe gjysma e gjithë njerëzve që kanë pirë ndonjëherë duhan kanë arritur ta lenë! - Komunikojini pacientit besimin se ai është i aftë për ta lenë duhanin!
Komunikoni duke u kujdesur dhe duke qenë i shqetësuar për pacientin	- Pyeteni pacientin si ndihet tani që po le duhanin! - Shprehni shqetësim të drejtëpërdrejtë për gjendjen që po kalon pacienti dhe shprehni gadishmërinë për të ndihmuar sa herë të nevojitet! - Pyeteni pacientin rreth frikërave dhe dyshimeve mbi ndërprerjen e duhanit!
Inkurajoheni pacientin për të folur rreth gjendjes që po kalon (periudhën e lënies së duhanit)	Pyetni mbi: - arsyet pse pacienti dëshëron ta lërë duhanin, - shqetësimeve rreth ndërprerjes së duhanpirjes, - sukseseve të arritura apo vështirësive të hasuara ndërsa përpiqet të lërë duhanin.

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

1. Batra A. Treatment of Tobacco dependence, Deutsches Ärzteblatt International | Dtsch Arztebl Int. 2011;108(33):555–64.
2. Sullivan et al., State of the Art Reviews: Smoking Cessation: A Review of Treatment Considerations, American Journal of Lifestyle Medicine, 2007;1:201-213.
3. Aubin H.J., Dupont P., Lagrue G. – How to quit smoking- recommendations, treatment methods, Tei Publishing House, Bucureşti 2003.

4.2.2 Terapia konjitive-bihejvioriste (CBT)

Principet e CBT

Principet e CBT janë: krijimin dhe filimin e jë marrëdhënie bashkëpunimi midis mjekut dhe pacientit; parandalimi i konfliktëve; 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 përshtatshme. Përdorimi i CBT në qendrat e ndërprerjes së duhanpirjes, ndihmon duhanpirësit të mësojnë të mbajnë shënime për zakonet e tyre në lidhje me duhanpirjen dhe të vlerësojnë vetveten, duke patur parasysh se duhanpirja është një sjellje e fituar gjatë jetës dhe varësia ndaj tij influencohet nga stimuj mjedisor.¹ Kjo teknikë e bazuar në trajtimin e depresionit dhe ankthit (prandaj ka marë këtë emërtim terapia njohëse dhe e sjelljes = konjitive-bihejvioriste) përpiket për të ndryshuar mënyrën e të menduarit dhe ndjerit kundrejt duhanit dhe vetvetes duke inkurajuar dhe këshilluar mënyrat e minimizimit dhe menaxhimit të dëshirës për të pirë duhan.²

Gjithashtu këshillimi siguron mundësi për të paralajmëruar pacientët rreth pengesave gjatë ndërprerjes së duhanpirjes si dhe inkurajon pacientët për të planifikuar dhe përdorur strategji përballuese për të shmangur dhe rezistuar nevojës për të pirë duhan. Klinikisti duhet të vlerësojë dhe të këshillojë pacientin

në lidhje me faktorët që paraqesin sfida veçanërisht të mëdha gjatë ndërprerjes së përdorimit të duhanit si: të jetuarit me një person që është duhanpirës, me një person që është alkoolpirës (përdorues i alkoolit në sasi të mëdha) apo dhe një person i cili ka frikë se mos merr shumë peshë trupore. Këshillimi duhet të jetë empatik dhe mbështetës, aspak konfrontues.¹ Këshillimi vazhdon të përdoret pak dhe qëllimi kryesor është të rritet përdorimi i tij në praktikën klinike drejt përdrejt tek personi ose përmes referimit të linjave telefonike të ndërprerjes së përdorimit të duhanit.³

Përmes CBT duhanpirësi do të mësojë teknika praktike për të përballuar situata, të cilat mund të nxisin duhanpirjen dhe do të përfitojë nga mbështetja psikologjike duke u inkurajuar për ndërprerjen e plotë të duhanit. Të dhënat kanë treguar se jo tek të gjithë pacientët mund të aplikohet në të njëjtat standartet e këshillimit, disa modele të terapive njohëse dhe të sjelljes lidhen me strategji të caktuara terapeutike; në shumicën e studimeve në këtë fushë nuk ka korelacion me ndonjë grup kontrolli. Terapia konjitive-bihejvioriste kontribuon në rritjen e shkallës së abstinencës duke vlerësuar motivacionin e ndërprerjes së duhanit, duke përmirësuar aftësitë komunikuese dhe krijimit të një dialogu pacient-mjek të bazuar në respekt dhe mirëkuptim, si dhe duke vlerësuar varësinë ndaj nikotinës (analizim i dëshirës për të pirë duhan dhe shpjeguar konceptin e varësisë ndaj duhanit). Shumica e duhanpirësve nuk kanë informacione të sakta se çfarë ndodh me trurit e tyre gjatë kohës që ata pinë duhan dhe arsyet pse është e vështirë për të lënë duhanin, edhe pse ata mund të jenë shumë të motivuar. Diskutimi me një specialist në lidhje me efektet e nikotinës në tru dhe mënyrën se si manifestohet varësia ndaj nikotinës mund të rrisë në mënyrë të habitshme iniciativën e pacientëve për të ndërprerë duhanpirjen.^{4,5,6} Ndërhyrja gjithashtu lejon një analizim të thellë 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 sinjifikante të abstinencës 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 duhanpirësve (mbështetje sociale jashtë terapisë); dhe (4) përdorimi i metodave suprimuese të duhanpirjes me anë të veprimeve aversive (duhapirje e shpejtë, tymosje e shpejtë).⁷

Shiko tabelën 4.4.

Si mund të menaxhohet varësia ndaj duhanpirjes

Ndërhyrjet e suksesshme për të lënë duhanin duhet të përfshijnë bashkëveprimin midis faktorëve personalë, familjarë, socio-ekonomikë, 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, ndonjëherë 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 seriozisht.

Tashmë është e vërtetuar se ndezja e një cigareje është manifestimi i parë i varësisë ndaj nikotinës dhe duhanpirësit kanë preferenca individuale për nivelin e nikotinës që ata dëshirojnë, pasi ata rregullojnë mënyrën sesi dhe kur ndezin cigaren e duhanit dhe thithin tymin 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 duhanpirjes. (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)

KOMPONENTËT E TRAJTIMIT	SHËMBUJ
Njohja e situatave të rrezikut – Identifikimi i ngjarjeve, gjendje të brendshme ose aktivitete që rrisin rrezikun për duhanpirje ose rifllimin e përdorimit të tij.	Efekti negativ dhe stres. Të qënurit pranë duhanpirësve të tjerë. Përdorimi i alkoolit. Përjetimi i dëshirës për të pirë duhan. Duhanpirja pasive dhe disponueshmëria e cigareve.
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 rrezikshme.	Të mësuarit për të parashikuar dhe për të shmangur tundimin dhe si të mund ti shkasës situatave. 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, përmirësojë 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).
Sigurimi i informacionit bazë – Dhënia e informacionit bazë për duhanpirjen dhe ndërprerjen e sukseshme të përdorimit të tij.	Është fakt tashmë që duhanpirja (edhe një tymosje e thjeshtë) rrit rrezikun e rikthimit të përdorimit të tij. Simptomat e lënies së duhanpirjes arrijnë të shfaqen 1 – 2 javë pas lënies së duhanpirjes, por ato mund të persistojnë për disa muaj. Këto simptoma përfshijnë humorin e keq, dëshirën për të ndezur një cigare dhe vështirësi në përqëndrim. Duhanpirja e ka karakteristikë krijimin e varësisë.

- Elementët e këshillimit duhet të përfshihen në ndërhyrjet për ndërprerjen e duhanpirjes (niveli i evidencës B).

Referencat

1. Zhu SH, Melcer T, Sun J, Rosbrook B, Pierce JP. Smoking cessation with and without assistance: a population- based analysis. *Am J Prev Med* 2000;18:305-311.
2. West R., New Approaches to Smoking Cessation, http://www.ttmed.com/respiratory/print.cfm? ID_Dis=8&ID_ Cou=23&ID_Art=159816/09/2006
3. Fiore M.C., Baker T.B., Treating Smokers in the Health Care Setting, *N Engl J Med*. 2011;365:1222-31.
4. Martinet Y., Bohadana A., Wirth N., Spinosa A., Le traitement de la dependance au tabac, *Guide Pratique* 2009.
5. Raw M, McNeill A, West R. Smoking cessation guidelines for health professionals: a guide to effective smoking cessation interventions for the health care system, *Thorax* 1998;53:Suppl 5:S1-S19.
6. NICE advice on the best way to quit smoking February 2008 National Institute for Clinical and Health Excellence, www.nice.org.uk.
7. Lancaster T, Stead LF. Individual behavioral counselling for smoking cessation. *Cochrane Database Systematic Review* 2005, Issue 2. Art. No: CD001292. DOI: 10.1002/14651858.CD001292.pub2.

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 intervistimi motivues?

Intervistimi motivues (IM) është një metodë e zhvilluar nga psikologu amerikan Eëlliam R. Miller në vitin 1980 gjatë kohës që ai trajtonte pacientët me problem të abuzimit. Miller tregoi se të dëgjuarit empatik mund të reduktojë përdorimin e alkoolit. Studimet kanë treguar që rezistenca dhe mohimi janë fenomene që lindin gjatë ndërveprimit midis klientit dhe këshilltarit.

Libri i parë për Intervistat Motivuese, i shkruar prej Miller në bashkëpunim me Stephen Rollnick, psikolog anglez, u publikua në 1991.¹ Rollnick më vonë zhvilloi versione më të shkurtuara të IM të përshtatshme këto për tu përdorur në kujdesjet shëndetësore. Kjo metodë në thelb ka si qëllim tu ofrojë personave të interesuar informacione mbi rreziqet shëndetësore që shoqërojnë varësinë dhe rrisin interesin për ndryshim. Intervista Motivuese tashmë

praktikohet në shumë vende në trajtimin e abuzimit me alkoolin, duhanin si dhe për ata që kanë nevojë për të përmirësuar mënyrën e të ushqyerit dhe aktivitetin fizik. Intervista Motivuese është përdorur gjerësisht tek individët me probleme me bixhozin, në terapinë e pajtimit dhe në sistemin penal.

Intervista motivuese përshkruan se çfarë këshilluesi mund të bëjë në mënyrë 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 shmang një qasje agresive apo konfrontuese, përpiqet të drejtojë njerëzit drejt ndryshimit të sjelljeve 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 marrë vendime.

Parimet themelore të Intervistës Motivuese¹

- *Trego empati.* Këshilluesi në mënyrë të qartë tregon interes për të kuptuar pacientin. Kjo realizohet nëpërmjet reflektimit dhe përmbledhjeve.
- *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 shërbente si një forcë e fuqishme lëvizëse për ndryshimin e sjelljeve me kusht që klienti / pacienti të ketë aftësinë për të ndryshuar.
- *Shmangni argumentimin.* E ashtuquajtura rezistencë duhet të respektohet si një shenjë e natyrshme e ankthit ose e dyshimit në lidhje me ndryshimin. Nëse këshilluesi fillon të argumentojë, rezistenca e pacientit do të rritet. Këshilluesi "manovron" me rezistencën kur ajo do të shfaqet, por përpiqet të parandalojë situatat e tilla që në fillimet e tyre.
- *Përkrahja e vetbesimit.* Këshilluesi përkrah vetbesimin duke treguar besim te aftësia e klientit / pacientit për të ndryshuar. Këshilluesi duhet të tregoj se ai e vlerëson përpjekjen 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 bisedë të tillë.
- **Dyzimi.** Dyzimi është një fazë natyrshe 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 thënë.** Përmbledhja është një formë e veçantë e reflektimit. Përmbledhja kujton pacientin për pikat e forta 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 thënë 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 xhaketen 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-gjyquese dhe mirëkuptuese, mund të adaptojnë Intervista 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 Motivuese është e nevojshme të realizohen një sërë trajnimesh në mënyrë të tillë që ekspertët të zbatojnë procedurat këshilluese (procedura këto që mund të jenë dhe të kushtueshme).

Në mënyrë që IM të jetë më e kapshme dhe më e përdorshme është zhvilluar një version i thjeshtë i saj i quajtur angazhim i shpejtë.

Angazhim i shpejtë (Rapid engagement - RE). Angazhimi i Shpejtë është një version i shkurtuar dhe i thjeshtuar i Intervistës Motivuese, i projektuar dhe dizenuar për tu përdorur në zyrën e mjekut.² Angazhimi i Shpejtë përdor një sërë pyetjesh të thjeshta. Shkalla VAS mund të përdoret për të vizualizuar shkallën e motivacionit, por nuk është e nevojshme që vlerësime të tilla të realizohen verbalisht.

Rëndësia e ndryshimit. Pyetja 1: Sa e rëndësishme është 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 përpjekjeve të mëparshme, arritjet e të tjerëve, njohuritë dhe mbështetja. Përsëri, pacienti vlerëson në një shkallë nga 0-10 shanset e tij për sukses në lënien e duhanit (ose e njëjta shkallë e shprehur me fjalë). Nëse pacienti vlerëson shansin me një numër mbi 0, këshilltari duhet të pyesi sërish pse pacienti nuk zgjodhi një numër më të ulët se ai që zgjodhi, dhe qëllimi i gjithë kësaj është të inspirohet pacienti për të vlerësuar aftësitë e tij për të mobilizuar burimet e tij të brendshme. Sa më i mirë ky mobilizim, më e fortë është vetbesimi. "Ndryshimi i diskutimit" mund të evokohet duke pyetur: "Çfarë do të duhet për të rritur më tej shanset tuaja?". Vullneti dhe aftësia për të ndryshuar sjelljen

janë dy gjëra të ndryshme, por janë aspekte të motivacionit dhe nuk janë të lehta për tu dalluar. Disa pacientë e kanë më të lehtë për përcaktuar atë që nuk dëshirojnë, sesa të pranojnë nivele të ulëta të vet-besimit. Për disa të tjerë mund të jetë e kundërta ("Unë dua, por kjo nuk do të funksionojë!"). Këshilluesi duhet të jetë i aftë për të kuptuar atë se çfarë nënkupton ajo që thotë pacienti.

Evidence të efikasitetit

Një Cochrane review e vitit 2015 e 28 studimeve të realizuara gjatë viteve 1997 – 2014, ku u përfshinë mbi 16000 duhanpirës, shqytoi Intervistat Motivuese në krahasim me këshillimin e shkurtër ose kujdesin e zakonshëm.³ Gjykimet e vlerësuara përfshin 1 në 6 sesione me kohëzgjatje 10-60 minuta. Një meta-analizë gjeti se Intervistat Motivuese kundrejt këshillave të shkurtra apo kujdesjeve të zakonshme shoqërohet me një rritje modeste, 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 efektive kur realizohej prej kujdesit primar shëndetësor (RR 3.49; 95% CI 1.53 to 7.94) dhe nga këshilltarët (RR 1.25; 95% CI 1.15 to 1.63), dhe kur realizohet në sesione me kohëzgjatje të madhe (më shumë se 20 minuta në sesion) (RR 1.69; 95% CI 1.34 to 2.12). Sesionet ku realizohen trajtime të shumta mund të jenë më pak efektive se në rastin kur realizohen sesione me trajtime të veçanta, megjithatë mund të themi se të dy sjellin rezultate pozitive. Për momentin evidencat janë jo shumë të qarta në lidhje me numrin optimal të takimeve për monitorim. Cilësia në këtë rast është e moderuar dhe disa kujdesje janë të garantuara për shkak të heterogjenitetit të karakteristikave të studimit. Evidencat shkencore janë të varfra në lidhje me metodën e Angazhimit të Shpejtë, por mjekët raportojnë se kjo metodë është e dobishme edhe në praktikat e ngarkuara dhe se kjo e bën më pak stresues diskutimin rreth ndryshimit të sjelljes.

Rekomandimet

- Intervistimi i Motivuar apo variantet e tij, i përdorur gjerësisht si teknikë këshillimi mund të jetë efektiv gjatë asistimit të pacientit që është duke lënë duhanin (niveli i evidencës B)

Referencat

1. Miller, W.R., and Rollnick, S. Motivational Interviewing: Preparing

People for Change, 2nd ed. New York: Guilford Press. 2002.

2. Spanou C, Simpson SA, Hood K, Edwards A, Cohen D, Rollnick S, Carter B, McCambridge J, Moore L, Randell E, Pickles T, Smith C, Lane C, Wood F, Thornton H, Butler CC. Preventing disease through opportunistic, rapid engagement by primary care teams using behaviour change counselling (PRE-EMPT): protocol for a general practice-based cluster randomised trial. BMC Fam Pract. 2010;11:69.
3. Nicola Lindson-Hawley, Tom P Thompson, Rachna Begh. Motivational interviewing for smoking cessation, Cochrane Database of Systematic Reviews 2015, Issue 3. Art. No.: CD006936. DOI: 10.1002/14651858.CD006936.pub3.

4.2.4 Formati i dorëzimit

Një shumëllojshmëri formatesh janë testuar për realizimin e trajtimeve për ndërprerjen e përdorimit të duhanit si: këshillimi individual, këshillimi proaktiv telefonik, këshillimi në grup, bazuar në web, ndihma ndaj vetes.

4.2.4.1 Këshillimi individual për ndërprerjen e duhanit

Një meta-analizë që përfshin 30 gjykime (studime) gjeti se këshillimi individual për ndërprerjen e duhanit është më efektiv se këshillimi i thjeshtë. (13.9% v. 10.8%, RR = 1.39, 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 rrit motivimin për të lënë duhanin duke personalizuar kostot dhe rreziqet e përdorimit të duhanit prej pacientit (duke e lidhur atë me shëndetin e pacientit, gjendjen e tij ekonomike dhe atë familjare). Ekziston një lidhje konsistente midis këshillimit intensiv (në respekt si të kohëzgjatjes dhe numrit të sesioneve të këshillimit) dhe abstinencës ndaj duhanit.

4.2.4.2 Këshillimi në grup për ndërprerjen e duhanpirjes

Terapia në grup e sjelljes nënkupton mbledhje të planifikuara ku grupe njerëzish të cilët pinë duhan marrin informacion, këshilla dhe inkurajohen dhe ndërhyrje të sjelljes (psh. Terapia njohëse e sjelljes).² Kjo terapi ofrohet çdo javë për të paktën 4 javët e para të

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 ruajtur 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 vetvetes.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 njëjtin 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 përfitime shtesë.

Të dhënat nga një studim, që intervistoi si personelin kyç dhe duhanpirësit në tre llojet e shërbimeve të ndërprerjes së duhanit (skuadër e specializuar, punonjës të shëndetit komunitar dhe kombinimi i të dyve) sugjerojnë se struktura e shërbimit, metoda e mbështetjes, personeli shëndetësor i përfshirë 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 mbyllura kundrejt. 42.6% në mbështetjen individuale të ofruar prej specialistëve). Shërbimet duhet të jenë të përshtatura për të mbështetur nevojat individuale në varësi të zgjedhjeve të pacientit dhe në qasje ndaj shërbimeve të ndryshme duke përfshirë këtu dhe këshillimin në grup.⁴

Programe të shumta për ndërprerjen e përdorimit të duhanit përfshijnë strategji grupi, të bazuara në metoda edukuese interaktive, si dhe akses më të mirë ndaj trajtimit dhe mbështetjes psikologjike. Një format grupi përfshin rreth pesë seanca (1 orë seanca) për më shumë se një muaj. Mbështetja intensive duhet të përfshijë inkurajimin për të përdorur farmakoterapinë (nëse është e përshtatshme) dhe këshilla të qarta e udhëzime se si të përdorin ato.⁵ Këshillimi në grup duhet të kryhet prej këshilluesve të specializuar, të aftë për të bërë duhanpirësit të ndërveprojnë, të ndajnë me të tjerët frikërat dhe dhe barrierat dhe në të njëjtën kohë të mësojnë nga eksperiencat e të tjerëve. Kjo mund të

realizohet dhe në sesione javore dhe me ndihmën e personelit ndihmës (infirmierët, 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.

Është e këshillueshme që të ofrohen ndërhyrje individuale apo në grup për të realizuar më mirë përshtatjen e pacientit dhe për rritur kënaqësinë e tij, të cilët duhet të vlerësohen me shumë kujdes për të diagnostikuar çrregullimet e ndryshme mendore. Si kritere për të përjashtuar nga trajtimi në grup mund të jenë çrregullimet e personalitetit apo tiparet psiko – patologjike (p.sh personat narcistikë, me çrregullime hysterike, 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.

Rekomandimet:

- Këshillimi në grup është efektiv për ndërprerjen e duhanpirjes. Përfshirja e mbështetjes sociale në ndërhyrjet në grup dhe komponentët konjitiv-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

1. Lancaster T, Stead LF. Individual behavioral counseling for smoking cessation. Cochrane Database Systematic Review 2005, Issue 2. Art. No.: CD001292. DOI: 10.1002/14651858.CD001292.pub2.
2. www.nice.org.uk/page.aspx?o=404427
3. Stead LF, Lancaster T. Group behavior therapy programmes for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2005, Issue 2. Art. No.: CD001007. DOI: 10.1002/14651858.CD001007.pub2.
4. Mardle T., Merrett S.Wright J., Percival F.Lockhart I., Real world evaluation of three models of NHS smoking cessation service in England BMC Research Notes 2012;5:9.
5. Stop Smoking Wales Annual Report 2010-2011, Stop Smoking Wales Editorial Group, 15/08/2011. www.stop.smoking@wales.nhs.uk

4.2.4.3 Mbështetja telefonike dhe linjat e hapura për ndërprerjen e duhanpirjes

Në shumë vende ekzistojnë shërbime të lira telefonike, që njihen si 'Linjat e ndërprerjes' ose 'linja telefonike të ndihmës'. Pacientët të cilët telefonojnë në këto numra mund të marrin informacion në lidhje me qendrat lokale të ndërprerjes së duhanpirjes dhe mund të marrin këshilla se si mund të lënë duhanin me këshilla minimale apo të plota.¹ 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 akses i tyre. Operatori telefonik eliminon shumë nga barrierat e grupeve tradicionale të ndërprerjes së duhanpirjes si psh: të priturit për formimin e grupeve apo organizmi për të gjetur mjetet e duhura të transportit. Oraret mund të vendosen në kohë të përshtatshme, duke patur parasysh oraret e drekës si dhe mbrëmjet e të shtunat. Pjesmarrësit mund të zgjedhin ku duan të kontaktohen, në telefonin e shtëpisë apo në celularin personal, dhe u ofrohet mbështetje telefonike për ti udhëhequr në vënien në praktikë të strategjive të ndryshme për ndërprerjen e duhanpirjes dhe realizmin e ndryshimeve pozitive në jetën e përditshme. Thirrjet telefonike zakonisht zgjasin rreth 25-30 minuta, por gjithësesi ato janë shumë fleksibile dhe mund të adaptohen për të plotësuar nevojat individuale.² 'Linjat e ndërprerjes' janë veçanërisht të dobishme për njerëzit me lëvishmëri të kufizuar dhe ata që jetojnë në zona rurale apo të largëta. Për shkak të natyrës gati anonime, shërbimet telefonike përdoren prej atyre që apelojnë për të kërkuar ndihmë.

'Linjat e ndërprerjes' gjithashtu ofrojnë thirrje telefonike proaktive, të përshkruara si këshillim telefonik me persona që nuk kërkojnë paraprakisht ndihmë, ku të paktën me disa nga personat e kontaktuar vendoset fillimi i terapisë për ndërprerjen e duhanpirjes, duke përfshirë edhe këshillimin "do flasim përsëri (call-back)".

Ka evidenca shkencore të shumta për efikasitetin e shërbimeve të 'linjave e ndërprerjes'.^{3,4} Një meta-analizë e 70 studimeve të publikuara prej Cochrane Collaboration ka vërtetuar se thirrjet telefonike proaktive prej 'linjave e ndërprerjes' e rritën abstinencën ndaj duhanpirjes (RR 1.37, 95% CI 1.26, 1.50).⁴ Një

minimum prej dy thirrjesh telefonike duket të jetë i lidhur me rritjen e lënies së duhanpirjes. Nuk është e qartë nëse rritja e numrit të thirrjeve telefonike me më tepër se 2, e rrit normën e lënies së duhanpirjes. 'Linjat e ndërprerjes' reaktive, të cilat i përgjigjen vetëm kërkesave, kanë treguar se janë efektive në rritjen e e ndërprerjes së duhanpirjes në krahasim me metodën e lënies vetë, pa ndihmë (RR 1.27, 95%CI 1.20, 1.36).

Evidencat e përgjithshme kanë treguar se 'linjat e ndërprerjes' kanë potencial jo vetëm për të siguruar ndihmë efektive për ata që e kërkojnë atë, por edhe për të rritur ndalimin e ndërprerjes së duhanpirjes në mes të duhanpirësve në përgjithësi. Kjo metodë është një mënyrë e mirë për tu dhënë ndihmën duhanpirësve aty ku janë, duke ditur që ndihma është në dispozicionin e tyre.⁴

Rekomandimet:

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

Referencat

1. NHS guided self help talking therapies, www.nice.org.uk/PH010
2. Centers for Disease Control and Prevention. Telephone Quit lines: A Resource for Development, Implementation, and Evaluation. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, Final Edition, September 2004.
3. Tzelepis F, Paul CL, Walsh RA, McElduff P, Knight J. Proactive telephone counseling for smoking cessation: meta-analyses by recruitment channel and methodological quality. *J Natl Cancer Inst.* 2011;103(12):922-41.
4. Stead LF, Hartmann-Boyce J, Perera R, Lancaster T. Telephone counselling for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 8. Art. No.: CD002850. DOI: 10.1002/14651858.CD002850.pub3.

4.2.4.4 Materialet vet-ndihmuese

Kjo kategori përfshin: broshura, fletëpalosje, manuale, materiale

të mediave, linjat telefonike të ndihmës, programe kompjuterike dhe web dhe programe të ndryshme të komunitetit. Ndërhyrjet vet-ndihmuese përkufizohen 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 mbështetjeje”²

Në vijim prezantohet një mostër e një broshure të shkurtër shpjeguese, për personat duhanpirës, për ti 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 duhani?

- Cili është shpjegimi i faktit që vazhdon të pihet duhan, pavarësisht përpjekjeve 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 paafte për të lënë duhanin, pavarësisht se janë të vetëdijshëm për rreziqet?
- Mund të vij duhanpirja si rezultat i ndryshimeve komplekse 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 problematike se varësia alkoolit, kanabisit apo LSD dhe drogave 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 shkakton një gamë të gjerë sëmundjesh dhe është shkaktar i vdekjeve si rezultat i pranisë së substancave të shumta toksike dhe kancerogjene që janë përbërës të duhanit.
- Prodhuesit e duhanit përdorin shumë strategji për të rritur varësinë ndaj nikotinës në produktet e duhanit: substanca additive, aromatizuese, filtra të karakteristikave 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 industrisë së duhanit është ofrimi i njohurive dhe aftësive të bazuara në evidenca të qarta shkencore për individët, me qëllim përballimin e kësaj sfide.

Ndërlikimet individuale gjatë përdorimit të duhanit⁵

- Një në dy përdorues duhanika riskon për vdekjet e parakohshme, si rezultat i patologjive që lidhen me duhanpirjen.
- Duhanpirja është shkaktari kryesor i vdekjeve 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 pakëndshme në frymënxjerjen 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.
- Duhani pirja është shkaktar i zjarreve dhe vdekjeve aksidentale.
- Duhani mund të shërbejë si një shtysë për përdorimin e një droge tjetër, duke tentuar përdorimin e një droge më të rrezikshme.

Ndërlikimet për familjen, miqtë dhe bashkëpunëtorët e përdoruesve të duhanit⁶

- Ju ekspozoni familjen, miqtë dhe bashkëpunëtorët tuaj ndaj duhanpirjes pasive.
- Duhani pirja 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 pasive rrit rrezikun 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 rrezikun e lindjeve të bebeve me peshë të vogël dhe sindromës së vdekjes së papritur tek foshnjat.
- Adultët joduhani, por që ekspozohen ndaj duhanpirjes pasive, kanë risk të lartë për shfaqjen e patologjive respiratore, gjë që kontribuon në rritjen e mungesave në punë dhe në aktivitete të tjera.
- Bashkëshortët e duhanpirësve kanë risk të lartë për patologji kardiale dhe kancerit të pulmonit.

Përfitimet e ndërprerjes së duhanpirjes

1. Përfitimet afatshkurtra

- Presioni arterial dhe frekuenca kardiale kthehet në normë pas 20 minutave të para pa duhanpirje.
- Pas 8 orëve kemi kthim në normë të përqëndrimit të monoksidit të karbonit dhe oksigjenit në gjak.
- Monoksidi i karbonit eliminohet prej trupit human pas 24 orëve; pulmonet fillojnë të pastrohen prej mukusit dhe mbeturiva të duhanit; shanset për atak kardial ulen.
- Nikotina eliminohet prej trupit pas 48 orëve; mbaresat nervore rigjenerohen; dhe përmirësohet aftësia për të nuhatur dhe shijuar.

2. Përfitimet afatgjata

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

Përgatitja për të lënë duhanin

Sa më të përgatitur jeni për të lënë duhanin, aq më i madh do jetë shansi për sukses.⁶ 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 tjerëve.
- Përsëriti vetes një nga këto arsye 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.
- Identifiko barrierat që pengojnë arritjen e qëllimit. Çfarë e bën atë të vështirë? Cilat situata rrisin dëshirën për përdorimin e duhanit? Çfarë mund të bëni ju për të ndryshuar këtë gjendje/situatë?
- Bëj një listë të njerëzve të cilët mbështesin iniciativën tuaj, si një nga familjarët, shok/shoqe ose koleg/kolegë pune. Diskuto planin e tua me ata.
- Nëse ndonjëri prej tyre është duhanpirës, kërkoni prej tyre të mundohen mos të konsumojnë duhanin në praninë tuaj ose më mirë akoma i ofroni atyre të bashkohen me ju në këtë nismë.
- 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; përpikuni 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 largonin mendjen nga duhani.
- Pasuroni veten me informacion dhe njohuri, në lidhje me simptomat e lënies së duhanit dhe mënyrat për të përballuar ato.
- Të jeni të përgatitur për tu përballur me vështirësitë e lënies së duhanit. Mësoni rreth "sindromit të lënies së duhanit".
- Tërheqja ose varësia nga nikotina shoqërohet me simptoma për shkak të ndalimit të papritur 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 përqëndrimit/ ulje të memories;
 - depresion;
 - dhimbje koke
 - pagjumësi;
 - marrje mendsh.

Terapitë të cilat ndihmojnë për ndërprerjen e duhanit.

- Dy komponentët 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-bihejvioriste (e njohjes dhe sjelljes) është një teknikë terapeutike e cila përpikët të ndryshojë mënyrën 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

SHEMBUJ TË STRATEGJISË SË SJELLJEVE/KËSHILLA PËR SHMANGIEN E PIRJES SË DUHANIT

-Mësoni të refuzoni cigaren e parë!
- Largoni gjërat që ju kujtojnë duhanin: çakmaku, ndeshjet, paketa e cigares;
- Ndryshoni rutinën tuaj!
- Shmangni konsumimin e kafes , coca-colës ose çajit;
-Kur ju ndjeni një nevojë të madhe për një cigare, pini një gotë të madhe me ujë ose me lëng frutash;
- Hani 3-5 vakte/ditë;
- Mëngjesi: lëngje frutash natyrale, produkte të qumështit, mundësisht mjaltë, vezë, bëni kujdes të shmangni cigaren e parë në mëngjes pas kafes së mëngjesit !
-Dreka dhe darka: preferohen fruta dhe perime të freskëta , perimet jeshile, frutat.
- Para se të shkoni për të fjetur – një gotë ujë ose çaj ;
Ju duhet të shmangni: të hani midis vakteve, të konsumoni shumë ëmbëlsira; pasta, akullore, çokollata;
- Mos hezitoni të konsumni më shumë se 2 litra ujë/ditë.
- Ushtrime fizike, ecje në ajër të pastër, mësoni teknika relaksimi.
- Filloni të praktikoni një sport të ri!
- Shmangni kontaktet me duhanpirësit kur ju keni nevojë për cigare!
- Mblidhni lekët, të cilat keni përdorur më parë për një paketë me cigare – blijini vetes një dhuratë !

menaxhimin e dëshirës për të pirë duhan.

- Ideale do të ishte që strategjitë individuale për ndërprerjen e duhanit të kombinonin këshillat (rekomandime për të lënë duhanin), me trajtimin farmakologjik (Varenciline, Bupropion, NRT etj) dhe me terapi cognitive-të sjelljes (CBT).

Efikasiteti i materialeve edukative tek pacienti

Disa studime kanë provuar efikasitetin e materialeve edukative, të përfshira në programet për ndërprerjen e duhanit.

Një total prej 2000 individësh të rritur janë testuar duke përdorur një udhëzues të standartizuar për vet-ndalimin 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 instruksione për mbështetjen sociale të familjarëve dhe miqve të duhanpirësit dhe udhëzuesi F&C me instruksione për mbështetjen sociale dhe 4 thirrje telefonike me specialistë. 7 Programi i këshillimit telefonik F&C plus materialet vet-ndihmuese kanë rezultuar si një strategji efektive për ndalimin e konsumimit të duhanit. Përdorimi i udhëzuesit vet-ndihmues dhe instruksioneve të mbështetjes sociale për familjen dhe miqtë 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 impaktit të broshurave vet-ndihmuese, si të përdorura më vete, si me këshillim shtesë, është konstatuar se vet-ndihma nuk ka arritur të ndalojë konsiderueshëm përdorimin e duhanit, krahasuar me ndërhyrjet e tjera minimale të tilla si këshillimi nga profesionistët e kujdesit shëndetësor ose terapia e zëvendësimit të nikotinës.² Materialet e personalizuar duket se janë më superiore ndaj materialeve standarte².

Rekomandime:

- Aksesit për informacion është i nevojshëm në individët të cilët janë përpjekur për të lënë duhanin.
- Nuk ka asnjë dëshmi që materialet vet-ndihmuese japin benefite/përfitime më shumë sesa ndërhyrjet e tjera minimale (niveli I evidencës B).
- Materialet të cilat përshtaten në mënyrë individuale për secilin duhanpirës janë më efektive sesa materialet e përgjithshme

standarte, gjithsesi 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
2. Hartmann-Boyce J, Lancaster T, Stead LF. Print-based self-help interventions for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2014, Issue 6. Art. No.: CD001118. DOI: 10.1002/14651858.CD001118.pub3
3. Benowitz NL. Neurobiology of nicotine addiction: implications for smoking cessation treatment. Am J Med. 2008;121:S3-S10.
4. Benowitz NL. Pharmacology of nicotine: addiction, smoking-induced disease and therapeutics, Ann. Rev Pharmacol Toxicol. 2009;49:57-71.
5. Doll R, Peto R, Boreham J, Sutherland I. Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. BMJ 2004;328:1519.
6. ACCP kit (5=1 from M1 chapt BD)
7. Orleans C.T., Schoenbach V., Wagner E. et. al., Self-Help Quit Smoking Interventions: Effects of Self-Help Materials, Social Support Instructions, and Telephone Counseling, J. Consult Clin Psychol. 1991;59(3):439-

4.2.4.5 Bazimi në kompjuter /web

Ndërhyrjet e bazuara në kompjuter ose internet kanë potencialin për tu arritur nga një përqindje e madhe e popullsisë duhanpirëse, gjithashtu i adresohen më mirë kategorisë së të rinjve dhe kanë kosto të ulët. Ndërhyrje të 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 shpeshtë të tyre (shkëmbim i eksperiencave), zhvillimin dhe monitorimin e planit të lënies së duhanit si dhe nxitjen proaktive të përdoruesit me anën e emailit. Janë raportuar efekte pozitive nga një studim i popullsisë duke përdorur raportimin e gjeneruar nga kompjuterat, bazuar në modalitetet e ndryshimit dhe një programi që ofrohet përmes një website në internet. Një studim me adoleshentët ka raportuar rezultate pozitive falë aksesit në një ndërhyrje komplekse, që përfshin një ndërhyrje kompjuterike interaktive, këshillim nga një klinikist, intervista të shkurtra motivuese dhe seanca përforcuese përmes 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 programet

e bazuara në internet për ndërhyrjen në ndalimin e duhanit mund të ndihmojnë në rritjen e rezultateve për ndërprerjen e duhanpirjes, gjithsesi nuk janë dokumentuar efekte të qëndrueshme dhe të dhënat kishin rrezik për bias.² Programet ndërmjet internetit, që ofrojnë informacione të përshtatura individualisht dhe mbështetje, mund të jenë më efektive sesa 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 përmes internetit mund të jenë më tërheqëse për të rinjtë dhe femrat duhanpirëse, dhe më pak tërheqëse për personat duhanpirës në depresion.² Kërkohen studime shtesë për të kuptuar më mirë vlerat e ndërhyrjeve të bazuara në programet e internetit.

Rekomandime:

- Janë të nevojshme kërkime të mëtejshme para se të rekomandohen ndërhyrjet për ndërprerjen e duhanit përmes internetit.

Referencat

1. NHS guided self help talking therapies, www.nice.org.uk/PH010
2. Civljak M, Stead LF, Hartmann-Boyce J, Sheikh A, Car J. Internet-based interventions for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 7. Art. No.: CD007078. DOI:10.1002/14651858.CD007078.pub4
3. Gainsbury S.M., Blaszczynski A. A systematic review of Internet-based therapy for the treatment of addictions, Clinical Psychology Review, 2011;31(3):490-498.

4.3 Trajtimet farmakologjike në varësinë ndaj duhanit

Duke qënë se duhani është një sëmundje kronike, kërkon edhe ndërhyrje terapeutike me përbërës të shumfishtë, ndër të cilat terapia farmakologjike është thelbësore. Në vende të ndryshme Europiane, në nivel European dhe kombëtar janë përfshirë 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 (EMA). Kjo linjë e parë e medikamenteve duhet të jetë zgjedhja e parë si trajtim klinik për varësinë ndaj nikotinës. Tre kategori medikamentesh janë të përfshira në linjën e parë të medikamenteve për trajtimin e varësisë ndaj duhanit dhe ato janë: terapia zëvendësuese e nikotinës, vareniclina dhe bupropion (shiko tabelen 4.6).

Linja e dytë për ndërprerjen e duhanit përfshin antagonistin e pjesshëm të receptorëve të nikotinës - cytisinën, (e aprovuar si indikacion në vendet e Europës Lindore). Anti-depresanti tricyclic Nortriptilinë dhe anti-hipertensivi Clonidinë janë të regjistruar në shumë vende, por jo për ndërprerjen e duhanit. Nortriptilina është e miratuar si antidepressiv, por jo si medikament për ndërprerjen e duhanit. Medikamentet e linjës së dytë të rekomanduara për ndërprerjen e duhanit përfaqësohen nga medikamente të cilave u është provuar efikasiteti, por në një masë më të vogël sesa në rastin e medikamenteve të linjës së parë, edhe për faktin se ato nuk janë të miratuara nga EMA për trajtimin e varësisë ndaj duhanit, ose edhe për shkak se ato janë dyshuar se kanë efekte anësore më të shumta sesa ato të linjës së parë. Në përgjithësi, ato janë medikamente të cilat rekomandohen kur trajtimi me medikamentet e linjës së parë nuk mund të përdoren për arsye të ndryshme (mungesa e efikasitetit, kunderindikacione etj.)

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

Efikasiteti i linjës së parë të mjekimit

Në një meta-analizë në 2008 me 83 studime të rastësishme u verifikua efikasiteti i barnave të ndryshme, në lidhje me normën e abstinencës në gjashtë muaj pas trajtimit, e cila tregoi se shumica

Tabela 4.6: Linja e parë e mjekimit për lënien e duhanit (përshtatur nga Fiore M.C.)¹

TRAJTIMI FARMAKOLOGJIK PËR VARËSINË NGA DUHANI		
MEDIKAMENTI	DOZA	PËRDORIMI
BUPROPION	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	Fillo 1-2 javë përpara datës së lënies; Përdore 2-6 muaj
NIKOTINË ME ÇËMÇAKËZ	2 mg – për pacientët që pijnë ≤ 24 cigare/ditë 4mg – për pacientët që pijnë ≥ 25 cigare/ditë Doza e rekomanduar unanimisht është 8-12 çëmçakëza të përtypshëm/ditë	Përdore 3-6 muaj
NIKOTINË ME INHALIM	6-16 flakone/ditë, një flakon mund të japë 4 mg nicotinë përmes 80 inhalimeve.	Use up to 6 months; taper at end
NIKOTINË ME TABLETA	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 < 30 minuta pas zgjimit.	Përdore 3-6 muaj
NIKOTINË SPRAJ NAZAL	0.5 mg / nostril, initially 1-2 doses/hour; limits: 8-40 doses/day	Përdore 3-6 muaj
NIKOTINË ME NGJITËS (LEUKOPLAST)	7, 14, 21 mg/24 hr (ose 10/15/25 mg/16) nëse pacienti 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 pacienti pi <10 cigare/ditë, fillohet me 14 mg/ditë për 6 javë, pastaj 7 mg/ditë për 2 javë	Përdor 1 ngjitës/leukoplast të ri çdo mëngjes për 8-12 javë. Evidentohet rritje e efikasitetit kur doza përdoret për 3-6 muaj.
VARENICLINE	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	Fillo 1 javë përpara datës së lënies së duhanit; Përdore për 3-6 muaj
TERAPI TË KOMBINUARA – vetëm kombinimi i bupropion SR + nikotinë leukoplast është aprovuar nga FDA për lënien e duhanit.		
NIKOTINË ME NGJITËS + BUPROPION	Ndiqui udhëzimet për medikamentet e mësipërme	Ndiqui udhëzimet për medikamentet e mësipërme
NIKOTINË ME NGJITËS + INHALIM NIKOTINË ME NGJITËS + TABLETA NIKOTINË ME NGJITËS + ÇAMÇAKËZ	Ndiqui udhëzimet për medikamentet e mësipërme	Ndiqui udhëzimet për medikamentet e mësipërme

e medikamenteve për ndërprerjen e duhanit (çamçakëzat kundër duhanit, tabletat sublinguale, spray nazal, 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 rreth 14%, në krahasim me 19% ose 26% tek pacientët që u trajtuan me farmakoterapi. 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 tilla si çamçakëzat me nikotinë ose tableta të përdorura më shumë se 14-javë) u gjetën të lidhura me një shkallë të lartë abstinence (33% dhe 37% respektivisht). Kjo shkallë ishte dukshëm më e lartë se përdorimi i një terapie të vetme përfaqësuese (nikotina-leukoplast ose bupropion).^{2,3}

Një 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 njëjta. Në një kombinim të shkurtër të NTR (oral + ngjitës transdermal/ leukoplast) dhe vareniclinës, u siguruan përfitime efikase të ngjashme, 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 tek duhanpirësit me gjendje shëndetësore bashkë shoqëruese (abuzimi me substanca dhe depresioni).^{1,5}

4.3.1. Trajtimi me NRT

4.3.1.1Indikacionet

- Terapija 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 lënia e 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

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

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

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

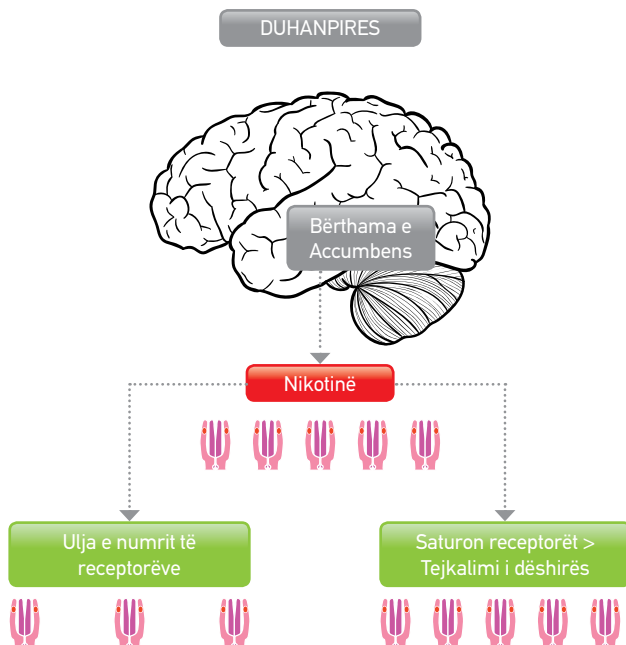
marrë nga NRT është e njëjta nikotinë, por kinetika e transportimit në tru është rrënjësisht e ndryshme, me efekte të ndryshme dramatike.

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 rënie vazhdon për disa javë dhe pakëson varësinë nga duhani.

Shiko Figurën 4.3.

Figura 4.3: Dy objektivat e terapisë së zëvendësuesve të nikotinës: ul sindromin e tërheqjes (akute) dhe pakëson varësinë duke zvogëluar numrin e receptorëve të nikotinës (kronike).

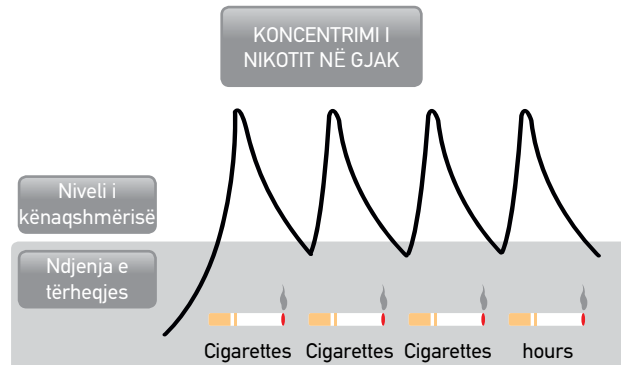


Kur pi një cigare, nikotina arrin trurin e duhanpirësit brenda 7 sekondave dhe saturon receptorët e nikotinës. ("efekti goditës"), (Figura 4.4).

Qelizat e përfshira në zonën e trurit reagojnë duke desensibilizuar receptorët dhe duke shumëfishuar numrin e tyre dhe në këtë mënyrë shfaqet nevoja për një cigare tjetër. Duhanpirësit kanë më shumë receptorë të nikotinës se joduhaniqës, kjo shpjegon tolerancën e lartë ndaj nikotinës tek duhanpirësit, si dhe varësinë e fortë ndaj nikotinës. Këta receptorë janë aq të shumtë sa mund të evidentohen nga tomografia me pozitron: qendra e varësisë nga nikotina është një zonë e ndriçuar në nukleusin accumbens dhe në zonën e përparme tegmentale, ku lokalizon më së shumti receptorët cerebralë të nikotinës.

Terapia e zëvendësimit të nikotinës çon nikotinë në tru më

Figura 4.4: Evolucioni i nivelit të nikotinës në qarkullimin arterial, me përdorimin e përsëritur të nikotinës.



ngadalë se cigaret. NRT stimulon receptorët e nikotinës, duke pakësuar ose eliminuar nevojën për nikotinë, duke prodhuar në mënyrë progresive më pak receptorë, e cila pas tre muajve 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 sërish: ndaj varësia nga pirja e duhanit është një sëmundje kronike.

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 bëra këto 40 vitet e fundit.

Dy studime të mëdha meta-analize kanë përmbledhur të dhënat për efikasitetin e NRT në lënien 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

[CI]: 1.53 deri 1.68].⁶

Risku relative (RR) për çdo lloj është:⁶

- 1.49 (95% CI 1.40 to 1.60, 55 trials) për çamçakëzat me nikotinë;
- 1.64 (95% CI 1.52 to 1.78, 43 trials) për ngjitëset 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 ngjitëseve në lëkurë (leukoplasteve) dhe formave orale mund të jetë e lidhur me dozën, sepse është më e lehtë të kontrollohen dozat me formën orale, të cilat jepen me doza fikse në studimet klinike.

Ka pasur prova që kombinimi i një ngjitësi transkutan me nikotinë me një formë të NRT me përthithje të shpejtë është më efektiv se sa një lloj i vetëm i NRT (RR 1,34, 95% CI 1,18 deri 1,51, 9 studime).⁶

Në rastin e varësisë shumë të fortë nga duhani, ka pasur një përfitim të konsiderueshëm përdorimi prej 4 mg çamçakëz i krahasuar me 2 mg çamçakëz, por të dhënat për përfitime nga doza më të mëdha janë të pakta në studimet që aktualisht janë në dispozicion.

Autorët e Cochrane Collaboration kanë arritur në përfundimin se të gjitha format e NRT-së që janë në dispozicion në treg (çamçakëz, ngjitës transdermal, spray nazal, me inhalim dhe tableta sublinguale) mund të ndihmojnë duhanpirësit në përpjekjet e tyre për të lënë duhanin dhe për të rritur shanset e tyre për ndërprerjen e duhanpirjes. NRT ka rritur normat e abstinencës ndaj pirjes së duhanit nga 50% -70%, pavarësisht nga lloji dhe doza.⁶

Efektiviteti i terapisë së zëvendësimit të nikotinës nuk është plotësisht i pavarur nga intensiteti i ndihmës shtesë që i duhet duhanpirësit. Sa më shumë mbështetje ka, aq më i madh është përfitimi, por edhe në mungesë të mbështetjes shtesë terapia me zëvendësues të nikotinës është efektive.

NRT e kombinuar me farmakoterapinë

Cochrane Collaboration ka treguar se kombinimi i ngjitësve transkutane me nikotinë me format orale është më efikasë se sa përdorimi i një lloji të vetëm të zëvendësimit të nikotinës.

- NRT mund të përdoret në kombinim me forma orale dhe transdermale;
- NRT mund të përdoret në kombinim me bupropion ose nortriptyline;
- Udhëzimet aktuale të praktikës klinike nuk rekomandojnë përdorimin e NRT të kombinuar me vareniklin për ndërprerjen e pirjes së duhanit. Kjo sepse mendohet se NRT e ngjashme me nikotinën e duhanit bllokohet nga vareniclina.
- Në pacientët që vazhdojnë të pijnë duhan pas 2-6 javësh të monoterapisë me vareniclinë, nuk ka asnjë kundërrindim për të zëvendësuar këto cigare me NRT. Studimet e fundit të testeve klinike sugjerojnë se mund të ketë përfitim kombinimi i NRT dhe Vareniklin, megjithatë rezultatet janë mikse.⁴ Janë të nevojshme kërkime shtesë për të vërtetuar efikasitetin e kësaj terapie si praktikë standarde. Përndryshe shtimi i Vareniklinës në monoterapinë me NRT do të ndjekë guideline-in standart.

4.3.1.4 NRT ngjitës transdermal (leukoplast)

Ngjitësi transdermal (patch) është zhvilluar për të shmangur vështirësitë që lidhen me përdorimin e çamçakëzit. Ajo gjithashtu ka avantazhin e sigurimit të përqëndrimit në mënyrë të njëtrajtshme të nikotinës, e cila është shumë e favorshme për ndërprerjen e pirjes së duhanit, por më pak të favorshme se format orale për të plotësuar nevojat urgjente të nikotinës.

Nikotina që gjendet në ngjitësat transkutane administrohet gradualisht nëpërmjet lëkurës dhe indit nënlëkurë, duke u përthithur nga lëkura në gjak dhe tru. Edhe pse ngjitësi i nikotinës hiqet, ajo vazhdon të përhapet nga lëkura në tru.

Kjo ngjitëse me nikotinë lejon përshtatje të mirë për shkak të lehtësisë së përdorimit. Për të zvogëluar rrezikun e reaksionit lokal të lëkurës, pacienti duhet të ndryshojë çdo ditë vendin në të cilin e vendos ngjitësen në krahë, shpatulla dhe pjesët e krahavorit.

Janë të disponueshme ngjitëse transkutane në lëkurë (leukoplaste), të cilat mund të mbahen për 24 orë dhe arrijnë të shpërndajnë një dozë maksimale prej 21 mg nikotinë në ditë dhe sisteme të cilat mund të mbahen për 16 orë dhe arrijnë të shpërndajnë një dozë maksimale prej 25 mg nikotinë në ditë. Kështu që sistemi 21mg/24h shpërndan afërsisht 0.9mg nikotinë

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.

	0.3 MG/H	0.6 MG/H	0.9 MG/H	1,6 MG/H
16 hours	5mg	10 mg	15 mg	25 mg
24 hours	7 mg	14 mg	21 mg	

Llojet e ngjitëseve në lëkurë/transkutane (patch)

Ngjitëset transkutane janë të gjitha të bazuara në të njëjtat principe, por kanë ndryshime të vogla kinetike (Figura 4.5).⁷ Çdo formë e leukoplasteve ka avantazhe dhe disavantazhe të vogla. Ato mund të rregullohen në mënyrë të atillë që ti 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 shkeputet nga lëkura gjatë ditës është e mundur të ripërdoret sërish 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 dependentë, që zakonisht nuk kanë efekte anësore me ngjitësa multipël, ndërsa tek jo-duhanpirësit ngjitësit mund të japin 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 ngjitësat. Nëse simptomat janë të moderuara, është e mundur të ndryshohet lloji i ngjitësit, pasi ngjitësa të ndryshëm përdorin adezivë të ndryshëm.

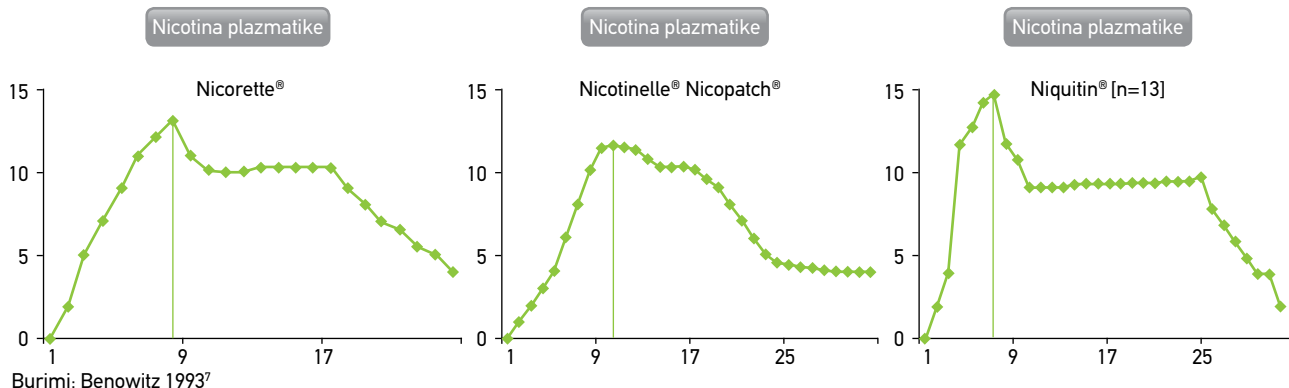
4.3.1.5 Zëvendësimi i nikotinës orale

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 përthypëse,
- Inhalatorët, të cilët duken si mbajtës të cigareve.

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



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 pështymës së absorbuar në stomak duhet të minimizohet sa më shumë që të jetë e mundur, sepse mund të shkaktojë acarim ose lehmë. Rritja e pështymës dhe gëlltitja e saj janë veçanërisht të rëndësishme tek duhanpirësit të cilët nuk kanë përdorur çamçakëz me parë dhe e përtypin atë shumë shpejt.

Biovlefshmëria e nikotinës orale

Nikotina absorbohet përmes mureve të gojës që kur fillon të përtypet, gjatë gjithë kohëzgjatjes së përtypjes dhe pas disa minutash ose 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 shpjeguar pse është e preferueshme të mbajmë një nivel të caktuar të përqendrimeve të nikotinës me doza të qëndrueshme, kështu që kur një mungesë e papritur ndodh, përdorimi i formave orale të zëvendësuesve të nikotinës do të kërkonte një rregullim shtesë të nivelit serik në minimumin e mundshëm. Përqendrimi maksimal i nivelit të nikotinës që sigurohet nga përdorimi i çamçakizit, zgjat më shumë se disa minuta përtej nivelit për të cilin përdoruesi ka nevojë, duke shkaktuar desensibilizim në këta receptorë dhe duke sjellë një rizgjim të receptorëve të rinj, të cilët mund të vazhdojnë në kohë, duke shpjeguar kështu pse disa pacientë e kanë të vështirë të heqin dorë nga çamçakizi edhe 6-2 muaj pas lënies së duhanit. Është krejtësisht jo-korrekte të pretendosh se çamçakëzi i bën ata të varur nga nikotina. Ata kishin qenë të varur nga duhani, por është e vërtetë të thuhet se marrja nga goja e nikotinës kontribuon në ruajtjen e varësisë nga nikotina në këtë rast. Një fenomen i tillë nuk ekziston, p.sh. kur përdorim ngjitëset / leukoplastet me nikotinë, të cilat japin 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 çamçakizi nuk kalon në gojë dhe 2 mg çamçakiz 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 çamçakiz pothuaj bioekuivalente me 2 mg nikotinë). Ndryshimet individuale varen shumë nga mënyra se si çamçakizi është përtypur. Ndryshimet kinetike nga një subjekt në tjetrin janë përgjithësisht më të mëdha në rastin e përdorimit të leukoplasteve në krahasim me format orale, por janë shumë më pak të rëndësishme sesa në rastin e përdorimit të drejtpërdrejtë të cigareve. Edhe pirja e duhanit nga një moment i ditës në tjetrin mund të rezultojë në doza që variojnë nga 1 deri në 5 pjesë të nikotinës në të njëjtën cigare.

Këto ndryshime kinetike nuk janë aq të rëndësishme në praktikë, sepse doza e formave orale përcaktohet nga pacienti duke marrë sasinë e nevojshme për të bërë që dëshirat të zhduken.

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

Çamçakëzat

Çamçakëzat me nikotinë gjenden në doza prej 2 mg deri në 4 mg. Çamçakëzi 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). Çamçakvzi ka shije natyrale ose është me shije menteje, kanelle, portokalli ose shije të tjera të frutave. Përtypja e çamçakëzit kërkon një teknikë të mirë për të qenë efektive dhe për të shmangur shkaktimin e efekteve anësore: dhimbje në gojë, nofulla, dhimbje stomaku ose lehmë. Çamçakëzat e marrë nga goja është mirë të përtypen një herë ose dy herë, pastaj u mbahet në faqe për 3 minuta, dhe pastaj përtyp një herë në minutë për njëzet minuta. Pasi të përfundojë, çamçakëzi duhet të hidhen larg fëmijëve, sepse ashtu si cigaret dhe ky është një produkt që përmban nikotinë.

Tabletat sublinguale

Këto tableta prej 2 mg janë tableta që duhet të vendosen nën gjuhë. Ata mund të shkaktojnë një ndjesi mpirjeje, por nuk kanë shije. Megjithatë nuk ka nevojë për të përtypur ose thithje, shmanget përdorimi i tepruar (i cili mund të shkaktojë lehmë). 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 çamçakëzat. Administrimi i tabletave është i thjeshtë, pasi ato janë të veshura me capsule. Ata thithen ngadalë pa përtypje.

Inhalatorët

Një inhalator përbëhet 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 mukozën e gojës, ku ajo absorbohet. Rimbushja përmban 10 mg nikotinë. Disa duhanpirës të rëndë e konsumojnë këtë brenda një ore, të tjerët mund të mbajnë të njëjtën inhalues gjithë ditën dhe nuk e mbarojnë rimbushjen deri në mbrëmje. Kjo formë zëvendësimi mban / lejon si gjestin e pirjes së cigareve dhe atë të marrjes së nikotinës.

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 çojnë nikotinë në tru papritmas, pothuajse aq shpejt sa cigarja, gjë që shpjegon varësinë e vazhdueshme ndaj këtij produkti pas ndërprerjes së duhanit.

4.3.1.6 Përshkrimi i instruksioneve

Zgjidhni dozën fillestare të terapisë zëvendësuese të nikotinës

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 vështirë për tu përcaktuar paraprakisht, sepse, me të njëjtën cigare, disa duhanpirës janë 10 herë më të varur nga nikotina se të tjerët. Kur hiqni dorë, doza fillestare e produkteve të zëvendësimit të nikotinës mund të përcaktohet lehtësisht nga sasia e tymosur në ditë, dhe koha për cigaret 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 nikotinë, të shoqëruara me nikotinë orale.

Sasia e nikotinës që sigurohet nga ngjitësi me nikotine është, për shumë duhanpirës, e ngjashme me atë të dhënë nga një paketë cigaresh, por për disa duhanpirës të rrallë, mund të jetë shumë nikotinë, ndërsa për të tjerët mund të mos jetë e mjaftueshme. Kur nevojitet një dozë e lartë e nikotinës, metoda më e rekomanduar është një kombinim i ngjitëseve dhe formave orale ose përdorimi i më shumë se një ngjitësi.

Është e mundur që të shoqërohet nikotina ngjitës edhe me forma orale të marra nga goja në një mënyrë intensive për të lehtësuar dëshirat për të marrë cigare, siç bëhet për të lehtësuar dhimbjet e forta të pacientëve me kancer, të cilët kanë marrë me afat të gjatë morfinën, duke u dhënë 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 nikotinën me ngjitës dhe në formë orale. Përdorim i formave të përzjera të nikotinës është më pak i rrezikshëm sesa përzjerja e cigareve dhe purove. Natyrisht, përqëndrimet e nikotinës, nivelet e cotininës urinare ose nivelet e shteruara të CO ndonjëherë mund të kontribuojnë në një rregullim më të mirë të dozës, por kjo tabelë sugjeron një dozë, e cila është shpesh pranë dozës përfundimtare.

Rregullimi i dozës pas 24-72 orëve

Zëvendësuesit oralë të nikotinës janë të disponueshëm në doza të ndryshme, gjë që lejon adaptimin e dozave të saj, por duhanpirësit zakonisht hezitojnë dhe frikësohen nga ilaçet e nikotinës, edhe pse për vite ata marrin doza më të larta të nikotinës me anë të duhanit të tymosur. Duhanpirësit, megjithatë, përfjethen shpesh për disa dekada eksperiencën e titrimit të përqendrimeve të nikotinës duke modifikuar numrin e cigareve të pira dhe intensitetin e konsumit, për të përshtatur përqëndrimet e nikotinës në funksion të receptorëve 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 përziera, të vjella dhe takikardi. Këto shenja janë të përkohshme dhe ndalojnë shpejt me ndërprerjen e trajtimit

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

KOHË 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		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
<30 minuta		Ngjitës dozë e lartë (0.9 mg / h)	Ngjitës dozë e lartë (0.9 mg / h) +/- NRT me gojë	Ngjitës Dozë e Lartë (0.9 mg / h) +/- NRT me gojë
<60 min pas zgjimit	Asnjë mjekim ose NRT orale	NRT orale	Ngjitës dozë e lartë (0.9 mg / h)	Ngjitës doza e lartë (0.9 mg / h) +/- NRT me gojë
> 60 minuta pas zgjimit	Asnjë mjekim ose NRT orale	Asnjë mjekim ose NRT orale	NRT orale	
Jo-përditë	Asnjë mjekim ose NRT orale	Asnjë mjekim ose NRT orale		

për disa orë dhe rifillimin e tij me një dozë të reduktuar.

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 rregullim e dozave:

- Duke dhënë informacion, në mënyrë që ata të mund të përshtatin 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 zëvendësimin 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 atakun kardiak dhe shtatzëninë. Këto masa paraprake duhet të jenë në përputhje me rrezikun veçanërisht të lartë të pirjes së duhanit në këto kushte (50% e përdoruesve të duhanit vriten nga një sëmundje e lidhur me duhan).

4.3.1.8 Efektet anësore, masat paraprake, paralajmërimet, reagimet nga barnat

Rreziqet e medikamenteve të nikotinës janë të ngjashme me

ato të nikotinës në duhan. Nuk ka rrezik të shtuar për shkak të zëvendësimit të pjesshëm ose të plotë të nikotinës të siguruar nga duhani në krahasim me atë të parashikuar nga zëvendësuesit. Futja e barnave nikotinë heq qindra toksina që gjenden në tymin e duhanit dhe përbën një përfitim 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 rekomandohet të rivlerësohet trajtimi me teofilin, warfarin etj.

Rreziku i varësisë nga zëvendësuesit e nikotinës

Ekziston një rrezik shumë i vogël për t'u bërë i varur nga NRT. Me forma të marra nëpërmjet gojës NRT mund të ketë një rrezik të vogël të shkuarjes të nikotinës në tru, gjë që mund të çojë në varësi në disa duhanpirës pas ndërprerjes së pirjes së duhanit. Rreziku i varësisë është më i lartë me cigare, shumë më i ulët me terapi orale, më i ulët me cigare elektronike, madje më i ulët me terapinë zëvendësuese të nikotinës orale dhe pothuajse mungon me ngjithësisht e nikotinës (Figura 4.7)

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

Nëse kontrollohet koha 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 mungesë permanente. Në disa raste, nëse nikotina-ngjitës zëvendësohet me zëvendësuesit oralë të nikotinës ata mund ta eliminojnë pikun e nikotinës në gjak dhe të lejojnë kompletimin e tërheqjes 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 vetë zëvendësimit të nikotinës, por ky rrezik është

i jashtëzakonshëm dhe është më shumë teorik se sa praktik. Megjithatë alergjitë ekzistojnë tek nikona me ngjitës-leukoplast, veçanërisht nga lloji i adezivëve që kanë. Përgjigja e duhur ndaj ankesave të tilla varet nga shkalla e reagimeve.

Efektet e tjera anësore (shih Tabelën 4.10) janë përgjithësisht të moderuara dhe nuk janë të krahasueshme me pasojat e pirjes së duhanit. Kjo është arsyeja pse ilaçe të tilla zakonisht janë në dispozicion pa recetë.

Është 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

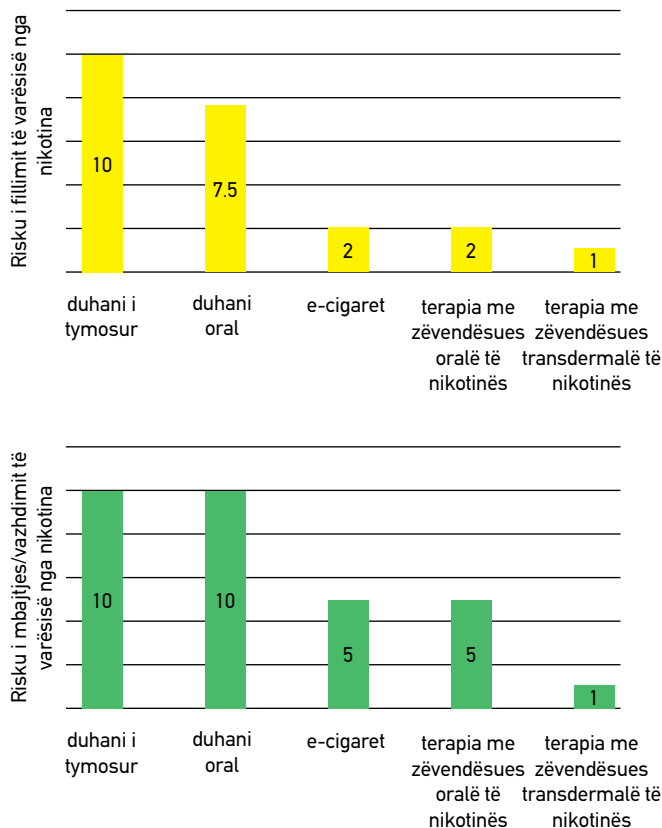


Tabela 4.10: Efektet anësore të nikotinës

Efektet anësore të zakonshme (më shumë se një person në 100):
Dhimbje koke
Marramendje
Lemzë
Dhimbje të fytit
Irritimi ose tharje e gojës,
Nauze, të vjella, çrregullime të tretjes
Efekte anësore jo të shpeshta (më shumë se një person në 1000):
Palpitacione
Efektet anësore të rralla (më shumë se një person në 10,000):
Aritmia kardiae

Efektet anësore të trajtimit, krahasuar me simptomat e ndërprerjes së duhanit

Pacientët shpesh interpretojnë si efekte anësore efektet e trajtimit që aktualisht lidhen me ndërprerjen e pirjes së duhanit. Efektet më të shpeshta të tërheqjes, që i atribuohen trajtimit, janë sindromat depresive dhe çrregullimet e gjumit.

- Shumë individë që kanë lënë duhanin përjetojnë shenja të depresionit, të cilat mund të shkojnë nga të lehta në të rënda. Prania e depresionit nuk lidhet me përdorimin e medikamenteve për ndërprerjen e duhanit, por më tepër me arsyen se lënia 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 iniciojnë trajtim së bashku me mbështetjen e ndërprerjes së duhanit, sipas udhëzimeve të praktikave më të mira për trajtimin e depresionit.
- Ndërprerja e gjumit dhe ndryshimet në cilësinë e gjumit hasen nga shumica e duhanpirësve që kanë lënë duhanin, pavarësisht nga përdorimi i medikamenteve anti-duhan. Këto

ndryshime kanë shkallë të ndryshme rëndese. Ato kërkojnë minimumi një vlerësim të gravitetit të shqetësimeve të gjumit. Shfaqja e mangtheve në gjumë duhet të jetë një sinjal i menjëhershëm i depresionit të mundshëm. Çrregullime të tjera mund të ndodhin gjatë një periudhe më të gjatë (dhe këto shpesh zhduken spontanisht). Individët që përdorin ngjitësin me nikotinë dhe përjetojnë mangthe në gjumë duhet të këshillohen për ta hequr ngjitëset natën.

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 përafuar marrjen ditore të nikotinës së individit kur pi duhan, mund ta rrisë suksesin e ndërprerjes së duhanpirjes (niveli i provës A).
- Përdorimi i zgjatur i NRT përtej 14 javëve ka treguar të ketë rritur suksesin e lënies së duhanit (niveli i provave A).

4.3.2 Trajtimi me bupropion SR

Bupropion SR, është terapia e parë jo-nikotike që u tregua e efektshme në trajtimin e varësisë nga nikotina. Bupropion SR, është njohur në mbarë botën që nga viti 1997 dhe në Evropë që nga viti 2000. Ajo vihet në dispozicion vetëm me recetë mjekësore. Ky mjekim është përdorur për një kohë të gjatë në SHBA për pacientët me skizofreni dhe sëmundje të tjera. Sepse shumë pacientë që marrin këtë medikament e lënë duhanin pa e patur në plan. Linda Ferry, e cila ishte një mjeke që trajtonte këta pacientë, filloi të shqyrtojë efikasitetin e kësaj droge në ndërprerjen e pirjes së duhanit. Duke qenë se Bupropioni është përdorur si anti-depresant në SHBA që nga viti 1989;⁹ efektet e tij anësore janë të mirëdokumentuara, me të dhëna të plota mbi sigurinë e produktit.¹⁰ Ashtu si me çdo qetësues tjetër anti-depresant, efektet anësore të zakonshme janë goja e thatë, pagjumësia dhe dhimbja e kokës. Përdoruesit potencialë të këtij ilaçi duhet të informohen për efektet e tij anësore.

Mekanizmi i veprimit

Bupropioni bllokon lirimin neuronal të dopaminës dhe

noradrenalinës dhe, ndoshta, vepron mbi frenimin e funksionit të receptorëve antikolinergjikë të nikotinës, provuar in vitro.¹¹ 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. Duket 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 tek pacientët jo-depresivë.¹²

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. Bupropion dyfishon raportin e abstinencës në krahasim me placebo dhe ka efekte të ngjashme në të dyja gjinitë.¹²

Një analizë gjenetike e botuar kohët e fundit e përgjigjes ndaj bupropionit sugjeron që sukcesi i ndërprerjes së pirjes së duhanit duke përdorur këtë medikament përcaktohet pjesërisht nga ndryshimi në CYP2B6, gjenin që kodon enziminë primare përgjegjëse për metabolizmin e bupropionit, më tepër se nga variacioni gjenetik i receptorëve kolinergjikë të nikotinës.¹³

Dëshmi klinike për efikasitetin e bupropionit

Një meta-analizë e 44 studimeve të randomizuara mbështeti efikasitetin e bupropionit në trajtimin e varësisë nga nikotina dhe arriti në përfundimin se bupropioni rrit ndjeshëm raportin afatgjatë të abstinencës në krahasim me placebo (OR prej 1.62, 95%, CI 1.49-1.76).¹²

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.¹⁴ Abstinencia afatgjatë e pacientëve të trajtuar me bupropion u gjet e dyfishuar në krahasim me placebo, kur ai u shoqërua me terapi të sjelljes¹⁵. Ekzistojnë të dhënat në lidhje me efikasitetin e bupropionit në ndërprerjen e duhanit në nën-grupin e duhanpirësve me gjenotip DRD2 Taq1 A2 / A2 i D2 gjene të receptorit dopaminë: në fund të

trajtimit, shkalla e abstinencës ishte tre herë më e lartë tek ata të cilët morrën bupropion krahasuar me placebo.¹⁶ Bupropion SR është parë gjithashtu të zbusë tundimin dhe reduktojë marrjen e peshës pas ndërprerjes së duhanit tek përdoruesit oralë të duhanit, që përiqeshin ta linin atë.¹⁷

Indikacionet

Bupropioni është farmakoterapia e parë që ka provuar efikasitet në trajtimin varësisë nga duhani. Bupropioni rekomandohet vetëm në bazë të recetës mjekësore për të gjithë pacientët të motivuar për të ndaluar pirjen e duhanit, të cilët nuk kanë kundërlindicione. Në të njëjtën kohë, kjo është një alternativë efikase për pacientët të cilët nuk kanë toleruar ose kanë provuar NRT pa sukses, ose për pacientët që shprehin një preferencë për terapitë jo-nikotike. 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 shqetësohen mos shtojnë në peshë pas ndërprerjes së pirjes së duhanit. Kështu, Hays et al raportoi nga një sondazh një kontroll më të mirë të peshës, të shoqëruar me një raport më të lartë të abstinencës krahasuar me placebo, një vit pas përfundimit të terapisë së trajtimit me bupropion.¹⁸
- 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 alkoolistë gjatë lënies së alkoolit.
- Tek pacientët me sëmundje kronike 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 vlerësuar efikasitetin e bupropionit si një terapi në ndërprerjen e duhanit tek pacientët me sëmundje kronike të mushkërive, nuk ka treguar të tilla 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.²⁰ 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, niveli 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. Sipas disa autorëve, nëse pacienti nuk ka sukses në ndalimin e pirjes së duhanit në datën e caktuar fillimisht, duhet të rekomandohet të vonohet ndalimi i duhanit deri në javën e tretë ose të katërt të trajtimit, derisa të arrihet abstinencia.²⁰

Udhëzimet e përshkrimit

Ndalimi i pirjes së duhanit përpara datës së caktuar për lënie: është e njohur se disa pacientë mund të humbin dëshirën e tyre për të pirë duhan para datës së caktuar për ta lënë atë, ose mund të zvogëlojë spontanisht sasinë e duhanit të përdorur.

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 alkoolin, ose më së shumti vetëm një sasi minimale. Nëse ndryshimet e humorit manifestohen, konsultohuni me mjekun.

Kundërrindikacionet

Kundërrindikacionet ekzistojnë në rastet e mëposhtme:

- Mosha nën 18 vjeç;
- Shtatzënia, ushqyerja me gji: bupropioni nuk ka treguar të jetë efektiv për trajtimin e varësisë nga duhanpirësit në duhanpirëset shtatzëna;
- Bupropioni nuk është vlerësuar në pacientët me gji;
- Mbindjeshmëria ndaj bupropionit ose përbërësve të tij

joaktive;

- Çrregullime konvulsive të mëparshme ose aktuale, tumoret e kafkës dhe trurit, historia mjekësore e konvulsioneve ose kushteve që favorizojnë konvulsionet;
- Çrregullime e ngrënies;
- Çrregullimet bipolare;
- 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.

Efektet anësore, masat paraprake, paralajmërimet, ndërveprimet e drogës

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 shpesh në pacientët që marrin bupropion janë:

- pagjumësia,
- dhimbja e kokës,
- goja e thatë

Për të luftuar gojën e thatë dhe dhimbjen e kokës, rekomandohet gradualisht të pini dy deri në tre litra lëngje në ditë. Për të shmangur pagjumësinë, ne rekomandojmë marrjen e tabletës së parë të bupropionit në mëngjes sa më shpejt që të jetë e mundur, në mënyrë që tableta e dytë të merret më herët pasdite, mundësisht të paktën katër orë para gjumit. Pagjumësia mund të reduktohet edhe duke rregulluar dozën e bupropionit në 150 mg / ditë.

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 vunë në dukje 1682 reagime negative të hasura në 698,000 pacientë të trajtuar me bupropion në tre vitet e 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 analizës së kujdesshme 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 krahorit, sindroma e ankthit-depresionit, zvogëlimi 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 faktorë rreziku pre-ekzistues: si çrregullimet e qarkullimit të trurit, traumat kranio-cerebrale, epilepsi, çrregullimet e të ngrënit, medikamentet e njëkohshme që ulin prapen e konvulsioneve etj.

Raste rralla të angioedemës²² hypnatraemisë, 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. Shoferët dhe pacientët që merren me pajisjet që kërkojnë vigjilencë këshillohen që të kontrollojnë efektet e bupropionit para se të kryejnë këto aktivitete, duke pasur parasysh se ata mund të përjetojnë marramendje, ulje të përqendrimit 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 ilaçe të tjera për ndërprerjen e pirjes së duhanit, duhet të monitorohen për simptomat në kategoritë e mëposhtme: çrregullime të sjelljes, axhitim, gjendje të keqe, mendime/përpjekje vetëvrasëse

dhe ideim të sjelljeve jokorrekte. Kur shfaqen manifestime të tilla, pacientët duhet të ndërpresin menjëherë përdorimin e bupropionit dhe të kontaktojnë me mjekun e tyre.²⁴ EMEA dhe FDA rekomandojnë që pacientët duhet t'i tregojnë ofruesit të kujdesit shëndetësor nëse kanë histori për sëmundje psikiatrike përpara fillimit të këtij ilaçi, 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 prapen konvulsiv: ilaçe antipsikotike, antidepressive, tramadol, metilxantinë, steroide sistematike, antihistaminë, antibiotikë si kinolone, substanca psiko-stimuluese ose anorexi;
- Historinë për alkoolizëm;
- Precedentët 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 pengojnë enzimën 2D6 ose strukturat P450. Në të njëjtën kohë, rekomandohet matja e presionit të gjakut, si dhe përqendrimet e gjakut të teofilinës, tacrine, klopazpine, ndoshta imipramine, fluvoxamine dhe pentazocine, pasi ato mund të rriten kur përdoren njëkohësisht me bupropion. Administrimi shoqëruar i bupropionit gjithashtu përcakton rritjen e titrit të gjakut të disa anti-depresioneve (imipramine, paroksetine dhe desipramine), disa ilaçe anti-psikotike (risperidon, tioridazinë), metoprolol, ilaçe 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 artikulacioneve, ethe;
- 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 kosto-efektivitetin e terapive jo-nikotike 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 kosto-efektivitetit, vareniklina e dominonte bupropionin në shumicën e modeleve të kosto-efektivitetit. Megjithatë, zbatueshmëria e modeleve në praktikën klinike dhe variablat që ndryshojnë përfundimin e kosto-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 vareniclina, e cila është miratuar për përdorim në Evropë dhe në mbarë botën që nga viti 2006. Vareniclina jepet me me recetë mjekësore.

4.3.3.1 Mekanizmi i veprimit.

Mekanizmi me të cilin vareniklina ndihmon duhanpirësit në arritjen e një rezultati duhet të kuptohet në kontekstin e rolit që luan nikotina në nxitjen 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 niveli i nikotinës është i mjaftueshëm në gjak.²⁸

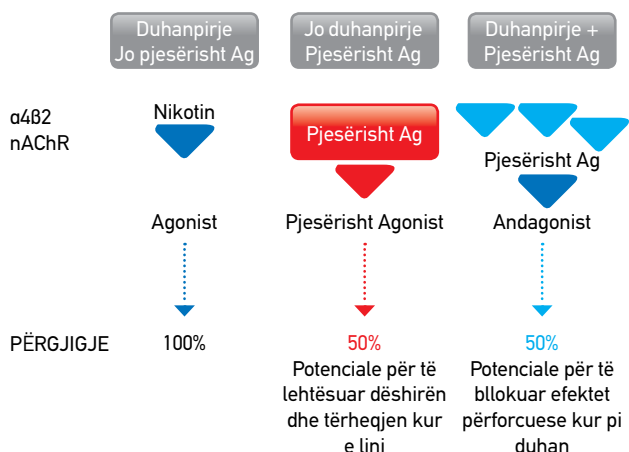
Si predominant i nëntipeve të nAChR në sistemin nervor qëndror janë alpha4beta2 (α4β2) dhe varietet alpha7. Nga këto, e para është më predominuese në sistemin nervor qëndror, dhe zë rreth 90% neuronit nAChR në sistemit nervor qëndror. Kjo prevalencë e lartë dhe afritetit i lartë i nikotinës me receptorët α4β2 acetilkolinë nikotin ku besohet se është ndjeshmëria

më e lartë e 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;²⁸ gjithashtu, ajo ka një mënyrë veprimi të një receptori të varur, duke vepruar si një agonist me efikasitet të ulët të pjesshëm të α4β2, α3β2, α3β4, dhe α6 /α3β2β3 receptori dhe me një efikasitet të lartë tek alpha7 nAChR. Si një agjent farmakologjik për varësinë ndaj duhanit, Vareniclina shërben si agonist i pjesshëm i α4β2 duke nxitur abstinecen ndaj duhanit përmes stimulimit të neuroneve dopaminergjike dhe pakësimin e vazhdueshëm të dëshirës 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).

Është vënë re që vareniclina 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



dukshëm më e ulët tek pjesëmarrësit që morën vareniclinë (në krahasim me trajtimin placebo, $P=0.001$). Në përputhje me mekanizmin parcial antagonist të vareniclinës gjithashtu është vërejtur një ulje sinjifikante e kënaqësisë dhe gjendjes psikologjike të personave që janë në trajtim me vareniclinë 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).⁴ Meta-analiza raportoi gjithashtu për tre studime që krahasonin vareniclinën me buropion. Vareniclina 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 fazës së tretë të eksperimentit klinik të Gonzales et al. dhe Jorenby et al. për vlerësimin e efikasitetit relativ të vareniclinës, bupropionit dhe placebo 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 dyja krahasimet $P=0.001$).³¹ Analiza të ngjashme ndërmori edhe West et al, për të vlerësuar efektin e vareniclinës, bupropionit dhe placebo në dëshirën dhe shenjat e lënies së duhanit, ku u zbulua se dëshira ishte në mënyrë 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 vareniclina ose bupropioni e zbeh në mënyrë të dukshme dëshirën për duhan në krahasim me placebo, gjithashtu në pacientët e trajtuar me varenicline, efektet

e kënaqshme nga duhani ishin ulur në mënyrë sinjifikative në krahasim me pacientët që trajtoheshin nga bupropion.³³ Këto të dhëna klinike tregojnë që vareniclina është superiore ndaj placebo dhe sugjerojnë se vareniclina është më efektive se mono terapia me NRT dhe bupropion në arritjen e abstinencës nga duhani për periudha të shkurtra kohore. Vareniclina jo vetëm zbeh dëshirën dhe simptomat e tërheqjes, por gjithashtu pakëson efektin e kënaqësisë nga nikotina dhe vonon rifillimin e duhanipirjes.³⁴

Efikasiteti i trajtimit të zgjatur

Trajtimi për një kohë të gjatë me vareniclinë ka rezultuar më efektiv sesa trajtimi me periudha të shkurtra në kontrollin për 6–12 muaj abstinencë. Në një studim që vlerësonte terapinë afatgjatë, pjesëmarrësit që arrinin abstinencë nga duhani në javën e 12, përzgjidheshin në mënyrë rastësore në trajtim me vareniclinë 1 mg dy herë në ditë ose placebo për një periudhë shtesë prej 12 javësh. Në fund të fazës së dytë të trajtimit (java e 24 e trajtimit), 71% e pjesëmarrësve që merrnin trajtim aktiv vazhdonin abstinencën ndaj duhanit në krahasim me 50% e pjesëmarrësve 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 dukshëm më të larta në krahasim me subjektet që trajtoheshin me placebo. (44% në krahasim me 37% abstinencë e vazhduar në javët 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 javore me vareniclinë është më efektiv tek duhanpirësit që kanë hasur vështirësi fillestare në ndërprerjen e duhanit.³⁶ Ekzistojnë gjithashtu të dhëna shkencore që provojnë se vareniclina është e mirë toleruar nga organizmi për kohë të gjatë trajtimi – 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 demonstruar. Në një studim me 377 duhanpirës adult, pjesëmarrësit u ndanë në mënyrë rastësore në trajtim me vareniclinë (1 mg dy herë në ditë) ose placebo për 52 javë. Medikamenti u tolerua mirë. Prevalenca 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 shkalle, duhanpirësit që

dështojnë të lënë duhanin në datën e caktuar për ndërprerje (target quit date, TQD) ose që e rifillojnë përrreth TQD, do të arrijnë sukses me terapinë e zgjatur. Kjo u realizua nga një analizë e dytë e krahasimit të dhënave të dy eksperimenteve identike me vareniclinë me bupropion dhe placebo. Dy rrugë të sukseshme të ndërprerjes së duhanit u identifikuan tek duhanpiresit 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. Në krahasim me IQ, DQ ishin të 'ngadaltë' në arritjen në fund të trajtimit të abstinencës së vazhduar. Këto të dhëna favorizojnë rekomandimet 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 trajtimi 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 placebo dhe një shkallë deri në 18.6% në krahasim me 5.6% e placebo 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 rënda 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 rezultatat e një eksperimenti të tyre që ekzaminonte efikasitetin e vareniclinës në krahasim me placebo në 714 duhanpirës me sëmundje të instaluara dhe të qëndrueshme kardio-vaskulare.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, vareniclina 1.0 mg u përdor dy herë në ditë për 12 javë me dozë të titruar në javën e parë. Efektet anësore dhe shkalla e abstinencës ishin të krahasueshme me studime të randomizuara të publikuara për duhanpiresit e shëndetshëm, HIV negativë. Vareniclina ishte e sigurtë dhe duket efektive në duhanpirësit me HIV në studimet depistuese, megjithëse efektet anësore (kryesisht nauze) ishin të shpeshta. Monitorimi i kujdesshëm i enzimave hepatike dhe presionit të gjakut janë të rekomanduara për duhanpirësit HIV pozitiv që marrin vareniclinë.⁴¹

Efikasiteti në pacientët me çrregullime psikiatrike

Të dhëna të marra nga studimi mbi lënien e duhanit COMPASS krahasonin duhanpirësit me probleme të mëparshme psikiatrike⁴² Të gjithë pacientëve u ofrohej këshillim sjelljeje dhe vareniclinë në një periudhë 6 mujore ndjekjeje pas ndërprerjes së duhanit. Historia psikiatrike bazohej në të dhëna mjekësore për ankth, depresion, çrregullim bipolar ose psikotik. Në të dyja grupet u raportuan shkallë abstinence të ngjashme. Pacientët me histori psikiatrike ishin më të prirur të raportonin ankth dhe depresion. Efektet anësore u vlerësuan me intensitet të moderuar ose të ulët. Në përfundim, prania e një diagnoze psikiatrike në këtë studim nuk parashikoi një rezultat më të keq trajtimi ose efekte më të rënda anësore nga trajtimi.⁴²

Një studim i madh i randomizuar në shumë qendra, realizuar nga Anthenelli et al. bëri një krahasim midis trajtimit 12 javor me vareniclinë kundrejt placebo në një grup duhanpirësish të trajtuar për depresion të kaluar ose aktual (n=525).⁴³ Studimi vlerësoi abstinencën nga duhani, si dhe ndryshimet në humor dhe nivelin e ankthit. Studimi gjeti që vareniclina rriste ndërprerjen e duhanit në pacientët që trajtoheshin për depresion të kaluar apo aktual, pa rritur depresionin apo ankthin 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 përjashtoi pacientët me depresion të patrajtuar, probleme psikiatrike dhe ata që po trajtoheshin me stabilizues humorit dhe antipsikotikë.

Një meta-analizë e 7 studimeve (n=352) që krahasonte efikasitetin e vareniclinës kundrejt placebo në pacientët me skizofreni e gjeti vareniclinën superiore ndaj placebo.⁴⁴ Vareniclina 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 kërkohen për të zbuluar 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.⁴⁵ Megjithatë autorët theksuan se rezultatet mund të mos përgjithsohen dot tek duhanpirësit me çrregullime psikiatrike të paqëndrueshme apo të patrajtuara.

Një rifreskim në 2016 i meta analizës së udhëhequr nga Cochrane Collaboration, që përfshinte 14 studime mbi vareniclinën, nuk gjeti ndryshim mes vareniclinës dhe placebo në dukuritë neuropsikiatrike tek individët e shëndetshëm, megjithatë të dhënat nuk ishin përfundimtare tek njerëz me çrregullime psikiatrike të mëparshme apo aktuale.³²

Efikasiteti tek duhanpirësit jo me tymosje

Efikasiteti dhe siguria e vareniclinës tek individët që e marrin duhanin jo duke tymosur, për të ndërprerë duhanpirjen, u vlerësua tek 431 pjesëmarrës (213 vareniclinë: 218 placebo) që u ndanë në mënyrë rastësore dhe morrën të paktën një dozë medikamenti në studim.⁴⁶ Shkalla e abstinencës së vazhduar në javët 9-12 ishte më e lartë në grupin e vareniclinës sesa në grupin e placebo (59% v. 39%). Avantazhi i vareniclinës mbi placebo persistoi edhe në 14 javët e ndjekjes (shkalla e abstinencës së vazhduar në javët 9-26 ishte 45% v. 34%). Autorët arritën në përfundimin se vareniclina mund të ndihmojë pacientët të ndalojnë pirjen dhe ka një profil sigurie të pranueshëm. Shkalla e përgjigjes në grupin placebo ishte e lartë, gjë që sugjeron një popullatë më pak rezistente ndaj trajtimit në krahasim me duhanpirësit. Në një studim, i cili mbledhi të dhënat e përdorimit të vareniclinës, si një strategji për reduktimin e duhanit në një studim të hapur, që përfshiu 20 duhanpirës jo-tymues, Ebbert et al. raportuan se vareniclina mund të jetë efektive në reduktimin e duhanit tek ta, si dhe të rrisë abstinencën tek personat që nuk kanë ndërmend ta ndërpresin, por vetëm ta pakësojnë konsumin e duhanit.⁴⁷

4.3.3.3 Vareniclina në farmakoterapinë e kombinuar

Duhanpirësit e rëndë mund të përfitojnë nga kombinimi

i vareniclinës me terapinë zëvendësuese të nikotinës, sepse vareniclina mund të mos saturojë plotësisht receptorët e nikotinës gjatë rritjes së dozës.²⁴ Saturimi jo i plotë i receptorëve të nikotinës mund të çojë në zbutjen e pjesshme të tundimit. Nëse shtimi në terapi i zëvendësuesve të nikotinës realizon saturimin e plotë, atëherë dëshira për duhan mund të zbehet plotësisht.

Ky efekt i mundshëm u vlerësua për herë të parë në një program 8 ditor në Mayo Clinic (Rochester, New York, USA). Grupi i parë i studimit (n=135) e përfundoi programin e trajtimit përpara daljes së vareniclinës dhe u trajtuan me 'terapinë e zakonshme' që konsistonte në nicotinë-leukoplast dhe bupropion. Forma me kohë veprimi të shkurtër të NRT u përdorën sa kishin dëshirë pacientët për trajtimin e fenomeneve akute të ndërprerjes së duhanit.⁴⁷ Grupi i dytë (n=104) e përfundoi programin pasi FDA e aprovoi përdorimin e vareniclinës dhe morën terapi të kombinuar me vareniclinë dhe NRT. Terapia me patch nikotinë ishte forma kryesore e NRT dhe ishte shpeshherë e shoqëruar nga NRT me kohëveprimi të shkurtër. Gati ¾ e pacientëve përdorën më shumë se një lloj NRT. Nuk u vunë re ndryshime të dukshme në prevalencën e shkallës së abstinencës të ditës së 30 në të dy grupet gjatë 6 muajve. Më me rëndësi ishte fakti se nuk u gjetën rritje të efekteve anësore tek pacientët me terapi të kombinuar. Kufizimet e këtij studimi ishin numri i vogël i mostrës dhe një ndjekje jo e kontrolluar.⁴⁸

Së fundmi tre studime të randomizuara kanë vlerësuar efikasitetin e vareniclinës.^{49,50,51} Hajek et al. nuk gjeti rritje në abstinencën nga duhani në pacientët e randomizuar që merrnin vareniclinë dhe NRT kundrejt atyre që merrnin vetëm vareniclinë, megjithatë ky studim është i limituar për shkak të mostrës së vogël (n=117).⁴⁹ Në një RTC nga Ramon et al. 341 duhanpirës që pinin 20 ose më shumë cigare në ditë u ndanë në mënyrë rastësore në një grup që merrte vareniclinë dhe patch NRT dhe në grupin tjetër që merrte vareniclinë dhe leukoplast placebo për 12 javë: të dy grupeve iu ofrua mbështetje (behavioral support).⁵⁰ Në përgjithësi u verifikua një rritje e vogël, por jo sinjifikante në abstinencë tek grupi i vareniclinës me NRT. Subanaliza dokumentoi një shkallë të dukshme abstinence me sinjifikancë më të madhe tek individët që pinin 29 ose më shumë cigare në përdorim të terapisë për 24 javë (OR 1.46; 95% CI 1.2 to 2.8). 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; $P = .004$).⁵¹ 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 mirë vlera e kombinimit të trajtimit me vareniclinë dhe NRT dhe mundësitë e përdorimit në nëngrupe specifike pacientësh. Trajtimi i kombinuar mund të merret në konsideratë për tu përdorur tek pacientët që kanë vështirësi në arritjen e ndërprerjes së plotë me terapi të vetme, duke njohur provat e që kemi tani nga studimet e kryera.

Rekomandime

- Nuk ka kundërrindikacione në përdorimin e Vareniclinës në kombinim me NRT (niveli i evidencës B)
- Përdorimi i NRT-së me Vareniclinës, mund të jetë i dobishëm për grupin e atyre duhanpirësëve që pinë rëndshëm duhan edhe pse, rezultatet janë të përziera. Studimet e fundit mbështetnin efikasitetin e kësaj metode si një praktikë standarde (niveli i evidencës C)

4.3.3.4 Këshillimi dhe Vareniclina.

Të dhënat mbështetnin efikasitetin e Vareniclinës kur kombinohet me programe të ndryshme të trajtimit të sjelljes, të ofruar në një mjedis jashtë spitalit. Shkalla në të cilën vareniklina është efektive në bashkëpunim me këshillim proaktive telefonik, dhënie informacioni shëndetësor dhe këshillimin e sjelljes nëpërmjet platformave të bazuara në web, ose kombinim i të dyjave, 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 qëndrueshmëri më të suksesshme të mjekimit, por mungesa e ndryshimeve për gjatësi muaj tregoi se çdo lloj ndërhyrjeje është premtuese kur përdoret me vareniclinë.⁵²

4.3.3.5 Indikacionet

Vareniclinea është medikamenti i parë i prodhuar për të

ndihmuar duhanpirësit për ndalimin e duhanit. Ai duhet përdorur pas këshillimit me mjekun dhe është medikamenti i parë për të trajtuar varësinë nga nikotina²⁴.

4.3.3.6 Përdorimi klinik.

Vareniclina merret nga goja, pavarësisht marrjes së ushqimit (ajo mund të administrohet para dhe pas ngrënies) në dy faza¹. Faza e parë: fillon me kuti me tableta të dozuar për dy javë, të përshkruara si: 1 tabletë 0.5 mg / ditë në ditë të 1-3 nga trajtimi, pastaj 1 tabletë prej 0.5 mg x 2 / ditë në ditë të 4 - 7 dhe të 1 tabletë nga 1 mg x 2 / në ditë në ditë të 8-14. Faza në vazhdim: kutia me 28 tableta 1 mg; është e rekomanduar për të marrë 1 tabletë prej 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 përpjekje për ta lënë. Nëse përpjekja 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 gjatë javëve 3-12.

4.3.3.7 Kunderindikacionet

Kunderindikacionet e Vareniclines janë të pakta, përkatësisht: hipersensitiviteti ndaj substancës aktive ose komponentët e tij joaktiv; moshë nën 18; shtatzënia dhe ushqyerja me gji.

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 clearance >50 and <80 ml/min.) ose të moderuara (creatinine clearance >30- <50 ml/min.) të veshkave asnjë modifikim doze nuk duhet të përdoret. Për pacientët me dëmtime të rënda renale (creatinine clearance < 30 ml/min) doza e rekomanduar është 0.5 mg dy herë në ditë. Dozimi duhet të fillojë në 0.5 mg një herë në ditë për 3 ditë e para, pastaj rritet me 0.5 mg dy herë në ditë. Bazuar në provat e pamjaftueshme, trajtimi me Varenicline nuk rekomandohet tek pacientët me sëmundjet të rënda renale.

Shoferët e automjeteve dhe drejtuesit e makinerive 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 mjedis në të cilin duhet përqëndrim për të shmangur 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 shoferët 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 Vareniclines. Vareniclina 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 përfshihen në aksidente potencialisht të rrezikshme, për sa është e njohur se ky medikament do të ndikojë në aftësinë e tyre për të kryer veprimtari 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 përzierat)

Nauzea është simptoma më e shpeshtë e raportuar si efekt anësor i lehtë deri në i moderuar (incidenca e përgjithshme 24.4%-52.0%), që ndodh në një shkallë të madhe tek grupi që përdor Vareniclinën, krahasuar me grupin e placebo. Shumë episode të nauzeve fillojnë në javën e parë të trajtimit dhe zgjasin mesatarisht 12 ditë. Titrimi i dozës duket se e redukton incidencën e përgjithshme të të përzierave. Ka një incidencë

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

	Varenicline	Bupropion	Placebo
Të përzierja	28%	9%	9%
Pagjumësi	14%	21%	13%
Dhimbje koke	14%	11%	12%

të ulët nauzeje (13.4%) tek pacientët e trajtuar me vareniclinë që bëjnë vet-rregullim 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 nga pacienti: në përgjithësi, fenomeni vjen duke u reduktuar vetë për rreth 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, shoqërohet 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.

Pagjumësia

Pagjumësia është një tjetër efekt anësor i zakonshëm (14.0% -37,2%) i lidhur me përdorimin e vareniclinës në studimet klinike. Në përgjithësi, pagjumësia është vërejtur 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 pagjumësia mund të jetë një simptomë e zakonshme si pasojë e tërheqjes ndaj nikotinës gjatë përpjekjeve për ndërprerjen e duhanit.³⁴

Simptomat kardiovaskulare

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 tjetër 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 placebo⁵⁵. Meta-analiza e aplikuar nga Singh është kritikuar gjerësisht në literaturë, bazuar në teknikat e analizës së papërshtatshme të përdorur për konkluzionet e studimit.

Dy meta-analiza pasuese, me të dhëna të njëjta nga Mills et al, arritën në përfundimin se përdorimi i vareniclinës dhe terapive e tjera kundër duhanin nuk duket ta kenë rritur rrezikun e

sëmundjeve të rënda kardiovaskulare⁵⁶. Kjo meta-analizë raportoi rrezikun si risk relativ dhe përdori 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 i lartë dhe nuk duhet e kufizojnë përdorimin e saj.⁵⁷

Nuk ka të dhëna që të mbështetin një rritje të rrezikut kardiovaskular tek përduesit e vareniclinës, por megjithatë ne 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 rreziqe duhet të peshohen kundrejt përfitimeve të njohura në ndërprerjen e pirjes së duhanit.

Efektet neuropsikiatrike

Janë ngritur shqetësime të konsiderueshme në lidhje me efektet neuropsikiatrike nga përdorimi i vareniclinës dhe bupropionit, dhe kjo ka shkaktuar konfuzion brenda stafit mjekësor në lidhje me përdorimin e këtyre barnave për pacientët që duan të lënë duhanin. Gjykimet e fundit nuk kanë gjetur prova për të sjellë një rritje në efektet neuropsikiatrike, që i atribuohen këtyre medikamenteve. Kjo ka sjellë në një paraqitje të re nga FDA në SHBA në etiketën e produktit të vareniclinës, duke vënë në dukje se rreziqet e efekteve të rënda neuropsikiatrike janë të ulëta, dhe përfitimet e përdorimit të medikamentit e tejkalojnë rrezikun. Ne kemi përmbledhur këtu historikun dhe evidencat shkencore mbi këtë çështje.

Pas hedhjes së Vareniclinës në tregjet globale në vitin 2006, u vunë në dukje në mënyrë të theksuar efektet anësore nga përdorimi i vareniclinës dhe bupropionit. Kjo përfshinte raportimet klinike në Mbretërinë e Bashkuar, që u pasuan me një studim kohort me 2682 pacientë që nga dhjetori i vitit 2006. Studimi raportoi efekte psikiatrike gjatë trajtimit me Vareniclinë, duke përfshirë çrregullimet të gjumit (1.6%), ankthit (1.2%), depresionit (1.0%), ëndrra jo normale (1.0 %), ndryshime të humorit (0.6%), dhe vetvrasje. (n = 5)^{34,58}

Bazuar në këto raportime, në Nëntor 2007 FDA ka lëshuar një alarm të hershëm në lidhje me sigurinë e vareniclinës, duke theksuar nevojën për të depistuar sëmundjet ekzistuese

psikiatrike për pacientët që përdorin Vareniclinën dhe rëndësinë e monitorimit të humorit dhe ndryshimeve të sjelljes. Në maj 2008, FDA këshilloi që të gjithë pacientët të vëzhgohen me kujdes nga mjekët e tyre nëse kanë luhatje të humorit ose ndryshime në sjellje, ose përqësim të sëmundjeve ekzistuese psikiatrike, gjatë ose pas ndërprerjes së terapisë me Varenicline. FDA përshtati përsëri etiketën e Vareniclinës në Mars 2015. U përfshinë efektet e mundshme anësore në mënyrën e të sjellurit, humorit dhe në mënyrën e të menduarit.⁵⁹

Që nga raportimi fillestar, studime të ndryshme kanë provuar lidhjen e mundshme mes përdorimit të Vareniclinës dhe efekteve neuro-psikiatrike. Një botim në vitin 2010 shqyrtoi incidencën dhe rrezikun relativ të çrregullimeve psikologjike të regjistruara në dhjetë studime të randomizuara placebo të kontrolluara, për përdorimin e Vareniclinës për ndërprerjen e duhanit.^{58,60} Çrregullime të tjera psikologjike, si çrregullimet e gjumit, u gjetën në 10.7% të subjekteve të trajtuara me Vareniclinë, kundrejt 9.7% të atyre që morrën placebo, me një rrezik relativ të 1.02. Rreziku relativ kundrejt placebos të efekteve negative psikiatrike me një incidencë ≥ 1 në grupin vareniclinë ishte: 0.86 për simptomat e ankthit, 0.76 për ndryshimet e aktivitetit fizik, dhe 1.42 për luhatjet e lehta të humorit, 1.21 për çrregullimet të pakategorizuara të humorit, 1.70 për çrregullimeve të gjumit. Nuk pati raportime për suicid tek pacientët që ishin në terapi me Varenicline në këto dhjetë studime të randomizuara, por në tre studime të tjera, që nuk janë përfshirë në këtë review për shkak të organizimit të ndryshëm të tyre, u raportuan dy raste që mendonin të kryenin suicid dhe nuk pati asnjë rast të vetëm për suicid.

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 përfshinte një 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.^{59,61}

Thomas et al. krahasuan rrezikun e depresionit, vetëlëndimin dhe suicidën në një studim prospektivë kohort me 119,546 pacientë në Angli.⁶² Autorët konkluduan se nuk ka prova që përdoruesit e vareniclinës kishin rrezik më të madh për depresion, 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 neuropsikiatrike të bupropionit, vareniklinës dhe NRT në individë me dhe pa histori të sëmundjes psikiatrike.⁴⁵ Ky studim është ndërmarrë në bazë të kërkesës nga FDA e SHBA për Pfizer dhe GlaxoSmithKline, që janë prodhuesit e vareniklinës dhe bupropionit. Studimi përfshiu 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, ankth, psikozë dhe çrregullim i personalitetit). Popullata e studimit u randomizua dhe iu dha për përdorim vareniklin, bupropion, NRT ose placebo për 12 javë deri në 24 javë. Studimi nuk ka gjetur ndonjë rritje të konsiderueshme në ngjarjet neuropsikiatrike që i atribuohen vareniklinës ose bupropionit. Studimi gjithashtu gjeti shkallë më të lartë të abstinencës midis pjesëmarrësve të caktuar në grupin e trajtimit me vareniclin krahasuar me placebo, NRT dhe bupropion. Po kështu, NRT dhe bupropion dhe NRT arritën nivele të larta abstinence se placebo. Autorët raportuan se rezultatet nuk mund të jenë të përgjithësueshme për duhanpirësit me çrregullime psikiatrike të patrajtuar ose të paqëndrueshme. Studimi gjithashtu nuk përfshinte duhanpirësit me çrregullime aktuale të përdorimit të substancave ose rrezik për suicid.

Në vitin 2016 në një meta-analizë të kryer nga Cochrane Collaboration që përfshinte 14 studime vareniclinie, nuk gjeti asnjë ndryshim midis vareniclinës dhe placebo për efektet neuropsikiatrike.³² RR për depresionin ishte 0.94 (95% CI 0.77-1.14, 36 studime, 16.189 pjesëmarrës, $I^2 = 0\%$), me vlera jo të ulëta në grupin vareniclin. RR i sjelljes për suicid ishte 0.68 (95% CI 0.43 deri në 1.07, 24 studime, 11,193 pjesëmarrës, $I^2 = 0$), me vlera jo të rëndësishme në grupin vareniclin. Autorët vunë në dukje, se pesë episodet për suicid në grupin që përdornin vareniclin ishin në grupin e marrë në studimin kohort psikiatrik, dhe asnjë nuk u raportua në grupin jo-psikiatrik.^{46,32} Autorët konkluduan nga të dhënat e meta-analizës se "nuk ka ndonjë lidhje shkakësore midis vareniclinës dhe çrregullimeve neuropsikiatrike", duke përfshirë mendimin dhe përpjekjet për suicid, megjithatë të dhënat nuk përfundimtare nuk mbështetnin njerëzit 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 ti hiqnin (Boxed warning) efektet anësore serioze nga etiketa e medikamenteve të vareniclinës dhe bupropionit.^{46,63} FDA theksoi: "Duke u bazuar në studim të gjerë klinik U.S. Food and Drug Administration (FDA) u kërkoi kompanive të medikamenteve të përcaktonin rrezikun e efekteve anësore serioze për humorin, sjelljen, të menduarit gjatë përdorimit të medikamenteve për ndalimin e pirjes së duhanit. Studimi tregoi se efektet anësore psikiatrike të vareniclinës dhe bupropionit 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 ankthit si dhe skizofrenia, ose që janë trajtuar për sëmundje mendore në të kaluarën. Megjithatë, shumica e njerëzve që kishin këto efekte anësore nuk kishin pasoja serioze, për t'u hospitalizuar. Rezultatet e studimeve konfirmojnë se përfitimet e ndalimit të pirjes së duhanit janë më të mëdha se rreziqet prej këtyre medikamenteve".⁴⁶

Deri tani nuk ka prova bindëse se vareniclina është e lidhur me një rrezik neuropsikiatrik. Profesionalistët e kujdesit shëndetësor këshillohen të diskutojnë me pacientët përfitimet dhe rreziqet e përdorimit të medikamenteve për ndalimin e pirjes së duhanit. Pacientët duhet të këshillohen që menjëherë t'u telefonojnë profesionalistëve të kujdesit shëndetësor nëse vërejnë ndonjë efekt anësor të mundshëm mbi humorin, sjelljen dhe të menduarit.⁴⁶

Efekte të tjera anësore

Janë raportuar edhe efekte të tjera anësore, të tilla si: dhimbje barku, kostipacion, fryrje barku dhe ëndrra shqetësuese, çrregullime të gjumit, nauze, tharje goje, shtim të oreksit, shtim në peshë dhe dhimbje koke, të cilat përgjithësisht kanë ndodhur me ritme dy herë më të larta se ato me placebo.⁶⁴ Këto efekte të padëshirueshme ishin të lehta, mesatare dhe të përkohshme, që ndodhin kryesisht gjatë katër javëve të para të terapisë. Ndërprerja e vareniclinës për shkak të këtyre efekteve anësore ka ndodhur në 2% të pjesëmarrësve.³⁴

Ndërveprimet e vareniclinës me medikamente të tjera ende nuk janë zbuluar. Nga ana tjetër, disa efekte të ndërveprimeve

janë evidente nga ndalimi i duhanpirjes, pasi ka filluar terapia me vareniklinë. Në këtë mënyrë dihet se ndërprerja e pirjes së duhanit, nëpërmjet induktimeve enzimatiske, 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, mungesë humori në një përqindje të ulët të subjekteve - rreth 3%.¹¹

Rekomandime

- Vareniclina është terapi e linjës së parë të mjekimit për ndërprerjen e pirjes së duhanit, e bazuar në evidenca 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 të jenë të vetëdijshëm për paralajmërime të veçanta lidhur me të, si dhe me profilin e efekteve të saj anësore. Paneli i Udhëzuesve të SHBA zgjodhi të rekomandonte klonidinën si një agjent dytësor, për shkak të paralajmërimeve, që lidhen me ndërprerjen e klonidinës, me ndryshueshmërinë në dozat të cilat përdoren për të testuar këtë medikament, si dhe me mungesën e miratimit të FDA. Pra, klonidina duhet të konsiderohet për trajtimin e përdorimit të duhanit, nën mbikëqyrjen e mjekut për pacientët të cilët janë të paaftë të përdorin medikamentet e linjës së parë, për shkak të kundra indikacioneve, ose për pacientët të cilët nuk mundën ta linin duhanin mbas përdorimit të medikamenteve të linjës së parë.

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 duket se është më efektive tek duhanpirëset femra, pavarësisht se ato përgjigjen 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 theksuar se ndërprerja e papritur e klonidinës, mund të rezultojë në simptoma të tilla si nervozizmi, dhimbja e kokës dhe të dridhurat, të cilat shoqërohen ose pasohen nga një rritje e shpejtë e presionit të gjakut dhe nivele të larta të katekolaminës.

Masa kujdesi, paralajmërime, 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 gji. Pacientët që angazhohen në aktivitete potencialisht të rrezikshme, të tilla si makineri operative ose ngarje automjeti, 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, marramendje (16%), përtacia (10%) dhe kapsllëku (10%).

Si një mjekim anti-hipertensiv, klonidina pritet të ulë presionin e gjakut në shumicën e pacientëve. Prandaj, kur përdoret ky medikament, mjekët duhet të monitorojnë presionin e gjakut.

Rikthimi i hipertensionit: kur ndërpritet terapia e klonidinës, dështimi në reduktimin gradual të dozës gjatë një periudhe prej 2-4 ditësh, mund të rezultojë në një rritje të shpejtë të tensionit të gjakut, axhitim, konfuzion, dridhje.

Sugjerimet për përdorim klinik

Klonidina është e disponueshme ose në 1 mg të marrë nga goja, ose në formën transdermale (leukoplast-ngjitës), sipas përshkrimit 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 dukshme anësore ekzistojnë. Ajo mund të përdoret nën mbikqyrjen e mjekut si medikament dytësor për të trajtuar varësinë e duhanit (niveli 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 treguar efektivitet në ndërprerjen e duhanit. Nortriptilina është një anti-depresant triciklik, që ka treguar se është efektiv në ndërprerjen e duhanit. Veprimi i nortriptilinës në ndërprerjen e duhanit është i pavarur ndaj efektit të saj anti-depresant, prandaj përdorimi i saj nuk është i kufizuar për njerëzit me simptoma depresive gjatë ndërprerjes së duhanit.

Efikasiteti

Meta-analiza e 6 eksperimenteve ku u përdor nortriptilina si e vetmja farmakoterapi, tregoi një përfitim të rëndësishëm afatgjatë¹². Krahasuar me placebon, nortriptilina afërsisht dyfishon normat e abstenimit të duhanit. Ky medikament nuk është miratuar për ndërprerjen e duhanit, por është rekomanduar thjesht si trajtim dytësor¹².

Nëse nortriptilina është më shumë apo më pak efektive se bupropioni apo nëse duke përdorur nortriptilinë rritet norma e lënies së duhanit, këto mbeten të paqarta. Farmakoterapia nuk është e licensuar për ndërprerjen e duhanit në shumicën e vendeve.

Efektet anësore

Efektet anësore të lidhura me nortriptilinën, të tilla si efektet antikolenergji (gojë e thatë, vizion i paqartë, kapsllëk dhe mbajtje urinare), receptorët histaminikë (plogështi, të qenit i përgjumur, shtim në peshë) dhe receptorët alfa-1 adrenergjik (hipotension ortostatik) nuk mund të tolerohen mirë në disa pacientë⁶⁷. Të dhënat e nxjerra nga 17 studime, tregojnë se nortriptilina në doza midis 75 mg dhe 100 mg nuk është e lidhur në mënyrë të konsiderueshme me ngjarje serioze negative kur administrohet në pacientë pa sëmundje themelore kardiovaskulare⁷⁰.

Pacientët do të duhet të monitorohen nga afër për efektet e njohura negative, të tilla si kapsllëku, plogështia, mbajtja urinare dhe problemet kardiake. Kur merret si mbidozë, nortriptilina mund të jetë fatale. Efektet serioze negative nuk kanë qenë shkak për shqetësim në eksperimentet për ndërprerjen e duhanit, por numri i pacientëve të tillë të ekspozuar ka qenë relativisht i vogël. Kjo ka çuar në mungesën e konsensusit nëse nortriptilina duhet përdorur si një terapi e linjës së parë apo të dytë⁷¹.

Dozimi

Nortriptilina duhet të fillojë ndërkohë 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 e pakësuar më pas, që të shmangen simptomat që 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 duhanipirjes.

Njerëzit me sëmundje kardio-vaskulare duhet ta përdorin nortriptilinën me kujdes, sepse aktiviteti kardiak mund të preket. Anti-depresantët triciklikë 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 nortriptilinën 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 përshkruar 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 opsion i rëndësishëm trajtimi, duke pasur parasysh 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 parasysh kërcënimin e nje epidemie globale të duhanit - dhe akoma më shumë ndikimin në vendet më pak të pasura - përfshirja e nortriptilinës në arsenalin terapeutik të ndërprerjes së duhanit, mund të jetë një hap premtues drejt një aksesimi më të gjerë në trajtim, sidomos në vendet në zhvillim. Bazuar në këto rezultate, autorët propozojnë përfshirjen e nortriptilinës në mes të listës së barnave parësore për ndërprerjen e duhanit. Megjithatë, kufizimi kryesor i këtij raporti, është se ai ishte një studim retrospektiv, i pakontrolluar dhe jo i randomizuar, si dhe mënyrat e mundshme të regjimit të trajtimit u zgjodhën nga kritere të veçanta mbi një bazë rastësore ose duke u bazuar në disponueshmërinë e medikamenteve të sistemit publik shëndetësor⁷².

Klinicistët duhet të jenë të vetëdijshëm për profilin e efekteve anësore dhe mungesën e aprovimit të EMEA dhe FDA për nortriptilinën, si trajtim për varësinë ndaj duhanit. Ky mjekim duhet të konsiderohet për trajtimin e përdorimit të duhanit vetëm nën mbikqyrjen e mjekut dhe në ata pacientë që nuk kanë mundësi të përdorin barna parësore për shkak të kundër-indikacioneve ose thjesht në pacientë që nuk kanë mundur të heqin dorë nga përdorimi i duhanit nëpërmjet mjekimeve parësore.

Rekomandime

- Nortriptilina është një trajtim efektiv për ndalimin e përdorimit të duhanit, dhe mund të përdoret nën mbikqyrjen e mjekut si një agjent 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 përforcimin e efekteve të nikotinës, dhe parandaluese e lidhjes së nikotinës tek këta receptorë, duke reduktuar kështu kënaqësinë dhe shpërblimin 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 ndërkombëtare në vendet ish-socialiste Bullgari, Hungari, Poloni, Republika Demokratike Gjermane, Bashkimi Sovjetik duke qenë kështu mjekimi i parë në historinë njerëzore i miratuar zyrtarisht për këtë qëllim. Megjithatë, licensimi dhe përdorimi i cistinës në pjesë të tjera të botës nuk u zhvillua për dekada, pjesërisht për shkak të mungesës së provave të bazuara, në studime të kohëve të fundit mbi përshtatshmërinë e GCP.

Kërkimi global i produkteve për ndërprerjen e duhanit me disponueshmëri të lartë, efikasitet dhe siguri, kombinuar me kosto të ulët, e rëndësishme për ndërhyrjen në shkallë të lartë të ndërprerjes në kuadër të programeve mbështetëse shtetërore ka rritur kohët e fundit interesin për cistinën.

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 janë përdorur gjerësisht. Një trajtim 25 ditë i cistinës është 5 deri në 15 herë më i lirë sesa një trajtim 25 ditë 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 duhani (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 Federatën Post Sovjetike Ruse, Tabex® është regjistruar zyrtarisht për ndërprerjen e duhanit më 1999 dhe është blerë legalisht. I pari eksperiment me rezultate të panjohura më parë, rastësor dhe kontrollues në efektivitetin dhe sigurinë terapeutike u botua me 2009. Përqindja e individëve që merrnin Tabex®, por nuk patën efekt në lënien e duhanit, krahasuar me grupin që përdorte placebo, ishte respektivisht 13% dhe 26%. Përqindja e duhanpirësve të cilët abstenuan nga pirja e duhanit, për 1 ose më

shumë periudha, ishte respektivisht 50% dhe 30.8%. 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 3.98 (intervali i besimit CI 95% 2.01-7.87). Dhënia e këtyre rezultateve e ka shumëfishuar numrin e telefonatave për rritjen e përdorimit të kësaj terapie.

Një eksperiment i randomizuar dhe i kontrolluar nga Walker et al. (2014) krahasoi cistinën me NRT. Studimi zbuloi një shkallë shumë më të lartë abstenimi të vazhdueshëm një muor tek grupi i cistinës. Këto ndryshime mbetën të rëndësishme në 6 muaj. Asnjë ndryshim prevalence 7 ditore abstenimi nuk u dokumentua në 6 muaj midis grupeve. Analiza e nëngrupit zbuloi një shkallë shumë të lartë abstenimi 1 muor midis pjesëtarëve femra dhe asnjë ndryshim të rëndësishëm midis pjesëtarëve meshkuj të eksperimentit. Ngjarjet negative, përfshirë nauzen, vjelljen dhe çrregullimet e gjumit ishin zakonisht më të raportuara nga grupi i cistinës krahasuar me grupin e NRT.

Rregjimi i dozimit, i rekomanduar nga prodhuesi, fillon me 1 tabletë (1.5 mg) çdo 2 orë (deri në 6 tableta në ditë) nga dita 1 deri në ditën 3. Duhanpirja duhet të reduktohet, ndryshe do të zhvillohen simptomat e mbidozës së nikotinës. Nëse nuk ka efektet e dëshiruara, trajtimi nuk duhet të vazhdojë dhe përpjekja tjetër mund të bëhet mbas 2 ose 3 muajsh. Me një përgjigje pozitive, pacienti vazhdon me një dozë deri në 5 tableta në ditë (1 tabletë çdo 25 orë), nga dita 4 deri në ditën 12. Duhanpirja duhet të ndërpritet në ditën e pestë. Mbas kësaj, deri në 4 tableta në ditë (1 tabletë çdo 3 orë) nga dita 13 deri në ditën 16, pastaj 3 tableta në ditë (1 tabletë çdo 5 orë) nga dita 17 deri në ditën 20, duke u ndjekur kështu nga 1 deri në 2 tableta në ditë (1 tabletë çdo 6-8 orë), nga dita 21 deri në ditën 25, pastaj trajtimi ndërpritet.

Duke vëzhguar dozën e rekomanduar të cistinës në studime eksperimentale u regjistruan disa efekte negative, të ngjashme me ato të marrjes së NRT. Sipas autoriteve të Përditësimit Periodik të Sigurimit në Europë nuk kishte shenja të sigurta për reagime serioze negative të cistinës, bazuar në 1 milion pacientët e ekspozuar nga ky produkt.

Mbidoza e cistinës është e ngjashme me intoksinimin e nikotinës, duke prodhuar efekte si nauze, vjellje, konvulsione klonike, takikardi, zgjerimi i pupilave, dhimbje koke, dobësi e përgjithshme, paralizë frymëmarrjeje.

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 ndërhyrjeje premtuese për ndërprerjen e duhanit.

Referencat

1. Fiore MC, Jaen CR, Baker TB et al. Treating Tobacco use and dependence. Clinical practice guideline 2008 update Rockville, MD, US Department of Health and Human Services 2008.
2. Piper ME, Smith SS, Schlam TR, et al., A randomized placebo-controlled clinical trial of 5 smoking cessation pharmacotherapies, Arch Gen Psychiatry 2009;66:1253-62. [Erratum, Arch Gen Psychiatry 2010;67:77].
3. Gonzales D, Rennard SI, Nides M, et al., Varenicline, an alpha4beta2 nicotinic acetylcholine receptor partial agonist, vs sustained-release Bupropion and placebo for smoking cessation: a randomized controlled trial. JAMA 2006;296:47-55.
4. Cahill K, Stevens S, Perera R, Lancaster T. Pharmacological interventions for smoking cessation: an overview and network meta-analysis. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 5. Art. No.: CD009329. DOI: 10.1002/14651858.CD009329.pub2.
5. Smith SS, McCarthy DE, Japuntich SJ, et al., Comparative effectiveness of 5 smoking cessation pharmacotherapy in primary care clinics. Arch Intern Med 2009;169:2148-55.
6. Stead LF, Perera R, C, Mant D, Jamie Hartmann-Boyce, J Cahill K, Tim Lancaster T. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. Cochrane Database Systematic Review 2012, Issue 4. Art. No.: CD000146. DOI: 10.1002/14651858.CD000146.pub4.
7. Benowitz NL, Jacob P Nicotine and cotinine elimination pharmacokinetics in smokers and non-smokers. Clin Pharmacol Ther. 1993;53(3):316-23.
8. Institute national de prevention et d'education pour la sante (INPES). La prise en charge du patient fumeur en pratique quotidienne. Mars 2004. <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/657.pdf>
9. Hays J.T., Hurt R.D., Decker P.A., Croghan I.T., Oxford K.P., Patten C.A., A randomized, controlled trial of Bupropion sustained release for preventing tobacco relapse in recovering alcoholics, Nicotine Tob. Res., 2009;11(7):859-67.

10. GarciaRio F, Serrano S, Mediano O, Alonso A, Villamor J. Safety profile of Bupropion for chronic obstructive pulmonary disease. *Lancet* 2001;358:1009–1010.
11. Trofor A., Mihaltan F., Mihaicuta S., Pop M., Todea D et.al., Romanian Society of Pulmonologists Smoking Cessation and Smoker's Assistance Guidelines (GREFA), 2-nd ed. – Tehnopress Iași, 2010, www.srp.ro.
12. Hughes JR, Stead LF, Hartmann-Boyce J, Cahill K, Lancaster T. Antidepressants for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2014, Issue 1. Art. No.: CD000031. DOI: 10.1002/14651858.CD000031.pub4.
13. King D.P., Paciga S., Pickering E., Benowitz N.L., Bierut L.J., Conti D.V., Kaprio J., Lerman C.Park P.W., Smoking Cessation Pharmacogenetics: Analysis of Varenicline and Bupropion in Placebo-Controlled Clinical Trials, *Neuropsychopharmacology* 2012;37:641–650.
14. Roddy, E. Bupropion and other nonnicotine pharmacotherapies, *BMJ*, 2004;328: 509–511.
15. Aubin HJ. Tolerability and safety of sustained release Bupropion in the management of smoking cessation. *Drugs* 2002; 62:Suppl.2:45–52.
16. David SP, Strong DR, Munafo` MR, et al. Bupropion efficacy for smoking cessation is influenced by the DRD2 Taq1A polymorphism: analysis of pooled data from two clinical studies, *Nicotine Tob Res.* 2007;9:1521–1527.
17. Ebbert JO, Fagerstrom K., Pharmacological interventions for the treatment of smokeless tobacco use, *CNS Drugs.* 2012;26(1):1–10.
18. Hays J.T., Hurt R.D., Rigotti N.A., Niaura R., Gonzales D., Durcan M.J., Sachs D.P., Wolter T.D., Buist A.S., Johnston J.A., White J.D., Sustained release Bupropion for pharmacologic relapse prevention after smoking cessation, a randomized, controlled trial, *Ann.Intern. Med.*, 2001;135(6):423–33.
19. GarciaRio F, Serrano S, Mediano O, Alonso A, Villamor J. Safety profile of Bupropion for chronic obstructive pulmonary disease, *Lancet* 2001;358:1009–1010.
20. Fiore M. C., Tobacco Use and Dependence: A 2011 Update of Treatments CME/CE, <http://www.medscape.org/viewarticle/757167>.
21. Beyens M.N., Guy C., Mounier G., Laporte S., Ollagnier M., Serious adverse reactions of Bupropion for smoking cessation: analysis of the French Pharmacovigilance Database from 2001 to 2004, *Drug Saf.*, 2008;31(11):1017–26.
22. Tackett A.E., Smith K.M., Bupropion induced angioedema, *Am.J.Health Syst, Pharm.*, 2008;65(17):1627–30.
23. Chang Seong Kim, Joon Seok Choi, Eun Hui Bae, Soo Wan Kim, Hyponatremia Associated with Bupropion, *Electrolyte Blood Press.* 2011;9:23–26, ISSN 1738-5997.
24. Hurt R.D., Ebbert J.O., Hays T.J., McFadden D.D., Treating Tobacco dependence in a Medical Setting, *CA Cancer J Clin.* 2009;59:314–326.
25. <http://www.fda.gov/20Drugs/DrugSafety/PostmarketDrugSafetyInformationforPatientsandProviders/20DrugSafetyInformationforHealthcareProfessionals/ucm169986.htm>
26. www.fda.gov/NewsEvents/Newsroom/PressAnnouncements/ucm170100.htm
27. Mahmoudi M, Coleman CI, Sobieraj DM., Systematic review of the cost-effectiveness of Varenicline vs. Bupropion for smoking cessation., *Int J Clin Pract.* 2012;66(2):171–82.
28. Fagerstrom K., Hughes J., Varenicline in the treatment of Tobacco dependence, *Neuropsychiatric Disease and Treatment* 2008;4(2):353–363.
29. Benowitz NL, Porchet H, Jacob P 3rd. Nicotine dependence and tolerance in man: pharmacokinetic and pharmacodynamics investigations, *Prog Brain Res*, 1989;79:279–87.
30. Rollema H, Chambers LK, Coe JW, et al. Pharmacological profile of the alpha4beta2 nicotinic acetylcholine receptor partial agonist Varenicline, an effective smoking cessation aid, *Neuropharmacology*, 2007a;52:985–94.
31. Rollema H, Coe JW, Chambers LK, et al. Rationale, pharmacology and clinical efficacy of partial agonists of alpha4beta2 nACh receptors for smoking cessation, *Trends Pharmacol Sci*, 2007b;28:316–25.
32. Cahill K, Lindson-Hawley N, Kyla H, Thomas KH, Fanshawe TR, Lancaster T. Nicotine receptor partial agonists for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016, Issue 5. Art. No.: CD006103.
33. West R, Baker CL, Cappelleri JC, et al. Effect of Varenicline and Bupropion SR on craving, nicotine withdrawal symptoms, and rewarding effects of smoking during a quit attempt, *Psychopharmacology (Berl)*. 2008;197:371–377.
34. Zheng-Xiong Xi, Preclinical pharmacology, efficacy, and safety of Varenicline in smoking cessation and clinical utility in high risk patients, *Drug, Healthcare and Patient Safety* 2010;2:39–48.
35. Tonstad S, Tonnesen P, Hajek P, et al. Effect of maintenance therapy with Varenicline on smoking cessation: A randomized controlled trial. *JAMA*, 2006;296(1):64–71.
36. Stapleton JA, Watson L, Spirling LI, et al. Varenicline in the routine treatment of Tobacco dependence: a pre – post comparison with nicotine replacement therapy and an evaluation in those with mental illness, *Addiction*, 2008;103:146–54.
37. Williams KE, Reeves KR, Billing CB Jr, Pennington AM, Gong J. A double-blind study evaluating the long-term safety of Varenicline for smoking cessation, *Curr Med Res Opin.* 2007;23(4):793–801.
38. Hitomi Tsukahara, RN; Keita Noda, MD; Keijiro Saku, MD* A Randomized Controlled Open Comparative Trial of Varenicline vs Nicotine Patch in Adult Smokers– Efficacy, Safety and Withdrawal Symptoms (The VN-SEESAW Study) *Circulation Journal*, 2010;74:771–8.
39. Tashkin D., Rennard S., Hays T., Ma W., Lee C.T., Efficacy and safety of Varenicline for smoking cessation in patients with mild to moderate chronic obstructive pulmonary disease (COPD). *Chest Meeting*, October 1, 2009.
40. Rigotti NA, Pipe AL, Benowitz NL, Arteaga C, Garza D, Tonstad S. Efficacy and safety of Varenicline for smoking cessation in patients with cardiovascular disease: a randomized trial, *Circulation* 2010; 121:221–9.

41. Qu Cui, Robinson L., Elston, D., Smaill F., Cohen J., Quan, C., McFarland N., Thabane L., Mclvor A., Zeidler J., Smieja M., Safety and Tolerability of Varenicline Tartrate (Champix/Chantix) for Smoking Cessation in HIV- Infected Subjects: A Pilot Open-Label Study, AIDS PATIENT CARE and STDs Volume 26, Number 1, 2012 a Mary Ann Liebert, Inc.
42. McClure J.B., Swan G.E., Catz S.L., Jack L., Javitz H., McAfee T. Mona Deprey M., Richards, Zbikowski S.M. Smoking Outcome by Psychiatric History after Behavioral and Varenicline Treatment, J Subst Abuse Treat. 2010;38(4):394–402.
43. Anthenelli RM, Morris C, Ramey TS, Dubrava SJ, Tsilkos K, Russ C, Yufnis C. Effects of varenicline on smoking cessation in adults with stably treated current or past major depression: a randomized trial. Ann Intern Med. 2013 Sep 17;159(6):390–400.
44. Kishi T1, Iwata N. Varenicline for smoking cessation in people with schizophrenia: systematic review and meta-analysis. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci. 2015;265(3):259–68.
45. Anthenelli RM, Benowitz NL, West R, St Aubin L, McRae T, Lawrence D, Ascher J, Russ C, Krishen A. Neuropsychiatric safety and efficacy of varenicline, bupropion, and nicotine patch in smokers with and without psychiatric disorders (EAGLES): a double-blind, randomised, placebo-controlled clinical trial. Lancet 2016;387(10037):2507–2520.
46. http://www.fda.gov/Drugs/DrugSafety/ucm532221.htm?source=govdelivery&utm_medium=email&utm_source=govdelivery
47. Fagerstrom K., Gilljam H., Metcalfe M., Tonstad S., Messig M., Stopping smokeless tobacco with Varenicline: randomized double blind placebo controlled trial, BMJ 2010;341:c6549.
48. Ebbert J.O., Croghan I.T., North F., Schroeder D.R. A pilot study to assess smokeless tobacco use reduction with Varenicline, Nicotine & Tobacco Research, 2010;12(10):1037–1040.
49. Ebbert J.O., Burke MV, Hays JT, Hurt RD. Combination treatment with Varenicline and nicotine replacement therapy. Nicotine Tob Res. 2009;11(5):572–576.
50. Hajek P1, Smith KM, Dhanji AR, McRobbie H. Is a combination of varenicline and nicotine patch more effective in helping smokers quit than varenicline alone? A randomised controlled trial. BMC Med. 2013 May 29;11:140.
51. Ramon JM1, Morchon S, Baena A, Masuet-Aumatell C. Combining varenicline and nicotine patches: a randomized controlled trial study in smoking cessation. BMC Med. 2014 Oct 8;12:172.
52. Koegelenberg CF, Noor F, Bateman ED, van Zyl-Smit RN, Bruning A, O'Brien JA, Smith C, Abdool-Gaffar MS, Emanuel S, Esterhuizen TM, Iruken EM. Efficacy of varenicline combined with nicotine replacement therapy vs varenicline alone for smoking cessation: a randomized clinical trial. JAMA;312(2):155–61. doi: 10.1001/jama.2014.7195.
53. Swan G.E., McClure J.B., PhD, Jack, M.J., Zbikowski S.M., Javitz H.S., Catz S.L., Deprey M., Richards J., McAfee T.A. Behavioral Counseling and Varenicline Treatment for Smoking Cessation, Am J Prev Med. 2010;38(5):482–490.
54. Garrison GD, Dugan SE. Varenicline: a first-line treatment option for smoking cessation. Clin Ther. 2009;31:463–491.
55. Leung L.K. Patafio F.M. Rosser W.W. Gastrointestinal adverse effects of Varenicline at maintenance dose: a meta-analysis, Clinical Pharmacology 2011;11:15.
56. Singh S., Loke Y.K., Spangler J.K., Furberg K.D. Risk of serious adverse cardiovascular events associated with Varenicline: a systematic review and meta-analysis, CMAJ. 2011;183(12):1359–66.
57. Mills EJ, Thorlund K, Eapen S, Wu P, Prochaska JJ. Cardiovascular events associated with smoking cessation pharmacotherapies: a network meta-analysis. Circulation. 2014;129(1):28–41.
58. FDA Advisory: Varenicline. <http://www.fda.gov/Drugs/DrugSafety/ucm436494.htm>
59. European Medicines Agency confirms positive benefit-risk balance for Champix, July 21 2011. http://www.ema.europa.eu/ema/index.jsp?curl=pages/news_and_events/news/2011/07/news_detail_001314.jsp&mid=WC0b01ac058004d5c1
60. Kasliwal R, Wilton LV, Shakir SA. Safety and drug utilization profile of Varenicline as used in general practice in England: interim results from a prescription-event monitoring study, Drug Saf. 2009;32:499–507.
61. Tonstad S., Davies S., Flammer M., Russ C., Hughes J., Psychiatric adverse events in randomized, double blind, placebo controlled clinical trials of Varenicline, Drug Saf., 2010;33(4):289–301.
62. Meyer TE, Taylor LG, Xie S, Graham DJ, Mosholder AD, Williams JR, Moeny D, Ouellet-Hellstrom RP, Coster TS. Neuropsychiatric events in varenicline and nicotine replacement patch users in the Military Health System. Addiction. 2013;108(1):203–10.
63. Thomas KH1, Martin RM, Davies NM, Metcalfe C, Windmeijer F, Gunnell D. Smoking cessation treatment and risk of depression, suicide, and self harm in the Clinical Practice Research Datalink: prospective cohort study. BMJ. 2013;347:f5704.
64. http://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/EPAR_-_Procedural_steps_taken_and_scientific_information_after_authorisation/human/000699/WC500025256.pdf Wang C, Xiao D, Chan KP, Pothirat C, Garza D, Davies S. Varenicline for smoking cessation: a placebo- controlled, randomized study. Respirology. 2009;14:384–392.
65. Frishman WH. Smoking cessation pharmacotherapy. Ther Adv Cardiovasc Dis. 2009;3:287–308.
66. Gourlay SG, Stead LF, Benowitz NL. Clonidine for smoking cessation. Cochrane Database Systematic Reviews 2004; Issue 3. Art. No.: CD000058. DOI: 10.1002/14651858.CD000058.pub2.
67. Glassman AH, Covey LS, Dalack GW, et al. Smoking cessation, clonidine, and vulnerability to nicotine among dependent smokers. Clin Pharmacol Ther. 1993;54:670–679.
68. Ministry of Health (MoH). New Zealand smoking cessation guideline. MoH: Wellington; 2007. Available from: www.moh.govt.nz/moh.nsf/indexmh/nz-smoking-cessation-guidelines [Accessed Nov, 2010]
69. Herman A.Y., Sofuoglu M., Comparison of Available Treatments for Tobacco Addiction, Curr Psychiatry Rep. 2010;12(5):433–40.
70. Dhippayom T, Chaiyakunapruk N, Jongchansittho T. Safety of nortriptyline at equivalent therapeutic doses for smoking cessation:

- a systematic review and meta-analysis, *Drug Saf.* 2011;34(3):199-210.
71. http://www.treatobacco.net/en/page_36.php
 72. Faibischew Prado G., Siqueira Lombardi E.M., Bussacos M.A., Arrabal-Fernandes F.L., Terra-Filho M., de Paula Santos U., A real-life study of the effectiveness of different pharmacological approaches to the treatment of smoking cessation: re-discussing the predictors of success. *CLINICS* 2011;66(1):65-71.
 73. Vinnikov D, Brimkulov N, Burjubaeva A. A double-blind, randomized, placebo-controlled trial of cytosine for smoking cessation in medium-dependent workers. *J Smoking Cessation.* 2008;3(1):57-62.
 74. Tutka P, Zatonski W. Cytisine for the treatment of nicotine addiction: from a molecule to therapeutic efficacy. *Pharmacol Rep.* 2006;58(6):777-798.
 75. www.tabex.bg
 76. Etter JF. Cytisine for smoking cessation: a literature review and a meta-analysis. *Arch Intern Med.* 2006;166(15):1553-1559.
 77. Walker N., Howe C., Bullen C., McRobbie H., Glover M., Parag V., Williman J., Veale R., Nosa V., Barnes J. Study protocol for a non-inferiority trial of cytosine versus nicotine-replacement therapy in people motivated to quit smoking. *BMC Public Health* 2011;11:880.
 78. Levshin VF, Slepchenko NI, Radkevich NV. Randomizirovanoe kontroliruemoie issledovanie effektivnosti preparata Tabeks® pri lechenii tabachnoy zavisimosti. [A randomized controlled study of the efficacy of Tabex® (Cytisine) for treatment of tobacco craving] / *Voprosy narkologii.* 2009;N:13-22.
 79. Walker N, Howe C, Glover M, McRobbie H, Barnes J, Nosa V, Parag V, Bassett B, Bullen C. Cytisine versus nicotine for smoking cessation. *N Engl J Med.* 2014 Dec 18;371(25):2353-62.
 80. West R, Zatonski W, Cedzynska M, Lewandowska D, Pazik J, Aveyard P, Stapleton J. Placebo-Controlled Trial of Cytisine for Smoking Cessation. *New Engl J Med.* 2011; 365(13):1193-200.
 81. Musshoff F, Madea B. Fatal cytosine intoxication and analysis of biological samples with LC-MS/MS. *Forensic Sci Int.* 2009;186(1-3):e1-4.

4.4 Skemat terapeutike të individualizuara

Në praktikën klinike, në vendim-marrjet tona për zgjedhjen dhe dozimin e barnave ne bazohemi mbi literaturën 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 aftësitë dhe njohuritë e tyre për të individualizuar dozimin e barnave për pacientët që trajtohen për përdorimin e duhanit dhe varësinë. Mundësitë ekzistojnë për të rritur normat e abstinencës së duhanit dhe për të zvogëluar 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 SR^{1,2}. 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 përdorimi i tre ose më shumë produkteve 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 përdorimi i tre ose më shumë produkteve 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 shkurtër, por vëren simptomat të rritura të tërheqjes herët në mbrëmje. Shtimi i një ngjitësi me nikotinë prej 14 mg në pasditen e vonë mund të zvogëlojë simptomat e tërheqjes në mbrëmje.^{2,3}

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-leukoplast të nikotinës në një program trajtimi rezidencial për duhanpirësit e trajtuar me vareniklin, sepse pacientëve do t'u duhej të ndalonin pirjen e duhanit me përfshirjen në program dhe vareniklina kërkon disa ditë për të arritur përqëndrime të qëndrueshme⁵.

4.4.1 Kombinime të terapev 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 (psh 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 reduktuar 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 përshkruar janë sekuenciale (me periudha) dhe konkurrense (bashkëvepruese). Terapia sekuenciale teorikisht mund të sigurojë dozimin fillestar të nikotinës për të arritur abstinencën (p.sh. ngjitësi me nikotinë) dhe pastaj dozimin intermitent sipas dëshirës për të parandaluar rikthimin. Megjithatë, ekzistojnë pak të dhëna për të mbështetur terapinë sekuenciale.

Relativisht më shumë të dhëna ekzistojnë në lidhje me përdorimin e njëkohshëm të NRT-ve multiple (pra terapi bashkëvepruese). Kjo formulë lejon shpërndarjen e nikotinës në mënyrë pasive, me NRT të gjatë veprimi (p.sh. ngjitësi me nikotinë) dhe për administrimin aktiv të NRT (dmth çëmçakiz, tabletë, inhalator

dhe spray të hundës). Kombinimi siguron avantazhet e aderimit më të lartë të trajtimit me ngjitësin e nikotinës dhe u jep mundësi duhanpirësve që të përballojnë dëshirat akute dhe simptomat e tërheqjes nëpërmjet vet-administrimit të NRT⁶ me veprim të shkurtër.

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 tetë javë; Paroxetinë ose placebo u sigurua për nëntë javë. Shkalla e abstinencës për të gjithë pjesëmarrësit në ndjekjen e tyre nuk rezultoi me ndryshime të rëndësishme statistikore, por një analizë e nëngrupit të pacientëve aderentë rezultoi dallime statistikisht të rëndësishme midis grupeve të paroxetinës dhe grupit të kontrollit në javën 4.⁷

Ngjitësi/leukoplasti me nikotinë + çëmçakiz

Ngjitësi administrohet çdo ditë dhe mund të përdoret gjithashtu në kombinim me nikotinë çëmçakiz. NRTs orale me veprim të shkurtër mund të përdoren për të siguruar çlirimin nga tundimi për duhanpirje. NRT orale me veprim të shkurtër mund të administrohen çdo ditë 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 24^{8,9}. 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 kombinojnë nikotinën-çëmçakëz me nikotinën-leukoplast dhe zgjasin më shumë se tre deri në gjashtë muaj për pacientët me sindrom të rëndë dhe/ose të zgjatur të tërheqjes nga nikotina, për të cilët nuk ekzistojnë zgjidhje të tjera terapeutike¹¹.

Ngjitësi/leukoplasti me nikotinë + spray me nikotinë

Terapia e kombinuar duke përdorur ngjitësin me nikotinë dhe spray-in nazal u investigua në një studim eksperimental të hapur, të randomizuar që përfshiu 1384 duhanpirës me terapi me nikotinë-leukoplast plus spray nazal ose terapi të tjera të vetme, u shoqërua me shkallë të lartë të abstinencës së duhanit në 6 javë krahasuar me monoterapitë¹². Në një eksperiment të kontrolluar nga placebo, nikotina-leukoplast dhe nikotina-spray ishin superiorë ndaj placebove me nikotinë-leukoplast dhe spray të hundës, si në ndjekjen afat shkurtër (6 javë dhe 3 muaj) dhe atë afatgjatë (12 muaj)¹³.

Ngjitësi/leukoplasti me nikotinë + inhalator me nikotinë

Shkalla më e lartë e abstinencës së duhanit u vu re me ngjitësin e nikotinës plus inhalatorin në 6 dhe 12 javë, krahasuar me vetëm inhalatorin, në një studim rast-kontrolli (placebo) të randomizuar 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 javë¹⁴. Në përgjithësi, kombinimi NRT tolerohet mirë dhe efektet anësore janë në përputhje me efektet anësore të parashikuara të secilit agjent vetëm^{2,3}.

Ngjitësi/leukoplasti me nikotinë + bupropion

Bupropioni në kombinim me ngjitësin e nikotinës është më efficient se ngjitësi vetëm, sepse ato kanë mekanizma të ndryshme veprimi.⁷ Filloni me bupropion në doza standarde në dy javët e para dhe shtoni ngjitësin e nikotinës 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 muaj¹¹.

Në një studim me katër grupe, i verbër, i dyfishtë dhe i kontrolluar me placebo, shkalla e abstinencës në 12 muaj ishte 35.5% për terapi kombinimi (ngjitësi i nikotinës dhe bupropion), krahasuar me 30.3% vetëm për bupropion, 16.4% për vetëm ngjitësin e nikotinës dhe 15.6% për placebo¹¹. Jorenby et al. bëri përzgjedhje

të randomizuar të pjesëmarrësve në tre grupe: vetëm bupropion, vetëm nikotinë-leukoplast dhe të dyja bashkë. Pjesëmarrësit në grupet e kontrollit morrën 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 rëndësishme¹⁵.

Në përgjithësi literatura sugjeron që kombinimi i terapisë me bupropion SR dhe NRT e rrit 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% CI: 1.0-1.8].¹ I njëjti konkluzion doli edhe nga një review e kohëve të fundit në Cochrane Collaboration.¹⁶

Një studim i kontrolluar me placebo vlerësoi lidhjen midis bupropion SR (300 mg) me nikotinën-leukoplast (21 mg), nikotinën-çëmçakëz (2 mg) dhe terapinë e sjelljes në 51 pacientë. Shtimi i bupropion SR i shtoi rezultatet parësore të reduktimit të duhanit ($\geq 50\%$) në javët 12 dhe 24 dhe abstinencën e vazhdueshme të duhanpirjes në javën e 8-të¹⁷.

Në studimin ku u përfshin 1700 duhanpirës, terapia e kombinimit të bupropion SR dhe nikotinës-inhalator rezultoi të jetë superiore ndaj secilit medikament më vete.¹⁸

Pas shumë studimesh të realizuara në mënyrë efektive në kujdesin parësor, bupropion SR dhe tabletat janë vërejtur të jenë superiore në krahasim me të gjitha monoterapitë e tjera (p.sh. tabletë, çëmçakëz nikotine, bupropion SR).¹⁹

Nortriptylina + 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 rritjen e mospërdorimit të duhanit tek terapitë e kombinuara (RR 1.21; 95% CI: 0.94-1.55).¹⁶

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) vareniklina nuk i saturon plotësisht receptorët e acetilkolinës, duke çuar në një përgjigje 'shpërblyese' jo të plotë dhe në një bllokadë jo complete për përf forcimin e vazhdimësisë së duhanpirjes; (2) vareniklina 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 përvojë të gjerë 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 Vareniclinës në krahasim me duhanpirësit e tjerë, të trajtuar në program. Megjithatë, studiuesit sugjerojnë se rezultatet e këtij studimi nuk mund të zbatohen për pjesën tjetër të pacientëve, derisa këto të dhëna të interpretohen me kujdes. Një studim klinik shqyrtoi faktin se përse duhanpirësit 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 aktualë u randomizuan në një nga gjashtë mënyrat e ndërprerjes farmakoterapike (placebo, nikotinë-leukoplast, nikotinë-tabletë, bupropion+nikotinë - leukoplast, dhe bupropion+nikotinë - tabletë). Nga studimi u vu re se trajtimet 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 disa dilemave nëse kombinimi i famakoterapisë duhet të përdoret në mënyrë rutinore tek duhanpirësit ose ky kombinim ka sjellë shumë pak, apo nuk ka sjellë fare përmirësim në krahasim me monoterapinë. Ata arritën në përfundimin 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

arsyetohe duke pasur parasysh shpenzimet dhe efektet anësore të famakoterapisë së kombinuar.²³

Tre kërkime të fundit kanë shqyrtuar efikasitetin.²⁴⁻²⁶ Hajek et. al. nuk gjeti asnjë rritje 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 duhapirës të cilët tymosnin 20 ose më shumë cigare në 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 rritje të vogël, por jo statistikisht të rëndësishme në abstinencë në Varenicline + NRT grup. Analiza e tjera dokumentuan një normë të dukshme dhe më të lartë të abstinencës në mesin e individëve të cilët tymosnin 29 ose më shumë cigare 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 përfundim se terapia e kombinuar është e lidhur me norma më të larta të mospërdorimit të duhanit në 12 javë (1.85; 95% CI, 1.19-2.89; 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 kapsllëk. Megjithatë vetëm reaksionet e lëkurës arritën rëndësi statistikore.

Kërkime të mëtejshme nevojiten për të kuptuar vlerën e kombinimit të trajtimit me vareniclinë dhe NRT dhe mundësinë për tu rekomanduar në nëngrupe 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 kufizuara mbi këtë skemë.

Vareniclina + bupropion SR

Edhe pse vareniclina dhe bupropion kanë mekanizmatë ndryshëm të veprimt, ngadonjëherë ato janë përdorur së bashku dhe kjo ka funksionuar tek duhanpirësit, të cilët kanë ndaluar përkohësisht pirjen e duhanit më parë duke përdorur monoterapi. Një studim pilot i këtij kombinimi demonstroi efikasitet të shkëlqyer dhe tolerancë të lartë, duke sugjeruar se një kombinim i varenicline

dhe bupropion SR mund të jetë efektive për rritjen 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 trajtime 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 aprovuar nga FDA për ndërprerjen e duhanpirjes.²³ Për pasojë 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 kundërrindikacione 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 qarta. Kërkime studimore shtesë janë të nevojshme për të mbështetur efikasitetin e kësaj metode si praktikë standarde (niveli i evidencës C).

Referencat

1. Fiore MC, Jaen CR, Baker TB, et al: Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update, Clinical Practice Guideline. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services. Public Health Service. May 2008.
2. Cahill K, Stevens S, Perera R, Lancaster T. Pharmacological interventions for smoking cessation: an overview and network meta-analysis. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 5. Art. No.: CD009329. DOI: 10.1002/14651858.CD009329.pub2.
3. Ebbert J.O., Hays J.T., D. Hurt, Combination Pharmacotherapy for Stopping Smoking: What Advantages Does it Offer? Drugs.

- 2010;70(6):643–650.
4. Japuntich SJ, Piper ME, Leventhal AM, Bolt DM, Baker TB. The effect of five smoking cessation pharmacotherapies on smoking cessation milestones, J.Consult.Clin. Psychol., 2011;79(1):34-42.
5. Hurt R.D., Ebbert J.O., Hays J.T., McFadden D.D., Treating Tobacco dependence in a Medical Setting, CA Cancer J Clin 2009;59:314-326.
6. Hajek P, West R, Foulds J, Nilsson F, Burrows S, Meadow A. Randomized comparative trial of nicotine polacrilex, a transdermal patch, nasal spray, and an inhaler. Arch Intern Med. 1999;159:2033–8.
7. Killen JD, Fortmann SP, Schatzberg AF, Hayward C, Sussman L, Rothman M, et al. Nicotine patch and paroxetine for smoking cessation, J Consult Clin Psychol. 2000;68:883-9.
8. Puska P, Korhonen H, Vartiainen E, Urjanheimo E-L, Gustavsson G, Westin A. Combined use of nicotine patch and gum compared with gum alone in smoking cessation: a clinical trial in North Karelia, Tob Control. 1995;4:231–5.
9. Kornitzer M, Boutsen M, Dramaix M, Thijs J, Gustavsson G. Combined use of nicotine patch and gum in smoking cessation: a placebo-controlled clinical trial. Prev Med. 1995; 24(1):41–7.
10. Kornitzer, M, Boutsen, M, Dramaix, M, et al Combined use of nicotine patch and gum in smoking cessation: a placebo controlled clinical trial. Prev Med. 1995;24:41–47.
11. Trofor A., Mihaltan F., Mihaicuta S., Pop M., Todea D et.al., Romanian Society of Pulmonologists Smoking Cessation and Smoker's Assistance Guidelines (GREFA), 2nd ed. – Tehnopress Iași, 2010, www.srp.ro.
12. Croghan GA, Sloan JA, Croghan IT, Novotny P, Hurt RD, DeKrey WL, et al. Comparison of nicotine patch alone versus nicotine nasal spray alone versus a combination for treating smokers: a minimal intervention, randomized multicenter trial in a nonspecialized setting, Nicotine Tob Res. 2003;5(2):181–7.
13. Blondal T, Gudmundsson LJ, Olafsdottir I, Gustavsson G, Westin A. Nicotine nasal spray with nicotine patch for smoking cessation: randomized trial with six year follow up, Br Med J. 1999;318:285–8.
14. Bohadana A., Nilsson F., Rasmussen T., Martinet Y., Nicotine Inhaler and Nicotine Patch as a Combination Therapy for Smoking Cessation, Arch Intern Med. 2000;160:3128-3134.
15. Jorenby DE, Leischow SJ, Nides MA, Rennard SI, Johnston JA, Hughes AR, et al. A controlled trial of sustained- release Bupropion, a nicotine patch, or both for smoking cessation. N Engl J Med. 1999;340:685-691.
16. Hughes J, Stead L, Hartmann-Boyce J, Cahill K, Lancaster T. Antidepressants for smoking cessation, Cochrane Database Systematic Reviews 2014; 1:Art. No. CD000031. doi: 10.1002/14651858.CD000031.pub4.
17. Evins AE, Cather C, Culhane MA, Birnbaum A, Horowitz J, Hsieh E, et al. A 12-week doubleblind, placebo- controlled study of Bupropion sr added to high-dose dual nicotine replacement therapy for smoking cessation or reduction in schizophrenia, J Clin Psychopharmacol. 2007;27(4):380–6.
18. Croghan IT, Hurt RD, Dakhil SR, Croghan GA, Sloan JA, Novotny PJ,

- et al. Randomized comparison of a nicotine inhaler and Bupropion for smoking cessation and relapse prevention, Mayo Clin Proc. 2007;82(2):186–95.
19. Smith SS, McCarthy DE, Japuntich SJ, Christiansen B, Piper ME, Jorenby DE, et al. Comparative effectiveness of 5 smoking cessation pharmacotherapies in primary care clinics, Arch Intern Med. 2009;169(22):2148–55.
20. Faessel HM, Gibbs MA, Clark DJ, Rohrbacher K, Stolar M, Burstein AH. Multiple-dose pharmacokinetics of the selective nicotinic receptor partial agonist, Varenicline, in healthy smokers, J Clin Pharmacol. 2006;46(12):1439–48.
21. Ebbert JO, Burke MV, Hays JT, Hurt RD. Combination treatment with Varenicline and nicotine replacement therapy. Nicotine Tob Res. 2009;11(5):572–6.
22. Bolt DM, Piper ME, Theobald WE, Baker TB. Why two smoking cessation agents work better than one: Role of craving suppression. Nicotine Tob. Res. 2012;80(1):54–65.
23. Loh WY, Piper ME, Schlam TR, Fiore MC, Smith SS, Jorenby DE, Cook JW, Bolt DM, Baker TB. Should all smokers use combination smoking cessation pharmacotherapy? Using novel analytic methods to detect differential treatment effects over 8 weeks of pharmacotherapy. Nicotine Tob. Res. 2012;14(2):131–41.
24. Hajek P1, Smith KM, Dhanji AR, McRobbie H. Is a combination of varenicline and nicotine patch more effective in helping smokers quit than varenicline alone? A randomised controlled trial. BMC Med. 2013 May 29;11:140.
25. Ramon JM1, Morchon S, Baena A, Masuet-Aumatell C. Combining varenicline and nicotine patches: a randomized controlled trial study in smoking cessation. BMC Med. 2014 Oct 8;12:172.
26. Koegelenberg CF, Noor F, Bateman ED, van Zyl-Smit RN, Bruning A, O'Brien JA, Smith C, Abdool-Gaffar MS, Emanuel S, Esterhuizen TM, Iruken EM. Efficacy of varenicline combined with nicotine replacement therapy vs varenicline alone for smoking cessation: a randomized clinical trial. JAMA;312(2):155–61. doi: 10.1001/jama.2014.7195.

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 përpjekje 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.¹ Studimi i Shëndetit të Mushkërive ka zbuluar se rreth 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.² 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 rrezikun e rikthimit dhe rriti gjasat e shërimit ndaj varësisë së duhanit, në krahasim me 8 javët e përdorimit të NRT.³

Çamçakëzi nikotine dhe ngjitësi 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.¹ 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).¹

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 produkte 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 përfshinte edhe këshillime 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 nikotinës); (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 zgjatura.⁴

Trajtim i zgjatur me vareniclinë

Trajtimi me vareniclinë 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.

Vareniclina është konsideruar si një mjekim efikas për të trajtuar varësinë nga nikotina, për 24 javë, një mjekim që ka rezultuar pozitiv sidomos tek pacientët që pas një trajtimi 12 javor i rikthehen zakonisht të të pirit duhan. Vareniclina është konsideruar si medikamenti i parë që ka rezultuar të ketë një efekt të rëndësishëm afatgjatë kundër rikthimit tek duhani. 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 tejkaloj kurimin standard 7-9 javë dhe të japi rezultate pozitive në fund të trajtimit duke parandaluar dëshirën e rikthimit tek duhani. Në një studim të placebo, 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 mirv abstinence re pas 52 javësh në bupropion grup (55.1%) vs. 42.3% në grupin placebo. Kjo përqindje mbeturi e njëjtë gjatë ndjekjes në 78 javë (47.7% në grupin bupropion v. 37.7% në grupin placebo, $p = 0.034$), por ajo u bë e parëndësishme në fund të 104-javëve të vizitës së fundit studimore (41.6% për grupin bupropion v. 40.0% për grupin placebo). Recidiva ndodh mesatarisht në 156 ditë për grupin bupropion, kundrejt 65 ditëve për grupin placebo ($p = 0.021$), një fakt që është i pamohueshëm gjatë trajtimit me bupropion.⁶

Cox et al. randomizoi duhanpirës të trajtuar me bupropion për shtatë javë ose bupropion të vazhdueshëm për një vit ose me placebo.⁷ Bupropioni rezultoi më pozitiv në fund të trajtimit, në krahasim me placebo. Nuk u vunë re ndryshime në rezultate në ndjekjen njëvjeçare 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 duhani.⁸ Të gjithë pjesëmarrësve u ishin ofruar më pas katër seanca për parandalimin në rikthim dhe vazhduan trajtimin aktiv për 14 javë. Nuk ka pasur diferenca në shkallën e abstinencës ndërmjet kushteve për 1 vit.

Kur është e përshtatshme, trajtimi farmakologjik mund të zgjatet për periudha më të gjata nga sa rekomandohen zakonisht. Është e njohur që efektet më të mira në shkallën e abstinencës vijnë për shkak të terapisë afat-gjatë me nikotinë-leukoplast dhe NRT të tjera sa të ketë dëshirë pacienti¹.

Referencat

1. Trofor A., Mihaltan F., Mihaicuta S., Pop M., Todea D et.al., Romanian Society of Pulmonologists Smoking Cessation and Smoker's Assistance Guidelines (GREFA), 2-nd ed. – Tehnopress Iași, 2010, www.srp.
2. Effects of randomized assignment to a smoking cessation intervention and changes in smoking habits on respiratory symptoms in smokers with early chronic obstructive pulmonary disease: the lung health study. Am J of Med. 1999;106(4):410-416.
3. Schnoll R.A., Patterson.F., Wileyto E.P., Heitjan D.F., Shields A.E., Asch D.A., Lerman C., Effectiveness of Extended-Duration Transdermal Nicotine Therapy, Ann Intern Med. 2010;152:144-151.
4. Hall S.M., Humfleet G.L., Muñoz.R.F., Reus V.I., Robbins J.A., Prochaska J.J. Extended treatment of older cigarette smokers, Addiction,2009;104(6):1043-52.
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.
6. Hays J.T., Hurt R.D., Rigotti N.A., Niaura R., Gonzales D., Durcan M.J., Sachs D.P., Wolter T.D.,Buist A.S.,Johnston J.A., White J.D., Sustained release Bupropion for pharmacologic relapse prevention after smoking cessation, a randomized, controlled trial, Ann. Intern. Med., 2001;135(6):423-33.
7. Cox LS, Nollen NL, Mayo MS, Choi WS, Faseru B, Benowitz NL, Tyndale RF, Okuyemi KS, Ahluwalia JS., Bupropion for Smoking Cessation in African American Light Smokers: A Randomized Controlled Trial. J Natl Cancer Inst., 2012;104(4):290-8.28.
8. Killen JD, Fortman SP., Murphy GM Jr, Harvard C., Arredondo C., Crompt D., Celio M., Abe L., Wang Y., Schatzberg AL, Extended treatment with Bupropion SR for cigarette smoking cessation, J. Consult Clin Psychol. 2006;74(2):286-94.

4.5 Fakte të vlefshme në procesin për ndërprerjen e duhanit

Qasje të shumta ekzistojnë për t'i thënë jo duhanit. Qasje të aprovuara 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.¹ Review-ja e kërkimeve klinike për pesë fazat e disponueshme I / II, që përdornin vaksina kundrejt nikotinës solli një rritje të heqjes dorë nga duhani 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.²

Një review e dytë nga Cochrane Collaboration arriti në përfundimin se nuk ka prova për të mbështetur përdorimin e vaksinës për të hequr dorë nga duhani. Kërkime të mëtejshme janë të nevojshme.³

Silver Acetate

Studimet e bëra në lidhje me efektet e Silver Acetate rezultuan jo efikase në procesin e heqjes dorë nga duhani.⁴

Nicobrevin

Një përmbledhje e studimeve afatgjata për të vlerësuar efektet e Nicobrevin, një produkt farmaceutik që shërben si një ndihmë për ndërprerjen e duhanit, nuk dha asnjë dëshmi se Nicobrevin mund të ndihmojë në ndërprerjen e duhanit.⁵

Lobeline

Studimet për Lobelinë një agonist i pjesshëm i nikotinës i përdorur për të hequr dorë nga duhani nuk ka rezultuar pozitivë në këtë proces.⁶

Anksiolitikët

Një rishikim i efektivitetit të farmakoterapisë anksiolitike me droga të tilla si diazepam, doxepin, meprobamate, ondansetron, dhe beta-blokues si metoprolol, oxprenolol dhe propranolol, në shërbim të luftës kundër duhanit nuk kanë gjetur dëshmi të qëndrueshme dhe pozitive dhe pse pritshmëritë nuk mund të përjashtohen.⁷

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.⁸

Mecamylamine

Një përmbledhje e studimeve duke përdorur antagonist të nikotinës mecamylamine, gjithashtu në kombinim me NRT treguan nevojën për të konfirmuar provat e mundshme në studime të mëtejshme.⁹

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.¹⁰

CB1 Antagonistët e Receptorëve

Një përmbledhje e tre studimeve për të përcaktuar nëse antagonistët e receptorëve selektivë CB1 (aktualisht rimonabanti 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 2008.¹¹

Tabletat Glukozë

Studimet e bëra në lidhje me tabletat e glukozës për të ndihmuar ndërprerjen e duhanit, rezultuan pozitive dhe përmirësuese 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.¹²

Ndërrhyrjet jo-farmaceutike

Ndërrhyrjet bazuar tek partnerët

Përmbledhja e 57 artikujve të vlefshëm mbi përfshirjen 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.¹³

Nxitjet Financiare

Përmbledhja e 17 studimeve të bëra nuk rezultoi 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 përmirësuar normat e ndërprerjes në fund të shtatzanisë dhe në periudhën e pas-lindjes.

Ndërhyrjet e bazuara tek Ushtrimet

Një përmbledhje e kërkimeve 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, gjeti 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 mungesë të përfundimeve të sigurta.¹⁷

Stimulimi Aversiv

Një përmbledhje e 25 studimeve për të përcaktuar efikasitetin e duhanpirjes së nxituar dhe metodave të tjera aversive (ndëshkuese) të ndërprerjes së duhanit dhe për të konstatuar efektet e mundshme dozë-përgjigje të varësisë nga stimuljt aversivë, nuk ka gjetur prova të mjaftueshme për të përcaktuar nëse ka një përgjigje nga stimulimet aversive.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 dekurajojnë, por është e këshillueshme të mos e ndalojnë atë, për shkak të rrezikut që duhanpirësit mund të heqin dorë edhe nga mjekësia konvencionale.
- Një kombinim i mjekësisë konvencionale dhe mjekësisë jo konvencionale është në shumicën e rasteve më i mirë sesa përdorimi i vetëm i mjekësisë jo-konvencionale.

Referencat

1. Escobar-Chávez J.J., Dominguez-Delgado C., Rodriguez-Cruz I. Targeting nicotine addiction: the possibility of a therapeutic vaccine. Drug Des Devel Ther. 2011;5:211–224.
2. Raupach T, Hoogsteder PH, Onno van Schayck CP. Nicotine vaccines to assist with smoking cessation: current status of research. Drugs. 2012;72(4):e1–16.
3. Hartmann-Boyce J, Cahill K, Hatsukami D, Cornuz J. Nicotine vaccines for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012, Issue 8. Art. No.: CD007072. DOI: 10.1002/14651858.CD007072.pub2.
4. Lancaster T, Stead LF. Silver acetate for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012, Issue 9. Art. No.: CD000191. DOI: 10.1002/14651858.CD000191.pub2.
5. Stead LF, Lancaster T. Nicobrevin for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2006, Issue 2. Art. No.: CD005990. DOI: 10.1002/14651858.CD005990.
6. Stead LF, Hughes JR. Lobeline for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012, Issue 2. Art. No.: CD000124. DOI: 10.1002/14651858.CD000124.pub2.
7. Hughes JR, Stead LF, Lancaster T. Anxiolytics for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2000, Issue 4. Art. No.: CD002849. DOI: 10.1002/14651858.CD002849.
8. David SP, Lancaster T, Stead LF, Evins AE, Prochaska JJ. Opioid antagonists for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 6. Art. No.: CD003086. DOI: 10.1002/14651858.CD003086.pub3.
9. Lancaster T, Stead LF. Mecamylamine (a nicotine antagonist) for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 1998, Issue 2. Art. No.: CD001009. DOI: 10.1002/14651858.CD001009.

10. Sood A, Ebbert JO, Wyatt KD, Croghan IT, Schroeder DR, Sood R, Hays JT. Gabapentin for smoking cessation. *Nicotine Tob Res.* 2010;12(3):300-4.
11. Cahill K, Ussher MH. Cannabinoid type 1 receptor antagonists for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011, Issue 3. Art. No.: CD005353. DOI: 10.1002/14651858.CD005353.pub4.
12. West R, May S, McEwen A, McRobbie H, Hajek P, Vangeli E. A randomised trial of glucose tablets to aid smoking cessation. *Psychopharmacology (Berl).* 2010;207(4):631-5.
13. Park EW, Tudiver FG, Campbell T. Enhancing partner support to improve smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, Issue 7. Art. No.: CD002928. DOI: 10.1002/14651858.CD002928.pub3.
14. Cahill K, Hartmann-Boyce J, Perera R. Incentives for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2015, Issue 5. Art. No.: CD004307. DOI: 10.1002/14651858.CD004307.pub5.
15. Ussher MH, Taylor A, Faulkner G. Exercise interventions for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2014, Issue 8. Art. No.: CD002295. DOI: 10.1002/14651858.CD002295.pub5.
16. Barnes J, Dong CY, McRobbie H, Walker N, Mehta M, Stead LF. Hypnotherapy for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010, Issue 10. Art. No.: CD001008. DOI: 10.1002/14651858.CD001008.pub2.
17. White AR, Rampes H, Campbell J. Acupuncture and related interventions for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2014, Issue 4. Art. No.: CD000009. DOI: 10.1002/14651858.CD000009.pub4.
18. Hajek P, Stead LF. Aversive smoking for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2001, Issue 3. Art. No.: CD000546. DOI: 10.1002/14651858.CD000546.pub2.

E-cigare

E-cigaret 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.¹ Fishekë të disponueshëm që përmbajnë masë të lëngshme që përdoret në cigare janë në dispozicion në të dy format e lira 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 shqetësime se e-cigare tani është bërë një produkt fillimi duhani, një produkt për konsum në zonat ku nuk pihet duhani. Me fishekë të disponueshëm, e-cigaret janë bërë më ekonomike se sa cigare të rregullta për thithje nikotine dhe eksperimentimi me e-cigare nga të rinjtë po bëhet gjithnjë e më i zakonshëm në të gjithë Europën.²

Efikasiteti

Një review e bërë në Cochrane Collaboration ekzaminoi provat në lidhje me efikasitetin e e-cigareve në abstinencën e duhanpirjes.³ 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 përmbajtje të ulët nikotine, dhe këto studime vuajnë nga disa kufizime metodologjike. Pjesëmarrësit që përdornin e-cigare kishin më shumë të ngjarë të kenë abstenuar nga pirja e duhanit për të paktën gjashtë muaj, në krahasim me pjesëmarrësit që përdorën placebo EC (RR 2.29, 95% CI 1.05 në 4.96, placebo 4% kundrejt e-cigare 9%).³ Bullen et al., kreu një studim krahasues me tre grupe: e-cigare (me nikotinë), e-cigare (jo nikotinë), dhe NRT-leukoplast. Studimi nuk gjeti asnjë diferencë sinjifikante në mes të e-cigareve (me nikotinë) dhe NRT, dhe të dyja ishin superiore ndaj e-cigareve (jo nikotinë).⁴

Në drejtim të reduktimit të duhanit, prova shumë të kufizuara sugjerojnë që njerëzit ishin në gjendje të reduktonin së paku deri në gjysmë konsumin e cigareve me e-cigare (me nikotinë) në krahasim me e-cigare placebo (RR 1.31, 95% CI 1.02-1.68, 2 studime; placebo : 27% kundrejt e-cigare: 36%) dhe në krahasim me nikotinë-leukoplast (RR 1.41, 95% CI 1.20 në 1.67, 1 studim; nikotinë-leukoplast: 44% kundrejt e-cigare: 61%).³ Gjetje të ngjashme janë raportuar nga studimet kohorte. Polosa et al. testoi kategorinë e-cigare në Itali tek duhanpirësit e gatshëm për të hequr dorë, duke raportuar ulje të konsiderueshme në numrin e cigareve të pira në ditë dhe norma të qëndrueshme të mospërdorimit me 22.5% dhe 12.5% pas 6 muajve të përdorimit të e-cigareve.⁵ Përsëri këto studime vuajnë nga kufizime metodologjike.

Studimet laboratorike kanë gjetur gjithashtu se e-cigaret janë efektive në uljen e dëshirave për cigare tek duhanpirësit.^{6,7} Ekziston një nevojë urgjente për studime klinike për të përcaktuar efikasitetin, nëse ka, të e-cigare në promovimin e abstinencës së duhanit.

Siguria

Emetimet e ndotjes në ajër (total suspended particulate -TSP) që rrjedhin nga e-cigare janë rreth 60 mcg / m³, 10-15 herë

më të ulëta se ato të cigares konvencionale.⁸ Për secilin nga fraksionet e ndryshme të PM, (PM^{1,2,5,7,10}), ka një densitet të ulët (duke filluar nga 6 deri në 21 herë) për e-cigare 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 përdorime afat-shkurtra nuk është parë të jetë toksinë e rëndë.⁹ Studime të kryera rishtaz kanë ekzaminuar toksicitetin e aromatizuesve të përdorur në lëngjet e cigareve elektronike. Lerner et. al. raportojnë se ekspozimi tek aerozolet/lëngjet e cigareve elektronike shkaktojnë oksidim të matshëm dhe përgjigje 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 cigareve elektronike.^{3,11,12} Farsalinos dhe Polosa rishikuan evidencat laboratorike dhe klinike në lidhje me rreziqet potenciale të përdorimit të cigareve elektronike, krahasuar me përdorimin e vazhduar të cigareve dhe arritën në përfundimin se cigaretet elektronike janë më pak të dëmshme krahasuar me rrezikun e madh të duhanpirjes së vazhduar.¹¹ Pisinger dhe Dossing raportuan mbi rishikimin e 76 studimeve, të cilat raportonin pasojat shëndetësore të përdorimit të cigareve elektronike. Ata arritën në përfundimin se për shkak të studimeve relativisht të pakta dhe problemeve në metodologji të studimeve egzistuese, si dhe të mungesës së konsequencës të rezultateve midis studimeve të publikuara, dhe mungesës së ndjekjeve afatëgjatë, se nuk mund të jepen konkluzione të sigurta në lidhje me përdorimin e cigareve elektronike.¹²

Megjithatë autorët vërejtën se pavarësisht mungesës së evidencave shkencore, cigaret elektronike nuk mund të konsiderohen të dëmshme.

Mungesa e studimeve të realizuara ka bërë që shumë autoritete kombëtare të ndalojnë promovimin e këtyre produkteve si produkte për ndërprerjen e duhanpirjes.

Rekomandime:

- Nuk ka evidenca të mjaftueshme për të vlerësuar në mënyrën e duhur rreziqet shëndetësore të lidhura me përdorimin e cigareve elektronike (niveli i evidencës B).

- Nuk ka evidenca të mjaftueshme në lidhje me efikasitetin e cigareve elektronike si ndihmë në ndërprerjen e duhanit dhe mbështetjen e përdorimit 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, profesionistët e shëndetit nuk duhet ti rekomandojnë këto produkte (niveli i evidencës B).
- Ka një nevojë urgjente për studime eksperimentale që të përcaktojnë sigurinë dhe efikasitetin, nëse ka, të e-cigareve në promovimin e abstinencës së duhanpirjes.

Referencat

1. Etter J-F. The Electronic Cigarette: An Alternative to Tobacco? Geneva, Switzerland: Jean-Francois Etter, 2012; 1-125.
2. European Commission. Attitudes of Europeans towards tobacco, special Eurobarometer 385. May 2012. http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_385_en.pdf
3. Hartmann-Boyce J, McRobbie H, Bullen C, Begh R, Stead LF, Hajek P. Electronic cigarettes for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2016, Issue 9. Art. No.: CD010216. DOI: 10.1002/14651858.CD010216.pub3.
4. Bullen C, Howe C, Laugesen M, McRobbie H, Parag V, Willman J, et al. Electronic cigarettes for smoking cessation: a randomised controlled trial. *Lancet* 2013;382(9905):1629-37.
5. Polosa R, Morjaria JB, Caponnetto P, Campagna D, Russo C, Alamo A, et al. Effectiveness and tolerability of electronic cigarette in real-life: a 24-month prospective observational study. *Internal and Emergency Medicine* 2014;9(5):537-46.
6. Bullen, C., McRobbie, H., Thornley, S., Glover, M., Lin, R. & Laugesen, M. Effect of an electronic nicotine delivery device (e-cigarette) on desire to smoke and withdrawal, user preferences and nicotine delivery: Randomized cross-over trial. *Tob Control* 2010; 19: 98-103.
7. Vansickel, A. R., Cobb, C. O., Weaver, M. F. & Eissenberg, T. E. A clinical laboratory model for evaluating the acute effects of electronic “cigarettes”: Nicotine delivery profile and cardiovascular and subjective effects. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2010; 19(8): 1945-53.
8. Pellegrino R.M, Tinghino B, Mangiaracina G., Marani A., Vitali M., Protano C., and M.S. Cattaruzza. Electronic cigarettes: an qualitative evaluation of exposure to chemicals and fine particulate matter. *Ann Ig* 2012;24:1.
9. Vardavas CI, Anagnostopoulos N, Kougias M, Evangelopoulou V, Connolly GN, Behrakis PK. Short-term pulmonary effects of using an electronic cigarette: Impact on respiratory flow resistance, impedance,

- and exhaled nitric oxide. Chest 10. 2012;141(6):1400-6.
11. Lerner CA, Sundar IK, Yao H, Gerloff J, Ossip DJ, McIntosh S, et al. Vapors produced by electronic cigarettes and e-juices with flavorings induce toxicity, oxidative stress, and inflammatory response in lung epithelial cells and in mouse lung. PLoS One 2015;10(2):e0116732.
 12. Farsalinos K.E., and R. Polosa. Safety evaluation and risk assessment of electronic cigarettes as tobacco cigarette substitutes: a systematic review. Ther Adv Drug Saf. 2014 Apr; 5(2): 67–86.
 14. Pisinger C, Døssing M. A systematic review of health effects of electronic cigarettes. Prev Med. 2014;69:248-60.

4.6 Rekmandime 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 gatshëm 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 lënia përfundimtare e pirjes së duhanit.

Dy dobite kryesore të metodës së reduktimit të duhanpirjes janë:

- reduktimi i pirjes së duhanit dhe në këtë mënyrë dhe i disa prej rreziqeve të lidhura me pirjen e tij;
- rrit besimin e pacientit në aftësinë e tij/asaj për ta ndërprerë përfundimisht dhe me kalimin e viteve rrit dhe numrin e përpjekjeve për lënien e duhanpirjes.

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; përkundrazi është vërejtur efekti i kundërt. 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 tu jepet një alternativë për lënien e duhanit duke përdorur edhe këto mënyra.¹ Pacientët që nuk janë të gatshëm për të lënë duhanin, por që u është propozuar reduktimi i duhanpirjes, janë

më të gatshëm 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 lënia përfundimtare e duhanit.^{3,4}

Reduktimi i duhanpirjes është përkufizuar si ulje në 50% e numrit fillestar të cigareve, por pa abstinencë përfundimtare.¹

Të dhëna të pakta (nga studime të vogla, në popullata të përzgjedhura për periudha ndjekje të shkurta) sugjerojnë se reduktimi i dukshëm i duhanpirjes mund të reduktojë disa faktorë rreziku kardiovaskular dhe duhet të përmirësojë simptomat respiratore. Reduktimi i duhanpirjes është i shoqëruar me ulje 25% të bio-markerve (shënuesve) të duhanit dhe incidencën e kancerit pulmonar dhe merritjetë ulët, pothuajse të papërfillshme në shtimin e peshës së lindjes tek fëmijët e lindur nga nëna që kanë ndërprerë duhanin.² 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 duhanin. 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 dukshme të biomarkerave të oksidit të karbonit.² Studimi ROSCAP në lidhje me reduktimin e duhanpirjes në pacientët kardiale ishte një studim eksperimental i randomizuar i cili vlerësoi efikasitetin e strategjisë së reduktimit të duhanpirjes mbi zvogëlimin e efekteve të dëmshme 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 zëvendësimin 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 pandjeshmëria e tyre janë faktorë të rëndësishëm në përdorimin e duhanit midis personave me pikëzimin Fagerström më shumë

se 3, madje më shumë se 6.⁴ Reduktimi i duhanpirjes do të propozohet rregullisht tek duhanpirësit me varësi të lartë që kanë pikëzimin 7 ose më të lartë në testin Fagerström, vuajnë nga sëmundje të lidhura me duhanpirjen dhe që nuk janë gati për ta lënë duhanin.

Një studim meta-analizë në shtatë prova të përzgjedhura rastësisht ku u përfshinë 2767 duhanpirës, të cilët fillimisht nuk ishin të gatshëm për të lënë duhanin, tregoi se rastet me abstinencë, gjashtë muaj pas fillimit të trajtimit ishin në mënyrë të dukshme më të larta te duhanpirësit që ishin përfitues të rastësishëm nga NRT (nicotinë çëmçakëz, inhalim apo leukoplast) për gjashtë apo më shumë muaj, në çastin që përpiqeshin për të reduktuar duhanpirjen e tyre, krahasuar me ata të grupit të kontrollit: 9% vs. 5%.⁷

Terapia zëvendësuese me nikotinë përdoret si zëvendësim pasi numri i cigareve të konsumuara në ditë reduktohet, dhe në këtë mënyrë dhe efektet e dëmshme të produkteve 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).

4.6.2 Reduktimi i duhanpirjes me vareniclinë

Një studim i fundit i kryer nga Ebbert et al. mbi një eksperiment

të randomizuar, të verbër, të dyfishtë, ekzaminoi përdorimin e vareniclinës midis duhanpirësve të cilët nuk ishin të gatshëm apo nuk ishin në gjendje për të lënë duhanin brenda 30 ditëve pasuese, por ishin të gatshëm për të reduktuar duhanpirjen dhe për ta lënë duhanin në 3 muajt në vijim.⁸ Studimi gjeti se përdorimi i vareniclinës rriti në mënyrë të dukshme rastet e abstinencës nga duhani në fund të trajtimit dhe në fund të ndjekjes, krahasuar me placebo (për 12-muaj: 27.0% për grupin e varenicline vs 9.9% për grupin e placebo; RD, 17.1% [95% CI, 13.3%-20.9%]; RR, 2.7 [95% CI, 2.1-3.5]).

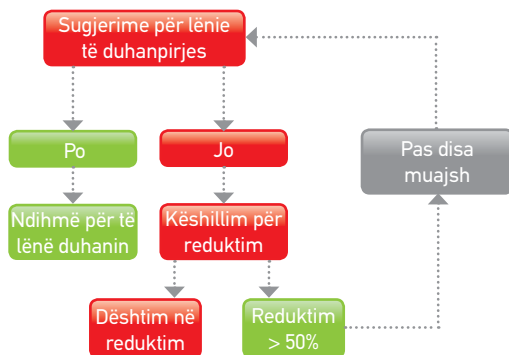
Rekomandime

- Reduktimi i duhanpirjes rrit propabilitetin për përpjekje në lënien e duhanit në të ardhmen (niveli i evidencës A).
- Përdorimi i NRT rekomandohet si pjesë e metodës 'reduktio për të lënë duhanin' tek duhanpirësit, të cilët raportojnë shifra të larta të varësisë nga nikotina (niveli i evidencës A).
- Përdorimi i vareniclinës si pjesë e metodës 'reduktio për të lënë duhanin' është parë të jetë efektive në një eksperiment (niveli i evidencës B).

Referencat

1. Lindson-Hawley N, Aveyard P, Hughes JR. Reduction versus abrupt cessation in smokers who want to quit. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012, Issue 11. Art. No.: CD008033. DOI: 10.1002/14651858.CD008033.pub3.
2. Trofor A, Mihaltan F., Mihaicuta S., Pop M., Todea D et.al., Romanian Society of Pulmonologists Smoking Cessation and Smoker's Assistance Guidelines (GREFA), 2nd ed. – Tehnopress Iași, 2010, www.srp.ro
3. NICE Guidelines: Tobacco: Harm-reduction approaches to smoking cessation. National Institute for Health Care Excellence, United Kingdom. <https://www.nice.org.uk/guidance/ph45>.
4. Bolliger C, Zellweger JP, Danielsson T and al. Smoking reduction with oral nicotine inhalers: double blind, randomised clinical trial of efficacy and safety. BMJ 2000;321:329-333.
5. Anthonisen N, Connett J and Muttay R for the Lung Health Study Group. Smoking and lung function of lung health study participants after 11 years. Am J Respir Crit Care Med. 2002;166:675-79.
6. Ludvig J, Miner B, Eisenberg M.J. Smoking cessation in patients with coronary artery disease, Am Heart J 2005;149:565-72.
7. Moore D, Aveyard P, Connock M, Wang D, Fry-Smith A, Barton P. Effectiveness and safety of nicotine replacement therapy assisted

Figura 4.9: Strategjia e duhanpirjes 'Redukto për të lënë duhanin'



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

8. Ebbert JO, Hughes JR, West RJ, Rennard SI, Russ C, McRae TD, Treadow J, Yu CR, Dutro MP, Park PW. Effect of varenicline on smoking cessation through smoking reduction: a randomized clinical trial. JAMA. 2015;313(7):687-94.

4.7 Trajtimet e rekomanduara për të parandaluar rifillimin e duhanpirjes

Rifillimi i përkufizuar si rikthimi në përdorimin e substancave pas një periudhe abstinence/ mospërdorimi, është pjesë frustruese, por e pashmangshme e shërimit nga procesi i pirjes së duhanit. Duke iu referuar rifillimit si dështim 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 përfshirë në eksperimentet për ndërprerjen e duhanpirjes raportojnë histori me përpjekje në të kaluarën për lënien e duhanit, por shumica tashmë kanë dështuar të paktën një herë edhe kur kanë përdorur ndihmë farmakologjike^{1,2} dhe se gabimet më të shumta ndodhin brenda 24 orëve të para pas ditës së lënies.

Strategjitë e sjelljes

Tri janë strategjitë më të mëdha të zakonshme për programet aktuale të parandalimit të rifillimit: (1) strategjitë njohëse-sjelljes (konjitive-bihejvioriste) për të shmangur rikthimin kur dëshira është e pranishme dhe për të mësuar nga çdo rast gabimi; (2) strategjitë e mbështetjes sociale të fokusuara në nevojat e duhanpirësve për suport emocional nga familjarët/miqetë e ngushtë; (3) strategjitë në ndryshime të stilit të jetesës, të përqëndruara në ndihmesën e duhanpirësve për të zhvilluar identitete të reja sociale si individë të lirë nga medikamentët.^{1,2} Aktualisht evidencat shkencore janë të kufizuara në mbështetjen e përdorimit të çdo lloji ndërhyrjeje specifike të sjelljes për të ndihmuar në parandalimin e rifillimit midis individëve të cilët ishin të sukseshëm në lënien e duhanit.³ Ndërhyrjet specifike individuale apo në grup nuk e parandalojnë rifillimin, pavarësisht nga kohëzgjatja e tyre ose koha e kontaktit, edhe pas tetë javësh të këshillimit telefonik.^{2,3}

Ndërhyrjet e fokusuara në 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.³ Në mënyrë që të hartohen ndërhyrje 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.^{5,6}

Përdorimi i medikamenteve

Trajtimi i zgjeruar me varenicline duket të jetë efektiv në parandalimin e rikthimit pas një periudhë fillestare mospërdorimi ose një episodi akut trajtimi, megjithatë evidenca është e kufizuar vetëm në një studim.³ Hayek et al. në 2009 gjetën se administrimi i zgjatur i vareniclinës për parandalimin e rikthimit, veçanërisht në ata pacientë që ishin abstinente më vonë, gjatë trajtimit standart 12 javësh me vareniclinë.⁷ Pacientët ishin randomizuar në dy grupe: trajtimi shtesë tre-mujor me vareniclinë kundrejt placebo 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. Abstinencia në javën e 52-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 duhanpirësit të cilët nuk ishin të sukseshëm në lënien e duhanit në javën e 1 ose 2 të lënies, mund të rezultojë e dobishme, siç u vu re në studimin e 1208 pacientëve, të cilët ishin abstinente në javën e 12-të të terapisë me vareniclinë.⁷

Nuk ka evidencë të fortë në lidhje me përdorimin e gjerë të bupropion pasi është menduar jo i dobishëm në rastet e rikthimit.³ Një numër i pakët studimesh ka gjetur se përdorimi i gjerë i NRT është efektiv në parandalimin e rikthimit, edhe pse nevojiten kërkime shtesë.³

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 gjashtë javësh tentativash për ndërpreje të duhanit.⁸ Autorët për të ekzaminuar efektet e medikamenteve në lënien e duhanpirjes përdorën qasjen e

përshkruar nga Shiffman et al. për tre "momente" të lënies së duhanpirjes: abstinencia 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 abstinencës fillestare; (2) tabletat e nikotinës reduktojnë rrezikun për kthim; (3) bupropion dhe fashot e nikotinës do të sjellin reduktim të rrezikut të rikthimit që pason kthimin; dhe (4) kombinimi i terapisë farmakologjike (bupropion dhe tableta, fasho dhe tableta) 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 abstinencës fillestare dhe në reduktimin e rrezikut për kthim, por evidenca 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 abstinencës fillestare dhe në parandalimin e kthimit tek duhanpirja. Fashot dhe tabletat me nikotinë sillnin abstinencë 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 lënie apo tek ata që janë bërë rishtaz abstinente. Përdormi më i gjerë i këtyre trajtimeve efektive parandaluese për rifillim mund të sjellë përfitime të dukshme shëndetësore, me kosto të pranueshme për ofruesit e kujdesit shëndetësorë.⁹

Njohja e gradës së rrezikut për rikthim mund të ndihmojë klinikistët që tu sigurojnë individëve trajtimet optimale për të identifikuar ata që kanë nevojë për ndërhyrje më 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 pyetësin me shtatë pyetje WI-PREPARE për tu siguruar studiuesve dhe klinikistëve instrumentin me të cilin mund të masnin prirjen për rikthim, që është efektive në parashikimin si të rikthimit afat-shkurtër dhe afat-gjatë midis duhanpirësve që janë të interesuar për ta lënë duhanin.¹⁰

Rekomandimet:

- Aktualisht nuk ka evidenca të mjaftueshme që të mbështesin përdorimin e ndonjë ndërhyrjeje specifike 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 parandalojë rifillimin e duhanit (niveli i evidencës B).
- Trajtimi i zgjeruar me bupropion nuk ka gjasa të ketë një efekt klinikisht të rëndësishëm (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 zgjata të terapisë zëvendësuese me nikotinë NRT (niveli i evidencës B).

Referencat

1. Piasecki T.M., Relapse to smoking, *Clinical Psychology Review*, 2006;26:196-215.
2. DeJong W., Relapse Prevention: An Emerging Technology for Promoting Long-Term Drug Abstinence. *Substance use and misuse*, 1994;29(6):681-705.
3. Hajek P, Stead LF, West R, Jarvis M, Hartmann-Boyce J, Lancaster T. Relapse prevention interventions for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 8. Art. No.: CD003999. DOI: 10.1002/14651858.CD003999.pub4.
4. Agboola S, McNeill A, Coleman T, Leonardi Bee J., A systematic review of the effectiveness of smoking relapse prevention interventions for abstinent smokers. *Addiction*. 2010 Aug;105(8):1362-80.
5. Clarke J.G., Martin R.A., LAR Stein, Lopes C.E., Mello J., Friedmann P., Bock B., Working Inside for Smoking Elimination (Project W.I.S.E.) study design and rationale to prevent return to smoking after release from a smoke free prison *BMC Public Health* 2011;11:767.
6. Polanska K, Hanke W, Sobala W, Lowe JB, Jaakkola JJ, Predictors of smoking relapse after delivery: prospective study in central Poland, *Matern Child Health J*. 2011;15(5):579-86.
7. Hayek P, Tonnesen P., Arteaga C., Russ C., Tonstad S., Varenicline in prevention of relapse to smoking: effect of quit pattern on response to extended treatment, *Addiction*, 2009;104:1597-1602.
8. Japuntich S.J., Piper M.E., Leventhal A.M., Bolt D.M., Baker T.B., The Effect of Five Smoking Cessation Pharmacotherapies on Smoking Cessation Milestones, *J Consult Clin Psychol*. 2011;79(1):34-42.
9. Taylor M, Leonardi-Bee J, Agboola S, McNeill A, Coleman T., Cost effectiveness of interventions to reduce relapse to smoking following smoking cessation, *Addiction*, 2011;106(10):1819-26.
10. Bolt D., M., Piper M.E., McCarthy D.E., Japuntich J.S., Fiore M.C., Smith S.S., Baker T.B., The Wisconsin predicting patients relapse questionnaire, *Nicotine & Tobacco Research*, 2009;11(5):481-4.

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 përdorin duhan, përveç rasteve kur përdorimi i ilaçeve është i kundërrindikuar (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 e mëposhtëm.

4.8.1. Trajtimet e rekomandura për gratë shtatzane

Mospërdorimi i duhanit është thelbësor për gratë shtatzëna. 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 dëshira 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.

Për gratë shtatzëna, 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 shtatzënisë. Reduktimi në numrin e cigareve të tymosura në ditë nuk mund të jetë një objektivi i pranueshëm. Vetëm abstenenca 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 kolegët 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 specifike anësore të

terapisë zëvendësuese me nikotinë, më të rënda se efektet e pirjes së duhanit.⁴ Ndërsa ka prova bindëse eksperimentale dhe klinike që nikotina dëmton zhvillimin e fetusit,⁴ dhe nuk ka evidencë se përdorimi i NRT në shtatëzani ka ose jo impakt pozitiv apo negativ në lindje.⁴ Tetë studime kanë studiuar efikasitetin e NRT gjatë shtatzënisë. Evidencat sugjerojnë se NRT mund të rrisin rezultatet nga lënia e duhanit në fazat e vonshme të shtatzënisë, megjithatë studimet kanë disa kufizime metodologjike dhe në përgjithësi raportohet një shkallë e ulët e ndjekjes rigoroze të trajtimit me NRT. Evidencat cilësore në lidhje me ndihmesën e NRT për ndërprerjen e duhanit gjatë shtatzënisë mungojnë. Një eksperiment i randomizuar, i kryer në UK ku u përfshin më shumë se 80 gra shtatzëna, të cilat nuk morrën trajtim u vu re se pas një muaji ato nuk shfaqën asnjë ndryshim në ndërprejen e duhanit, përveç muajit të parë të trajtimit.⁵

Krahasuar me pirjen e vazhdueshme të duhanit, rreziku për fetusin është mjaftueshëm më i ulët nëse përdoret NRT.

Nikotina orale mund të përdoret për të zvogëluar rrezikun e përgjithshëm në krahasim me ngjitësat-leukoplast 24-orësh.

Vareniclina dhe bupropion nuk indikohen tek gratë shtatzëna, e për pasojë nuk janë të rekomanduara.

Rekomandimet:

- Të gjitha gratë shtatzëna duhet të vlerësohen për statusin e tyre të duhanpirjes përgjatë gjithë shtatzënisë, 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 shtatzëna duhanpirëse (niveli i evidencës A).
- NRT është i vetmi medikament që është testuar tek gratë shtatzëna. Ka evidenca mikse (pro dhe kundër) mbi përdorimin e NRT si një strategji efektive që mbështet ndërprerjen e duhanit gjatë shtatzënisë, megjithatë rreziku për fetusin është mjaftueshëm më i ulët nëse përdoret NRT, krahasuar me vazhdimin e pirjes së duhanit.

Referencat

1. Kirsten Wisborg, Ulrik Kesmodel, Tine Brink Henriksen, Sjurður Fródi Olsen and Niels Jørgen Secher Exposure to Tobacco Smoke in Utero and the Risk of Stillbirth and Death in the First Year of Life Am.

- J. Epidemiol. 2001;154(4):322-327.
2. Nicotine for the Fetus, the Infant and the Adolescent?, Ginzel, K. H., Maritz, G., Marks, D., Neuberger, M., Pauly, J., Polito, J., Schulte-Hermann, R., Slotkin, T., Journal of Health Psychology, 2007;12(2):215–224.
 3. Chamberlain C, O'Mara-Eves A, Porter J, Coleman T, Perlen SM, Thomas J, McKenzie JE. Psychosocial interventions for supporting women to stop smoking in pregnancy. Cochrane Database of Systematic Reviews 2017, Issue 2. Art. No.: CD001055. DOI: 10.1002/14651858.CD001055.pub5.
 4. Coleman T, Chamberlain C, Davey MA, Cooper SE, Leonardi-Bee J. Pharmacological interventions for promoting smoking cessation during pregnancy. Cochrane Database of Systematic Reviews 2015, Issue 12. Art. No.: CD010078. DOI: 10.1002/14651858.CD010078.pub2.
 5. Coleman T et al. A Randomized Trial of Nicotine-Replacement Therapy Patches in Pregnancy. N Engl J Med. 2012;366:808-818.

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 tregoi një gamë të gjerë të qasjeve, por edhe efektivitetin tyre të kufizuar.¹ Ndërhyrjet për duhapirjen 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 përziera. Duket se efekti më i rëndësishëm terapeutik tek adoleshentët është vërejtur për vet-monitorimin dhe aftësitë përballuese, strategjitë motivuese (reduktimin e ambivalencës për të ndryshuar) dhe trajtimin e ndikimeve sociale që ndikojnë sjelljen e duhapirjes.

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 frekuencë dështuese më të lartë krahasuar me duhanpirësit e rritur.³

Statistikat tregojnë, 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 planifikuara: shumica e adoleshentëve zgjedhin për të lënë duhanin, pa asnjë ndihmë të kualifikuar, por hulumtimi 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 rëndësishme shëndetësore të pirjes së duhanit nga adoleshentët, pak punë është bërë për të zhvilluar programe për ndërprerjen e duhanit në këtë grupmoshë. Kjo fushë e hulumtimeve është përqendruar pothuajse ekskluzivisht në trajtime psiko-sociale, siç tregohet në një meta-analizë që evidentoi ndërprerje të 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 trajtim i sjelljes bazuar në influencimin e kushteve, në të cilat sjelljet e dëshiruara (të tilla si mospirja e duhanit) janë të përforcuara direkt me çmime (p.sh. kupona, cash). Evidencat sugjerojnë se CM, vetëm apo në kombinim me terapinë njohëse-të sjelljes (CBT), mund të jetë efiçente në inkurajimin e adoleshentëve për lënien e duhanit. Një studim (n=28) paraqiti rezultate të dukshme dhe inkurajuese, pasi 53% e pjesëmarrësve merrnin CM dhe CBT dhe arritën abstinencën në fund të një trajtimi një mujor, krahasuar me 0% e atyre që merrnin CBT.⁶ Bazuar në këto gjetje pilot, një studim i gjerë i kryer rishtaz (n=110) shqyrtoi ndërhyrjen tre javore, dy herë në ditë me CM, vetëm apo të kombinuar me terapi motivuese, midis nxënësve duhanpirës të patrajtuar.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 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.⁸ Në përgjithësi, adoleshentët 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 jenë duhanpirës. Nëse adoleshenti vjen nga një familje duhanpirëse apo është i ekspozuar ndaj duhanpirjes pasive, rekomandohet edhe këshillimi i prindërve.

Studimet kanë treguar se ndërhyrjet këshilluese për prindërit, të sigurura kryesisht nga shërbimet pediatrike apo në spitalet ku janë hospitalizuar fëmijët, shtojnë 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 prindërve në lidhje me rreziqet e ekspozimit të fëmijëve të tyre ndaj duhanpirjes pasive mund të reduktojë ekspozimin si dhe përdorimin e duhanpirjes tek prindërit.^{1,4}

Programe të dizenuara posaçërisht për adoleshentët

Këto përfshijë: 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 evropian 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 mesme¹²

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 protokollit 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 duhanpirësit, këshilluesit punojnë 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 popullatën e studimit (90%) u sigurua ndjekje shumë e mirë e protokollit të trajtimit. Në një studim të ngjashëm, që siguronte këshillim konjitiv-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, kërkime të kufizuara janë të fokusuara në agjentët 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 vendeve Europiane e ndalojnë me ligj përshkrimin e medikamenteve për lënien e duhanpirjes në këtë kategori individësh. Testet e medikamenteve në adoleshentët duhanpirës kanë qenë të kufizuara në terapinë zëvendësuese me nikotinë dhe bupropion.

Pak studime të publikuara mbi këtë çështje nuk kanë gjetur diferenca të rëndësishme të shkallës së abstinencës nga terapia me nikotinë-leukoplast përkundrejt placeboes gjatë një ndjekjeje 12 javore nga dita e lënies. Po kështu nuk kanë gjetur diferencë

midis efikasitetit të nikotinës-çëmçakiz përkundrejt nikotinë-leukoplast përkundrejt placebo 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 placebo, edhe një minimum prej 6 seancash këshillimore^{4,8}.

Një studim i pakontrolluar mbi nikotinën-leukoplast, i kombinuar me një trajtim minimal të sjelljes (n=101), ka demonstruar një prevalencë të shkallës së abstinencës prej 11% në fund të trajtimit dhe 5% pas 6 muajsh ndjekjeje¹⁷. Një tjetër studim i kontrolluar, ku të dy grupet morrën CBT and CM (n=100) mbështeti sigurinë e leukoplasteve të nikotinës tek adoleshentët, por nuk provoi diferenca midis leukoplasteve dhe placebo (respektivisht 28% kundrejt 24% të prevalencës së abstinencës në fund të trajtimit)¹⁸. Në një studim të randomizuar NRT që përfshiu 120 adoleshentë duhanpirës të përditshëm, Killen et al. gjetën në fund të trajtimit dhe në fund të ndjekjes 3 mujore që 20.6% e grupit që përdori nikotinën-leukoplast u konfirmua abinent, kundrejt 8.7% të grupit që përdori nikotinë-çëmçakëz dhe 5% të grupit placebo¹⁹. Moolchan et al. krahasuan leukoplastet, çëmçakizat dhe placebo tek adoleshentët duhanpirës duke marrë gjithashtu këshillim konjitivo-bihejvioral në bazë grupi për ndërprerjen e duhanpirjes (n=120). Abstenenca në vazhdimësi, e ndjekur për një periudhë 2 javore, u arrit respektivisht me 18%, 7% dhe 3% në të treja grupet²⁰. Një studim pilot i kohëve të fundit (n=40) tregoi një ndjekje jokorrekte të terapive dhe mungesë difference në rezultatin e ndërprerjes së duhanit midis nikotinës-spray dhe placebo²¹.

Nën dritën e efekteve modeste 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 adoleshentët duhanpirës (n=16) dhe gjeti 31% abstinencë pas 4 javësh trajtimi²². Killen et al. krahasuan trajtimet e kombinuara me bupropion SR 150 mg në ditë plus nikotinë-leukoplast dhe vetëm me nikotinë-leukoplast (n=211), të shoqëruara me terapi grupi për trajnim aftësish. Ata gjetën vetëm 8% abstinencë pas një ndjekjeje 26 javore për terapinë e kombinuar, kundrejt 7% për vetëm nikotinën-leukoplast²³.

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 javë²⁴. Grupi që merrte bupropion SR 300 mg/ditë (jo grupi me 150 mg/ditë) demonstroi prevalencë abstinence superiore krahasuar me placebo në përfundim të trajtimit (15% kundrejt 6%) dhe në përfundim të ndjekjes 26 javore (14% kundrejt 10%). Në një studim tjetër 134 adoleshentë 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 e përfunduan trajtimin²⁵.

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 e efikase e trajtimit të adoleshentëve duhanpirës. Megjithatë këto metoda ndërhyrjeje japin relativisht një shkallë të ulët të ndërprerjes së duhanpirjes, ato rrisin në mënyrë të ndjeshme shancet e ndërprerjes krahasuar me mungesën totale të trajtimit. Nëse farmakoterapia mund të merret në konsideratë, ajo duhet të përshkruhet vetëm nën monitorim të rreptë dhe pas një vlerësimi të kujdesshëm të shkallës së duhanpirjes tek adoleshenti, historisë mbi tentativat dhe dështimet 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 përshkrimit të këtyre medikamenteve tek adoleshentët¹⁹.

Rekomandimet

- Mjekët janë rekomanduar të pyesin të gjithë pacientët e rinj nën moshën 18 vjeç nëse përdorin duhan, dhe tu përcjellin atyre mesazhe të qarta mbi rëndësinë e abstinencës nga duhani (niveli i evidencave C).
- Këshillimi është provuar të jetë metodë efektive në ndërprerjen e duhanpirjes tek adoleshentët (niveli i evidencave B).

- Duhanpirja pasive është e dëmshme për fëmijët dhe adoleshentët. Këshillimi mbi ndërprerjen e duhanpirjes, i dhënë në ambientet e shërbimeve pediatrike u provua të jetë efikas në rritjen e shkallës së lënies së duhanit nga prindërit duhanpirës. Për këtë arsye, në mënyrë që ti mbrojmë fëmijët nga duhanpirja pasive, ne u rekomandojmë mjekëve të vlerësojnë duhanpirjen e prindërve dhe tu japin atyre këshilla apo asistencë për ta lënë duhanpirjen (niveli i evidencave B).

Referencat

1. Trofor A., Mihaltan F., Mihaicuta S., Pop M., Todea D et.al., Romanian Society of Pulmonologists Smoking Cessation and Smoker's Assistance Guidelines (GREFA), 2-nd ed. – Tehnopress Iași, 2010, www.srp.ro.
2. Teen Smoking Statistics, CDC, Mayo Clinic, ALA Teen Help.com.
3. Tonnensen P., How to reduce smoking among teenagers, Eur Respir. J. 2002;19:13.
4. Fiore MC, Jaen CR, Baker TB, et al: Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update, Clinical Practice Guideline. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services. Public Health Service, May 2008.
5. Sussman S., Effects of sixty six adolescents tobacco use cessation trials and seventeen prospective studies of self-initiated quitting, Tobacco Induced Disease 2002;1(1):35-81.
6. Krishnan-Sarin S., Duhiq a.M., McKee SA, McMahon TJ, Liss T., McFetridge A., Cavallo DA, Contingency management for smoking cessation in adolescents, Exp. Clin. Psychopharmacology, 2006;14(3):306-10.
7. Tevyaw T.O'L, Colby S.M., Tidey J.W., Kahler C.W., Rohsenow D.J., Barnett N.P., Gwaltney C.J., Monti P.M., Contingency management and motivational enhancement: A randomized clinical trial for college student smokers, Nicotine Tob Res. 2009;11(6):739-749. doi: 10.1093/ntr/ntp058.
8. Stanton A, Grimshaw G. Tobacco cessation interventions for young people. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 8. Art. No.: CD003289. DOI: 10.1002/14651858.CD003289.pub3.
9. www.notontobacco.com
10. http://arnoldagency.com/cleanindoorairst/
11. Trofor A., Mihaltan F., Mihaicuta S., Lotrean L., Smoking cessation and prevention for young people Romanian expertise, Pneumologia, 2009;58:7278. ISSN 12233056.
12. http://www.ttac.org/TCN/peers/pdfs/02.18.11/VT_2009-2010_N-O-T_Program_Summary.pdf
13. Tedeschi GJ, Zhu S-H, Anderson CM, et. al. Putting it on the line: Telephone counseling for adolescent smokers. J Couns Dev. 2005;83:416-424.
14. Jacobsen LK, Krystal JH, Mencil WE, Westerveld M, Frost SJ, Pugh KR., Effects of smoking and smoking abstinence on cognition in adolescent tobacco smokers Biol Psychiatry. 2005;57(1):56-66.
15. Killen JD, Ammerman S, Rojas N, Varady J, Haydel F, Robinson TN, Do adolescent smokers experience withdrawal effects when deprived of nicotine?, Exp.Clin Psychopharmacol., 2001;9(2):176-82.
16. Prokhorov AV, Hudmon KS, de Moor CA, Kelder SH, Conroy JL, Ordway N., Nicotine dependence, withdrawal symptoms, and adolescents' readiness to quit smoking, Nicotine Tob. Research, 2001;3(2):151-5.
17. Hurt RD, Croghan GA, Beede SD, Wolter TD, Croghan IT, Patten CA., Nicotine patch therapy in 101 adolescent smokers: efficacy, withdrawal symptom relief, and carbon monoxide and plasma cotinine levels, Arch.Pediatr.Adolesc.Med. 2000;154(1):31-7.
18. Hanson K, Allen S, Jensen S, Hatsukami D, Treatment of adolescent smokers with the nicotine patch. Nicotine Tob. Res., 2003;5(4):515-26.
19. Breland, A.B., Colby, S., Dino, G., Smith, G., Taylor, M. Youth smoking cessation interventions: Treatments, barriers, and recommendations for Virginia. Richmond, Virginia: Virginia Commonwealth University, Institute for Drug and Alcohol Studies, 2009. http://www.vcu.edu/idas/vytp/reports/index.html.
20. Moolchan ET, Robinson ML, Ernst M, Cadet JL, Pickworth WB, Heishman SJ, Schroeder JR., Safety and efficacy of the nicotine patch and gum for the treatment of adolescent tobacco addiction, Pediatrics, 2005;115(4):e407-14.
21. Rubinstein ML, Benowitz NL, Auerback GM, Moscicki ABA randomized trial of nicotine nasal spray in adolescent smokers. Pediatrics, 2008;122(3):e595-600.
22. Upadhyaya HP, Brady KT, Wang W Bupropion SR in adolescents with comorbid ADHD and nicotine dependence: a pilot study, J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry, 2004;43(2):199-205.
23. Killen JD, Robinson TN, Ammerman S, Hayward C, Rogers J, Stone C, Samuels D, Levin SK, Green S, Schatzberg AF., Randomized clinical trial of the efficacy of Bupropion combined with nicotine patch in the treatment of adolescent smokers, J. Consult. Clin.Psychol., 2004;72(4):729-35.
24. Muramoto ML, Leischow SJ, Sherrill D, Matthews E, Strayer L.J., Randomized, double-blind, placebo- controlled trial of 2 dosages of sustained-release Bupropion for adolescent smoking cessation., Arch. Pediatr. Adolesc. Med. 2007;161(11):1068-74.
25. Gray K.M., Carpenter M.J., Baker N.L., Hartwell K.J., Lewis A.L., Hiott D.W., Deas D., Upadhyaya H.P., Bupropion SR and Contingency Management for Adolescent Smoking Cessation, J Subst Abuse Treat. 2011;40(1):77-86.

4.8.3. Rekomandimet e trajtimit për duhanpirësit me sëmundje respiratore, kardivaskulare, psikiatrike, kancer dhe sëmundje të tjera bashkëshoqëruese

Përdoruesit e duhanit me sëmundje të tilla si kanceri, sëmundje kardiale, SPOK, diabet dhe astmë janë të rëndësishme për tu

synuar për lënien e duhanit, duke parë rolin që duhanpirja luan në shkaktimin ose përkeqësimin e këtyre gjendjeve. Përdorimi i programeve të menaxhimit të sëmundjeve kronike për të integruar ndërhyrjet për varësinë nga duhani në trajtimin e sëmundjes bazë, mund të jetë një mënyrë efektive dhe eficiente për të ofruar ndërhyrje për ndërprerjen e duhanit tek këto popullata.¹ Trajtimet e lënies së duhanit kanë provuar të jenë eficiente tek duhanpirësit më një varietet të gjërë sëmundjesh ,edhe pse dalin disa vështirësi dhe duhet të merren disa masa.

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 vdekshmërisë midis pacientëve nga sëmundjet koronare, pavarësisht ndryshimeve midis studimeve në terma të episodeve të indeksit kardiak, moshës, gjinisë, vendit dhe periudhës kohore.² Trajtimi i lënies së duhanit për pacientët me sëmundje kardiovaskulare ndryshon nga ata të pacientëve të tjerë sepse pacientët shpesh detyrohen të lënë duhanin pas një episodi të papritur kardiovaskular dhe të vazhdojnë abstinencën për gjithë jetën. Meqë fillimi i sëmundjeve 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 kundraindikuara 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 ofruet i kujdesit shëndetsor, grupe të ndërprerjes së duhanit dhe gjithashtu mbështetjes së lënies së duhanit me anë të telefonit.

Të gjithë pacientët me ndonjë faktor rreziku 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 duket 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 përgjigjen vetëm medikamenteve.⁴

Sëmundjet respiratore

Duke qënë direkt të ekspozuar ndaj përdorimit të duhanit, organet respiratore preken më shumë nga duhani. Ja pse ndërprerja e duhanit duhet të inkurajohet 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 ndërprerjeje, që përbëhen nga ndërhyrje medikamentoze si dhe jo medikamentoze. Një përmbledhje e Cochrane për lënien e duhanit tek pacientët me SPOK dhe literatura aktuale tregojnë se koncepti i ndërprerjes së duhanit i cili përfshin mbështetje psiko-sociale dhe medikamentoze është efektive për pacientët me SPOK (niveli i evidencës A).⁵

Ndërhyrja psiko-sociale përbëhet nga një program i strukturuar i ndërprerjes së duhanit për disa orë, duke afuar aspektet njohëse dhe rezultatet pulmonare subjektive apo objektive të tilla si funksioni i pulmoneve.⁶ Disa studime kanë analizuar nëse përdorimi i një fjalori të veçantë si "pulmoni i duhanpirësit", ose përforsim i kushtëzuar me bileta llotarie për të reduktuar monoksidin e karbonit në frymëmarrje, ose kryerja e testeve të funksionit të pulmoneve, ka një ndikim të fortë mbi efikasitetin e këshillimit. Nuk janë gjetur ndryshime të mëdha

kur këto ndërhyrje më intensive u krahasuan me këshillimin e zakonshëm; 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 tu ofrohet atyre ndihmë e vazhdueshme. Pyetësi klinik i SPOK është një mjet i vlefshëm që tregon përfitimet e cilësisë së jetës të lidhura me shëndetin, që vijnë nga ndërprerja e duhanpirjes tek pacientët me SPOK.⁷ Çdo duhapirës që vuan nga SPOK duhet që në mënyrë të vazhdueshme të këshillohet nga mjeku që të lërë duhanin. Rekomandohet një vizitë në muaj, por gjithashtu dhe ndërhyrje intensive të sjelljes, individualisht ose formatin e grupit.⁸

Një në studim të hapur të randomizuar që ka egzaminuar katër regjime të ndryshme të terapisë së zëvendësimit të nikotinës në një rutinë ditore tek pacientët me SPOK në një klinikë të sëmundjeve pulmonare, niveli mesatar i suksesit për tre trajtimet të konsideruara aktive ishte 5.6%.⁹ Tonnesen et al. vlerësoi efikasitetin e tabletave sublinguale të nikotinës dhe dy nivele të mbështetjes së sjelljes për ndërprerjen e duhanit tek pacientët me SPOK.¹⁰ Ata gjetën se nivelet e abstinencës ishin në mënyrë sinjifikate më të larta tek grupi që përdori nikotinë sublinguale, sesa tek grupi që përdori placebo, edhe pse nuk kishte ndryshim sinjifikant midis efekteve të mbështetjes së ulët kundrejt asaj të lartë. Analiza e 7372 pacientëve me SPOK tregoi se këshillimi për ndërprerjen e duhanit në kombinim me terapinë e zëvendësimit të nikotinës kishte efektin më të lartë, me nivelet më të zgjatura të abstinencës kundrejt kujdesit normal, vetëm këshillimit dhe këshillimit të kombinuar me antidepressantët.¹¹

Si strategji të vlefshme mund të përdoren një kombinim i disa formave të ndryshme të terapisë së zëvendësimit të nikotinës. Kombinimi i dy llojeve të terapisë së zëvendësimit me lloje të ndryshme ofrimi të terapisë janë shumë të rekomanduara. Rritja e kohës së trajtimit me zëvendësues të nikotinës NRT për 6 deri në 12 muaj, mund të ndihmojë më shumë duhanpirës sesa përdorimi i kësaj terapie për kohën tradicionale. Terapia e zëvendësimit të nikotinës mund të përdoret për të ndihmuar në reduktimin e vazhdueshëm të numrit të cigareve të pira, si një urë lidhëse me lënien përfundimtare të duhanit. Duhanpirësit me SPOK normalisht nuk janë të motivuar për të lënë duhanin. Përdorimi i kësaj ndërhyrjeje mund të ndihmojë në rritjen e motivimit të tyre

dhe forcimit të efikasitetit të vetvetes për lënien e duhanit.⁸

Në tre studime klinike që analizuan efikasitetin e bupropionit për trajtimin e duhanpirësve me SPOK u gjet se bupropioni ishte në mënyrë më sinjifikante më efektiv sesa placeboja për arritjen e abstinencës së vazhduar në kontrollin pas gjashtë muajve (16% kundrejt 9%),¹² që bupropioni ishte më efektiv sesa placebo në arritjen e abstinencës së vazhduar në kontrollin gjashtë mujor (27.9% kundrejt 14.6%)¹³ dhe që bupropioni dhe nortriptilina duken se janë pothuaj njësoj efektivë, por bupropioni duket se është më kost-efektiv i krahasuar me placebo dhe nortriptilinën.¹⁴ Bupropioni i kombinuar me këshillim ishte në mënyrë sinjifikante më efektiv në arritjen e abstinencës së zgjatur sesa placebo, me 18.9% (95% CI 3.6-26.4%). Spirometria vjetore, plus një ndërhyrje e shkurtër të lënies së duhanit, e ndjekur nga një letër personale e mjekut, kishte nivel abstinence më sinjifikant për tre vjet midis pacientëve me SPOK, krahasuar me duhanpirësit me funksion normal të pulmoneve.¹⁵

Efikasiteti dhe siguria e Vareniklinës për trajtimin e duhanpirësve me SPOK u vlerësua në dy studime: një studim në shumë qendra dhe me kontroll të dyfishtë tek 504 pacientët me SPOK të lehtë dhe të moderuar, si dhe pa çrregullime të njohura psikiatrike, dhe një studim tjetër të hapur tek 472 duhanpirës me SPOK më të rëndë ose shumë të rëndë, të cilët morën trajtim për ndërprerjen e duhanit. Në studimin e parë, niveli i vazhdimësisë së abstinencës (CAR) për 9 deri 12 javë ishte në mënyrë sinjifikante më i lartë për pacientët në grupin e Vareniklinës (42.3%) se sa për ata që ishin në grupin me placebo (8.8%), respektivisht 18.6% kundrejt 5.6%, midis javës së 9 deri në të 52.¹⁶ Në studimin e dytë, meqë programi i trajtimit u përbë nga një kombinim i terapisë së sjelljes dhe trajtimit me medikamente (zëvendësimi i nikotinës, bupropion ose Vareniklinës), niveli i abstinencës së vazhduar nga 9 deri në 24 javë për terapinë e zëvendësimit të nikotinës, bupropionit dhe Vareniklinës ishte 38.2%, 60.0% dhe 61.0% respektivisht. Vareniklina ishte më efektive se ngjithësit me nikotinë: 61% kundrejt 44.1%.¹⁷

Hoogendoorn et al. analizoi efektivitetin e ndihmës së vazhdueshme në duhanpirësit me SPOK, dhe arriti në përfundimin se pavarësisht kostove të larta për këtë program agresiv për ndërprerjen e duhanit, efekte përfituese ekonomike me shumë gjasë do të vazhdojnë të merren për një kohë të gjatë.¹⁸

Rekomandime

- Terapia e zëvendësimit të nikotinës ose vareniklina duhet të përdoren për ndërprerjen e duhanit tek të gjithë duhanpirësit me SPOK, pavarësisht gravitetit 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 efektive dhe të toleruar mirë nga duhanpirësit me SPOK (niveli i evidencës A).

Astma

Meqë pirja e duhanit është një parashikues i rëndësishëm i gravitetit 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.¹⁹ Duhanpirësit astmatik tregojnë simptoma më të rënda astmatike, një nevojë më të lartë për medikamente të ndihmës së parë, rezistencë më të lartë për kortikosteroidët dhe tregues më të dobët të gjendjes shëndetësore, sesa pacientët që nuk kanë pirë kurrë duhan. Sipas një studimi që vlerësoi efektin e ndërprerjes së duhanit në funksionin e mushkërive dhe cilësinë e jetës tek pacientët me astmë gjatë trajtimit me kortikosteroidë, vazhdimi i pirjes së duhanit rezultoi në një rënie më të madhe në funksionin pulmonar tek duhanpirësit astmatikë me periudhë të zgjatur.²⁰ Kur kërkohet të kemi rezultate më të mira për pacientët duhanpirës me astmë rekomandohen dy strategji trajtimi:

- Të kërkohen medikamente që synojnë mekanizmat e alteruar inflamatorë (teofilina duket se rrit efektin e ICS me dozë të ulët dhe përmirëson simptomat dhe FEV1; kombinimi fluticazoni/salmeterol jep përmirësime më të mëdha në hipersensitivitetin e rrugëve respiratore dhe diametrin e tyre, e krahasuar me dozën e dyfishuar të flutikazonit; antagonistët e receptorëve të leukotrienëve kanë demonstruar përmirësime preferenciale të rrugëve të frymëmarrjes);
- Të ofrohet mbështetje e bazuar në evidenca për ndërprerjen e duhanit (ka evidenca të kufizuara për të na ndihmuar të vendosim në programet më efektive specifike për astmën dhe ndalimit të duhanit; teknikat e sjelljes dhe këshillimi me anë të telefonit ka provuar të jetë eficient; evidencat për rrezikun e terapisë së zëvendësimit të spray-it të nikotinës duhet të merren në konsideratë).²¹

Rekomandime

- Shënoni duhanpirësit me astmë si pacientë me rrezik të lartë, dhe diskutoni me ta ndërprerjen e duhanit në çdo rast që jepet. Ofrohen plane me shkrim të vet-menaxhimit të astmës dhe fletëpalosje edukative që sigurojnë se lënia e duhanit të përfshihet si një trajtim për astmën.^{22,23}

Tuberkulozi

Duhanpirësit kanë një rrezik më të lartë për tu infektuar nga bacilet e tuberkulozit dhe sapo infektohen, ata e zhvillojnë sëmundjen e tuberkulozit më shpesh se jo-duhanpirësit. TBC përhapet më lehtë; TBC pulmonar, sputumi pozitiv dhe lezionet kavitare janë më të shpeshta; rreziku i rikthimit të TBC dhe vdekjet për shkak të TBC janë më të larta tek pacientët tuberkularë duhanpirës. Meqë duhanpirja njihet që rrit rrezikun e infeksionit 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.²⁴

Unioni Ndërkombëtar kundër Tuberkulozit rekomandon ndërhyrjen ABC për të lënë duhanin (A- pyet për statusin e duhanpirjes, B-këshillim 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 shëndetësor, që trajton pacientët duhanpirës me TBC dhe të dhënat duhet të shënohen në kartelën e pacientit.²⁵

Në një studim të kontrolluar të pa-randomizuar me shumë qendra, që përfshiu 120 pacientë me TBC, të cilët ishin duhanpirës në kohën e diagnozës me TBC në Malajzi, pacientët u caktuan në njërin prej dy grupeve: grupi i zakonshëm TBC-DOT plus ndërhyrje për ndërprerjen e duhanit SCiu (grupi SCIDOTS) ose vetëm ndërhyrja e zakonshme TBC-DOTS (grupi DOTS). Krahasimisht, pjesëmarrësit të cilët morrën ndërhyrjen e integruar kishin një HR QoL më të mirë, e gjetur si një rritje në mënyrë të konsiderueshme më e lartë në rezultatin EQ-5D gjatë ndjekjes gjashtë-mujore - sesa ata të cilët morrën vetëm kujdesin e zakonshëm për TBC. Pyetësi me pesë-dimensione Euro QoL (EQ- 5D) u zhvillua për të vlerësuar vet-vlerësimet e

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, rritje të ndjenjës së të paturit një barrë, 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 rritje 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 përshtatura, që kombinojnë ndërhyrjet e shpejtës me këshillimin farmakologjik për lënien e duhanit.²⁸ Këshillimi, medikamentet dhe këshillimi motivues janë eficientë në këtë kategori pacientësh. Farmakoterapia e kombinuar, gjithashtu është gjetur të jetë efektive tek duhanpirësit shumë të varur.²⁸ 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% abstinencë në gjashtë muaj). Programi ishte më intensiv në muajin e parë

dhe përbëhej nga këshillat e mjekut, ndërhyrjen e infermieres menaxhuese dhe produkteve të ndryshme (tableta nikotinë, bupropion dhe kombinime të produkteve) 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.²⁹

Çrregullimet psikiatrike, përdoruesit e drogës

Çrregullimet psikiatrike janë më të shpeshta tek duhanpirësit, dhe këta pacientë mund të përjetojnë një proces të vështirë 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 tyre ndaj duhanit është një proces kompleks, brenda kontekstit të diagnozës psikiatrike dhe medikamenteve specifike. Krahasuar me duhanpirësit pa një histori të çrregullimeve psikiatrike, duhanpirësit që kanë patur një episod të një çrregullimi të humorit ose të ankthit (përfshi 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 ankthit gjithashtu ishte e lidhur me një ulje të gjasave të mbajtjes së abstinencës 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 përfshiu 49 studime dhe gjeti evidenca që shtimi i një komponenti të menaxhimit të humorit psiko-social tek ndërhyrjet standarte të ndërprerjes së duhanit ishte efektive në rritjen e abstinencës afat-gjatë tek duhanpirësit me depresion aktual dhe të mëparshëm. Përmbledhja gjeti evidenca se shtimi i bupropionit ishte efektiv në rritjen e niveleve afat-gjata të abstinencës tek duhanpirësit me histori depresioni.³⁴ Trajtimi farmakologjik u ofrua në bashkëpunim me këshillimin intensiv. Nuk u gjendën evidenca të ndonjë efekti tek individët me depresion aktual. Gjithashtu nuk kishte evidenca të mjaftueshme të ekzaminimit të përdorimit të medikamenteve të tjera antidepresive ose terapisë së zëvendësimit të nikotinës në këtë popullatë duhanpirëse.³⁴

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-bihejvioriste 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 rriturit me skizofreni dhe ka gjetur evidenca të forta për të mbështetur përdorimin e bupropionit në rritjen e abstinencës.³⁷ 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. Gjithsesi kërkime të tjera kërkojnë që të përjashtohen efektet anësore (shihni seksionin 4.3.3.9).³⁹ Mjekët duhet të monitorojnë nga afër pacientët, për shkak të potencialit që kanë këto medikamente për të shkaktuar paqëndrueshmëri psikiatrike.⁴⁰

Pacientët e trajtuar me antipsikotikë atipikë mund ti përgjigjen më mirë bupropionit me efekt të zgjatur sesa ata të trajtuar me antipsikotikë standartë.²¹ 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 lartë ose gravitet të efekteve anësore tek pacientët me sëmundje psikiatrike.²¹

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 ndërhyrjeje të shkurtër të menaxhimit me kupona në promovimin fillestar të abstinencës ndaj duhanit tek pacientët e trajtuar me opioidë.⁴¹ Një studim i hapur i randomizuar ka krahasuar trajtimin e zakonshëm (TAU) të kombinuar me nikotinën-leukoplast plus këshillimin konjitiv-

bihejvioral në grup për ndërprerjen e duhanit (n=153) me vetëm ndërhyrjen TAU (n=72) për pacientët e regjistruar në programet e 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 historinë e depresionit (n=110) tek rezultatet e ndërprerjes së duhanit. Një lidhje e rëndësishme është parë midis masave të depresionit dhe vështirësisë për të lënë duhanin. Këto të dhëna sugjerojnë se vlerësimi dhe trajtimi i simptomave depresive mund të luajnë një rol të rëndësishëm në përmirësimin e rezultateve për lënien e duhanit në këtë kategori pacientësh.⁴²

Rekomandimet:

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

Pacientët e infektuar me HIV

Individët HIV pozitiv kanë më shumë gjasa për të pirë duhan sesa popullata normale.⁴³ Sot, individët HIV pozitiv jetojnë më gjatë për shkak të përparimeve të trajtimit, duke e bërë çështjen e duhanpirjes në këtë popullsi një shqetësim të rëndësishëm shëndetësor. Shkallë më të larta të vdekshmërisë dhe cilësi më e ulët e jetës, janë raportuar nga duhanpirësit HIV pozitiv sesa joduhani HIV pozitiv. Plus kësaj, duhanpirësit HIV pozitiv janë në rrezik më të lartë për zhvillimin e sëmundjeve invazive pneumokoke dhe infeksione të tjera në krahasim me individë të painfektuar me HIV. Krahasuar me individët HIV pozitiv që nuk pinë duhan, duhanpirja e duhanit tek personat HIV pozitivë është e lidhur me rritjen e rrezikut të disa infeksioneve oportuniste dhe pneumatoraksit spontan. Të dhënat tregojnë se duhanpirësit HIV-pozitiv nënvlerësojnë efektet e pirjes

së duhanit mbi shëndetin e tyre, dhe disa thonë se ata nuk do të jetojnë mjaftueshëm që efektet shëndetësore të pirjes së duhanit të kenë rëndësi. 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 përfshinin si farmakoterapinë, ashtu dhe këshillimin. Midis studimeve të kontrolluara që u vlerësuan, nuk u gjetën evidenca të forta që ndërhyrjet ishin më efektive sesa grupi krahasues. Kishte evidenca të pamjaftueshme që ndërhyrjet intense ishin superiore ndaj kontrolleve për të arritur abstinencën afat-shkurtë.⁴³ Asnjë studim klinik i randomizuar afatgjatë nuk ka analizuar efikasitetin e ndërhyrjeve në këtë grup pacientësh. Nevojiten më shumë studime.

Referencat

- Fiore M. C., Tobacco Use and Dependence: A 2011 Update of Treatments CME/CE,
- Critchley JA, Capewell S. Mortality risk reduction associated with smoking cessation in patients with coronary heart disease: a systematic review. *JAMA*. 2003;290(1):86-97.
- Japanese Circulatory Society Joint Working Group. Guidelines for Smoking Cessation. *Circulation Journal*, 2012;76:1024-1043.
- Ockene I. Salmoirago-Blotcher E. Varenicline for Smoking Cessation in Patients With Coronary Heart Disease, *Circulation*, 2010;121:188-90.
- van Eerd EAM, van der Meer RM, van Schayck OCP, Kotz D. Smoking cessation for people with chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016, Issue 8. Art. No.: CD010744. DOI:10.1002/14651858.CD010744.pub2.
- Andreas S, Hering T., Mühlig S., Nowak D., Raupach T., Worth H., Clinical Practice Guideline, Smoking Cessation in Chronic Obstructive Pulmonary Disease An Effective Medical Intervention *Deutsches Ärzteblatt International - Dtsch Arztebl Int*. 2009;106(16):276-82.
- Papadopoulos G., Vardavas C.I., Limperi M., Linardis A. Georgoudis G., Behrakis P. Smoking cessation can improve quality of life among COPD patients: Validation of the clinical COPD questionnaire into Greek. *BMC Pulmonary Medicine* 2011;11:13.
- Jiménez-Ruiz C.A., Lühning S., Buljubasich D., Pendino R. Smoking Cessation Treatment for Chronic Obstructive Pulmonary Disease Smokers, *European Respiratory Disease, Touch Briefings*, 2011;1-10.
- Tønnesen P., Carrozzi L., Fagerström K.O., Gratiou C., Jimenez-Ruiz C., Nardini S., Viegi G., Lazzaro C., Campell L.A., Dagli E., West R. Smoking cessation in patients with respiratory diseases: a high priority, integral component of therapy, *Eur Respir J.*, 2007;29:390-417.
- Tønnesen P, Mikkelsen K, Bremann L, Nurse-conducted smoking cessation in patients with COPD, using nicotine sublingual tablets and behavioral support, *Chest*, 2006;130(2):334-42.
- Strassmann R, Bausch B, Spaar A, et al., Smoking cessation interventions in COPD: a network meta- analysis of randomised trials, *Eur Respir J*, 2009;34:634-40.
- Tashkin DP, Kanner R, Bailey W, et al., Smoking cessation in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a double-blind, placebo-controlled, randomised trial, *Lancet*, 2001;357:1571-5.
- Wagena EJ, Knispchild PG, Huibers MJ, et al., Efficacy of Bupropion and nortryptiline for smoking cessation among people at risk for or with COPD, *Arch Intern Med*, 2005;165:2286-92.
- Van Schayck CP, Kaper J, Wagena EJ, et al., The cost effectiveness of antidepressants for smoking cessation in chronic obstructive pulmonary disease (COPD) patients, *Addiction*, 2009;104:2110-7.
- Coronini-Cronberg S., Heffernan C., Robinson M. Effective smoking cessation interventions for COPD patients: a review of the evidence *J R Soc Med Sh Rep*, 2011;2:78.
- Tashkin DP, Rennard S, Hays JT, et al., Effects of Varenicline on smoking cessation in patients with mild to moderate COPD: a randomized controlled trial, *Chest*, 2011;139:591-9.
- Jiménez-Ruiz CA, Ramos Pinedo A, Cicero Guerrero A, et al., Characteristics of COPD smokers and effectiveness and safety of smoking cessation medications, *Nicotine Tob Res*, 2012;14(9):1035-9.
- Hoogendoorn M, Feenstra TL, Hoogenveen RT, Rutten-van Mölken MPMH, Long term effectiveness and cost effectiveness of smoking cessation interventions in patients with COPD, *Thorax*, 2010;65:711-8.
- Polosa R., Russo C., Caponnetto P., Bertino G., Sarvè M., Antic T., Mancuso S., Al-Delaimy W.K., Greater severity of new onset asthma in allergic subjects who smoke: a 10-year longitudinal study, *Respiratory Research*, 2011;12:16.
- An-Soo Jang, Sung-Woo Park, Do-Jin Kim, SooTaek Uh, Young Hoon Kim, Hun Gyu Whang, Gun Il Lim, Choon-Sik Park, Effects of Smoking Cessation on Airflow Obstruction and Quality of Life in Asthmatic Smokers, *Allergy Asthma Immunol Res*. 2010 October;2(4):254-259.
- Trofor A., Mihaltan F., Mihaicuta S., Pop M., Todea D et.al., Romanian Society of Pulmonologists Smoking Cessation and Smoker's Assistance Guidelines (GREFA), 2nd ed. – Tehnopress Iași, 2010, www.srp.ro.
- Tobacco use in relation to COPD and asthma M.N. Hylkema et al *Eur Respir J*. 2007;29:438-445.
- Achieving asthma control in practice: Understanding the reasons for poor control. *Respiratory Medicine*. 2008;102:1681-1693.
- 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.
- Bissell K., Fraser T., Chiang C-Y, Enarson D.A., Smoking Cessation and Smokefree Environments for Tuberculosis Patients, Paris, France: international Union Against Tuberculosis and Lung Disease, 2010. ISBN: 978-2-914365-81-9.

26. Awaisi A., Mohamed M.H.N., Noordin N.M., Muttalif A.R., Aziz N.A., Sulaiman S.A.S., Mahayiddin A.A. Impact of connecting tuberculosis directly observed therapy short-course with smoking cessation on health-related quality of life. *Tobacco Induced Diseases* 2012;10:2.
27. Nayan S., Gupta M.K., Sommer D.D., Evaluating Smoking Cessation Interventions and Cessation Rates in Cancer Patients: an updated Systematic Review and Meta-Analysis, *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2013;149(2):200-11.
28. Cataldo J.K., Dubey S., Prochaska J.J. Smoking Cessation: An Integral Part of Lung Cancer Treatment *Oncology* 2010;78:289-301.
29. de Bruin-Visser J.C., Ackerstaff H., Rehorst H., Rete V.P., Hilgers F.J.M., Integration of a smoking cessation program in the treatment protocol for patients with head and neck and lung cancer, *Eur Arch Otorhinolaryngol.* 2012;269:659-665.
30. Piper M., Smith S.S., Schlam T.R., Fleming M.F., Bittrich A.A., Brown J.L., Leitzke C.J., Zehner M.E., Fiore M.C., Baker T.B., Psychiatric Disorders in Smokers Seeking Treatment for Tobacco dependence: Relations with Tobacco dependence and Cessation *J Consult Clin Psychol.* 2010;78(1):13.
31. Banham L, Gilbody S., Smoking cessation in severe mental illness: what works? *Addiction.* 2010;105(7):1176-89.
32. Change in mental health after smoking cessation: systematic review and meta-analysis. Taylor G, McNeill A, Girling A, Farley A, Lindson-Hawley N, Aveyard P. *BMJ.* 2014 Feb 13;348:g1151. doi: 10.1136/bmj.g1151. Review. Erratum in: *BMJ.* 2014;348:g2216.
33. Prochaska J.J. Quitting smoking is associated with long term improvements in mood. *BMJ.* 2014 Feb 17;348:g1562. doi: 10.1136/bmj.g1562.
34. van der Meer RM, Willemsen MC, Smit F, Cuijpers P. Smoking cessation interventions for smokers with current or past depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 8. Art. No.: CD006102. DOI: 10.1002/14651858.CD006102.pub2.
35. Molina-Linde JM. Effectiveness of smoking cessation programs for seriously mentally ill. *Actas Esp Psiquiatr.* 2011;39(2):106-14.
36. Allen MH, Debanné M, Lazignac C, Adam E, Dickinson LM, Damsa C. Effect of nicotine replacement therapy on agitation in smokers with schizophrenia: a double-blind, randomized, placebo-controlled study. *Am J Psychiatry.* 2011;168(4):395-9.
37. Tsoi DT, Porwal M, Webster AC. Interventions for smoking cessation and reduction in individuals with schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 2. Art. No.: CD007253. DOI: 10.1002/14651858.CD007253.pub3.
38. Liu ME, Tsai SJ, Jeang SY, Peng SL, Wu SL, Chen MC, Tsai YL, Yang ST., Varenicline prevents affective and cognitive exacerbation during smoking abstinence in male patients with schizophrenia, *Psychiatry Res.* 2011;190(1):79-84.
39. Steinberg MB, Bover MT, Richardson DL, Schmelzer AC, Williams JM, Foulds J. Abstinence and psychological distress in co-morbid smokers using various pharmacotherapies. *Drug Alcohol Depend.* 2011;114(1):77-81.
40. Ebbert J.O., Wyatt K.D., Zirakzadeh A., Burke M.V., Hays J.T. Clinical utility of Varenicline for smokers with medical and psychiatric comorbidity, *International Journal of COPD*, 2009;4:421-430.
41. Dunn K.E., Kathryn A. Saulsgiver K.A., Sigmon S.C., Contingency management for behavior change: Applications to promote brief smoking cessation among opioid-maintained patients, *Exp Clin Psychopharmacol.* 2011;19(1):20-30. doi:10.1037/a0022039
42. Sonne S.C., Nunes E.V., Jiang H., Tyson C., Rotrosen J., Reid M., The Relationship Between Depression and Smoking Cessation Outcomes in Treatment-Seeking Substance Abusers, *Am J Addict.* 2010;19(2):111-118.
43. Pool ERM, Dogar O, Lindsay RP, Weatherburn P, Siddiqi K. Interventions for tobacco use cessation in people living with HIV and AIDS. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016, Issue 6. Art. No.: CD011120. DOI: 10.1002/14651858.CD011120.pub2.

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. Gjithsesi shtimi në peshë nga lënia e duhanit është një rrezik i ulët ndaj shëndetit, krahasuar me rreziqet e vazhdimet të pirjes së duhanit.¹ Tendenca 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 shpesh duhan.⁵ Kjo është arsyeja pse është 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 ndërgjegjshëm se ka mënyra të tjera për të humbur në peshë që janë më efektive e të shëndetshme, dhe mesazhe të tilla duhet të përfshihen në kurrikulën edukative, veçanërisht kur diskutohet lënia e duhanit.²

Të dhënat e ofruara nga Levine et al. përfshijnë treguesit e një popullate me gra të shqetësuara për peshën, që marrin kombinimin CONCERNS (cognitive behavioral therapy CBT for smoking-related weight concerns and bupropion SR) - terapi me këshillim konjitiv-bihejvioral për peshën e shtuar nga lënia e duhanit dhe bupropion SR. Këto gra kishin gjasa ta vazhdonin abstinencën deri në gjashtë muaj (34% kundrejt 21% tek ato që marrin kujdesin standart dhe bupropion kundrejt 11.5% tek 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.³

Terapia me zëvendësues të nikotinës dhe bupropion është efigjente 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).¹

Shtimi në peshë vjen nga rritja e kalorive dhe ulja e ritmit të metabolizmit. Të dhënat rreth përfshirjes së mekanizmave të metabolizmit sugjerojnë se duhanpirësit do të shtojnë në peshë gjatë një përpjekjeje për të lënë duhanin edhe pse ata nuk e kanë ndryshuar marrjen e kalorive.⁵ Pacienti duhet të jetë i informuar dhe i përgatitur për mundësinë e shtimit të peshës dhe duhet të 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 ushtrimesh 45 minutësh tre herë në javë rrit abstinencën e duhanpirjes tek gratë dhe kufizon mbipeshën, në qoftë se kombinohet gjithashtu me programe të sjelljes dhe konjicionit. Shtimi në peshë është minimal në qoftë se abstinencia nga duhani shoqërohet me rritje të aktivitetit fizik.⁴

Mbështetja e menaxhimit të personalizuar të peshës mund të jetë efektive dhe mund të mos e reduktojë abstinencën, por ka shumë pak të dhëna për të qënë të sigurt për këtë. Një studim ka treguar se një dietë me shumë pak kalori ka rritur abstinencën, por nuk e ka parandaluar rritjen në peshë në periudha afat-gjata. Terapia konjitivo-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 periudha afatgjata. Ndërhryjet me ushtrime fizike në mënyrë sinjifikante kanë reduktuar peshën në periudha afat-gjata, por jo afat-shkurtra. Nevojiten më shumë studime për të qartësuar nëse ky është një efekt i trajtimit apo një gjetje rastësore. Bupropioni, fluoksetina, zëvendësimi i nikotinës dhe vareniklina reduktojnë rritjen në peshë pas lënies së duhanit, ndërkohë që përdoret medikamenti. Edhe pse ky efekt nuk është mbajtur një vit pas lënies së duhanit, evidencat janë të pamjaftueshme për të përjashtuar një efekt modest afat-gjatë. Nuk ka të dhëna të mjaftueshme për të dhënë rekomandime të forta klinike për programe efektive, që parandalojnë shtimin në

peshë pas lënies së duhanit.⁵

Zëvendësuesit e nikotinës – në veçanti çëmçakizi 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 dozë-përgjigje 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. Gjithsesi, sapa ndalohej terapia me nikotinë-çëmçakëz ose bupropion SR, individit që ka lënë duhanin ka një shtim peshe pothuajse njësoj sikur të mos i kishte përdorur medikamentet.

Rekomandime

- Tek duhanpirësit që janë të shqetësuar me një rritje të mundshme në peshë pas lënies së duhanit, rekomandohet të përdorin vareniklinë, bupropion ose çëmçakizin me nikotinë si medikamente për të kufizuar mbipeshën e mundshme që vjen nga abstinencia (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

1. Trofor A., Mihaltan F., Mihaicuta S., Pop M., Todea D et.al., Romanian Society of Pulmonologists Smoking Cessation and Smoker's Assistance Guidelines (GREFA), 2-nd ed. – Tehnopress Iași, 2010, www.srp.ro.
2. Cavallo D.A. <http://pediatrics.aappublications.org/content/126/1/e66.long-aff-1>, Smith A.E., Schepis T.S., Desai R., Potenza M.N., Krishnan-Sarin S., Smoking Expectancies, Weight Concerns, and Dietary Behaviors in Adolescence, Pediatrics 2010;126:e166-e72.
3. Levine M.D., Perkins K.A., Kalarchian M.A., Yu Cheng, Houck P.R., Slane J.D., Marcus M.D., Bupropion and Cognitive Behavioral Therapy for Weight-Concerned Women Smokers, Arch Intern Med. 2010 March 22;170(6):543-550. doi:10.1001/archinternmed.2010.33
4. Marcus BH, Lewis BA, Hogan J, et al. The efficacy of moderate intensity exercise as an aid for smoking cessation in women: a randomized controlled trial. Nicotine Tob Res 2005;7:871-80.
5. Farley AC, Hajek P, Lycett D, Aveyard P. Interventions for preventing weight gain after smoking cessation, Cochrane Database Systematic Review, 2012, Issue 1. Art. No.:CD006219. DOI: 10.1002/14651858.

PJESA E DYTË | Kapitulli 5

Kërkimet dhe rekomandimet shkencore për vlerësimin e lënies së duhanit

*"Strategjitë 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 kërkime shkencore të rëndësishme për të përmirësuar shkallën e suksesit. Deri kohët e fundit, rezultatet rastësore nga testet klinike janë raportuar në mënyra të ndryshme, gjë që ka sjellë problem në interpretim. West et al. propozoi gjashtë kriteret standarte të cilat përbëjnë Standartet Russell (RS)¹. Këto kriteret aplikohen në testet e ndërprerjes së duhanpirjes, ku pjesëmarrësit kanë një datë të përcaktuar për lënien dhe kanë kontakt me kërkuesit apo me stafin klinik. Këto kriteret janë: (1) ndjekje për gjashtë muaj (RS6) ose 12 muaj (RS12) nga data kur pacienti ka lënë duhanin ose nga përfundimi i një periudhës së tolerancës; (2) vet-raportimi për abstinencën nga duhani mbi të gjithë periudhën e ndjekjes, duke lejuar deri në pesë cigare/ditë në total; (3) verifikimi biokimik i abstinencës, të paktën për një periudhë gjashtë apo dymbëdhjetë muaj; (4) përdorimi i një metode "synimi për trajtim" në të cilën përfshihen në analizë të dhëna nga të gjithë duhanpirësit rastësorë, përveç rasteve të vdekjes ose të largimit në një vendodhje të panjohur (pacientët e përfshirë në analizë llogariten si duhanpirës nëse duhanpirja gjatë kontrollit të fundit nuk mund të përcaktohet); (5) monitorimi i "shkelësve të protokollit" dhe përdorimi i statusit të tyre të vërtetë të duhanpirjes në analizë; dhe (6) mbledhja e të dhënave të monitorimit të duhanpirësve, të ndarë në grupe eksperimentale të paidentifikuara.

Përmbledhje e kriterëve për vlerësimin e abstinencës nga duhani në një punim shkencor:¹

- **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 abstinencës:** raportimi nga pacienti i konsumimit

të më pak se shtatë cigare në gjashtë muaj që nga momenti ai/ ajo ndaluan duhanin, së bashku me një rezultat negativ të testit të nivelit të monoksidit të karbonit në ajrin e ekspiruar. Duhet të bëhet një dallim midis abstinencës së momentit (abstenenca e pikut) e përcaktuar në momentin e vizitës mjekësore dhe abstinencës së vazhduar, e vlerësuar nga një seri kontrollesh përgjatë ndjekjes 6-12 muaj.

- **Konfirmimi bio-kimik i abstinencës:** rekomandohet të përcaktohet përqendrimi i monoksidit të karbonit (CO) në frymëmarrje gjatë çdo vizite; kjo është e detyrueshme në vizitën e fundit të trajtimit.
- **Analiza synimi-për-të-trajtuar:** raporti i abstinencës përcaktohet duke konsideruar të gjithë subjektet që janë trajtuar, përfunduan trajtimin komplet dhe u paraqitën në të gjitha vizitat ndjekëse. Ata pacientët që kanë humbur gjatë ndjekjes (që kanë ndryshuar shtëpi, numër telefoni etj.) do të konsiderohen si duhanpirës aktiv, dhe do të mbahen në database-in qendror të ndërprerjes së duhanit.
- **Shkelësit e protokollit:** abstenenca konfirmohet sipas kriterëve 1-4, vetëm nëse pacientët kanë ndjekur trajtimin korrekt - në doza standarte, nuk kanë shtuar vetë terapi të tjera në skemën teraupetike të vendosur nga mjeku, dhe kanë marrë pjesë në të gjitha vizitat monitoruese (follow-up), me konfirmim bio-kimik të statusit të pirjes së duhanit.
- **Mos-identifikimi:** mbledhja e të dhënave duhet të bëhet me metoda double-blind sa herë të jetë e mundur.

5.2 Kosto-efektiviteti i terapive të varësisë ndaj duhanit

Kontrolli i duhanit ka për qëllim të sigurojë që popullsia të mund të marrë ajër të shëndetshëm pa praninë e tymit të duhanit, duke ndaluar pirjen e duhanit në ambiente të mbyllura publike. Ndërprerja e duhanit, një nga komponentët kryesorë të kontrollit të duhanit, zvogëlon shumë probleme shëndetësore,

duke ndihmuar duhanpirësit ta lënë duhanin. Ekziston një fushë e madhe kërkimi, 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.² Studimi ishte krijuar që mjekët e kujdesit parësor të ekzaminonin duhanpirësit adultë dhe ti motivojnë ata të heqin dorë nga pirja gjatë vizitave rutinë. Vetëm këshillim dhe NRT (terapi zëvendësuese me nikotinë) përdorëshin gjatë 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.

Krahasuar me strategjitë rutinë të parandalimit të infarktit të miokardit, ndërhyrja për ndërprerjen e duhanit është me kost-eficiente. Për parandalimin e infarktit të miokardit me medikamente si simvastatin ose pravastatin kërkohen më shumë se 10 000 GBP për vit / për jetë të shpëtuar, kur për ndërhyrjen e ndërprerjes së duhanit, duke përfshirë këshillime të shkurtra dhe NRT, do të kushtonte vetëm disa qindra deri në një mijë GBP.^{3,4} Një studim i bërë në qendrat parësore të shëndetit në Zvicër në 2003 tregoi se patch-et me bupropion dhe nikotinë janë kosto-eficiente. Studimi u krye në dy grupe duhanpirësish të rëndë; një grup u ndoq vetëm me këshillim nga mjeku i përgjithshëm ndërsa grupit të dytë iu dha farmako-terapi shtesë. Në përfundim të studimit patch-et dhe bupropion ishin trajtimet me kosto-efektivitet më të madh, ndjekur në rend zbritës nga spray, inhalator dhe së fundmi çëmçakizi.⁵ Pas futjes në përdorim të vareniclinës, ky medikament u vlerësua gjithashtu të jetë kosto-efiçent.

Kosto e pirjes së duhanit u llogarit të jetë 193 bilion USD në Shtetet e Bashkuara, duke përfshirë 97.7 bilion USD prodhimtari të humbur dhe 96 bilion USD në shpenzime, të lidhura me kujdesin shëndetësor për shkak të pirjes së duhanit. Kosto direkte e pirjes së duhanit në Shërbimin Kombëtar Shëndetësor në Britaninë e Madhe ishte 5.2 bilion⁷ dhe kostot në Shtetet e Bashkimit Europian në total direkt dhe indirekt janë vlerësuar midis 97.7 bilion € dhe

130.3 bilion € për vit.⁸

Në një ndërhyrje për ndërprerjen e duhanit në vendin e punës, për dymbëdhjetë muaj kostoja e shpëtimit u llogarit 541 USD për varenicline, 151 USD për bupropion dhe 82 USD për këshillime të shkurtra.^{9,10}

Nga 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 potencialisht kosto-eficient dhe mund të zvogëlojë incidencën e pirjes së duhanit dhe pasojat negative të shëndetit e kostot sociale që e shoqërojnë.¹¹ Duke përdorur të dhënat nga meta-analiza të testeve rastësore, kërkuesit në Shtetet e Bashkuara ngritën një grup kohort hipotetik me duhanpirësit të shtruar me infarkt të miokardit akut dhe vlerësuan kost-efiçencën e terapisë këshilluese plus konsulencën në vazhdimësi për ndërprerjen e duhanit. Kost-efektiviteti i tij ishte 540 USD për pacient që ka lënë duhanin në program, 4350 USD për vit jetë të shpëtuar dhe 5050 USD për QALY, ku janë marrë në konsideratë të gjitha shpenzimet e kujdesit shëndetësor.¹¹

Duhanpirja është faktori i riskut më i rëndësishëm për shkaktimin dhe ecurinë klinike të SPOK. Prandaj ndërprerja e duhanit për këtë grup është veçanërisht e rëndësishme. Dy studime të zhvilluara në Hollandë treguan që ndërprerja e duhanit ishte kosto-eficiente në pacientët me SPOK. Në një review sistematike të 9 studimeve të randomizuara dhe të kontrolluara mbi ndërhyrjet për ndërprerjen e duhanit në pacientë me SPOK, shkalla e abstinencës 12 mujore në vazhdimësi u vlerësua të ishte 1.4 % për kujdesin e zakonshëm, 2.6% për këshillim minimal, 6.0 % për këshillimin intensiv dhe 12.3 % për farmako-terapinë. Krahasuar me kujdesin e zakonshëm, kostot për jetën me cilësi në vit [quality-adjusted life year = QALY] e fituar me këshillim minimal; këshillim intensiv dhe farmako-terapi ishin 16,900 €, 8200 € dhe 2400 € respektivisht.¹² Studimi tjetër ishte krijuar për të përcaktuar kosto-efektivitetin e një programi me intensitet të lartë të ndërprerjes së duhanit (Terapia për Ndalimin e Duhanit; SST) kundrejt një trajtimi me intensitet të mesëm (Strategji minimale e ndërhyrjes për pacientët) [LMIS] për pacientët e jashtëm me sëmundje kronike të bllokimit të mushkërive. Në përfundim të studimit, u gjet që kostoja për kujdesin shëndetësor të SST duke përfshirë koston e programit të ndërprerjes së

duhanit ishte 581 €, kundrejt 595 € në LMIS. SST lidhet gjithashtu me një numër më të ulët mesatar të rëndimit të pacientëve (0.38 kundrejt 0.60) dhe ditë-shtrimi (0.39 kundrejt 1) për pacient dhe një numër më të lartë pacientësh që lënë 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 Massachussets, 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 mbi ndërprerjen e duhanit ishte një metodë me kost-efiçencë për mbështetjen ndalimin e duhanit në komunitet.¹⁶

Referencat

1. West R., Hajek P., Stead L., Stapleton J. Outcome criteria in smoking cessation trials: proposal for a common standard. *Addiction*. 2005;100(3):299-303.
2. Cromwell J., Bartosch WJ., Fiore MC., Hasselblad V., Baker T. Cost-effectiveness of the Clinical Practice Recommendations in the AHCPR Guideline for Smoking Cessation. *JAMA*. 1997;278(21):1759-1766.
3. Johannesson M., Jönsson B., Kjekshus J., Olsson AG., Pedersen TR., Wedel H. Cost effectiveness of simvastatin treatment to lower cholesterol levels in patients with coronary heart disease. *Scandinavian Simvastatin Survival Study Group*. *N Engl J Med*. 1997;336(5):332-6.
4. Caro J., Klittich W., McGuire A., Ford I., Norrie J., Pettitt D., McMurray J., Shepherd J. Economic benefit of primary prevention with Pravastatin. *BMJ*. 1997;315(7122):1577-82.
5. Cornuz J., Pinge C., Gilbert A., Paccaud F. Cost-effectiveness analysis of the first-line therapies for nicotine dependence. *Eur J Clin Pharmacol*. 2003 Jul;59(3):201-6.
6. Armour BS, Finkelstein EA, Fiebelkorn IC. State-level Medicaid expenditures attributable to smoking. *Prev Chronic Dis* 2009;6(3):1-10.
7. Allender S, Balakrishnan R, Scarborough P, et al. The burden of smoking-related ill health in the UK. *Tob Control* 2009;18(4):262-7.
8. World Health Organization. The European tobacco control report 2007 [online]. Available from URL: <http://www.euro.who.int/document/e89842.pdf> [Accessed 2015 Apr 10].
9. Jackson KC. 2nd, Nahoopii R., Said Q., et al. An employer based

cost-benefit analysis of a novel pharmacotherapy agent for smoking cessation. *J Occup Environ Med* 2007;49(4):453-60.

10. Keating GM., Katherine A., Lyseng-Williamson KAL. Varenicline: A Pharmacoeconomic Review of its Use as an Aid to Smoking Cessation, *Pharmacoeconomics* 2010;28(3):231-254.
11. Ladapo JA, Jaffer FA., Weinstein MC., Froelicher ES. Projected Cost-effectiveness of Smoking Cessation Interventions in Patients Hospitalized With Myocardial Infarction, *Arch Intern Med*. 2011;171(1):39-45.
12. Hoogendoorn M, Feenstra TL, Hoogenveen RT. Rutten-van Mölken MPMH., Long-term effectiveness and cost-effectiveness of smoking cessation interventions in patients with COPD, *Thorax* 2010;65:711-718.
13. Christenhusz LC, Prenger R, Pieterse ME, Seydel ER, and van der Palen J. Cost-effectiveness of an Intensive Smoking Cessation Intervention for COPD Outpatients. *Nicotine Tob Res*. 2012;14(6):657-63.
14. Richard P., West K., Ku L. The Return on Investment of a Medicaid Tobacco Cessation Program in Massachusetts. *PLoS ONE* 2012;7(1):e29665.doi:10.1371/journal.pone.0029665
15. Ferketich AK1, Pennell M, Seiber EE, Wang L, Farietta T, Jin Y, Wewers ME. Provider-delivered tobacco dependence treatment to Medicaid smokers. *Nicotine Tob Res*. 2014;16(6):786-93.
16. Cantor SB., Deshmukh AA., Luca NS., Nogueras-González GM., Rajan T., Prokhorov AV. Cost-effectiveness analysis of smoking-cessation counseling training for physicians and pharmacists. *Addict Behav*. 2015 Jun;45:79-86.

5.3 > Rekomandime për implementimin e udhëzimeve për ndërprerjen e duhanit

Një udhëzues (guideline) i mirë është i dobishëm vetëm nëse shpërndahet dhe implementohet në popullsinë target, në përputhje me standartet më të mira praktike.

Shembulli më i mirë në Europë për të ilustruar këtë koncept është Shërbimi për ndalimin e duhanit në Sistemin Kombëtar të Shëndetësisë në Britaninë e Madhe. Duke zhvilluar një algoritëm për implementimin e udhëzimeve të NICE-s [Instituti Kombëtar për Shëndetin dhe Ekselencën Klinike], udhëzuesit për ndërprerjen e duhanit u transformuan në një mjet të çmuar për të gjitha kategoritë e profesionistëve të përfshirë në ndihmën ndaj duhanpirësve. Kështu, udhëheqja mund të ndihmojë organizata kombëtare të përmbushin standartet qeveritare

dhe shkencore të njohura botërisht për shëndetin publik, të përcaktojnë organizata lokale dhe kombëtare brenda sektorit publik që përbushin 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 shërbimet brenda sistemit shëndetësor primar dhe sekondar, farmacitë, autoritetet lokale dhe vendet e punës, por gjithashtu të zbatohen në organet trajnuese dhe përgjegjëse për politikat e shëndetit.

Në mënyrë që të arrihet ky objektivi, procesi 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 udhëzues;¹
- Të identifikohet se cili spital/organizatë etj. ka nevojë të ndryshojë mënyrën aktuale të të punuarit, në mënyrë që të përafrohet me udhëzimet dhe të ndërtohen bashkëpunime me rrjetet ekzistuese (si rrjetet rajonale të kontrollit të duhanit);
- Të identifikohen zonat kyç që ndihmojnë implementimin, si: rrugët lokale të referimit për qëndrat e ndërprerjes së duhanpirjes, rritja e numrit të personelit shëndetësor të trajnuar dhe fokusimi tek komunitetet të vështira për tu arritur;
- Të vlerësohet sa do të kushtojë implementimi i udhëzuesve;
- Të ndërtohet një plan veprimi për implementimin e udhëzuesit duke punuar së bashku me aktorët dhe specialistët 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. nëpërmjet një marrëveshje lokale. Implementimi i Udhëzuesit duhet të rishikohet dhe monitorohet, dhe rezultatet t'i parashtrihen bordit përkatës. Gjithashtu është shumë e rëndësishme të ndahen eksperiencat në lidhje me implementimin e udhëzuesit me organizata të tjera gjatë eventeve profesionale dhe shkencore.²

Në një studim eksperimental që testoi efektivitetin e ndërhyrjeve

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 përmirësime mbi normën bazë në nën-grupet e duhanpirësve, të cilëve iu ofrua këshillim, broshura për ndihmë, video, postera 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

1. NICE public health guidance 10: Smoking cessation services in primary care, pharmacies, local authorities and workplaces, particularly for manual working groups, pregnant women and hard to reach communities, 2011. <https://www.nice.org.uk/guidance/ph10/documents/smoking-cessation-services-in-primary-care-pharmacies-local-authorities-and-workplaces-particularly-for-manual-working-groups-pregnant-women-and-hard-to-reach-communities-review-proposal-consultation2>. Accessed April 10, 2015.
2. NICE Public Guidance 10, Smoking Cessation Services: Implementation Advice, 2008. <http://www.nice.org.uk/guidance/PH010>. Accessed April 10, 2015.
3. Manfredi C., Chol Y.I., Warnecke R., Saunders S., Sullivan M., Dissemination strategies to improve implementation of the PHS smoking cessation guideline in MCH public health clinics: experimental evaluation results and contextual factors, Health Educ Res. 2011;26(2):348-360.

5.4 ➤ Burime literature shkencore të rekomanduara mbi Ndërprerjen e duhanit

1. Hoogendoorn M., Feenstra T.L., Hoogenveen R.T., Rutten-van Mölken MPMH. Long-term effectiveness and cost-effectiveness of smoking cessation interventions in patients with COPD. Thorax 2010;65:711-718.
2. Hodgson D.B., Saini G., Bolton C.E., Steiner M.C. Thorax in focus: Chronic Obstructive Pulmonary Disease, Thorax 2012;67(2):171-176.
3. Ford E.S., Mannino D.M., Zhao G., Li C., Croft J.B. Changes in Mortality Among US Adults with COPD in Two National Cohorts recruited from 1971-1975 and 1988-1994. Chest 2012;141(1):101-110.
4. Christenhusz L.C., Prenger R., Pieterse M.E., Seydel E.R., van der Palen J. Cost-effectiveness of an Intensive Smoking Cessation Intervention for COPD Outpatients. Nicotine Tob Res. 2012 Jun;14(6):657-63.
5. Decramer M., Sibille Y., Bush A., Carlsen K.H., Rabe K.F., Clancy L., Turnbull A., Nemery B., Simonds A., Troosters T. The European Union

- conference on chronic respiratory disease: purpose and conclusions. Eur Respir J 2011;37(4):738-742.
6. Cornuz J., Pinget C., Gilbert A., Paccaud F. Cost-effectiveness analysis of the first-line therapies for nicotine dependence. Eur J Clin Pharmacol. 2003;59(3):201-6.

PJESA E TRETË | Kapitulli 6

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

*"Trajnimi i profesionistëve të shëndetësisë është gur
themeli në trajtimin e përdorimit dhe varësisë ndaj
duhanit"*



6.0 Standartet Europiane për akreditimin e shërbimeve dhe trajnimeve për ndërprerjen e 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 për trajtimin e ndërprerjes së duhanit, organet e autorizuar të trajnimit dhe përgjegjësitë 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 mbi metodat për ndërprerjen e duhanit, vërtetuan lidhjen mes trajnimit dhe ndryshimeve pozitive në praktikën klinike.¹

Është e ditur tashmë, që sektori i shërbimit shëndetësor ka nevojë për një qeverisje të mirë. Publiku, pacientët dhe aktorët e tjerë financues kërkojnë vlerësime objektive të cilësisë të

shërbimit shëndetësor. Shtete të ndryshme kanë përjasje të ndryshme kundrejt ruajtjes së cilësisë dhe përmirësimit të standarteve. Në disa shtete, organizata profesionistësh dhe shoqata të ndryshme përpiqen të ushtrojnë kontrollin e cilësisë me qëllim përmirësimin e standarteve të shërbimit, shpeshherë pa financim nga qeveria apo publiku i atij vendi. Në vende të tjera, shteti ushtron kontroll të rreptë mbi sektorin shëndetësor, duke lënë pothuajse aspak hapësirë për gjykimin profesional – situatë që rezulton në mjekësi të orientuar drejt vet-mbrojtjes dhe referime të panevojshme në nivelet më të larta të kujdesit. Sfidat qëndron në gjetjen e një balance midis roleve të profesionistëve të shëndetit, organet qeveritare vendim-marrëse, publikut dhe grupeve të tjera të interesit për të vendosur standartet dhe përmirësuar cilësinë e sektorit shëndetësor.

Studimi i literaturës në dispozicion ka identifikuar burime të

Figura 6.1: Përmbledhje e Praktikave Standarte Europiane për Shërbimet Shëndetsore

Këshilli European	
Rekomandime(1997) 5	Mbrojtja e të dhënave mjekësore
Praktikat e sigurta mjekësore (P-SPPH/SAFE) 2006	Praktikat e sigurta mjekësore
Rezoluta ResAP (2003) 3	Kujdesi nutricional në spitale
Rekomandime (2000) 5	Përfshirja e pacientit
Rekomandime Rec (2006)7	Siguria e pacientit
OBSH	
WHO-HEN-OBS 2009	Aftësitë e mjekut
Standartet për promovimin e shëndetit në spitale 2004	Promovimi i shëndetit
Udhëzues për të reduktuar sëmundshmërië dhe vdekshmërinë në popullatën botërore	Siguria në kirurgji
Një strukturë për vlerësimin e performancës në spitale: PATH	Indikatorët e performancës
Direktivat e Këshillit European	
Direktiva 2005/36/EC	Kualifikimi profesional
Direktiva 1995/46/EC	Përpunimi i të dhënave personale

Continued

Figura 6.1 Continued

Direktiva 2011/24/EU	Të drejtat e pacientit në shërbimin mjekësor ndërkufitar
Kërkimet studimore të Këshillit European	
Zhvillimi i standarteve dhe kriterëve pan-Europiane për kontrollin e gjakut (EU-Blood-Inspection)	Bankat e gjakut
Indikatorët dhe metodologjia e cilësisë së sistemit European për dhurimin e organeve (ODEQUS project)	Dhurimi i organeve
Antibiotiko-rezistenca 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 përmirësimi i cilësisë në terapinë intensive	Terapia intensive
Përcaktimi i praktikave më të mira në kujdesin palativ në Europë (PPP)	Kujdesi palativ
Programi ndërkombëtar për përdorimin e resurseve në terapinë intensive (IPOC) – metodologjia dhe rezultatet fillestare të kostos dhe dispozitat në katër shtete Europiane.	Terapia intensive
Përmirësimi i sigurisë së pacienteve të hospitalizuar për kirurgji ditore (DAYSAFE)	Kirurgjia ditore
Kujdesi dhe menaxhimi i shërbimeve për grupmoshën e tretë në Europë sipas BE (CARMEN)	Shërbimi për grup-moshat e treta
Praktikat më të mira në akses, cilësi dhe përshtatje të shërbimeve shëndetësore për Imigrantët në Europë (EUGATE)	Minoritetet
NGOs	
Udhëzuesit e Këshillit European për Rilindjen Europiane 2010	Ringjallja
Union Européenne des Médecines Spécialistes (UEMS)	Cilësia e praktikave mjekësore
Deklarata e Bastle UEMS	Vazhdimësia e zhvillimit profesional
Grafiku European për të drejtat e pacientit www.activecitizenship.net	Të drejtat e pacientit
Grafiku për fëmijët EACH	Të drejtat e pacientit
Lidhja ndërkombëtare e Gerontologjisë: Grafikët e Standarteve të Personave të Moshës së Tretë	Të drejtat 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 European për Standartizimet	
EN ISO 22870:2006 (POCT) – Kërkesat për cilësi dhe kompetencë (ISO 22870:2006)	Kiropraktika
EN 16224:2012 Kujdesi shëndetësor i mundësuar nga kiroprakticienët	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 kirurgjisë Estetike	Kirurgjia estetike
Interpretimi për shërbimet shëndetësor të ISO 9001	Sistemet e menaxhimit të cilësisë

Continued

Figura 6.1 Continued

Autoriteti i Standarteve Kombëtare të Irlandës: Aplikimi i shërbimeve shëndetësore të ISO 9002 në një mjedis spitalor	
SGS Yarsley International (SGS) në UK: BS EN ISO 9000: Shënime të Udhëzuesit për aplikimin e tij në spitale	
Instituti Suedezi i Standarteve, Udhëzues (CEN/TS 15224)	
DNV Akreditimi i Integruar Kombëtar për Organizatat e kujdesit shëndetësor – Udhëzues interpretativ	
CEN/TC 362 Shërbimet e kujdesit shëndetësor – Sistemet e menaxhimit të cilësisë	

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 nevojën e bashkëpunimit aktiv mes publikut dhe agjensive private me qëllim zgjidhjen e konfliktit midis sistemit rregullator [nga lart - poshtë] dhe zhvillimit të shërbimeve [nga poshtë - lart]. Partneriteti midis sektorit publik dhe cilëso agjenci akreditimi është esencial për suksesin e akreditimit.^{2,3}

Referencat

1. Carson KV., Verbiest MEA., Crone MR., Brinn MP., Esterman AJ., Assendelft WJJ., Smith BJ. Training health professionals in smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012, Issue 5. Art. No.: CD000214. DOI: 10.1002/14651858.CD000214.pub2.
2. Toolkit for Accreditation Programmes © 2004: The International Society for Quality In Health Care, 212 Clarendon Street, East Melbourne, Victoria 3002, Australia.
3. Shaw CD, Jelfs E, Franklin P. Implementing recommendations for safer hospitals in Europe: the SANITAS project. EuroHealth July 2012 (in press)

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 rreth 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 trajnimi. Ky raport ishte veçanërisht i vlefshëm në tërheqjen e vëmendjes për nevojën 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 njerëzit që këshillojnë duhanpirësit se si të ndalin.

Të gjithë organet përgjegjëse Europiane, të autorizuar 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 me njerëzit të ofrojnë këshillime të shpejta për ndërprerjen e duhanit, bazuar në udhëzimet më të mira të disponueshme dhe ti referojnë rastet, nëse është e nevojshme dhe e mundshme, tek shërbimet publike për ndërprerjen e duhanit;
- Të sigurojnë që trajnimi mbi mbështetjen, që u jepet njerëzve 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 shtatzëna 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 rreziqet e ekspozimit nga duhanpirja pasive.

Organe të tilla trajnimi të autorizuar variojnë në Europë, duke filluar nga universitete të akredituara deri në struktura trajnimi qeveritare ose struktura trajnuese të njohura në shkallë kombëtare.

Standarti i trajnimit për ndërprerjen e duhanpirjes mbulon dy fusha kryesore: njohjen dhe aftësimin. Përmbajtja 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 modulesh për realizimin e ndërhyrjeve për ndërprerjen e duhanit në tre nivele të ndryshme (niveli oportunist i shkurtër, niveli intensiv duke punuar një-për-një dhe niveli me grupe). Standarti i trajnimit i udhëzon trajnerët mbi atë çfarë duhet të përfshihet në trajnimin e këshilluesve të ndërprerjes së duhanit. Format i trajnimit është i ndryshëm për çdo nivel. Në përgjithësi niveli i këshillave oportuniste të shkurtra duhet ti përgjigjet kurrikulës të studentëve të diplomuar në shkencat mjekësore të ciklit të pare të studimeve, ndërsa niveli intensiv një-për-një dhe ai me grupe bazohen në programet e nivelit të dytë dhe të tretë të mjekësisë/psikologjisë/infermierisë. Termi kërkesat minimale të përmbajtjes i referohet elementëve të programit që konsiderohen të 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

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

rëndësishëm, sepse objektivat kërkojnë forma të ndryshme vlerësimi. Objektivat e bazuar në njohuri mund të vlerësohen me anë të testeve të shkruara në fund të një kursi, ndërsa ato të bazuara në aftësi janë më të vështira dhe mund të kërkojnë një testim praktik ose ndjekje të praktikës pas përfundimit të kursit.

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 2030.² 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 shëndetsore të lidhura me duhanin, dhe shumë prej tyre do të vdesin edhe më përpara.³ Përveç këtij numri të vdekjeve, përdorimi i duhanit dëmton 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 synim është 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 vdekjeve për shkak të përdorimit të duhanit.²

Përmbajtja e programeve të trajtimit

- Epidemia e duhanpirjes 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, ekonomike etj.) 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 vitit 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 viteve të para (periudha pre-klinike) të studimeve mjekësore. Leksionet në klasë, diskutimet me grupe të vogla, diskutimet në panel ose rastet klinike janë përdorur për trajnim teorik. Qëllimi i trajnimit në klasë është të rritet ndërgjegja

Tabela 6.2: Detajet e programit

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

Continued

Tabela 6.2 Continued

Koncepti për kontrollin e duhanit dhe strategjitë e tij	Strategjitë MPOWER	B2		
	Legjislacioni kombëtar i rëndësishëm (psh Programi Kombëtar i Kontrollit të Duhanit)	B2		
Roli i mjekut për kontrollin e duhanit dhe sjelljet që lidhen me të	Sjellja jo duhanpirëse si një model për tu ndjekur	B2	B2 D2	B3 D3
	Ndihmoni duhapirësit të lënë duhanin, duke implementuar principet 5A dhe 5R	B1	B3 D3	B3 D3
	Metodat e bazuara në evidenca shkencore për lënien e duhanit		B2	
	Ndërprerja e duhanpirjes në praktikën klinike			B3
	Parandalimi i rifillimit të duhanpirjes	B2	B3	B3
	Këshillimi dhe lidhshmëria për kontrollin e duhanit		D3	B3
	Kini kujdes dhe luftoni manipulimet e industrisë së duhanit		B3	D3
	Ndërprerja e duhanpirjes në popullata specifike; kirurgji, SPOK, kardiopatologji, çrregullime psikiatrike			D3
	Roli i medias në kontrollin e duhanit	B2		
	Roli i institucioneve qeveritare dhe jo-qeveritare në kontrollin e duhanit	B2		

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 e duhanpirjes tek të gjithë pacientët, (duke përfshirë edhe sjelljet e prindërve të pacientëve të rinj duhanpirës) dhe duhet të këshillojnë dhe ndihmojnë duhanpirësit ta lënë duhanin. Kështu që, disa raste klinike dhe trajtime të varësisë nga duhanpirja, janë diskutuar në fazën klinike.

Fusha kognitive

B1: Të dish (kujto, numëro, përkufizo), 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 trajtimi.

Fusha perceptive

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

D2: Qëndrimi, 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 jepet studentëve para se të fillojë programi (p.sh. 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 studentët dhe mësuesit jepet pas çdo kursi. Emrat e studentëve nuk mbahen shënim; vlerësohet thjesht performanca 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 vdekje për më shumë se 6 milionë njerëz në të gjithë botën, dhe ky numër do të rritet në 8 milionë në 2030.² 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 shëndetsore të lidhura me duhanin, dhe shumë prej tyre do të vdesin edhe më përpara.³ Përveç këtij numri të vdekjeve, përdorimi i duhanit dëmton 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 synim është 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 vdekjeve për shkak të përdorimit të duhanit.²

Qëllimet e programeve të trajnimit

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 drejtojnë një qendër të lënies së duhanit. Për të arritur këtë qëllim, do të diskutohen çështjet e mëposhtme, brenda synimit të programit.

- Epidemia e duhanpirjes
- Faktorët që ndikojnë në fillimin e duhanpirjes;
- Baza farmakologjike e varësisë ndaj duhanit;
- Dëmet shëndetsore 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

Programi përbëhet nga dy pjesë: mësim në distancë dhe mësim interaktiv. Materialet e mësimdhënies ndodhen në faqen e internetit dhe pjesëmarrësit janë në gjendje të futen në faqen e internetit duke përdorur një fjalëkalim të tyre për një numër të kufizuar ditësh. Ata priten të plotësojnë materialet e leximit dhe të bëjnë një provim në përfundim të klasave. Ata që kalojnë provimin marrin një trajnim dy ditor interaktiv. Ky program organizohet nga Ministria e Shëndetësisë ose universitete të autorizuara. Numri maksimal i pjesëmarrësve është 25.

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

- Pre-testi, pritshmëritë 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)

- Metodat e ndërhyrjeve me duhanpirësit 5as dhe 5rs;
- Rastet me probleme/rezistencë, duhanpirësit e rëndë, duhanpirësit e lehtë, duhanpirësit me probleme shëndetsore, etj.
- Mbështetje psikologjike
- Trajtim farmakologjik, duke përfshirë farmakoterapinë e linjës së parë
- Legjislacioni: ligjet e kontrollit të duhanit, ligjet për kontrollin e qendrave të duhanit, (mundësitë fizike, fuqia punëtore etj.).
- Studimet e rasteve, rolet që duhen luajtur, etj.;
- Vizita tek qendrat e lënies së duhanit;
- Post-test dhe vlerësimi i trajnimit, rekomandimet e pjesëmarrësve për programet në të ardhmen.

Vlerësimi

Suksesi është vlerësuar me anë të pre dhe post-testeve, dhe pjesëmarrësit e sukseshëm marrin certifikata nga Ministria e Shëndetësisë ose organizata të tjera qeveritare. Mund të jepet gjithashtu edhe feedback verbal. Mjekët e certifikuar janë të lejuar të formojnë dhe drejtojnë një qendër të ndërprerjes së duhanit.

Programet e trajnimit për mjekët pulmonare

ERS ka publikuar një monografi në 2007 për ndërprerjen e duhanit tek pacientët me SPOK dhe së shpejti do të publikohet edhe version i ri.^{2,4} Figura 6.2 raporton experiencën e Turqisë për këtë fushë.

Referencat

1. Rigotti NA, Bitton A, Richards AE, Reyen M, Wassum K, Raw M. An international survey of training programs for treating tobacco dependence. *Addiction*. 2009;104(2):288–96.
2. WHO Report on the Global Tobacco Control Report, 2008. The MPOWER Package. Geneva, World Health Organization, 2008.
3. European Commission, 2017. Special Eurobarometer 458 Report Attitudes of Europeans towards Tobacco and Electronic Cigarettes. Available at: <https://ec.europa.eu/comfrontoffice/publicopinion/index.cfm/ResultDoc/download/DocumentKy/79003>
4. Nardini S. Smoking Cessation. *European Respiratory Society Monographs*, 2008. 10.1183/1025448x.ERM4208. <http://erspublications.com/content/smoking-cessation>.
5. P. Tønnesen P., Carrozzi L., Fagerstrom KO., Gratzou C., Jimenez-Ruiz C., Nardini S., Viegi G., Lazzaro, C., Campell IA., Dagli E., and R. West. Smoking cessation in patients with respiratory diseases: a high priority, integral component of therapy. *Eur Respir J*. 2007;29:390–417.

Figura 6.2: Një shembull i programit të trajnimit për ndërprerjen e duhanit për profesionistët shëndetësor në Turqi

Programi u krye nga Shoqata Turke Torakale me mbështetje financiare nga Fondacioni Ndërkombëtar Pfizer (Kontrolli i Duhanit dhe Mikro-Grantet e Politikave). Programi i standardizuar "modular" i trajnimit u përgatit nga anëtarët e Grupit Punues për Kontrollin e Duhanit të Shoqërisë Turke Torakale. Më pas një grup prej 40 mjekësh pulmonarë u trajnuan si drejtues trajnimesh, duke formuar ekipin qendror të trajnimit. Programi i trajnimit u bë i arritshëm për të gjithë anëtarët e Shoqatës nëpërmjet medias elektronike. Gjithsej përfunduan modulin e trajnimit elektronik 765 pjesëmarrës. Qëllimi i këtij kursi elektronik ishte të integrojë dy parimet e para si (Pyet dhe kësillo) të parimeve 5A në praktikën e tyre të përditshme klinike. Në fund të secilit modul, pjesëmarrësit iu përgjigjën pyetjeve për pikat kryesore të modulit. Pas përfundimit të kursit të trajnimit elektronik, pjesëmarrësit që dëshironin të përmirësonin praktikën e tyre morën pjesë në një trajnim interaktiv që zgjati një ditë (në fakt të gjithë 765 pjesëmarrës morën pjesë në trajnimin interaktiv). Këto programe trajnimi u zhvilluan nga anëtarët e ekipit qendror të trajnimit në 18 krahina të Turqisë. Në fund të këtyre programeve të trajnimit në terren, pjesëmarrësit zhvilluan aftësinë e tyre për t'u marrë me duhanpirësit dhe i ndihmonin ata të linin duhanin duke zbatuar metodat shkencore të ndërprerjes së pirjes së duhanit. Të gjithë pjesëmarrësit e vlerësuan programin si shumë të mirë dhe të mirë në lidhje me përmbajtjen dhe rëndësinë e kursit.

6.4 > Rekomandimet për të zhvilluar kurrikula të ndërprerjes së duhanit për kategori të tjera profesionistësh, të përfshirë në ofrimin e ndërprerjes së duhanit në Evropë: psikologë, infermierë, politik-bërësit në shëndetsi

Përveç mjekëve, të gjitha 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 mira për ndërprerjen e duhanit. Rekomandohet një modul trajnimi bazë për lënien e duhanit për: infermierët, mamitë, psikologët, ndërmjetësit, punonjësit social dhe farmacistët ose çdo lloj kategorie stafi që asistojnë 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 psikosocialë, 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 shëndetësorë të kenë akses ndaj tij. Ky është një problem për komisionerët dhe menaxherët e autoriteteve kombëtare shëndetësore, të cilët duhet të financojnë trajnimin për ndërprerjen e duhanit si një aktivitet shëndetësor i rëndësishëm. Në mënyrë që të kuptohen më mirë këto nevoja dhe të dizajnohen programe më të mira, ne sugjerojmë që një modul minimal i trajnimit për ndërprerjen e duhanit duhet tu ofrohet profesionistëve që janë në poste drejtuese. Duke marrë nocionet elementare rreth vdekshmërisë dhe sëmundshmërisë që janë të lidhura me duhanin, si dhe kosto-efektivitetin e parandalimit të duhanit dhe terapinë e ndërprerjes, politikbërësit do të jenë më të ndërgjegjshëm për madhësinë e problemit dhe do të vendosin prioritetet e duhura, në mënyrë që të përmirësohet situata. Niveli 2 i trajnimit është i përshtatshëm për të gjithë profesionistët e kujdesit shëndetësor. 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 pjesë kryesore të kurrikulës së trajnimit bazë për të gjithë profesionistët e shëndetit, që punojnë me duhanpirësit.
- Trajnimi duhet të jetë pjesë kryesore e një programi për ndërprerjen e duhanit për të gjithë autoritetet shëndetësore. Për këto programe duhet të ofrohen 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

1. West R., McNeill A., and M. Raw. Smoking cessation clinical guidelines for health professionals: an update. Thorax 2000;55;987-999.

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 përshkruhet kjo fjalë, mjedisi dhe kultura përreth përdoruesit mund të ndryshojë totalisht. Sistemet e kujdesit shëndetësor gjithashtu mund të ndryshojnë, si për burimet ashtu dhe prioritetet. Në pjesën e mëposhtme ne i jemi referuar përdoruesve të cigareve, sepse cigaret janë ato që përdoren më shumë. Ndërprerja e produkteve të tjera të duhanit është shumë më pak e studiuar, por metodat që përdoren për ndërprerjen e cigareve të duhanit zakonisht i aplikohen edhe përdoruesve të produkteve të tjera dhe që kërkojnë ndihmë me procesin. Ndërprerja e duhanit, jo domosdoshmërisht duhet të jetë pjesë e shërbimeve shëndetësore, por skema e trajnimit e propozuar këtu synon të gjithë profesionistët e shëndetit.

Aftësitë e ndërprerjes së duhanit duhet tu ofrohen klinikistëve të cilët janë në gjendje të kenë kohën e duhur dhe burimet për këtë proces, duke përfshirë kohën e ndjekjes më pas për të paktën 6 muaj.

Përmbajtja e trajnimit

Trajnimi ofrohet në një periudhë tre ditore:

1. Çertifikatë bazë (2 ditë): Për tu kualifikuar, prezenca e pjesëmarrësit është e detyruar për dy ditët e para të kursit. Përbërja: 50% teori, 50% praktikë (intervistë motivuese, terapi kognitive-bihejviorale dhe praktikë për ndërprerjen e duhanit).
2. Çertifikatë e avancuar (3 ditë) Në mënyrë që pjesëmarrësi të kualifikohet për çertifikatën e avancuar, duhet të plotësohen kriteret e mëposhtme, përveç atyre të çertifikatës bazë:
 - Një ditë (dita e tretë) e ndjekjes tre deri në gjashtë muaj pas trajnimit bazë 2-ditor (çertifikata e mësipërme);
 - Një provim me shkrim i njohurive (rreth 30 minuta) që mund të kryhet që në ditën e tretë;
 - 3 raste pacientësh, raporte klinike me shkrim, observimi i një modeli;
 - 3 sesione të mbikëqyrura në këshillim në grup ose individuale (direkt ose telefon)

Çertifikata e avancuar jepet kur të gjitha pjesët plotësohen me sukses, psh trajnimi 2+1, testi me shkrim, rekordet e shkruara të pacientëve (një prej të cilëve të jetë të paktën një proces dy mujor) 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 standardin kombëtar (duke përfshirë një përshkrim të avancuar).

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

Përmbajtja e detyrueshme 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 aspekteve të ndryshme 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 trajtimit.

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

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 detyruara:

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 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 vegjël: rastet e pacientëve dhe rastet e sjella nga studentët (dy orë).

Diskusimet opsionale:

4. Problemet e ditës (1 orë), psh rezultatet e vëzhgimeve rajonale, duhanpirja me llullë uji, produkte të tjera duhani, 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 tu jepet një 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 pjesë e vlerësimit të ditëve 1 dhe 2.

Pyetje për:

1. Sfondi, mjedisi/profesionit.
2. Përmbajtja e pjesës teorike
3. Përmbajtja e pjesës praktike

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

Pyetje për:

- Përmbajtja e pjesës teorike: dita 3
- Përmbajtja e pjesës praktike: dita 3
- Trajnimi midis ditëve 1-2, dhe ditës 3 – organizimi dhe përmbajtja.
- Trajnimi si i plotë
- Sa pacientë keni trajtuar që nga trajnimin bazë (ditët 1 dhe 2)?

Materialet për tu përdorur në trajnim:

- Grupi i pyetjeve për testin me shkrim
- Modele për përgjigjen e leksioneve në shtëpi dhe për shënimet 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 përcaktohet një bord ekspertësh kombëtarë, me autoritetin për të vlerësuar propozimet e mjekëve që do të ndjekin kurset. Programi i detajuar dhe përshkrimi 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 duhani

Përkufizimi

Një Specialist i Trajtimit nga Varësia prej Duhanit (TDS)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 Trajtimit të Duhanit mund të vijjnë nga kategori të ndryshme profesionale dhe mund të punojnë në një shumëllojshmëri ambientesh duke përfshirë, por jo duke u kufizuar tek spitalet, qendrat komunitare, linjat e ndihmës telefonike për ndërprerjen e duhanit, organizatat e mbështetjes së shëndetit, praktikatat dentare dhe mjekësore, ambientet edukative, agjencitë e shërbimeve sociale, organizatat e shëndetit publik, qendrat e trajtimit të duhanit, programet e trajtimit të abuzimit të drogës dhe qendrat e shëndetit mendor. Specialisti mund të përfshihet, jo vetëm në ofrimin e trajtimit, por edhe në trajnimin e trajnuesve të tjerë (profesionistët e kujdesit shëndetsor, administratorët, shkencëtarët, duhanpirësit, dhe jo duhanpirësit) rreth trajtimit të varësisë ndaj duhanit.

Roli dhe përgjegjësitë e Specialistit të Trajtimit të Varësisë nga Duhani

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 shëndetsor mbi popullatë, për shkaqet dhe pasojat e konsumit të duhanit.

1. Përkrahni 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, ekonomike dhe kulturore.
2. Shpjegoni rolet e trajtimit të përdorimit dhe varësinë nga duhani brenda programit gjithëpërfshirës të kontrollit të duhanit.
3. Përdorni rezultatet e raporteve kombëtare, kërkimeve studimore dhe udhëzuesve (guidelines) mbi trajtimin e varësisë nga duhani.
4. Shpjegoni faktorët mjedisorë dhe shoqërorë, që promovojnë dhe frenojnë përhapjen e përdorimit të duhanit dhe varësinë ndaj tij.
5. Shpjegoni pasojat shëndetësore të përdorimit të duhanit, por dhe përfitimet e ndërprerjes së duhanit, mekanizmat bazë të çrregullimeve më të zakonshme të induktuara nga duhani.
6. Përkrahni sesi zhvillohet varësia nga duhani; dhe jini në gjendje të shpjegoni shkaqet biologjike, psikologjike dhe sociale të varësisë nga duhani.
7. Përmblidhni dhe jini në gjendje të aplikoni kritere diagnostike të vlefshme dhe të besueshme për varësinë nga duhani.
8. Përkrahni natyrën e rikthimit kronik të varësisë nga duhani, duke përfshirë modelet tipike të rifillimit të duhanpirjes dhe faktorët predispozues për të.
9. Ofroni informacion të përshtatshëm për moshën, gjininë e kulturën dhe të përputhshëm me nivelin e edukimit dhe aftësive të duhanpirësve, që po trajtohen.
10. Identifikoni strategjitë e bazuara në evidenca shkencore, si dhe avantazhet dhe disavantazhet për çdo strategji.
11. Jini në gjendje të debatoni për terapi alternative, si reduktimi i dëmit, hipnoza, akupunktura, apo reduktimi i numrit të cigareve.
12. Demonstroni që keni akses në informacionin mbi çështjet e mësipërme.

Aftësitë për të këshilluar

Demonstroni zbatim efektiv të teorive dhe strategji 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-gjykses.
3. Përkrahuni dhe demonstroni përdorimin e metodave të bazuara në evidenca shkencore, për ndërhyrjet e shkurtra për trajtimin e përdorimit të duhanit dhe varësisë ndaj tij, siç janë identifikuar në këtë udhëzues.
4. Përkrahuni 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 klinike për të miratuar rritur motivimin dhe për të inkurajuar angazhimin për të ndryshuar.
6. Demonstroni kompetencën në të paktën një prej modalitetëve 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 përfshijë:
 - (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) përpjekjet e mëparshme për të lënë duhanin, duke përfshirë eksperiencat e trajtimit, sukseset dhe barrierat;
 - (g) disponueshmëria e sistemeve të mbështetjes sociale;
 - (h) preferencat për trajtim;
 - (i) faktorët kulturorë që ndikojnë në përpjekjet për të lënë duhanin.

2. Tregoni aftësi në mbledhjen e informacioneve bazë të anamnezës dhe për të kryer një kontroll të shkurtër për problemet psikiatrike dhe abuzimin ndaj substancave.
3. Përkrahuni 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. Përkrahuni 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 trajtimi të individualizuar duke përdorur strategjitë e trajtimit të bazuar në evidenca shkencore.
2. Në bashkëpunim me pacientin, identifikoni objektiva specifike dhe të matshme të trajtimit.
3. Planifikoni trajtime të individualizuara, që llogarisin faktorët e vlerësimit të pacientit, të identifikuar gjatë marrjes së vlerësimit dhe historisë së tij.
4. Në bashkëpunim me pacientin zhvilloni një plan trajtimi, që përdor strategji të bazuara në evidenca shkencore, për të ndihmuar pacientin të shkojë drejt përpjekjes për të lënë duhanin dhe/ose për të vazhduar abstinençën nga duhani.
5. Përkrahuni 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 shëndetësor shtesë.

Farmakoterapia

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

1. Përkrahuni përfitimet e kombinimit të farmakoterapisë dhe këshillimit.
2. Jepni informacion mbi përdorimin e drejtë, efikasitetin, efektet anësore, kundër-indikimet, efektet negative të njohura dhe përjashtimet për të gjitha medikamentet e varësisë ndaj duhanit, të miratuara nga agjencitë kombëtare rregullatore.

- Identifikoni informacionin përkatës 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.
- Ofrohet edukimi i duhur për pacientin mbi zgjedhjet terapeutike dhe dozimin e barnave, për një sërë situatash ku mund të gjendet pacienti.
- Komunikoni simptomat, kohëzgjatjen, incidencën dhe shkallën e tërheqjes nga nikotina.
- Përkruani përdorimin e kombinimeve të medikamenteve dhe dozat më të larta të mundshme të tyre, për të rritur probabilitetin e abstinencës.
- Identifikoni medikamentet e linjës së dytë të mjekimit dhe jini në gjendje të gjeni informacione rreth tyre sipas nevojës.
- Identifikoni reaksionet e mundshme negative dhe komplikacionet që lidhen me përdorimin e farmakoterapisë për varësinë e duhanit, duke bërë referime në kohë për profesionistët/shërbimet mjekësore.
- Demonstrohet aftësia për të adresuar shqetësimet në lidhje me efektet e vogla anësore dhe/ose të përkohshme të këtyre farmakoterapive.
- Demonstroni aftësi për të bashkëpunuar me ofruesit e tjerë të kujdesit shëndetësor, për të koordinuar përdorimin e duhur të medikamenteve, sidomos në prani të sëmundjeve shoqëruese ose psikiatrike.
- Jepni informacion në lidhje me terapisë alternative të lënies së duhanit, bazuar mbi review-të e njohura të efektivitetit të tyre.

Parandalimi i rifillimit të duhanit

Ofron metoda për të reduktuar përsëritjen dhe për të siguruar përkrahje në vazhdimësi për personat e varur nga duhani.

- Identifikoni faktorët personalë të rrezikut dhe inkorporojini ata në planin e trajtimit.
- Përkruani strategjitë dhe aftësitë e përballimit që mund të zvogëlojnë rrezikun e ripërsëritjes.
- Jepni udhëzime në modifikimin e planit të trajtimit, për të zvogëluar rrezikun e përsëritjes, gjatë gjithë kohës së trajtimit.
- Përkruani një plan për vazhdimin e përkujdesjes pas përfundimit të terapisë, që ndjek trajtimin fillestar.

- Përkruani si mund ti referoheni burimeve shtesë, për të reduktuar rrezikun e përsëritjes.
- Implementoni strategji të trajtimit për dikë, i cili po e përsërit apo ripërsërit duhanpirjen.

Të punuarit me kategoritë e vështira/të veçanta të duhanpirësve

Demonstroni kompetencat në lidhje me punën me nëngrupe të ndryshme të popullsisë dhe me ato kategori të duhanpirësve që kanë probleme të veçanta shëndetësore.

- Ofrohet këshillim me kompetencë kulturore.
- Përkruani indikacione për trajtime specifike për grupe të veçanta popullatash (psh gra shtatzëna, adoleshentë, të rriturit e rinj, të moshuar, pacientë të shtruar, ata me sëmundje shoqëruese si psikiatrike, respiratorë kronikë etj.).
- Demonstroni aftësi për t'iu përgjigjur situatave me rrezik të lartë të klientëve.
- Bëni rekomandime efektive të trajtimit për përdoruesit e produkteve të duhanit (jo cigare).
- Përkruani rekomandimet për ata që janë të ekspozuar ndaj ndotjes nga tymi i duhanit.

Dokumentimi dhe vlerësimi

Përkruani dhe përdorni metoda për ndjekjen e progresit individual, mbajtjen e shënimeve, dokumentimin e programit, matjen e rezultateve dhe raportimin.

- Mbani shënime të sakta duke shfrytëzuar praktikate pranuar e të koduara, që janë të përshtatshme për ambientet ku jepet shërbimi.
- Zhvillimi dhe implementimi i një protokollit për ndjekjen ecurisë së mëtejshme të klientit dhe progresin e tij.
- Të përkruhen 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.

- Përkruani burimet (me bazë internet, komuniteti, ose

- linjat telefonike të lënies së duhanit) në dispozicion për mbështetjen e vazhdueshme për mospërdorimin e duhanit.
- Identifikoni burimet e komunitetit për t'i referuar të gjitha kushtet shoqëruese mjekësore, psikiatrike ose psiko-sociale.
 - 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 rreth tyre.
 - Përshkruajuni pacientëve si mund të informohen për rimbursimet e trajtimeve.

Ligji dhe etika

Përdorni vazhdimisht kodin e etikës dhe zbatoni rregulloret specifike të qeverisë për kujdesin shëndetësor ose ambientin e punës.

- Përshkruani dhe përdorni kodin e etikës të disiplinës suaj profesionale për specialistët e trajtimit mbi varësinë ndaj duhanit, nëse është në dispozicion.
- Përshkruani implikimet dhe shfrytëzoni rregullat që zbatohen për aspektet e trajtimit duhanit (fshehtësinë, privatësinë, rregulloret e veçanta të vendit të punës).

Zhvillimi profesional

Merrni përgjegjësi për zhvillimin e vazhduar profesional dhe kontributin në zhvillimin e të tjerëve.

- Mbani standartet profesionale siç kërkohet nga licenca profesionale ose certifikimi.
- Përdorni literaturë dhe burime të tjera të informacioneve apo kërkesave për tu përditësuar me njohuritë dhe aftësitë e trajtimit të varësinë nga duhani.
- Përshkruani implikimet e studimeve aktuale në praktikë për trajtimin e varësisë ndaj duhanit.
- Shpërndani njohuritë dhe gjetjet për trajtimin e duhanit tek të tjerët më anë të kanaleve formale dhe informale.

Referencat

- ATTUD Core competencies for evidence-based treatment of tobacco dependence. Association for the Treatment of Tobacco Use and Dependence, April 2005. <http://www.attud.org/docs/Standards.pdf>

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

Shërbimi i ndërprerjes së duhanit (TCS)¹ 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.² Të gjitha këto shërbime pohojnë se ndërprerja e duhanpirjes është një nga qëllimet e kujdesit shëndetësor. Shërbimet e ndërprerjes së duhanit kanë një rol në kryerjen e pikave të mëposhtme:

- Trajojnë rastet e varësisë ndaj duhanit dhe fokusohen tek rastet më të vështira
- Edukojnë dhe trajtojnë profesionistë të shëndetit për ndërprerjen e duhanit
- Kërkojnë ose vlerësojnë ndërhyrjet për ndërprerjen e duhanit
- Shpërndajnë praktika të mira në ndërprerjen e duhanit tek profesionistët e kujdesit shëndetësor dhe popullatën e gjërë dhe eliminojnë praktikatat e këqija
- Promovojnë shëndetin

6.7.1 Tre nivelet e shërbimeve për ndërprerjen e duhanit²

Përkufizimi i shërbimeve të ndërprerjes së duhanit mbulon tre nëngrupe:

- 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 duhanpirjes me minimumi një mjek dhe dy profesionistë shëndetësorë, nga të cilët një specialist i ndërprerjes së duhanit. Kjo qendër ka kapacitet të plotë për të përshkruar medikamente me recetë dhe ofruar këshillim të sjelljes, me aparatura për monitorimin e monoksidit të karbonit për të gjithë pacientët, mbajtjen 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 duhani, me kapacitetin për të shkruar receta dhe përshkruar medikamente, por pa opsionet 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 silltet si këshillues. Nuk ofrohen medikamente me receta, por është disponibël këshillimi për mbështetjen e terapisë farmakologjike.

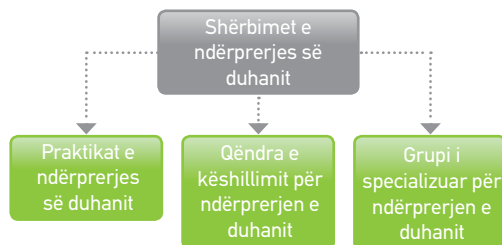
Shihni Figurën 6.3.

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 shërbim 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.³ Këto grupe duhet të demonstrojnë kriteret e ekselencës në lidhje me kujdesin shëndetësor, edukimin dhe kërkimin.

Figura 6.3: Tre nivelet e shërbimeve të ndërprerjes së duhanit (adaptuar nga e.SCCAN)²



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 përfshin mjekë, infermierë, psikologë, dhe dietologë është optimal për të mbuluar nevojat e shumicës së përdoruesve të duhanit gjatë lënies së tij.
- Një specialist i ndërprerjes së duhanit është i nevojshëm për çdo shërbim të ndërprerjes së duhanit. Sipas OBSH, një specialist i ndërprerjes së duhanit është dikush, i cili është i trajnuar dhe i paguar për të ofruar mbështetje profesionale për duhanpirësit që kanë nevojë për ndihmë për lënien e duhanit, me këshilla të shkurtra të përpikta dhe jo vetëm. Personeli i përfshirë 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 ekipi mjekësor ose në një njësi jo-mjekësore.
- Profesionistët jo-shëndetësorë, të trajnuar për varësinë ndaj duhanit mund të luajnë role specifike, nën mbikëqyrjen e mjekëve.
- Profesionistët e profilizuar të shëndetit, të tillë si: mamia në maternitet, anestezistët në kirurgji, psikiatrët për duhanpirësit me sëmundje mendore, mund të luajnë një rol të veçantë në popullata të veçanta.
- Qendra ka një ekip multidisiplinor profesionistësh të kujdesit shëndetësor të specializuar në trajtimin e varësisë nga duhani. Profesionistët të tillë janë përcaktuar si punonjës shëndetësor shumë të kualifikuar në këtë fushë dhe ekspertë në kapacitetin e tyre për të parandaluar, diagnostikuar dhe trajtuar varësinë e duhanit, të cilët punojnë me kohë të plotë dhe janë të paguar për këto aktivitete.
- Stafit duhet të jetë i mjaftueshëm për të siguruar një vizitë të parë, jo më vonë se tre javë pasi është marrë një kërkesë për trajtimin e varësisë nga duhani.
- Është e nevojshme për profesionistët e kujdesit shëndetësor, që operojnë në këtë njësi të specializuar për ndërprerjen e

duhanit, të jenë në gjendje të ofrojnë trajnimet e duhura për parandalimin, diagnostikimin dhe trajtimin e varësisë nga duhani dhe tymosja.

- 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 rëndësishme 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 multidisiplinar me karakteristika specifike, 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.
- Bazëtë dhënash në kompjuter dhe dosje për dokumentacionin specifik për duhanpirjen dhe konsumimin e duhanit.
- Shënime klinike specifike për konsumimin e duhanit
- Protokolle të ndërhyrjes klinike
- Materiale zyre
- Projektore audio-vizuale
- Materiale klinike: stetoskop, monitor tensioni, aparat që mat sasinë e monoksidit të karbonit në frymënxjerrje, spirometër, monitor EKG, sisteme të matjes së gjatësisë dhe peshës (përfshirë dhe llogaritjen e BMI), mostra dhe prezantime medikamentesh.
- Mundësi për të matur nikotinën ose kotininën në likidet trupore.
- Numër i veçantë telefoni 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 specifike mbi konsumimin e duhanit, janë të disponueshme për pacientët. Mundësia për të matur nikotinën dhe kotininën në likidet trupore duhet të dokumentohet gjithashtu.

Tabela 6.3: Pyetësorët për shërbimet e ndërprerjes së duhanit

Pyetësorët e vet-vlerësimit të detyruar:
- Profili i përdorimit të duhanit
- Testi i varësisë ndaj duhanit, testi Fagerström.
Pyetësorët e vet-vlerësimit të rekomanduar
- Pyetësorët e vlerësimit të humorit (HAD ose tjetër),
- Pyetësorët mbi motivimin për të lënë duhanin ose barrierat e perceptuara.
Pyetësorët jo të vet-administruar:
- Pyetësorë si ai i Beck Depression Inventory (BDI).

Kërkohet gjithashtu edhe prezantimi i shënimeve specifike 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, respiratore dhe me kancer, përdoruesit me varësi të tjera (alkol dhe drogë), me disavantazhe sociale dhe ata që kanë një histori të mëparshme të përpjekjeve 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 kujdesit shëndetsor, 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 substanca 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:

- 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 të paktën 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 vështirë 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 aktuale; në fakt profesionistët e qendrës duhet të jenë të aftë dhe të përkushtuar për të adresuar dhe zgjidhur konsultat e adresuara nga profesionistët të tjerë të kujdesit shëndetësor, që trajtojnë duhanpirës me vështirësi specifike.

Për dokumentacionin që disponohet kërkohet prezantim, i cili të demostrojë egzistencën e protokolleve të kujdesit shëndetësor që përmbushin karakteristikat e sipërpërmendura. Dokumentacioni duhet të prezantohet, të lëshohet nga autoritetet

kompetente, dhe të përfshijë këto të dhëna: numrin e pacientëve të rinj në vit (numri minimal i kërkuar = 300), numri i kontrolleve të kryera në vit (numri minimal i kërkuar = 1000), numri i matjeve të monoksidit të karbonit në vit (numri minimal i kërkuar = 1000), numri i matjes së nikotinës ose kotininës në likidet trupore në vit (numri minimal i kërkuar = 100), numri i spirometrive në vit dhe numri i studimeve të EKG të kryera për vit.

Shërbimet e ndërprerjes së duhanit respektojnë udhëzimet më të mira praktike ndërkombëtare për lënien e duhanit. Këto shërbime respektojnë praktikatat më të mira të përgjithshme në të gjitha procedurat, respektojnë të drejtat e pacientëve dhe i përmbahen rregullave të mbrojtjes së të dhënave.

Gjithashtu, dokumentacioni që duhet të prezantohet dhe lëshohet nga organet kompetente, duhet të tregojë kordinimin e aktiviteteve të qendrës me qendra ose departamente të tjera, në aspektet e lidhura me parandalimin dhe trajtimin e duhanpirjes. Shërbimi i ndërprerjes së duhanit duhet ti shpërndajë praktikatat e mira të trajtimit të varësisë ndaj duhanit dhe parandalimit të tij

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

Vizita e parë:
- duhet të jetë direkte me personin dhe/ose mund të kryhet në kuadër të vizitave në grup;
- është rasti për ta takuar pacientin, të rregjistrohet përdorimi i duhanit prej tij dhe të edukohet ai mbi produktet e duhanit, pasojat shëndetsore të përdorimit të tij dhe ndërprerjen e duhanpirjes;
- duhet të zgjatet 30-60 minuta.
Vizitat e mëpasshme monitoruese (follow-up):
- numri i vizitave të mëtejshme zakonisht arrin nga 5 në 9 vizita, psh në javën e 2, 4, 8, 12, apo 26, por ka dhe skema të tjera si psh vizita të tjera pas një viti;
- kohëzgjatja është zakonisht 15-30 minuta;
- mund të përmirësohet nga mbështetja me telefon, mbështetja nga interneti, si dhe testime apo vizita të paplanifikuara;
- duhet të përshtaten në kohëzgjatje dhe mbështetje për situata dhe nevoja individuale

tek shërbimet e tjera shëndetësore dhe tek publiku i gjerë.

Aktivitetet edukuese

- Është shumë e rëndësishme për profesionistët shëndetësorë në qëndrat e specializuara të shërbimit të ndalimit të duhanit, që të kenë kualifikim 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 shëndetësore, si dhe në shkollat infermiere.
- Këto njësi duhet të jenë në gjendje të plotësojnë kërkesat e trajnimit ndaj departamenteve të tjerë të kujdesit shëndetësor. Profesionistët qëi përkasin këtyre njësive duhet të jenë në gjendje të kryejnë kurse trajnimi për parandalimin dhe kontrollin e duhanpirjes, për profesionistë të tjerë të shëndetit me më pak trajnim në këto fusha.
- Njësitë e specializuara të ndërprerjes së duhanit duhet të jenë të përgatitura për të pranuar përgjegjësinë e ofrimit të trajnimit për parandalimin, diagnostikimin dhe trajtimin e ndërprerjes së duhanit, për specializantët që po trajtohen në specialitetet e mjekësisë respiratore, familjare, kujdesit komunitar, mjekësisë parandaluese dhe shëndetit publik ose specialitete të tjera kirurgjikale dhe klinike, si dhe për specializantët e psikologjisë.

Për dokumentacionin që disponohet kërkohet prezantim, i cili të demonstrojë se profesionistët e kujdesit shëndetësor që punojnë me kohë të plotë në qendër, kanë kualifikimet e duhura akademike 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 vlerësohen veçanërisht në këtë aspekt. Prezantimi i dokumentacionit të lëshuar nga autoritetet kompetente, i cili tregon se qendra në mënyrë periodike ndërmerr aktivitete edukuese për trajtimin e vazhdueshëm të profesionistëve të kujdesit shëndetësor në aspektet e lidhura me parandalimin, diagnostikimin dhe trajtimin e duhanpirjes, do të jetë e vlerësuar në mënyrë të veçantë. Numri i kurseve, konferencat dhe takimet e tjera edukative, të mbajtura nga anëtarët e qendrës në dy vitet e fundit duhet të specifikohen.

Të paktën katër aktivitete të edukimit në vazhdimësi duhet të kryhen çdo vit, në mënyrë që të merret akreditimi si një njësi e specializuar e ndërprerjes së duhanit.

Çertifikimi nga komisioni edukativ i një qendre të kujdesit shëndetësor ose konfirmimi nga spitali që specializantët e mjekësisë ose psikologjisë bëjnë rotacion në njësinë e ndërprerjes së duhanpirjes, do të vlerësohet në mënyrë të veçantë.

Aktivitetet e kërkimit shkencor

Njësia e specializuar e 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 ti vlerësojnë aktivitetet e tyre dhe të ofrojnë të dhënat e kërkimeve. Të dhënat e ofruara do të informojnë projektet e mundshme kërkimi dhe do të përmirësojnë diagnostikimin e varësisë nga duhani, parandalimin dhe trajtimin.

Njësitë e ndërprerjes së duhanit duhet të marrin pjesë në kërkim akademik. Me mbështetjen 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 standarte të kompjuterizuara për rregjistrimin e ndërprerjes së duhanpirjes.

Për akreditimin e nivelit të artë, duhet të paraqitet dokumentacioni i nevojshëm, që tregon aktivitetin kërkimor në pesë vitet e fundit. Duhet të dorëzohen dokumentat e mëposhtme: publikime shkencore (të paktën tre në revista kombëtare dhe ndërkombëtare), prezantime në kongrese ndërkombëtare (të paktën tre) dhe në kongrese kombëtare (të paktën 6).

Roli i shërbimeve të ndërprerjes së duhanit në promovimin 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

1. Jiménez-Ruiz CA., Solano-Reina S., Rebollo-Serrano JC., Esquinas C. for the Executive Committee, Smoking Cessation Group.,Spanish Respiratory Society (SEPAR). Guide for the Accreditation of Smoking Cessation Services. www.separ.es
2. e.SCANN 2010 Report :The European Tobacco Cessation Clinics Assessment and Networking Project. www.ofta-asso.fr/escann
3. http://www.tabaccologia.it/filedirectory/PDF/4_2010/Tabaccologia_4-2010.pdf
4. <http://www.euro.who.int/en/where-we-work>

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

Vlerësimi i vet-kontrollit të ndërprerjes së duhanit		Pa zbatim (0)	Pak zbatim (0)	Gjysmë zbatim (0)	Pothuaj zbatim total (0)	Po, totalisht (0)	Nuk aplikohet (NA)	Observime
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								QËLLIMI
1.01	Fjala “duhan” (ose ekuivalentja) është prezente në dokumentat zyrtare të Shërbimit për Ndërprerjen e Duhanpirjes (TCS) dhe në hyrjen e ndërtesës	0	1	2	3	4	NA	
1.02	Fjala “duhan” (ose ekuivalentja) është prezente në prezantimin në internet të TCS.	0	1	2	3	4	NA	
1.03	Ka një numër specifik telefoni për të komunikuar me stafin profesional të qendrës TCS.	0	1	2	3	4	NA	
1.04	Nëse ka një listë të qëndrave për ndërprerjen e duhanit në nivel kombëtar ose rajonal, ky shërbim është në këto lista.	0	1	2	3	4	NA	
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	

Continued

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	Përshkrimi 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 demonstruar duhanpirësit	0	1	2	3	4	NA	
3. Qendra 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 gratë 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. Qendra 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 mira janë të listuara dhe aplikuar 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 duhani.	0	1	2	3	4	NA	
5. Qendra e shërbimit merr pjesë në edukimin dhe trajnimin e profesionistëve shëndetësorë mbi ndërprerjen e duhanpirjes.								EDUKIMI
5.01	Qendra TCS merr pjesë në edukimin e mjekëve mbi vlerësimin e varësisë ndaj duhanit dhe ndërprerjen e tij.	0	1	2	3	4	NA	

Continued

Tabela 6.5 Continued

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

Published by:

