

УСПОСТАВЉАЊЕ ЗАЈЕДНИЦЕ БЕЗ ДУВАНСКОГ ДИМА

Практични водич за фармацеуте

2015

НАПОМЕНА:

Овај документ је преведен са енглеског од стране Фармацеутске коморе Србије уз овлашћење Међународне фармацеутске федерације (*International Pharmaceutical Federation*). У случају било каквог одступања између два текста, оригинални документ на енглеском језику имаће предност. Међународна фармацеутска федерација задржава ауторска права.

International Pharmaceutical Federation (FIP). Establishing tobacco-free communities: a practical guide for pharmacists. The Hague, the Netherlands: International Pharmaceutical Federation; 2015.



Copyright 2015 International Pharmaceutical Federation (FIP)

International Pharmaceutical Federation (FIP)
Andries Bickerweg 5
2517 JP The Hague
The Netherlands
www.fip.org

Сва права задржана. Ни један део ове публикације не сме се чувати ни у ком облику нити преписивати на било који начин – електронски, механички или било који други начин – без цитирања извора. *FIP* неће сносити одговорност за било какву штету произашлу из употребе података или информација из овог саопштења. Све мере су предузете да се обезбеди тачност података и информација објављених у овом саопштењу.

Уредник:
Zuzana Kusynová

Помоћник уредника:
Luc Besançon

Оригинални документ је одобрила канцеларија FIP-а, септембра 2015. године у Дизелдорфу, Немачка.

Препорука за цитирање: International Pharmaceutical Federation (FIP). Establishing tobacco-free communities: A practical guide for pharmacists. The Hague: International Pharmaceutical Federation; 2015.

Фотографија са насловне стране: [Stokkete](#) i [Dreamstime.com](#)

САДРЖАЈ

1. Увод

2. Потреба за деловањем

- 2.1. Поремећај узрокован употребом дувана као хронична болест
- 2.2. Терет поремећаја узрокованог употребом дувана
- 2.3. Допринос фармацеута будућности без дуванског дима

3. Пронађите инспирацију и крените!

- 3.1. Промоција здравља и превентивне активности
- 3.2. Тријажа
 - 3.2.1. Идентификовање пушача
 - 3.2.2. Алати намењени фармацеутима за процену зависности од дувана
 - 3.2.3. Иницирање промена навика корисника дувана
 - 3.2.4. Упућивање и интерпрофесионална сарадња
- 3.3. Интервенције које води фармацеут
 - 3.3.1. Фармаколошке интервенције
 - 3.3.2. Нефармаколошке интервенције
 - 3.3.3. Индивидуално прилагођене интервенције
- 3.4. Спречавање релапса: активности праћења

4. За лакше увођење програма

- 4.1. Питај-саветуј-упути (ПСУ)

5. Први кораци

6. Закључак

Захвалнице

Литература

Прилози

- Прилог 1. Политика Америчке асоцијација фармацеута у вези са уклањањем дуванских производа из апотека и свих објеката у којима се налазе апотеке
- Прилог 2. Фагерстромов тест за одређивање никотинске зависности
- Прилог 3. „Зашто“ тест

1. Увод

Употреба дувана је узрок многих озбиљних болести и превремених смрти, како у развијеним тако и у неразвијеним земљама. Зависност од дувана је хронично стање које се углавном тешко превазилази.

Показало се да употреба дуванских производа има штетан утицај на здравље пушача, али и непушача који су редовно изложени дуванском диму. Пушачи у просеку живе 13 – 14 година краће од непушача (1). Још више забрињава чињеница да 9 од 10 младих пушача почиње да пуши пре 18. године живота, а да 98% свих пушача почиње да пуши пре 26. године. Процењено је да ће једно од 13 новорођене деце данашњице умрети због болести проузрокованих дуванским димом (1). За разлику од других претњи јавном здрављу, ове смрти се у потпуности могу спречити.

Лечење медицинских стања узрокованих употребом дувана је значајан фактор у финансијама здравствене заштите. Са порастом трошкова и недостатком доступних здравствених радника, важно је да се препозна како фармацеути са својим јединственим вештинама и знањем могу да допринесу побољшању јавног здравља. Фармацеути су у сваком тренутку у одличној позицији да помогну људима који желе да оставе дуван и охрабре оне који то не желе. Фармацеути могу убрзати спровођење стратегија контроле употребе дуванских производа (2).

Међународна фармацеутска федерација (енг. *The International Pharmaceutical Federation – FIP*), глобална федерација националних удружења фармацеута, у сарадњи са Групом младих фармацеута (енг. *Young Pharmacists' Group (YPG)* – мрежа фармацеута млађих од 35 година) припремила је овај информативни документ.

Документ пружа преглед различитих активности фармацеута у одвикавању од пушења. Фармацеути могу смањити утицај дувана на здравље кроз: 1) промоцију здравља и превенцију; 2) тријажу, укључујући скрининг, употребу алата за процену зависности од дувана и упућивање у саветовалишта за одвикавање од пушења; 3) интервенције које воде фармацеути. Интервенције које воде фармацеути могу бити фармаколошке, укључујући оптимизацију исхода лечења, или нефармаколошке. Након успешне интервенције, фармацеути су најчешће укључени у праћење пацијената са циљем да помогну пацијенту у одржавању апстиненције. Примери различитих активности појединих *FIP* чланица представљени су у документу и не представљају коначну листу активности фармацеута, него их треба посматрати као креативну платформу за будуће иницијативе националних удружења фармацеута, која ће осмислити добро дизајниране интервенције у апотекама и пружити подршку фармацеутима.

Засебан део документа бави се пацијентима са кардиоваскуларним болестима (КВБ) и хроничном опструктивном болешћу плућа (ХОБП) код којих употреба дувана представља нарочиту опасност.

Овај документ има за циљ да подржи удружења фармацеута да заузму важну улогу у обележавању Светског дана без дуванског дима, који је посвећен међународној борби против дувана. Установљен је 1988. године од стране Светске здравствене организације

(СЗО) и обележава се сваке године 31. маја. СЗО је успоставила глобални споразум за јавно здравље кроз Оквир конвенције о контроли дувана (енг. *Framework Convention on Tobacco Control – FCTC*), а *FIP*, као невладина организација има статус посматрача Конференције учесника Конвенције *FCTC*.

Овај документ има за циљ да и даље охрабрује фармацеуте и сва професионална удружења фармацеута да започну отворене дискусије са пацијентима, друштвеном заједницом, тимовима и сарадницима о користима остављања дувана.

2. Потреба за деловањем

2.1. Поремећај узрокован употребом дувана као хронична болест

Употреба дувана временом изазива адикцију, која доводи до промена у мозгу. Настале промене ремете нормалну хијерархију потреба и жеља, а набављање и употреба супстанце која узрокује адикцију постаје приоритет. Зависност и злоупотреба супстанци се сврставају у поремећаје душевног здравља.

Упркос последицама, новонастало компулсивно понашање надјачава способност контроле импулса, а слично је са карактеристикама менталних болести (3). Међународна класификација адикције заснива се на класификацији душевних поремећаја и поремећаја понашања (поглавље V, међународне класификације болести 10 – МКБ-10⁹), коју је објавила СЗО 1990 (4).

Недавно је Канадска мрежа за респираторну негу (енг. *Canadian Network of Respiratory Care*) признала и усвојила терминологију Дијагностичког и статистичког приручника Америчког удружења психијатара (енг. *Diagnostic and Statistic Manual – DSM-5*) прихвативши назив „Поремећај узрокован употребом дувана“ (6), како би се приближније описао образац употребе дувана који води клинички значајним оштећењима. Поремећај узрокован употребом дувана јавља се када употреба дувана нарушава здравље или друштвене активности или када особа постане зависна од дувана. Дуван се може употребљавати у облику цигарета, цигара, лула или неинхалационих дуванских производа (нпр. жвакањем).

Поремећај узрокован употребом дувана је веома чест. Слично незаразним болестима каква је дијабетес, има велики потенцијал да погорша друге болести и да утиче на ефикасност лекова у лечењу других болести.

2.2. Терет поремећаја узрокованог употребом дувана

Употреба дувана представља значајну претњу здрављу, социјалном и економском стању породица, заједница и читавих нација. Цигарете превремено однесу живот сваком другом пушачу и то најчешће средњих година тј. радно-способним људима, старости 35 – 69 година. Процењено је да је укупан број превремених смрти услед употребе дувана током XX века износио око 100 милиона људи.

Према извештају СЗО из 2009. године (енг. *Report on the Global Tobacco Epidemic*) дуван убија око 6 милиона људи годишње, укључујући 600 хиљада непушача. Уколико се овакав тренд настави, до 2030. године тај број ће нарасти на 8 милиона годишње, са укупно биљон превремених смрти рачунајући од почетка XX века. Око 80% ових смртних случајева потицаће из неразвијених и земаља у развоју (7, 8). СЗО предвиђа да ће најбржи пораст смртности услед употребе дувана у прве две деценије XXI века бити у Индији.

Жене пушачи могу имати 25% већи ризик од коронарне болести срца у поређењу са мушкарцима пушачима (9, 10). Пушачи умиру 10 – 15 година раније од непушача и често

проводе последње године живота патећи од болова и отежаног дисања. Иако се очекује да у периоду 2002 – 2030. смртност у вези са дуваном опада у развијеним земљама, процењује се да ће оптерећење болестима у вези са дуваном порастати двоструко у неразвијеним и земљама у развоју. Индонезија, Кина и Индија имају највећи број пушача на свету.

Трећина светске популације пуши. Чак 3% деце узраста 3 – 15 година су активни пушачи. Око 100.000 деце сваког дана у Кини почне да пуши (12).

Зависност од дувана и здравствени проблеми које она узрокује представљају јасно финансијско оптерећење здравственим системима. Глобални годишњи трошкови (трошкови лечења и остали трошкови нпр. услед одсуства са рада) 2010. године су достигли 500 билиона \$ и очекује се да и даље расту.

^a – СЗО ради на ревидирању класификације у оквиру развоја МКБ-11 (која се очекује 2017. године)

2.3. Допринос фармацеута будућности без дуванског дима

Борба против зависности од дувана и активности за њено искорењивање из друштвене заједнице чине саставни део свакодневних професионалних активности фармацеута. СЗО охрабрује здравствене стручњаке, укључујући и фармацеуте, да заузму проактивну улогу у смањивању проблема узрокованих употребом и изложеношћу дувану (13).

У Стандардима за квалитет фармацеутских услуга из Смерница добре апотекарске праксе (14) као веома важне улоге фармацеута наводе се: допринос побољшању ефикасности система здравствене заштите и јавног здравља и развој и/или употреба образовних материјала за управљање здрављем, за програме промоције здравља и превенције болести који се могу применити на широку популацију пацијената, различите старосне групе и образовне профиле.

Бројне су иницијативе фармацеута које подразумевају промоцију улоге фармацеута у одвикавању од пушења у оквиру апотека, али и иницијативе које ће фармацеуту обезбедити значајну улогу у едукацији становништва. Такав пример је организација „Фармацеути за Канаду без дуванског дима“ (енг. *Pharmacists for Smoke Free Canada*) која пропагира и обезбеђује информације и алате за промоцију најбоље праксе за помоћ пушачима у одвикавању од пушења (15).

Организације фармацеута имају важну улогу у постављању политике ка успостављању заједница без дуванског дима. Нпр. Америчка асоцијација фармацеута (енг. *American Pharmacists Association - APhA*) има политику коју остварује кроз читав сет активности и прописа који се тичу уклањања дуванских производа из апотека (Прилог 1) (16).

Удружења фармацеута широм света су се показала као кључна тела за развој и организацију кампања, догађаја и програма за одвикавање од пушења.

3. Пронађите инспирацију и крените!

3.1. Промоција здравља и превентивне активности

Промена постојећих и усвајање здравих животних навика међу млађим одраслим особама су стратегије превентивних програма које имају за циљ одлагање или смањивање ризика за испољавање хроничних болести у каснијим годинама (17, 18). Фармацеути могу допринети окружењу без дуванског дима служећи као узори и истичући здравствене користи које доноси избегавање дувана. Зато је важно да и сами фармацеути усвоје животни стил без дуванског дима како би очували сопствени кредибилитет. Многе апотеке у свету су се избориле да се нигде у радном простору не пуши како би се радници заштитили од пасивног пушења.

Фармацеути представљају веродостојан извор информација и савета. Као стручњаци примарне здравствене заштите, фармацеути су у јединственој позицији да едукују општу јавност или посебне популационе групе о општој добробити и здравим животним стилевима (19). Фармацеути су иницијатори кампања, образовних програма и активности које треба да подигну здравствено образовање опште популације или одабраних друштвених група на виши ниво (20). У јуну 2010. године стручно удружење фармацеута Француске (фр. *Conseil national de l'Ordre national des pharmaciens*) и државна агенција за борбу против дрога и болести зависности Француске (фр. *Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie*) организовале су кампању у апотекама примарне здравствене заштите зарад подизања свести о зависности од дувана. Кампања је подржана постерима (Слика 1.) који отварају 4 питања: Зависност, када се јавља? Ко ми може помоћи? Да ли ми је то потребно за добар провод? Који су ризици? Кампања је спроведена са циљем да се олакша/подстакне дијалог између пушача и фармацеута.



Figure 1. Posters supporting awareness on addictions to tobacco

Слика 1. Постери за подизање свести о зависности од дувана

Национално удружење фармацеута Португала је направило компјутерску игрицу (Слика 2.) под називом „Сарин клуб“ како би се преставио значај здравих навика и избегавања дуванског дима у дечијем узрасту. Четири главна лика кроз игрицу уче децу опасностима дуванског дима.



Figure 2. CD-Rom Clube da Sara.

Слика 2. CD-Rom „Сарин клуб“

3.2. Тријажа

Тријажа се дефинише као „разврставање пацијената (као у хитној помоћи) по реду хитности збрињавања“ (21). У контексту овог документа, тријажа представља процес процене да ли је пацијент који уђе у апотеку кандидат са самолечење уз помоћ фармацеута или га треба упутити другом здравственом стручњаку. Фармацеути могу вршити скрининг за зависност од дувана тако што ће са пацијентом који је ушао у апотеку започети разговор о пушењу. Ако је пацијент пушач који жели да остави цигарете, фармацеут може помоћу упитника проценити степен зависности. На основу резултата процене фармацеут може спровести интервенцију фармацеута или упутити пацијента другом здравственом стручњаку, обично лекару опште праксе.

3.2.1. Идентификовање пушача

Фармацеути би требало да питају сваког пацијента да ли је пушач и да обезбеде стратегије за саветовање и интервенције код пушача. Разговор се може лако започети једноставним питањима (нпр. „Да ли сте пушач?“ „Да ли сте икада размишљали да оставите цигарете?“ „Да ли би сада био прави тренутак да престанете?“).

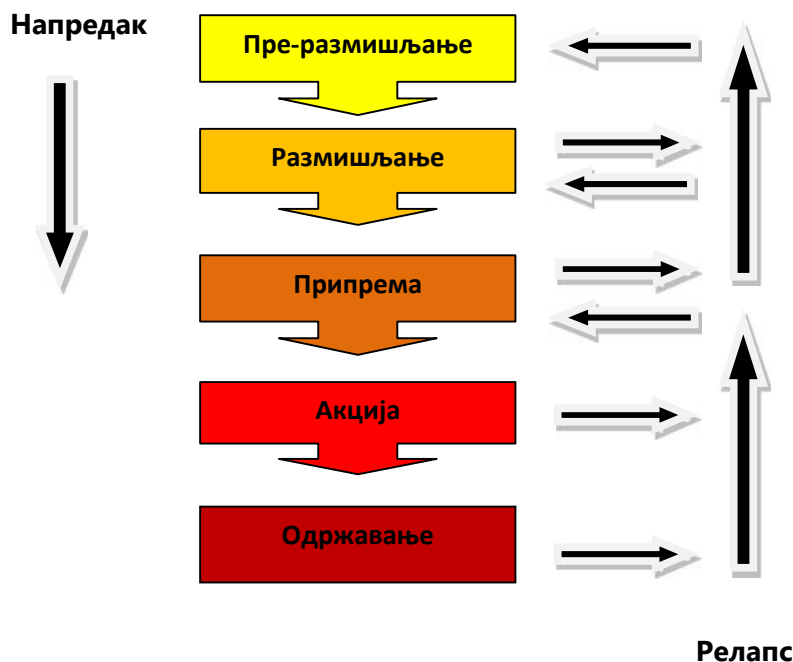
3.2.2. Алати намењени фармацеутима за процену зависности од дувана

Постоји физичка и психолошка зависност код употребе дуванских производа. Неопходно је испитати оба аспекта када фармацеут помаже пацијенту да остави дуван. Зато су развијени једноставни алати, лаки за употребу, које фармацеут може свакодневно да користи у пракси за процену дуванске зависности.

Када успешно процени стадијум зависности, фармацеут може даље креирати интервенцију на основу пацијентових индивидуалних потреба у датом моменту. Неки практични алати за процену су приказани у тексту испод.

3.2.2.1. Алат за процену стадијума промене

Фармацеут може проценити никотинску зависност коришћењем Модела стадијума промене. Овај модел (Слика 3.) идентификује 5 стадијума понашања које зависна особа циклично понавља.



Слика 3. Алат за процену стадијума промене (22)

- ✓ Пре-размишљање
 - Ситуација: пацијент није размишљао о остављању дувана и може заузети невољан и одбијајући став ако му се предложи престанак пушења.
 - Интервенција: након што затражи дозволу за интервенцију, фармацеут треба да пружи информације о користима престанка пушења и да понуди помоћ и могућност заказивања саветовања ради праћења.
 - Дијалог: "Ако икада будете спремни да разговарате о Вашој зависности од цигарета, радо ћемо Вам помоћи."

- ✓ Размишљање
 - Ситуација: пацијент је размишљао да остави дуван, али није одлучио да престане тј. није донео одлуку о акцији.
 - Интервенција: фармацеут може да помогне да пацијент открије и умањи баријере ка остављању дувана, као и да утврди шта би то могло мотивисати пацијента за одвикавање тј. да открије мотиваторе.
 - Дијалог: "Шта мислите да Вас спречава да одлучите да престанете да пушите? Који су разлози да престанете да пушите?"

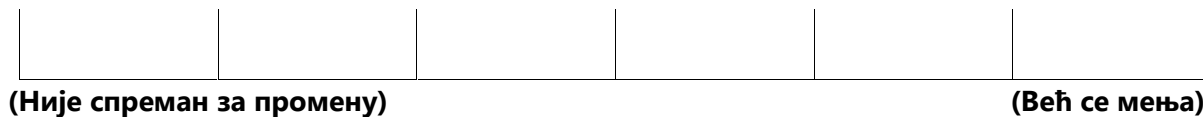
- ✓ Припрема
 - Ситуација: пацијент има вољу и спреман је да покуша да остави пушење; обавезао се на акцију.
 - Интервенција: помоћи пацијенту да одреди датум престанка, проценити степен никотинске зависности, проценити да ли је супституциона терапија никотином погодна за пацијента и помоћи пацијенту да направи план и стратегију за одвикавање.
 - Дијалог: "Честитам на одлуци да престанете да пушите! Могу Вам помоћи да направите план како би Ваш покушај био успешан"

- ✓ Акција
 - Ситуација: у току је првих шест месеци од датума престанка пушења.
 - Интервенција: обезбедити константну подршку пацијенту, идентификовати потенцијалне окидаче за релапс и спровести стратегију за превенцију релапса.
 - Дијалог: "Шта за Вас представља највећи изазов откако сте престали да пушите? Да ли сте осетили неке нежељене ефекте лекова за одвикавање од пушења? Да ли сте осетили неке апстиненцијалне симптоме? "

- ✓ Одржавање
 - Ситуација: пацијент је одржао непушачки статус најмање 6 месеци.
 - Интервенција: подржати и охрабрити напредак уз посматрање побољшања здравственог стања.
 - Дијалог: "Које сте позитивне промене приметили од како сте престали да пушите? Које стратегије су Вам помогле да не запалите цигарету?"

3.2.2.2. Скала спремности на промену

Још један алат за одређивање пацијентове спремности на промену која се односи на престанак пушења је "Скала спремности на промену" (23).



Слика 4. Скала спремности на промену

Да би се користио овај алат, треба замолити пацијента да покаже где се налази на скали у својој спремности да остави пушење. Следеће питање које треба поставити пацијенту је зашто није поставио своју одлуку више удесно. Ово може помоћи да се идентификују потенцијалне баријере на које пацијент наилази и омогућити фармацеуту да предложи стратегију за њихово превазилажење. Затим треба питати пацијента зашто није поставио обележивач више улево. Ово даје могућност мотивисања пацијента. Овај модел је једноставан за примену и олакшава комуникацију са пацијентом истичући баријере и мотиваторе.

3.2.2.3. Фагерстромова скала толеранције

Кључан алат који фармацеути могу користити за процену степена физичке зависности од дувана је Фагерстромова скала толеранције, познатија као Фагестромов тест. Овај тест развио је др *Carl Fagerström* (24) за одређивање степена физичке зависности од никотина. Одређивање степена зависности омогућава фармацеуту да одлучи о одговарајућем плану терапије. Захваљујући једноставној употреби и брзом добијању одговора идеалан је за примену у фармацеутској пракси (Прилог 2.)

3.2.2.4. „Зашто“ тест

„Зашто“ тест служи за процену психолошке компоненте пушачке зависности. Овај тест је развијен пре неколико деценија уз допринос Канадске асоцијације фармацеута (енг. *Canadian Pharmacists Association*) и данас се широко примењује и промовише, као на пример, од стране Центра за зависност и ментално здравље Канаде (25). Пацијент одговара на кратке серије питања које се односе на различите групе мотиватора за престанак пушења. На крају сваке серије питања добија се одређени збир. Добијени резултати помажу фармацеуту да идентификује потенцијалне окидаче за релапс, на основу којих може увести индивидуализоване нефармаколошке мере које ће пацијенту помоћи да се суочи са овим окидачима (Прилог 3.).

3.2.3. Иницирање промене навика корисника дувана

Коришћењем правог алата у процесу процењивања, фармацеут може имати стандардизован и ефикасан приступ сваком пацијенту.

Америчка Служба за јавно здравље издала је водич клиничке праксе "Лечење употребе и зависности од дувана" (26) који промовише једноставан приступ назван "Алат 5П" који фармацеути могу да користе у интервенцијама код дуванске зависности (Слика 5).

- **Питати** – сваког пацијента да ли користи дуванске производе
- **Предложити** – свим пушачима да престану да пуше. Сваком пацијенту објаснити користи престанка пушења, тако да он то разуме и прихвати.
- **Проценити** – вољу да се са пушењем престане сада, у овом тренутку
- **Помоћи** – онима који су вољни да покушају саветовањем, фармакотерапијом, обезбеђивањем додатног материјала и ресурса и упућивањем другим здравственим професионалцима, уколико је потребно
- **Пратити** – заказивањем наредног саветовања, како би се повећала вероватноћа успеха.

Слика 5. Алат 5П

Ова метода се сматра најефикаснијом и трошковно-најефективнијом превентивном услугом код одраслих у САД. Процењено је да штеди и до 500\$ по пушачу и да има дугорочни успех од 22% када пушачи константно добијају савете током периода одвикавања (26). Коришћењем овог алата, интервенција се своди на свега 5 до 10 минута, што одговара често ограниченом времену са којим фармацеут у располаже у пракси.

Prochaska - Di Clemente транстеоретски модел (27), који могу да користе сви здравствени професионалци, може бити користан алат за саветовање и започињање интервенције са сваким пацијентом који изрази жељу да остави пушење.

2010. године је показано да 68,8% одраслих пушача има вољу да престане (28), али без "спољне подршке" они то нису учинили.

Мотивација је кључна за сваког пушача који планира да престане да користи дуван. Зато је важно идентификовати методе за јачање пацијентове мотивације у раној фази третмана. Европски водич за одвикавање од пушења (енг. *The European Smoking Cessation Guidelines*) дефинише мотивациони интервју као начин пружања информација о здравственим ризицима удруженим са зависношћу и изазивања интересовања за промену (29).

Процес описује шта здравствени радници треба да ураде да повећају вероватноћу постизања промене навика код пацијента. Као што је описано у европском водичу, мотивациони интервју је темељан процес у коме здравствени радник:

- понаша се као сарадник и види себе једнаким са пацијентом
- истражује и изазива пацијентове мисли и идеје о пушачкој навици и како је променити
- показује поштовање за пацијентову способност и право да самостално доноси одлуке

На тај начин се унапређује разумевање здравственог радника како да комуницира и изгради бољи однос са пацијентом. Ово може бити постигнуто помоћу принципа сумираних у Табели 1.

Табела 1. Основни принципи мотивационог интервјуа

Основни принципи мотивационог интервјуа захтевају од здравственог радника да:	
Покаже емпатију	Показати заинтересованост за разумевање пацијента. Ово се постиже изразом лица и резимирањем.
Истакне раскорак	Помоћи пацијенту да постане свестан раскорака између тренутне ситуације и онога како би то изгледало када се у обзир узму његови циљеви и вредности. Осећај великог раскорака представља снажну покретачку силу за промену навика, претпостављајући да пацијент има способност да се промени.
Избегава расправу	Отпор се сматра природним знаком стрепње или изражавањем сумње у промену. Здравствени радник зна како да "се носи" са отпором када се појави и покушава да избегне његово ескалирање.
Подржи самопоуздање	Подржати пацијентово самопоуздање показујући веру у његову способност да се промени. Ценити пацијентов труд.
Пита за дозволу	Увек је мудро приступити тражењем дозволе за почетак конверзације
Изнова уверава	Постоји увек за и против промене, чији ефекти играју улогу и у даљој будућности. Здравствени радник мора тежити да помогне пацијенту да изрази сопствене разлоге за промену.
Поставља отворена питања	Затворена питања захтевају "да" и "не" одговоре. Отворена питања остављају простора за елаборацију.
Користи "Говор промене"	Важно је да здравствени радник искористи "говор промене", мисли и речи самог пацијента које би могле да воде промени.
Потврди позитиван говор	Пацијент ће бити спремнији за промену ако се позитивне мисли и знаци идентификују и потврде.
Одрази шта је чуо или видео	Одражавања су нагађања о томе шта пацијент говори или о чему размишља. Одражавања не потврђују договор са пацијентом; она више помажу да пацијент уочи да га је здравствени радник саслушао, као и да пацијент чује оно што је сам изговорио.
Сумира о чему је било речи	Сумирање је специјални облик одражавања. Ако пацијент успори или престане да говори, сумирање може бити мост који ће му помоћи да настави. Такође може помоћи у подсећању пацијента шта је рекао и истаћи везу између његових тврдњи.

3.2.4. Упућивање и интерпрофесионална сарадња

Код озбиљнијих случајева зависности, фармацеути треба да упуте пацијенте другом здравственом професионалцу.

Такође, код особа са придруженим обољењима пушење треба посматрати као фактор који утиче на саму болест, њену постојећу терапију и појаву нежељених реакција на лекове (30). У неким групама ефекат употребе дувана може бити озбиљан; то су КВ болесници, ХОБП пацијенти и други хронични пацијенти код којих би настављање са пушењем могло погоршати њихову хроничну болест. Пацијенти који су спремни да оставе пушење због других болести које имају треба да буду упућени одабраном лекару који ће направити стратегију (30) и пратећу акцију.

Истина, оваква интерпрофесионална сарадња је забележена кроз различите активности фармацеута, од промоције здравља до терапије. Према Изјави интерпрофесионалне колаборативне праксе из 2013. године, издате од стране Светске алијансе здравствених професионалаца (31), ефикасна интерпрофесионална колаборативна пракса води унапређењу приступа здравственим интервенцијама, ефикасној употреби ресурса и смањењу инциденце и преваленце инвалидитета, а нарочито инвалидитета повезаних са незаразним болестима када здравствени системи примењују колаборативну праксу кроз комплетан ток болести (унапређење здравља, превенција болести и повреда, као и лечење болести и рехабилитација). Потребу за увођењем интерпрофесионалне колаборативне праксе 2010. године истакао је *FIP* Изјавом о колаборативној фармацеутској пракси (32).

Обе изјаве истичу важност интегрисања фармацеута у здравствени тим који унапређује здравствене исходе код пацијената. Мултидисциплинарни приступ међупрофесионалне сарадње омогућава фармацеуту да координира пацијентовом терапијом прописаном од стране лекара или другог здравственог професионалца. Докази показују да фармацеути који блиско сарађују са другим здравственим професионалцима доприносе побољшању здравствених исхода. Докази сугеришу бољу прихватљивост прописаних лекова и бољи преглед терапије када су фармацеути укључени у здравствени тим. Експерти здравствене неге се слажу да укључивање фармацеута у здравствене тимове унапређује негу и смањује цену третмана болести.

Пример фармацеутске услуге везано за престанка пушења, по препоруци лекара, је услуга која се пружа у држави *Illinois*, САД (Акт фармацеутске праксе који се односи на прекид пушења и сличне услуге, са пацијентом у фокусу, које су под протоколом и споразумом о колаборативној пракси). Програм је споразумом и протоколом о колаборативној сарадњи потписан од стране директора, а спроводи га фармацеут. Пацијент виђа фармацеута онолико пута колико је потребно. Неке од посета су делимично покривене пацијентовим осигурањем.

3.3. Интервенције које води фармацеут

Није само фармацеутском особљу потребна подршка у вођењу активности престанка пушења, већ је и пацијенте потребно обавестити о могућностима које им се пружају.

Оглашавањем програма за одвикавање од пушења у апотеци, повећава се број пацијената који користе услуге апотеке. С обзиром да пушење утиче на јавно здравље, услуге одвикавања од пушења у апотеци би требало систематично промовисати на институционалном нивоу како би се редуковали проблеми повезани са пушењем (33). Интервенције које води фармацеут се могу поделити на фармаколошке и нефармаколошке.

3.3.1. Фармаколошке интервенције

Фармаколошке интервенције за лечење дуванске зависности су широко распрострањене и добро истражене. Постоје јаки докази да је употреба фармаколошких средстава веома корисна за пацијенте који желе да оставе пушење. Дупло-слепе, рандомизирание, плацебо контролисане студије су показале да је однос престанка пушења када се пореди са плацебом бар дупло већи при коришћењу фармаколошких средстава без икакве даље подршке (34).

Доступно је више различитих лекова за одвикавање од пушења (нпр. производи за никотинску супституциону терапију, вареникилин, бупропион). Неки су доступни и без рецепта.

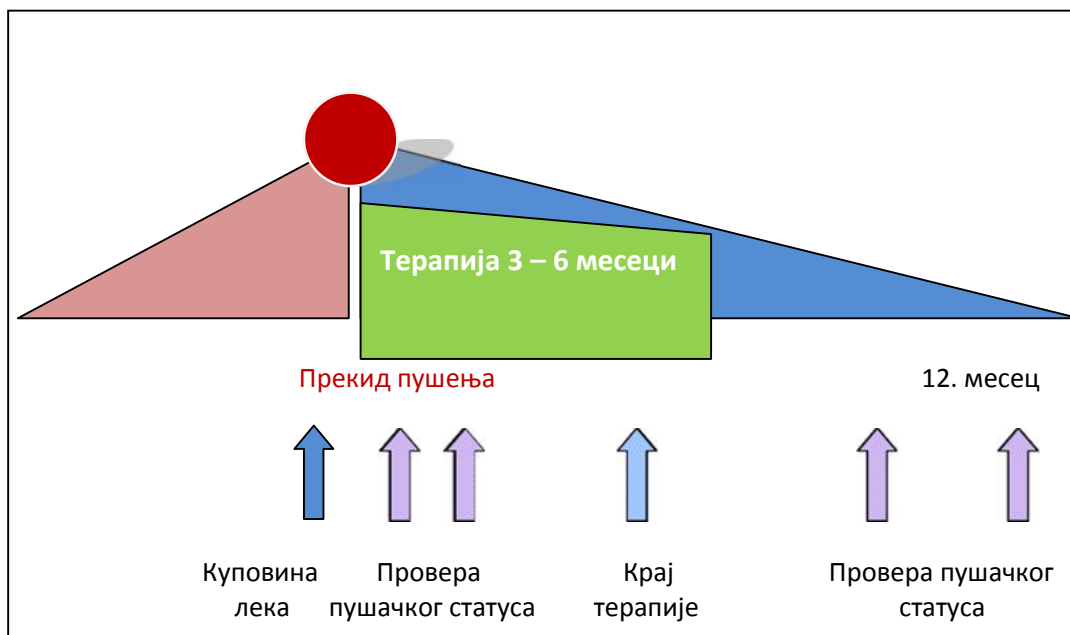
3.3.1.1. Оптимизација исхода лечења

Прекид пушења може бити тежак. Дуванска зависност спада у оне које је најтеже превазићи. Просечан пушач има бар 7 покушаја престанка пушења пре него што заиста буде способан да то и уради. Због тога је потребно понудити најбољу могућу подршку и направити адекватан избор лека.

Лек за одвикавање од пушења је индикован за ослобађање пацијента од жудње и смањење апстиненцијелних симптома код пушача мотивисаних да престану (35). Другим речима, лек је подршка у покушају остављања и намењен је да олакша физичке апстиненцијалне симптоме. Лек није замишљен да замени пушачеву вољу и мотивацију, што често пацијенти мисле. Ово је важно да разумеју пушачи, као и фармацеути који им пружају подршку. Да би фармаколошки третман био оптималан, следеће тачке треба да буду разјашњене тако да их пацијент разуме:

- Мотивација за остављање мора да постоји, јер лек само олакшава апстиненцијалне симптоме, а не и психолошку зависност. Од помоћи је кратак мотивациони период пре почетка лечења. Фармацеут може помоћи пацијенту тако што ће га водити кроз стадијуме промене, док не буде спреман да направи промену. Током овог периода, пушач треба да се припреми за ефекте које ће проузроковати престанак пушења, па сходно томе треба да одлучи који би лек био најбољи избор и да одреди дан престанка пушења.
- Дозирање лека мора бити адекватно – ако је доза премала, пушач ће осетити апстиненцијалне симптоме и неће осетити корист терапије. Ово може утицати на мотивацију током покушаја престанка. Ако је доза превелика, нежељена дејства могу бити јаче изражена.

- Лек треба да се примењује довољно дуго. Иако је познато да је прва недеља најкритичнија, највећи број лекова треба да се примењује бар 12 недеља. Током овог периода, фокус програма престанка би требало да буде на промени навика, док лек треба да смањи физички терет престанка.
- Да би третман био оптималан, пацијент треба да размисли о прихватању психолошке подршке. Ово може варирати у зависности од пацијентове жеље. Чак и минимална подршка значајно повећава шансу за успех. И док се неки најбоље осећају у групи коју води психолог, другима је довољна јасна подршка породице и пријатеља. Фармацеут такође може играти важну улогу као мотиватор и водич током 12 недеља (или више) у фази престанка. Слика 6. показује пример како би могла изгледати шема престанка пушења.



Слика 6. Шема прекида пушења

3.3.1.2. Преглед расположивих лекова

Расположиве терапијске опције су добро испитане кроз мултипле студије које доказују њихову ефикасност и безбедност у одвикавању од пушења. Уопштено може да се тврди да се употребом лекова за одвикавање од пушења шансе за трајну апстиненцију повећавају бар двоструко.

Никотин

Никотин као лек може да умањи жељу за цигаретама, а да сам не подстиче зависност. Ово се дешава због спорије апсорпције никотина преко коже или мукозе, у односу на брзо

преузимање никотина преко респираторног система које се дешава после само неколико секунди (7-10 s).

Никотин као лек је доступан у облику препарата са режимом издавања БР у многим земљама и у разним фармацеутским облицима.

Табела 2. приказује доступне облике и начине њихове употребе. Важно је изабрати одговарајући облик, узимајући у обзир жеље и потребе пацијента, а на основу:

- 1) броја цигарета који се попуши у току дана – помаже код избора праве дозе терапијског никотина. Тешки пушачи су они који попуше 20 или више цигарета на дан. Њима се препоручује да почну са дозом од 4 mg/h, док мање тешки могу да почну са 2 mg/h (26).
- 2) пушачке навике: ако пацијент пуши релативно редовно, на пример једну цигарету на сат времена, важно је да се никотин надокнађује на сличан начин. Облик из којег се никотин ослобађа равномерно, као што је трансдермални никотински фластер је у том случају најбоље решење, док особи која нередовно пуши ово неће бити одговарајући облик, па ће захтевати индивидуализован приступ дозирању (26).

Комбиновани терапијски приступ подразумева примену два различита фармацеутска облика никотина – са постепеним односно тренутним ослобађањем никотина. Тако се пружа боља подршка бившим пушачима. Обично се никотински фластер користи као основа, која обезбеђује пацијенту константан ниво никотина. Као додаток, орални облик (жвакаћа гума или лозенге) се дају пацијентима у случају изненадних и интензивних потреба за цигаретом или у ситуацијама које су у глави пацијената повезане са пушењем (на пример: кафа, пиће и излазак са друштвом, стресне ситуације и слично).

Свакако је важно да почетне дозе лека буду довољно високе да спрече појаву жеље за цигаретом. Предозирање је неуобичајено, нарочито код тежих пушача који су ионако навикнути на много веће дневне дозе никотина. Фармацеути би требало да саветују и охрабре пацијенте да слушају своје тело и да индивидуално прилагоде дозу према својим потребама. Терапијска ширина је велика, те је ризик од предозирања занемарљив.

Препоручује се да никотинска терапија траје три до шест месеци. Од велике је важности да се са никотинском терапијом не прекине пре краја трећег месеца, како би се дозволило организму да се адаптира на промене навика везаних за пушење. Почетна доза терапијског никотина одржава се четири до шест недеља, након чега се препоручује постепено смањивање дозе у следећих шест до осам недеља.

Табела 2. Различити фармацеутски облици никотина и њихова употреба

Фластери: као монотерапија или основни лек у комбинованој терапији. Фластери се апликују директно на чисту кожу. Ако је неопходно редуковање дозе фластер се не сече већ се део блистера стави између фластера и коже, који покрива одговарајући део фластера. На располагању су фластери који отпуштају никотин током 16 или 24 h. Фластери обезбеђују континуирано ослобађање никотина. У зависности од врсте фластера, доза никотина која се ослобађа по сату је између 0,3 и 1,6 mg. Препоручује се редовним пушачима или тежим пушачима као основни лек.

Жвакаће гуме (2 или 4 mg никотина): доза се бира према индивидуалним потребама. Жвакаћа гума се узима када се јави жеља за цигаретом, методом „жваћи и задржи“. Другим речима, жваће се све док се ослобађа јак укус/благи осећај жарења. Затим се престаје са жвакањем, а гума се задржава између образа и десни. Када укус потпуно нестане наставља се жвакање, тако да укупно трајање употребе жвакаће гуме буде 30 минута. Највећи ефекат се достиже после 20 минута, а након 30 минута гума губи дејство и треба је уклонити. Кориснику треба нагласити да се ова жвакаћа гума не жваће као обичне жваке.

Инхалер: за оне пацијенте који воле да раде нешто са рукама, плус имитира рука – уста потезе при пушењу. Обично је облика муштикле у коју се поставља резервоар са никотином. Један резервоар је довољан за удисање током 20 минута у оквиру којих се ослободи око 2 mg никотина.

Спреј за уста: ослобађа 1 mg по спреј дози. Брзи почетак дејства. Примењује се код акутних потреба за цигаретама, као део комбиноване терапије. Напрска се једна до две спреј дозе у уста, водећи рачуна да се не дотакну усне.

Лозенге (2mg/4 mg): дискретан облик. Лозенга се стави у уста између десни и образа одакле се полако раствара. С времена на време треба померити лозенгу са једне стране на другу. Потребно је отприлике 20 минута да се достигне пун ефекат.

Да сумирамо:

- Никотин је једини лек за одвикавање од пушења са режимом издавања БР, расположив у различитим фармацеутским облицима, које пацијент може сам одабрати и прилагодити својим потребама.
- Доза никотина би требало да буде довољно висока да надјача жељу за цигаретама.
- Терапија треба да траје најмање 12 недеља како би се обезбедила дугорочна апстиненција.
- Неопходно је пружити и психолошку подршку. То подразумева психотерапију или редовне телефонске позиве фармацеута или лекара, а важна је и подршка партнера, породице и друштва.

- Фармацеути имају значајну улогу као експерти за лекове и мотивациони партнери у процесу одвикавања.

Супстанце налик никотину (агонисти никотинских рецептора)

Варениклин имитира дејство никотина на специфичним ацетилхолинским рецепторима N-типа (nAChR). Доступан је у облику таблета у дозама од 0,5 и 1mg. Потребно је титрирати дозу на почетку терапије до постизања терапијске дозе (1mg, два пута дневно). Препоручено трајање терапије је 12 недеља (36).

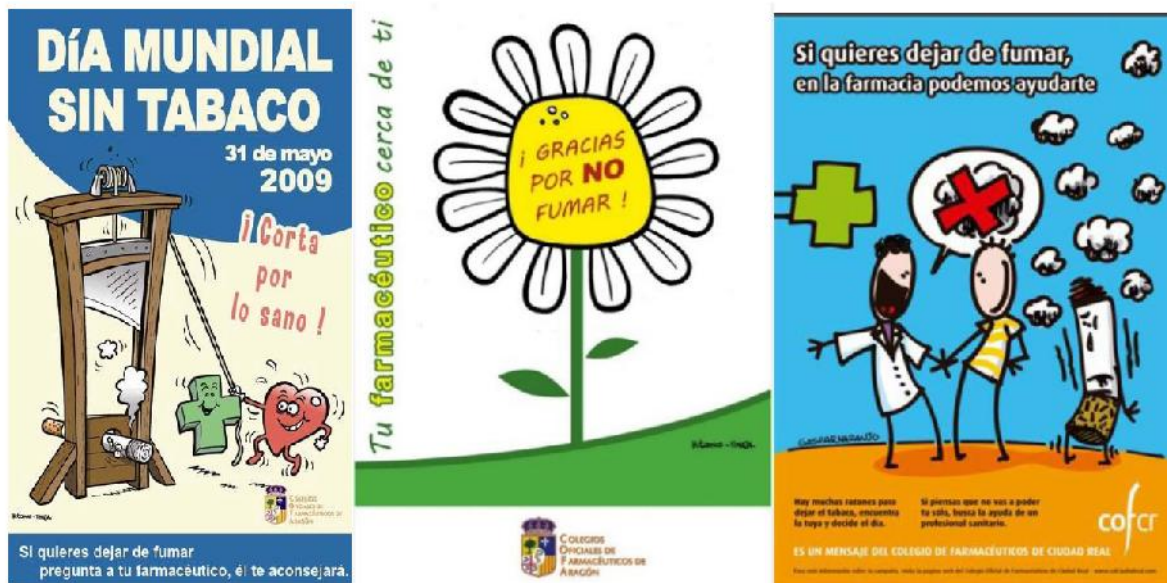
Бупропион је селективни инхибитор преузимања допамина и норадреналина. Расположив је у таблетама од 150 mg. Терапија почиње две недеље пре датума одређеног за престанак пушења, а примењује се током 7 - 12 недеља. Препоручена почетна доза је 150mg, једном дневно, током 7 дана, након чега се прелази на терапијску дозу од 150 mg, два пута дневно. Потребно је постепено смањивати дозу када се лек искључује из терапије (37).

3.3.2. Нефармаколошке интервенције

Постоје свакодневне ситуације у фармацеутској пракси када је најбоље да се интервенише. Пружаоци здравствене заштите би требало свим пушачима да понуде и фармакотерапију и нефармаколошке мере за одвикавање од пушења (38). Нефармаколошке мере подразумевају едукацију и саветовање пацијената, бихејвиоралну терапију, материјал за самопомоћ и телефонско саветовање и подршку.

Европско удружење за превенцију пушења (енг. *European Network for Smoking and Tobacco Prevention*) је 2012. године објавило Европски водич за одвикавање од пушења, који препоручује да терапија престанка пушења укључује индивидуално когнитивно – бихејвиорално саветовање, телефонску подршку и групно саветовање. Употреба едукативног материјала, као и извора информација који су на располагању на интернету су показали да доприносе повећању успеха одвикавања од пушења (29).

Фармацеути Шпаније су прошли специјалну обуку у пружању подршке одвикавању од пушења пре него што су започели са кампањом. Користили су интерактиван и забаван начин да се повежу са пушачима, на пример – мењали су лизалицу за цигарету, а мото кампање 2011. године био је: „Хвала што не пушите“. Ова кампања је показала да фармацеути могу да понуде решење и да подрже остављање дувана. Фармацеути су такође делили налепнице: „Данас не пушим“. Кампања 2014. године је била фокусирана на то да се покажу користи престанка пушења, кроз дељење греб-греб картица у апотекама, које су садржале неку од следећих порука: „млађа кожа“, „укуснији оброци“, „уштедите за путовање ваших снова“. Фармацеути су објаснили и да је први и најлакши корак у престанку пушења постати свестан и препознати све здравствене проблеме које пушачи наносе себи и људима око себе. Када се једном донесе одлука о престанку пушења, саветује се да се потражи помоћ професионалца јер се тако и за десет пута повећавају шансе за успех.



Слика 7. Кампање против пушења у Шпанији

3.3.2.1. Материјал за самопомоћ

Интервенције за самопомоћ се дефинишу као “било који приручник или програм намењен да помогне појединцу у одвикавању, без директне помоћи здравствених професионалаца, саветника или група подршке” (29). Материјал/интервенција за самопомоћ, без обзира да ли се користи самостално или као допуна препоручене терапије, повећава степен апстиненције у поређењу са покушајима без интервенције. Овај материјал подразумева: буклете, лифлете, материјал за медије, телефонске линије за помоћ у одвикавању, компјутерске програме, *web*-програме и различите друштвене програме.

3.3.2.2. Когнитивно–бихејвиорална терапија

Европски водич за одвикавање од пушења описује когнитивно-бихејвиоралну терапију (КБТ) као индивидуални рад са пацијентима са циљем да се помогне да се промени научно, неприхватљиво понашање кроз увежбавање према здравијем, прилагођеном понашању (29). Ово се постиже успостављањем партнерског односа између здравственог професионалца и пацијента кроз активно слушање (подразумева и понављање онога што пацијент говори), вредновање успеха и стално подсећање на користи од престанка пушења. Фармацеути су сврстани у здравствене професионалце у које се има највише поверења (39), а поверење је још један важан елемент било које успешне интервенције. Пушење је научно понашање и КБТ учи пушаче да воде белешке о својим навикама у пушењу, да се самопроцене, да идентификују уобичајене навике и поступке. КБТ помаже пушачима да препознају своје навике и осећања у вези пушења, пружа им охрабрење и савет како да смање и контролишу жељу за пушењем.

У Европском водичу за одвикавање од пушења се даље објашњава да КБТ доприноси повећаном проценту апстиненције кроз испитивања мотивације за одвикавање од

пушења, градећи однос између здравственог професионалца и пацијента на поштовању и разумевању, процени никотинске зависности кроз анализу пушачких навика и објашњавајући концепт никотинске зависности. Многи пушачи немају право знање о томе шта се дешава са њиховим телом и мозгом када пуше и зашто је тешко престати са пушењем. Разговор са стручњаком о ефектима никотина и начину на који се зависност манифестује сам по себи може да значајно допринесе иницијативи пацијента да престане са пушењем (29). Ова врста интервенције дозвољава дубље анализе забринутости, самооптуживања и страхова од неуспеха при одвикавању од пушења и отвара могућности за ближу и бољу сарадњу са пацијентима приликом избора најбоље терапијске стратегије.

3.3.2.3. Телефонска подршка

У многим земљама постоји бесплатна телефонска подршка. Када пушачи позову сервис, добију информације о локалним центрима за одвикавање од пушења и могу, ако желе, да добију савет како да престану са пушењем уз минимално или опсежније саветовање (29). Користећи телефон за пружање КБТ слично је што и контакт лицем у лице, али је флексибилније. Термини се могу договарати у одговарајуће време, укључујући и паузе за ручак, вечерње сате и викенде. Телефонско саветовање штеди време пацијентима, а и новац, с обзиром да не морају да путују на своја саветовања.

Корисници могу одабрати да ли желе да буду позвани на кућни или мобилни телефон. Током разговора нуди им се подршка да кроз различите стратегије за одвикавање од пушења направе позитивне промене у животу. Телефонски позиви обично трају око 20 – 25 минута и могу се прилагодити индивидуалним потребама (29).

Неколико мета анализа је показало да је телефонско саветовање ефикасна интервенција у одвикавању од пушења. Актуелни Амерички водич клиничке праксе за јавно здравље и Водич за јавне превентивне услуге препоручују проактивно телефонско саветовање као метод који може да помогне у одвикавању од пушења (29). Већина студија за одвикавање су се фокусирале на проактивне телефонске линије. Проактивне телефонске линије пружају неку врсту тренутне подршке када пушач први пут позове, али оне такође обезбеђују свеобухватну услугу кроз проактивне позиве, који обично подразумевају понављана саветовања телефоном, обично заказана у договору са пушачем.

3.3.2.4. Алати на интернету

У Данској је осмишљен *online* алат да кроз цео процес одвикавања подржи престанак пушења и да спречи могуће рецидиве (40). Након што се попуни профил, персонализовани програм их подржава у намери да оставе пушење кроз видео материјал, савете и вежбе. Овај програм има неколико корака, почиње са доношењем одлуке о престанку и подржавањем кроз технике одвикавања све док се особа потпуно не ослободи зависности. Користи и технике које спречавају рецидиве. Програм је прилагодљив, може му се приступити у било које време и може се прилагодити сопственим потребама.

ER DU KLAR TIL EN NY START?
 Velkommen til e-kvit! Her kan du få gratis hjælp til at kvitte cigaretterne - eller til at nedtrappe dit forbrug af nikotinpræparater.

Opret en profil og få støtte
 Når du har oprettet en profil, vil du løbende få støtte via mail eller sms. Du kan også se videoer med andres erfaringer, og du kan få tips og hjælp til at gennemføre dit stop.

Tilmeld dig programmet ved at klikke på 'Ryging' eller 'Nikotin'.

Nu findes e-kvit også som app og kan gratis hentes ned fra [App Store](#) eller [Google Play](#).

RYGNING
Hjælp til at stoppe

NIKOTIN
Hjælp til at stoppe

luft til livet

OM PROGRAMMET
LOG PÅ

Слика 8. e-Kvit - online програм развијен у Данској

3.3.3. Индивидуално прилагођене интервенције

Бројни добро дизајнирани извори који се односе на посебне групе пацијената су такође на располагању. Многи од њих су дизајнирани за посебне групе пацијената, па је важно да здравствени професионалци пронађу материјал који се најбоље односи на њихове пацијенте. У обраћању пушачима са придруженим болестима, веома је важно истаћи да пушење погоршава основне болести. Код таквих пацијената приоритет је скренути им пажњу на прекид пушења (26).

3.3.3.1. Престанак пушења код кардиоваскуларних пацијената

Средином двадесетог века објављена је Фрамингхам студија (41) која је довела у везу пушење и КВБ. Пре ове студије пушење није било прихваћено као прави узрок срчаних болести. Студија је показала да пушачи имају повећан ризик од срчаног удара и коронарних срчаних болести (42). Други радови фокусирани само на пушењу такође указују на ову повезаност (43). Коронарна болест срца је тренутно, најпознатији КВ исход пушења (44).

Када се приступа проблему пушења код ових пацијената, препоручује се упознавање са механизмом дејства састојака дувана у организму. Угљен моноксид делује на структуре којима се преноси кисеоник у организму и формира карбоксиемоглобин, чиме се

повећава хематокрит и вискозитет крви (45). Никотин ослобађа адреналин и норадреналин што узрокује повећање срчане фреквенције и контрактилности срчаног мишића, а тиме и повећање крвног притиска (45). Слободни радикали – укључени у протромботичке и атерогене процесе (45) се ослобађају у великој мери током сагоревања дувана. Инхалација честица узрокује запаљенску реакцију у плућима, функција ендотела крвних судова је поремећена код пушача и пушачи имају атерогени липидни профил (44). Поремећена функција ендотела, оштећења крвних судова, повећана липидна оксидација, смањење ХДЛ холестерола, све заједно води атеросклерози (46).

Рад на спречавању КВБ се своди на детекцију главних фактора ризика на које се може утицати (хипертензија, пушење, смањење телесне тежине, итд.) (47). Ови циљеви издвајају пушење као приоритет у програмима превенције (48). Успех било које превентивне мере зависи од познавања фактора ризика и позитивних утицаја који су последица њихове промене. У случају КВБ, познати су многи фактори ризика, а срећом, на велики број њих је могуће утицати, као што је случај и са престанком пушења (49).

Престанак пушења прогресивно редукује кардиоваскуларни ризик (50). Насупрот томе, пушачи са КВБ који не престану да пуше имају лошу прогнозу (44). Фармацеути морају да пошаљу поруку да је престанак пушења најефикаснији начин за превенцију КВБ (46). Ако су пацијенти спремни да престану са пушењем, с обзиром на своју основну болест, потребно је упутити их лекару да би се дошло до најбоље стратегије и предузеле се све неопходне мере (30).

Случај из праксе са усвајањем ЦЕСАР (51) методе:

Господин, 48 година, са историјом хипертензије (лечен сартаном), повишеним холестеролом (лечен аторвастатином 40 mg), акутним инфарктом миокарда пре две године и апнејом у сну. Без алергија и дигестивних проблема. Висина 177cm и тежина 72,2kg. Пушач је, пуши 10 до 20 цигарета на дан већ двадесет година, са два покушаја престанка пушења, једном на три месеца, без икакве терапије.

Ричмонд тест – 10 (јака мотивација за престанак пушења), Фагестромов тест – 5 (умерена зависност) и cCO у издахнутом ваздуху 21 – 30 ppm (уобичајена вредност за пушаче).

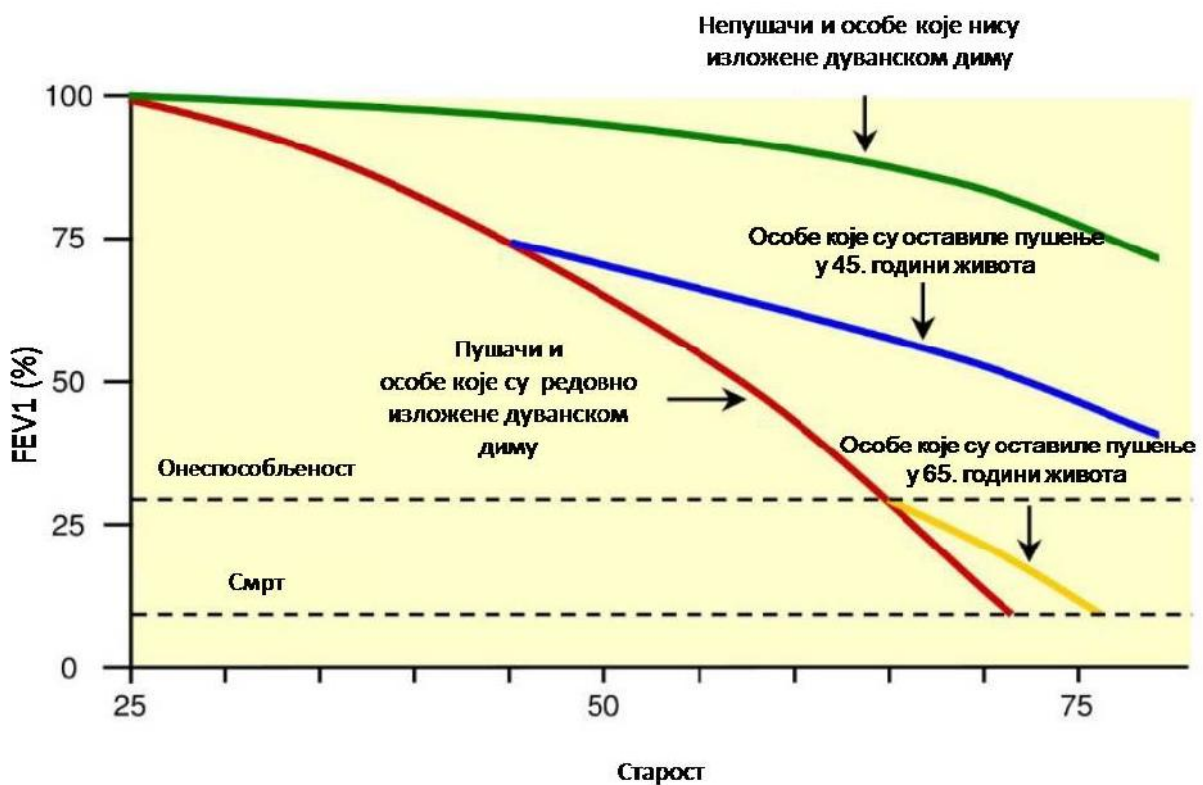
Наводи здравље као мотив за престанак пушења. Упућен је лекару због процене и због своје медицинске историје. Дат му је материјал за самопомоћ.

Доктор му је прописао тромесечну терапију варениклином и пацијент се враћа у апотеку на праћење. Дато му је објашњење како да користи терапију и заказане су следеће посете (седам дана након почетка терапије, потом, петнаестог, тридесетог, четрдесетпетог, шездесетог, деведесетог и стоосамдесетог дана) да би се пропратили евентуални нежељени ефекти, пратио ниво CO у издахнутом ваздуху, проверавала тежина и крвни притисак, пружили одговори на сва питања која има и пружила подршка у његовим настојањима да остави пушење.

Пацијент престаје са пушењем седам дана након почетка терапије и пријављује гастроинтестиналне сметње, које се решавају узимањем лека после obroка. Пружа му се бихејвиорална терапија на сваком поновном сусрету. На седмој контроли, шест месеци касније, пацијент се није вратио цигаретама. Опет му је пружена подршка и позива се да дође било када, ако му је потребно.

3.3.3.2. Престанак пушења код пацијената са опструктивним болестима плућа

Хронична опструктивна болест плућа (ХОБП) је трећи узрок смрти у Америци (52) и погађа 5% светске популације (53). Пушење цигарета, нарочито код оних који пуше више од 40 паковања годишње (20 цигарета дневно, сваки дан, у току једне године), је најважнији фактор ризика за развој ХОБП-а (54). Престанак пушења је једина интервенција која је показала да успорава степен оштећења плућне функције у ХОБП-у, па би требало да буде саставни део терапије ових пацијената. Флечер (55) је показао везу између престанка пушења и плућне функције.



Слика 9. Флечерова крива, 1977, Флечер и Пето

Флечерова крива је важан алат за фармацеуте у едукацији пацијената са ХОБП-ом. Важно је нагласити да иако функција плућа никада неће бити враћена на нормалну, време до евентуалног инвалидитета и неспособности, или смрти може значајно да се продужи. Многи пацијенти мисле да је после дугогодишњег пушења штета направљена и да се не може поправити, нити да може бити доброг ефекта на њихово опште здравствено стање. Објашњавање овог графика пацијентима може бити корисно да схвате да без обзира на

историју пушења, престанак пушења у било ком тренутку успорава пропадање плућне функције.

3.3.3.3. Престанак пушења код трудница

Данска је 2007. одлучила да започне са кампањом како би помогла трудницама или женама које планирају да остану трудне са престанком пушења. Кампања је била повезана са Светским даном без дуванског дима 2007. – посвећеним трудницама и будућим трудницама. Кампања је трајала три месеца и била је организована од стране Удружења фармацеута Данске и Министарства здравља. Фармацеути су прошли обуку специјално прилагођену за пушење и трудноћу. Позвани су сви, од општинских органа, преко бабица и лекара да упуте све жене пушаче које планирају да оснују породицу или су већ трудне да се јаве свом фармацеуту. Фармацеути су обезбедили бесплатно индивидуално саветовање за престанак пушења са посебним освртом на исходе пушења током трудноће.

3.4. Спречавање релапса: активности праћења

Руководиоци фармацеути би требало да редовно праве извештаје праћења и да процењују програме и активности које фармацеути воде. На тај начин могу да се идентификују предности, слабости, могућности и претње програма. Фармацеути имају и имаће значајну улогу у процесу одвикавања од пушења и смањењу нежељених ефеката које пушење има на јавно здравље и то осигуравањем да програми који се користе у сврху одвикавања од пушења успешно задовољавају потребе пацијената. Брига за пацијента кроз праћење је од кључног значаја за успешно одвикавање. Поновљене посете пацијената су неопходне да би се пружила најбоља могућа фармацеутска здравствена услуга. У даљем тексту се налазе препоруке за план праћења пацијената, прилагођене уз одобрење организације за престанак пушења (енг. *Quit Using and Inhaling Tobacco - QUIT*) канадског удружења фармацеута (Слика 10.) (56).

Важно је да фармацеут буде на располагању пацијенту током целог процеса одвикавања. Близак контакт омогућава да се на време открију разлози за враћање старим навикама, а самим тим и да се реагује на време да до тога не дође. Важан део стратегије саветовања је заказивање следећег састанка. Тако се смањује вероватноћа “испуштања” пацијента из процеса праћења. Процена је да се око 22% рецидива јави након три месеца (57), 35 – 40% рецидивира после 1 до 5 година након престанка (58). Ако све ово знамо, онда фармацеути морају да буду вредни и да подршку и праћење обезбеде дугорочно за пацијенте са историјом пушења.

Иницијална посета – 14 дана пре престанка пушења:

- Одредити датум престанка пушења у предстојећих 14 дана
- Упознати пацијента са ресурсима
- Заказати следећи термин саветовања

7 дана пре престанка пушења:

- Потврдити датум престанка пушења
- Питати за бриге или страхове у вези са прекидом пушења
- Заказати следећи термин саветовања

Дан престанка пушења:

- Честитати на одлуци да престане да пуши и мотивисати пацијента да истраје
- Размотрити стратегије за савладавање потребе за цигаретом и апстиненцијалних симптома
- Заказати следећи термин саветовања

3 дана након престанка пушења:

- Тражити апстиненцијалне симптоме, проценити комплијансу, ефикасност и подношљивост фармакотерапије
- Честитати на успеху / мотивисати пацијента који је релапсирао да се држи првобитног плана прекида пушења
- Заказати следећи термин саветовања

Наредне посете:

- Проценту пацијента и заказивати индивидуално, по потреби
- Мотивисати и охрабрити да истраје у апстиненцији
- Помоћи да се превазиђу било какве потешкоће или препреке у истрајавању у апстиненцији

Слика 10. *QUIT* план активности праћења

4. За лакше увођење програма

Бројни модели за олакшавање рада са пацијентима су проучени. У студији који су привели крају *Patwardhan & Chewing* (2009.) (59) аутори су проценили потенцијалне баријере и страхове фармацеута у вези са негативним реакцијама пацијената након предлагања/иницирања да оставе дуван.

4.1. Питај-саветуј-упути (ПСУ)

ПСУ приступ (60) треба да олакша фармацеуту у ПЗЗ увођење услуге брзе процене спремности пацијента да прекине пушење и услуге упућивања другим члановима здравственог тима. Кроз овај приступ у апотеци се за кратко време врши процена и упућивање и на тај начин сарађује са програмима јавног здравља.

Кључна препрека у спровођењу ПСУ модела код фармацеута је страх од негативних коментара и реакција пацијената у апотеци. Навешћемо пар сугестија које би могле да олакшају фармацеутима увођење ПСУ модела и побољшају сам приступ пацијенту:

- Фокусирати се на стање/ болест пушача или на лек који користи; дискутовати утицај употребе дувана на стање/болест/лек;
- Обучавати фармацеуте како да постављају питања пацијенту о употреби дувана и како да у правом тренутку започну разговор о прекиду пушења;
- Обучавати фармацеутске техничаре и особље апотеке како да процене да ли је пацијент пушач, на који начин да му скрену пажњу о новом програму за прекид пушња и како да га упуте на фармацеута за више информација;
- Осмислити знакове и поруке у апотеци који би охрабривали пацијенте да постављају питања везана за престанак пушења и обавестили их да је фармацеут потенцијални извор информација и особа која их може упутити даље;
- Помоћи фармацеутима да систематизују цео поступак и прилагоде свој свакодневни рад у апотеци ПСУ моделу;
- Помоћи фармацеутима да осмисле процедуре за процену употребе дувана.

Сви наведени кораци би требало да буду спроведени и контролисани од стране фармацеута-управника апотеке како би остали запослени добијали довољно информација и подршку да спроведу наведене активности у дело. Без адекватне подршке запослени неће бити способни да изнесу ове процесе, па ни пацијенти који би желели да оставе цигарете неће моћи да добију адекватну помоћ.

5. Први корази

Следећих десет корака је преузето из ФИП публикације 2005. „Фармацеути против дуванског дима-како почети?“ (61).

1	Сакупити довољно информација о употреби дувана, прекиду пушења, шта фармацеути могу да ураде да помогну
2	Едуковати своје особље
3	Успоставити локалну сарадњу
4	Организовати услуге према потребама пацијената
5	Користити рекламне дисплеје за излоге и други вид оглашавања програма за одвикавање од пушења
6	Обезбедити корисне/прикладне информације за пацијенте
7	Обезбедити личну подршку
8	Организовати поновне посете пацијената апотеци у циљу праћења исхода
9	Документовати своје активности и резултате
10	Саопштити резултате својим партнерима и професионалним удружењима

6. Закључак

Утицај употребе дуванских производа на здравље људи и здравствене системе у свим земљама света је очигледан. Са порастом трошкова здравствене заштите и оптерећења здравствених радника, важно је да се препозна како фармацеути са својим јединственим вештинама и знањем могу да допринесу заједничком циљу бољег здравља за свакога.

Фармацеути имају јединствену и ненадмашну способност интеракције са јавношћу. Фармацеути су способни да допру до свести пацијената и да им помогну и то кроз промоцију здравља, скрининг, процену, интервенције и праћење.

Фармацеути и удружења фармацеута имају битну улогу у пружању подршке пацијентима и залагању за промене у њиховом начину живота како би побољшали квалитет живота. Примери оваквих активности су: програми попут QUIT програма у Канади и различите кампање које су организовала национална удружења фармацеута из других земаља. Овај документ пружа преглед активности фармацеута из различитих земаља света у борби против дуванског дима. Праћен је примерима, практичним алатима и корацима за спровођење престанка пушења као дела свакодневне бриге за пацијента.

Убудуће би требало препознати и максимално искористити потенцијал фармацеута као моћан ресурс у прекиду пушења. Према свему наведеном, овај документ би требало да служи као средство за подршку дијалога на различитим нивоима - са законодавцима, политичарима и сарадницима који могу да олакшају уврштавање и признавање улоге фармацеута у грађењу будућности без дуванског дима.

Захвалнице

Овај документ је припремљен под надзором *Zuzana Kusynová* (FIP пројект координатор) уз допринос фармацеута: *Megan Coder* (САД), *Alanna Doell* (Канада), *Prateek Jain* (Индија), *Ana Mendoza* (Шпанија), *Mrudula Naidu* (Индија) и *Kerstin Neumann* (Немачка). Рецензенти: *Luc Besançon* (Генерални секретар FIP-а), *Robert Gaspar* (Мађарска), *Sabah Hussein* (САД), *Duaa Jawhar* (Уједињени Арапски Емирати), *Kristine Petrasko* (Канада), *Eeva Terasalmi* (Финска) и *Kawkab Saour* (Ирак).

Литература

1. U.S. Department of Health & Human Services. Be Tobacco Free. Tobacco Facts and Figures. [Online]. Washington DC [cited 2015 Jun 1]. Available from: <http://1.usa.gov/10BWeSx>.
2. Centers for Disease Control and Prevention. 2014 Surgeon General's Report: The health consequences of smoking: 50 years of progress. [Online]. Washington. 2014 [cited 2015 Jun 1]. Available from: <http://1.usa.gov/1ehaNK3>.
3. National Institute on Drug Abuse (NIDA). Is drug addiction a mental illness? [Online]. 2010 [cited 2015 April 30]. Available from: <http://1.usa.gov/1AetzSn>.
4. World Health Organisation (WHO). The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Diagnostic criteria for research. 1st edition. Geneva: World Health Organisation; 1992.
5. Canadian Network for Respiratory Care. Take on tobacco: Become a certified tobacco educator. [Online]. 2015 [cited 2015 August 31]. Available from: <http://bit.ly/1j66Ce7>.
6. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th edition. Washington, D.C. American Psychiatric Association; 1994.
7. Frieden TR, Bloomberg MR. How to prevent 100 million deaths from tobacco. *Lancet*. 2007 May; 369(9574): p. 1758-61.
8. Oberg M, Jaakkola MS, Woodward A, Peruga A, Pruss-Ustun A. Worldwide burden of disease from exposure to second-hand smoke: a retrospective analysis of data from 192 countries. *Lancet*. 2010 Nov; DOI:10.1016/S0140-6736(10)61388-8.
9. King A. "Risk factors: Cigarette smoking increase the risk of coronary heart disease in women more than in men. *Nature Reviews Cardiology*. 2011; 8(11): p. 612.
10. Huxley RR, Woodward M. Cigarette smoking as a risk factor for coronary heart disease in women compared with men: a systematic review and meta-analysis of perspective cohort studies. *Lancet*. 2011 Oct; 378((9799) doi: 10.1016/S0140-6736(11)60781-2. Epub 2011 Aug 10.): p. 1297-305.
11. World Bank. World Bank classification of countries by income. [Online] 2015. [cited 2015 September 1]. Available from: <http://bit.ly/1pUHKTk>.
12. Gostin LO. Global Regulatory Strategies for Tobacco Control. [Online]. 2007 [cited 2015 May 12]. Available from: <http://bit.ly/1L2XOSH>.

13. World Health Organisation. Tobacco Free Initiative (TFI) The Role of Health Professionals in Tobacco Control -Health Professional Against Tobacco. [Online]. 2005 [cited 2015 Jun 10]. Available from: <http://bit.ly/1PnVUdc>.
14. Joint FIP/WHO guidelines on good pharmacy practice: standards for quality of pharmacy services. WHO Technical Report Series, No. 961, 2011. Geneva: World Health Organization.[Online]. 2011 [cited 2015 May 12]. Available from: http://www.fip.org/good_pharmacy_practice.
15. Pharmacists for a Smoke-Free Canada. PSFC Network Website. [Online]. 2015 [cited 2015 September 22]. Available from: <http://psfcnnetwork.com/>.
16. American Pharmacists Association (APhA). [APhA Policy Manual]. 2010 [cited 2015 September 22]. Available from: <http://bit.ly/1FcXD4M>.
17. Bustos P, et al. Factores de riesgo de enfermedad vascular en adultos jóvenes. *Revistamédica de Chile*. 2003; 131: p. 973-980.
18. Medrano M, et al. Factores de Riesgo en la Población Española: metaanálisis de estudios transversales. *Medicina Clinica (Barc)*. 2005; 124(16): p. 606-12.
19. Mcbane SE, Corelli RR, Albano CB, Conry JM, Della paolera MA, Kennedy AK, et al. The role of academic pharmacy in tobacco cessation and control. *The American Journal of Pharmaceutical Education*. 2013 Jun; 77(5).
20. World Health Organization. Essential Medicines and Health Products Information Portal. [Online]. 1994 [cited 2015 Jun 10]. Available from: <http://bit.ly/1LKiuEE>.
21. The college of Emergency Medicine-Clinical Effectiveness committee, Emergency Nurse Consultant Association, Faculty of Emergency Nursing. Triage Position Statement. 2011.
22. American Society on age-Adult Medication. Facilitating Behaviour Change. [Online]. 2012 [cited 2015 Jun 11]. Available from: <http://bit.ly/1gJxyi3>.
23. Zimmerman GL, Olsen CG, Bosworth MF. A "stage of changes" approach to helping patients changes behaviour. *American Family Physician*. 2000; 61(5): p. 1409-16.
24. Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, Fagerström KO. The Fagerström Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerström tolerance questionnaire. *British Journal of Addiction*. 1991; 86: p. 1119-1127.
25. The Centre for Addiction and Mental Health (CAMH). Why do I smoke? [Online]. [cited 2015 May 13]. Available from: <http://bit.ly/1KxFHyK>.

26. Fiore M, Jaén CR, Baker TB, et al. Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update. Clinical Practice Guideline. Rockville, MD:U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service.
27. Behaviour Works-Australia. Stage theories and behaviour changes. [Online]. 2012 [cited 2015 Jun 30]. Available from: <http://bit.ly/1Yz20gU>.
28. Centers for Disease Control and Prevention. Morbidity and Mortality Weekly report-Quitting Smoking Among Adults-United States, 2001-2010. [Online]. 2011 [cited 2015 Jun 1]. Available from: <http://1.usa.gov/1PnWfwl>.
29. European Network for Smoking and Tobacco Prevention (ENSP). European Smoking Cessation Guidelines: The authoritative guide to a comprehensive understanding of the implications and implementation of treatments and strategies to treat tobacco dependence. [Online]. 2012 [cited 2015 May 13]. Available from: <http://bit.ly/1YyXaAd>.
30. Gómez JC. Sociedad Española de Farmacia Familiar y Comunitaria-SEFAC. [Online]. 2014 [cited 2015 May 12]. Available from: <http://bit.ly/1KsNekw>
31. The World Health Professions Alliance (WHPA). WHPA Statement on Interprofessional Collaborative Practice. 2013. [cited 2015 May12]. Available from: <http://bit.ly/1YyXmiV>
32. International Pharmaceutical Federation. FIP Statement of Policy Collaborative Practice. 2009. [cited 2015 May 12]. Available from: <http://fip.org/statements>
33. Armero AM, Calleja Hernandez MA, Perez Vicente S, Martinez-Martinez F. Pharmaceutical care in smoking cessation. Patient Prefer Adherence. 2015 Jan; 9: p. 209-215.
34. Fagerstrom K, Jimenez-Ruiz C. Pharmacological treatments for tobacco dependence. European Respiratory Review. 2008; 17(110): p. 192-198.
35. Stead L, Perera R, Bullen C, Mant D, Lancaster T. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2008 Jan; 23(1): p. CD000146. doi: 10.1002/14651858.CD000146.pub3.
36. VHA Pharmacy Benefits Management Strategic Healthcare Group and the Medical Advisory Panel. National PBM Drug Monograph. Varenicline. [Online]. 2006 [cited 2015 Jun 1]. Available from: <http://1.usa.gov/1G0gdYE>.
37. Hughes J, Stead L, Lancaster T. Antidepressants for smoking cessation(Review). [Online]. 2011 [cited 2015 Jun 1]. Available from: <http://bit.ly/1Yz26VI>.

38. Schmelzle J, Rosser WW, Birtwhistle R. Update on pharmacologic and nonpharmacological therapies for smoking cessation. *Canadian Family Physician*. 2008 Jul; 54(7): p. 994-9.
39. Boehringer Ingelheim Pharmaceuticals IWHIL. Boehringer Ingelheim-Pharmacy Satisfaction Digest. *Drug Store News*. 2008 Jan; 15.
40. eKvit. [Online]. 2015 [cited 2015 July 1]. Available from: <http://www.ekvit.dk/>.
41. Dawber T, Meadors GF, Moore FJ. Epidemiological approaches to heartdisease: The Framingham Study. *American Journal of Public Health*. 1951; 41(3): p. 279-86.
42. Multiple Risk Factor Intervention Trial: Risk Factor Changes and Mortality Results. *JAMA*. 1982 September; 248(12): p. 1465-1477.
43. Weintraub WS. Cigarette smoking as a risk factor for coronary artery disease. *Advances in Experimental Medicine and Biology*. 1990; 273: p. 27-37.
44. Lópex GAV, García Rubira JC. Tabaco y enfermedad Cardiovascular. *Adicciones*. 2004; 16(2).
45. Guerrero MF, et al. e. Programas actuales del control de hábito. *Clin Invest Arterioscl*. 2010; 22(4): p. 167-173.
46. Messner B, Bernhard D. Smoking and Cardiovascular Disease. Mechanisms of Endothelial Dysfunction and Early Atherogenesis. *Arterioscl Thromb Vasc Biol*. DOI:10.1161/ATVBAHA.113.300156. .
47. Neaton JD, Wentworth D. Serum cholesterol, blood pressure, cigarette smoking, and death from coronary heart disease. Overall findings and differences by age for 316,099 white men. Multiple Risk Factor Intervention Trial Research Group. *Archives of Internal Medicine*. 1992 Jan; 152(1): p. 56-64.
48. O' Donnell CJ, Elosua C. Factores de Riesgo Cardiovascular: perspectivas derivadas del Framingham Heart Study. *Rev Esp Cardiol*. 2008; 61(3 DOI: 10.1157/13116658): p. 299-310.
49. Ordovas JM. Cholesterol and Tobacco: classics that withstand the passing of time. *Rev Esp Cardiol*. 2001 October; 54(10): p. 11433-5.
50. Goldenberg I, et al. Smoking cessation and the risk of sudden cardiac death in patients with coronary heart disease. *JACC*. 2002; 39(448).
51. Programa CESAR. [Online]. 2013 [cited 2015 May 12]. Available from: <https://www.sefac.org/cesar/>.

52. Miniño A, Murphy SL, Xu J, Kochanek KD. Deaths: final data for 2008. National Vital Statistic Report. 2011; 59(1).
53. Centers for Disease Control and Prevention(CDC). Chronic obstructive pulmonary disease among adults-United States. Morbidity and Mortality Weekly Report. 2012; 61(938).
54. Qaseem A, Wilt TJ, Weinberger SE, et al.. Diagnosis and management of stable chronic obstructive pulmonary disease: a clinical practice guideline update from the American College of Physicians, American College of chest Physicians, American Thoracic Society and European Respiratory Society. Annals of Internal Medicine. 2011; 155(179).
55. Fletcher C, Peto R. The natural history of chronic airflow obstruction. Br Med J. 1977 Jun; 25(1(6077)): p. 1645-8.
56. Canadian Pharmacists Association. QUIT (Quit Using and Inhaling Tobacco) Smoking Cessation Program. [Online]. [cited 2015 Jun 02]. Available from: <http://bit.ly/1QvINa7>.
57. Hughes J, Solomon LF, Naud S, et al.. Natural history of attempts to stop smoking. Nicotine & Tobacco Research. 2014; 16(1190).
58. Hajek P, Stead LF, West R, et al.. Relapse prevention interventions for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2009;(CD003999).
59. Patwardhan PD, Chewning BA. Tobacco users' perceptions of a brief tobacco cessation intervention in community pharmacies. Journal of American Pharmacists Association. 2003 Sep; 50(5): p. 568-74.
60. Oregon Health & Science University Smoking Cessation Center. Ask-Advise-Refer-Model.[Online]. [cited 2015 Jun 02]. Available from: <http://bit.ly/1G0gj2w>.
61. International Pharmaceutical Federation(FIP). Pharmacists against tobacco-How to get started? [Online]. 2005 [cited 2015 Jun 02]. Available from: <http://bit.ly/1OO1HKW>.

Прилози

Прилог 1. Политика Америчке асоцијација фармацеута у вези са уклањањем дуванских производа из апотека и свих објеката у којима се налазе апотеке

Од касних 60-их година прошлог века *APhA* се залаже за уклањање дуванских производа из апотека и свих објеката у којима се налазе апотеке. У вези са овим *APhA* има политику која се спроводи кроз низ активности и прописа.

Прекид продаје дуванских производа у апотекама и објектима у којима се налазе апотеке

1. *APhA* подстиче апотеке и све објекте у којима се налазе апотеке да прекину продају дуванских производа.
2. *APhA* подстиче доносиоце одлука да ограниче учешће у програмима који се односе на прописивање и издавање лекова на рецепт само на апотеке које не продају дуванске производе.
3. *APhA* подстиче државне одборе апотека да обуставе издавање и обнављање лиценци апотекама које продају или се налазе у објектима који продају дуванске производе.
4. *APhA* подстиче фармацеутске факултете да за обављање стручне праксе сарађују само са оним апотекама које не продају дуванске производе.
5. *APhA* подстиче Акредитациони савет за едукацију фармацеута да усвоји став да за обављање стручне праксе фармацеутски факултети сарађују само са оним апотекама које не продају дуванске производе.
6. *APhA* подстиче фармацеуте и студенте фармације који траже запослење да прво размотре позиције у апотекама које не продају дуванске производе.

Употреба и продаја електронских цигарета (е-цигарета)

1. *APhA* се противи продаји е-цигарета и других инхалационих облика никотина у апотекама, док се научно не докаже њихова здравствена безбедност и безбедност за животну средину.
2. *APhA* се противи употреби е-цигарета и других инхалационих облика никотина у зонама где је забрањено пушење, док се научно не докаже њихова здравствена безбедност и безбедност за животну средину.
3. *APhA* подстиче фармацеуте да стекну више знања о е-цигаретама и другим инхалационим облицима никотина.

4. *APhA* подстиче Америчку агенцију за храну лекове да захтева истицање списка свих састојака е-цигарета и других инхалационих облика никотина, како у некоришћеном облику тако и у насталом диму.

Унос података о употреби дувана у фармацеутске картоне пацијента

APhA подржава стандардизацију картона пацијената и алата за подршку доношења клиничких одлука (укључујући системе за издавање лекова и апотеци) у циљу прикупљања, бележења и употребе информација које се тичу пацијентовог пушачког статуса и употребе дувана.

Продаја цигарета у апотекама*

1. *APhA* препоручује да се дувански производи не продају у апотекама.
2. *APhA* препоручује да државна и локална удружења фармацеута усвоје изјаве политике удружења и појачају учешће у јавним образовним програмима који се односе на штетност пушења по здравље.
3. *APhA* препоручује да сваки фармацеут посвети посебну пажњу едуковању младих о штетности пушења по здравље.
4. *APhA* препоручује да *APhA-ASP* развије пројекте усмерене на образовање младих о штетности пушења по здравље, попут спровођења здравственообразовних програма кроз посете школама.

Продаја цигарета у апотекама¹

APhA препоручује да фармацеути не дозволе пушење у своме сектору где издају лекове на рецепт.

Избацивање продаје алкохолних пића и дуванских производа у апотекама*

APhA се противи продаји дуванских производа и алкохолних пића у апотекама (изузев течних фармацеутских облика који садрже алкохол).

¹ Апотеке у САД се често налазе у склопу трговинских објеката (драгстора), па се наведене препоруке односе на овакве објекте.

Прилог 2. Фагерстромов тест за одређивање никотинске зависности

Прилагођено према: *Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, Fagerstrom KO. The Fagestrom Test for Nicotine Dependence: A revision of the Fagestrom Tolerance Questionnaire. British Journal of Addictions. 1991;86:1119-1127* адаптација Канадске асоцијације фармацеута, 2013. Доступно на: <http://www.pharmacists.ca/cpha-ca/assets/File/membership/Fagerstrom%20Tolerance%20Scale.pdf>

Фагерстромов тест за одређивање никотинске зависности је стандардна метода којом се процењује ниво физичке зависности пацијента од никотина. Тест се користи за вредновање степена никотинске зависности помоћу градуисане скале. Овај тест помаже професионалним лицима да документују индикације за прописивање лекова који се користе у процесу одвикавања од пушења.

1. Колико минута након буђења запалите цигарету?
< 6 минута (3 поена)
6 – 30 минута (2 поена)
31 – 60 минута (1 поен)
> 60 минута (0 поена)

2. Да ли Вам је тешко да се суздржите од пушења на местима где је забрањено?
Да (1 поен)
Не (0 поена)

3. Које цигарете Вам је најтеже да се одрекнете?
Прве јутарње (1 поен)
Било које друге (0 поена)

4. Колико дневно попушите цигарета?
< 11 (0 поена)
11 – 20 (1 поен)
21 – 30 (2 поена)
> 31 (3 поена)

5. Да ли чешће пушите ујутро, у првим сатима након буђења него током преосталог дела дана?
Да (1 поен)
Не (0 поена)

6. Да ли пушите и када сте толико болесни да већи део дана проведете у кревету?
 Да (1 поен)
 Не (0 поена)

Резултат: 7 – 10 поена = веома тешка зависност, 4 – 6 поена = умерено тешка зависност, 0 – 4 поена = ниска зависност.

Што је већи број поена, већи је степен физичке зависности од никотина. Већи број поена указује да ће третман апстиненцијелних симптома, обично применом никотинске супституционе терапије, бити важан фактор у индивидуализованом плану за одвикавање од пушења.

Прилог 3. „Зашто?“ тест

Прилагођено према: *“Butting Out for Life: A Smoking Cessation Counselling Programme for pharmacists. Laval, PQ: Merrel Dow Pharmaceuticals (Canada) Inc., 1993 and the Canadian Pharmaceutical Association.”*

Инструкције-на свако питање треба да се одговори бројевима од 1-5 где је 1=никада, 2=ретко, 3=понекад, 4=често, 5=увек.

- А. Пушим да бих одржао/ла концентрацију.
- Б. Уживам док држим цигарету.
- В. Пушење је пријатно и опуштајуће.
- Г. Увек запалим цигарету када сам љут/а.
- Д. Мучење ми је када останем без цигарета.
- Ђ. Пушим цигарете аутоматски, чак и када нисам тога свестан/на.
- Е. Пушим када људи око мене пуше.
- Ж. Пушим да бих се истицао/ла.
- З. Уживам док се спремам да запалим цигарету.
- И. Осећам задовољство док пушим.
- Ј. Пушим када се осећам нелагодно и/или узнемирено.
- К. Када не пушим свестан/на сам тога.
- Л. Често запалим цигарету док ми претходна још увек гори у пепељари.
- Љ. Пушим када сам са пријатељима и када се осећам лепо.
- М. Уживам посматрајући дим цигарете који издишем.
- Н. Најчешће пожелим цигарету када се осећам угодно и опуштено.
- Њ. Пушим када се осећам тужно икада желим да скренем мисли са ружних ствари.
- О. Жудим за цигаретом када не запалим неко време.

- П. Заборавио/ла сам на цигарету која ми је била у устима.
 Р. Увек пушим када сам у проводу са пријатељима у бару или на журци.
 С. Пушим цигарете да одржим себе у радном елану.

Највећи збир поена А+Ж+С

Пушење ме стимулише- имате утисак да Вам пушење даје енергију. Пробајте да радите друге ствари које ће слично деловати на Вас - шетање, џогирање, неки нови хоби.

Највећи збир поена Б+З+М

Желим нешто да држим у рукама- постоји много ствари које можете држати у рукама уместо цигарете - новчић, бројаница, гумена цигарета. Можете да плетете, цртате.

Највећи збир поена Г+Ј+Њ

Пушење је начин да се изборим са стресом - Постоји много других начина да се изборите са стресом. Пробајте са опуштајућом музиком, вежбама опуштања. Распитајте се код других људи како се они боре са стресом.

Највећи збир поена Д+К+О

Навучен/на сам на никотин - Постоје особе код којих је изражена и психичка и физичка зависност од никотина. Жваке или фластери са никотином би били од велике помоћи код овакве врсте пушача.

Највећи збир поена Ђ+Л+П

Пушење је део моје свакодневице - ако је пушење постало навика, онда сте свесни сваке цигарете коју запалите и попушите на дневном нивоу. Пробајте да водите дневник за сваку испушену цигарету током дана и носите тај папир са собом, по могућству у самој паклици цигарета.

Највећи збир поена Е+Љ+Р

Ја сам социјални пушач - Ви пушите само када сте у друштву пушача и када Вам они нуде цигарету. Подсећајте људе око себе да Ви нисте пушач и пробајте да промените своје друштвене навике и избегавате места на којима се пуши.