



„Consolidarea rețelei naționale de furnizori de îngrijiri primare de sănătate pentru îmbunătățirea stării de sănătate a populației, copii și adulți (inclusiv populație vulnerabilă)”

GHID DE PREVENȚIE PENTRU MEDICUL DE FAMILIE



INTERVENȚII PREVENTIVE INTEGRATE ADRESATE STILULUI DE VIAȚĂ FUMATUL. CONSUMUL DE ALCŢOOL

Pentru mai multe detalii: <https://www.eeagrants.ro>, <https://proiect-pdp1.insp.gov.ro/>

Lucrăm împreună pentru o Europă sănătoasă!

Programul „Provocări în sănătatea publică la nivel european” finanțat prin Mecanismul Financiar al Spațiului Economic European (SEE) 2014-2021

Operator de Program - Ministerul Sănătății, Promotorul Proiectului - Institutul Național de Sănătate Publică

Programul „Provocări în Sănătatea Publică la nivel European”

Proiectul PDP 1 „Consolidarea rețelei naționale de furnizori de îngrijiri primare de sănătate pentru îmbunătățirea stării de sănătate a populației, copii și adulți (inclusiv populație vulnerabilă)”

Ghid de prevenție pentru medicul de familie

Intervenții preventive integrate
adresate stilului de viață -
Fumatul. Consumul de alcool

Proiectul

Ghidul a fost realizat în cadrul proiectului:

„Consolidarea rețelei naționale de furnizori de îngrijiri primare de sănătate pentru îmbunătățirea stării de sănătate a populației, copii și adulți (inclusiv populație vulnerabilă)”

–

Programul „Provocări în sănătatea publică la nivel european”

Promotor

Institutul Național de Sănătate Publică

Dr. Leonte Anastasievici 1-3, 050463, București

www.insp.gov.ro

Parteneri

Institutul Național pentru Sănătatea Mamei și Copilului „Alessandrescu-Rusescu”

Bulevardul Lacul Tei 120, 20382, București

<https://www.insmc.ro/>

Disclaimer

Material bazat pe revizuirea și actualizarea

Ghidului “Intervențiile preventive adresate stilului de viață: Fumatul”

Ghidului “Intervențiile preventive adresate stilului de viață: Consumul de alcool”

parte din COLECȚIA: GHIDURI DE PREVENȚIE volumele 1-4, elaborate în anul 2016 de către CNSMF, INSP și ALIAT, în cadrul Proiectului RO19.04 „Intervenții la mai multe niveluri pentru prevenția bolilor netransmisibile (BNT) asociate stilului de viață în România”, finanțat de Mecanismul Financiar Norvegian 2009-2014.

Disclaimer

Profesioniștii din domeniul sănătății primare sunt încurajați să ia în considerare recomandările acestui ghid atunci când iau decizii clinice în domeniul prevenției. Prezentele recomandări nu înlocuiesc judecata clinică și responsabilitatea profesioniștilor din domeniul sanitar de a lua decizii adecvate circumstanțelor fiecărui pacient, în consultare cu pacientul și/sau tutorele sau îngrijitorul lor.

Autori

Ghid Intervenții preventive integrate adresate stilului de viață

- Fumatul

Dr. Cătălina Panaitescu

Dr. Magdalena Ciobanu

Dr. Cristina Cornelia Isar

Autori

Ghid Intervenții preventive integrate adresate stilului de viață

- Consumul de alcool

Dr. Cristina Cornelia Isar

Dr. Eugen Hriscu

Dr. Cătălina Panaitescu

Dr. Gabriella Bondoc

Au colaborat:

Șef Lucrări Dr. Mihaela Daniela BALTĂ

Dr. Mihaela BUCURENCI

Dr. Marius MĂRGINEAN

Conf. Univ. Dr. Andrea Elena NECULAU

PHD Mihai Alexandru VĂCARU

Tehnoredactare: Raflo Florin Radu

Print: Tipografia București

ISBN 978-606-610292-6

Material realizat în cadrul proiectului PDP 1, „Consolidarea rețelei naționale de furnizori de îngrijiri primare de sănătate pentru îmbunătățirea stării de sănătate a populației, copii și adulți (inclusiv populație vulnerabilă)” finanțat prin Mecanismul Financiar SEE 2014-2021, în cadrul Programului „Provocări în Sănătatea Publică la nivel European”.

Ianuarie 2023, București

Conținutul acestui material nu reprezintă în mod necesar poziția oficială a Granturilor SEE 2014-2021. Întreaga răspundere asupra corectitudinii și coerenței informațiilor prezentate revine inițiatorilor.

Pentru informații oficiale privind granturile SEE accesați

<https://www.eeagrants.ro/> și <http://www.ro-sanatate.ms.ro/index.php/ro/>

INTERVENȚIILE PREVENTIVE INTEGRATE ADRESATE STILULUI DE VIAȚĂ - FUMATUL

CUPRINS

1. Prescurtări și acronime	02
2. Introducere	03
3. Glosar	03
4. Consecințele fumatului și expunerii la fumul de țigară asupra sănătății. Beneficii ale opririi fumatului	04
5. Sumarul recomandărilor privind identificarea consumului și evaluarea nivelului de dependență de tutun	12
6. Strategia abordării consumului de tutun	13
6.1. Fumatul activ: recomandări și intervenții specifice	14
6.2. Fumatul pasiv: recomandări și intervenții specifice	20
6.3. Modele de intervenții adaptate pentru asistența medicală primară	21
6.3.1. Modelul IPCRG	21
6.3.2. Modelul OMS	22
6.4. Tratamentul farmacologic al dependenței de nicotină	24
6.4.1. Medicamente (terapia) de substituție nicotinică (TSN)	24
6.4.2. Medicamente fără nicotină	27
6.5. Populații speciale	31
6.5.1. Femeile gravide	31
6.5.2. Adolescenții	36
6.5.3. Adulții vârstnici	38
6.5.4. Persoanele cu boli cronice având ca factor de risc fumatul	38
7. Bibliografie	41
8. Anexe	48
7.1. Anexa nr. 1: Criterii de diagnostic pentru tulburarea legată de consumul de tutun	48
7.2. Anexa nr. 2: Categoriile de factori favorizanți ai reluării consumului de tutun	49
7.3. Anexa nr. 3: Simptome specifice sevrajului de tutun (tabagic) conform DSM-5	49
7.4. Anexa nr. 4: Testul Fagerström pentru evaluarea dependenței de nicotină	50
7.5. Anexa nr. 5: Beneficiile renunțării la fumat	51

1. PRESCURTARI ȘI ACRONIME

AVC	- Accident vascular cerebral
BCI	- Boală coronariană ischemică
BCV	- Boală cardiovasculară
BPOC	- Boală pulmonară obstructivă cronică
BVP	- Boală vasculară periferică
CP	- Comprimat
DALYs	- Disability-adjusted life years (suma anilor de viață pierduți prin deces prematur și a anilor trăiți cu incapacitate dată de prezența bolii sau a invalidității)
DSM 5	- Manualul de diagnostic și statistică a tulburărilor mintale, ediția a 5-a
DZ	- Diabet zaharat
EAPC	- European Association of Preventive Cardiology
ESC	- European Society of Cardiology
FA	- Fibrilație atrială
GINA	- Global Initiative for Asthma
GOLD	- Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease
HTA	- Hipertensiune arterială
IC	- Insuficiență cardiacă
ICD-10	- International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, ediția a 10-a, revizuită
IMA	- Infarct miocardic acut
IMC	- Indice de masă corporală
IPCRG	- International Primary Care Respiratory Group
NICE	- The National Institute for Health and Care Excellence
OMS	- Organizația Mondială a Sănătății
RCP	- Rezumatul caracteristicilor produsului
RR	- Riscul relativ
TSN	- Terapia de substituție nicotinică
UE	- Uniunea Europeană
YLL	- Years of life lost (indicator de evaluare a mortalității premature dintr-o anumită cauză, care ia în considerare frecvența deceselor și vârsta la care acestea se produc)

2. INTRODUCERE

2.1. CONTEXTUL ȘI IMPORTANȚA PROBLEMEI

Consumul de tutun este asociat cu numeroase boli cronice netransmisibile, fiind considerat principalul factor de risc care poate fi prevenit.¹ Epidemia tabagică este una din cele mai mari amenințări pentru sănătatea publică, estimându-se că anual, în toată lumea, mor din cauza consumului de tutun (activ sau pasiv) mai mult de 8 milioane de oameni, dintre care circa 1,2 milioane sunt nefumători expuși fumului de tutun.² La nivelul UE, datele indică o rată anuală de aproximativ 700000 de decese asociate consumului de tutun (activ și pasiv), estimându-se că aproape 50% dintre fumători mor prematur (în medie cu 14 ani).³

În România, consumul de tutun se menține încă relativ ridicat:⁴ în 2018, aproape unul din trei adulți cu vârsta de minimum 15 ani (30,2%) au fumat în mod curent (zilnic sau mai puțin frecvent decât zilnic) tutun sub toate formele (țigărete fabricate industriale ori rulate manual, trabuc, narghilea, cigarillos sau produse din tutun încălzit). Totodată, există o diferență de gen semnificativă statistic în ceea ce privește fumatul: 39,2% dintre bărbați și 21,5% dintre femei fumează în mod curent. O treime din fumătorii români (33,5%) au fost adulți tineri, din grupa de vârstă 15-24 de ani.

Consumul de tutun de către copii și adolescenți reprezintă, de asemenea, o problemă: o treime dintre tinerii cu vârsta de 15 ani au declarat în 2018 că au fumat cel puțin o dată în viața lor (băieți și fete în proporții aproximativ egale: 32,5% respectiv 33,2%), iar aproape un sfert fumaseră în cursul lunii precedente (22,9% dintre băieți și 22% dintre fete).⁵

Țigările electronice și produsele cu tutun încălzit au devenit cunoscute și preferate de o parte dintre fumători, în special în rândul tinerilor, ca alternativă sau în asociere cu țigările clasice. În 2020,⁶ dintre adulții cu vârsta peste 15 ani, 7% afirmă că au încercat măcar o dată țigări electronice iar 5% - produse din tutun încălzit, tinerii cu vârsta între 15 – 24 ani fiind cei mai frecvenți consumatori – 15%, respectiv 13%.

2.2. OBIECTIVELE GHIDULUI

Scopul ghidului este să ofere sprijin specialiștilor din domeniul sănătății pentru formularea de recomandări bazate pe dovezi, adaptate persoanelor de diverse vârste care fumează, în vederea opririi consumului produselor din tutun. Ghidul se aliniază obiectivelor prevăzute în cele mai importante planuri și strategii agreeate la nivel național și internațional în scopul reducerii poverii reprezentate de consumul de tutun:

Convenția Cadru pentru Controlul Tutunului (Framework Convention on Tobacco Control, 2005),⁷ strategia MPOWER (OMS, 2008),⁸ Strategia Globală pentru Accelerarea obținerii Controlului asupra Consumului de Tutun (OMS FCTC 2019 - 2025),⁹ 2035 Prima Generație Fără Tutun a României.¹⁰

Elaborarea structurii și conținutului s-a făcut prin adaptarea și actualizarea ediției din 2016 a Ghidului de prevenție elaborat în cadrul Proiectului RO.19.04 „Intervenții la mai multe niveluri pentru prevenția bolilor netransmisibile (BNT) asociate stilului de viață în România”,¹¹ cu prevederile noilor recomandări cuprinse în: Ghidul ESC pentru prevenirea bolilor cardiovasculare în practică clinică (2021), alcătuit prin colaborarea mai multor organizații profesionale și contribuția specială a EAPC;¹² Ghidul NICE pentru prevenirea consumului de tutun, promovarea opririi acestuia și tratamentul dependenței de tutun (2021);¹³ Rapoartele GINA (2021)¹⁴ și GOLD (2022).¹⁵ Au fost introduse, de asemenea, informații din documentele de poziție recente ale OMS.

2.3. CUI SE ADRESEAZĂ GHIDUL?

Ghidul oferă cunoștințe bazate pe dovezi și recomandări clare pentru practica specialiștilor din domeniul asistenței medicale primare, în vederea facilitării intervențiilor pentru renunțarea la fumat. Modul în care datele vor fi utilizate va depinde de cunoștințele, deprinderile și rolul fiecăruia, precum și de locul în care este furnizată îngrijirea.

3. GLOSAR DE TERMENI

Adicția - boală cronică a sistemului nervos central, caracterizată prin utilizarea și căutarea compulsivă a unei substanțe, în ciuda consecințelor negative (ICD-10). Este un termen folosit cu precădere în literatura americană, care recunoaște însă criteriile DSM-5 de definire a tulburărilor de consum de substanțe.

Dependența fizică - toleranța la utilizare și sevraj la oprirea administrării unei substanțe (ICD-10). Ea poate să apară atunci când o substanță, legală sau ilegală, (ori chiar un medicament) este folosită regulat, zilnic sau aproape zilnic, ca urmare a adaptării fiziologice a organismului. Tulburările de consum de substanțe pot include dependența fizică de o substanță, dar nu sunt sinonime cu aceasta, deoarece presupun criterii specifice (v. Anexa nr. 1).

Recidiva - reluarea fumatului curent de către o persoană care a renunțat. Recidiva se referă tipic la o perioadă de câteva zile sau mai mult de fumat continuu, survenită după o perioadă de abținere. Eșecurile sau recidivele reprezintă cel puțin 3 zile de fumat zilnic, după o perioadă de cel puțin 24 de ore de absență totală a fumatului. (v. Anexa nr. 2 pentru factorii favorizanți ai reluării consumului de tutun).

Sevrajul de tutun (tabagic) se referă la un model inadecvat (neadaptat) de consum de tutun în care apar cel puțin 4 simptome în primele 24 ore de la oprirea/reducerea consumului de tutun. Simptomele sevrajului de tutun apar de obicei după o oră de la ultima administrare de tutun și sunt mai intense în prima săptămână de abținere totală, după care scad în prima lună, dar pot dura luni sau chiar ani. (v. Anexa nr. 3).

Tulburarea legată de consumul de tutun - boală ce afectează persoanele care au dependență de nicotină ca urmare a consumului de produse ce conțin tutun (DSM-5). În plus, consumul de tutun este considerat o boală deoarece are agent etiologic (nicotina), mecanism patogen (mecanismul de inducere a dependenței), consecințe (fizice și psihice) și tratament (nonfarmacologic și medicamentos). Totodată, consumul de tutun reprezintă și o cauză majoră de îmbolnăvire și deces prematur.

Țigări electronice (ENDS - "electronic nicotine delivery systems") – dispozitive electronice care încălzesc un lichid care conține nicotină (și nu tutun!) pentru a produce aerosoli care sunt inhalați de utilizator. Lichidul poate să nu conțină nicotină, ci doar aditivi, arome și alte substanțe chimice toxice pentru sănătatea umană.¹⁶

Vapare - acțiunea de a utiliza țigări electronice sau alte dispozitive electronice asemănătoare care permit inhalarea de nicotină sau alte droguri sub formă de "vapori" și nu fum.¹⁷ Este un termen utilizat în literatura non-medicală pentru a crea impresia că acțiunea de a folosi țigări electronice este diferită de fumat și, deci, ar fi mai puțin periculoasă.

4. CONSECINȚELE FUMATULUI ȘI EXPUNERII LA FUMUL DE ȚIGARĂ ASUPRA SĂNĂTĂȚII. BENEFICII ALE OPRIRII FUMATULUI

Fumatul (indiferent că este vorba despre țigările cu combustie sau alte produse care conțin tutun), ca și celelalte forme de consum al tutunului, precum și expunerea la fumul acestora (fumatul pasiv) influențează semnificativ morbiditatea și mortalitatea (Tabelele nr. 1 și nr. 2).¹⁸

Tabelul nr. 1: Boli care au o relație cauzală cu fumatul activ

Cancer	Boli cronice netransmisibile
Tract respirator superior (orofaringe, laringe)	Cardiovasculare
	<ul style="list-style-type: none"> • boli ischemice coronariene • anevrism aortic • boli vasculare periferice aterosclerotice
Tract respirator inferior (trahee, bronhii, plămân)	accident vascular cerebral
	Pulmonare
	<ul style="list-style-type: none"> • BPOC • astm • pneumonie • tuberculoză • simptome respiratorii
Tract digestiv (esofag, stomac, ficat, pancreas, colo-rectal)	Diabet zaharat
Tract urinar (rinichi, ureter, vezică urinară)	Cataractă, orbire, degenerescență maculară legată de vârstă
	Periodontită
	Fractură de șold
	Poliartrită reumatoidă

Cancer	Boli cronice netransmisibile
Col uterin	Afectarea funcției sexuale / de reproducere: la femei (scăderea fertilității, sarcini ectopice) și la bărbați (disfuncție erectilă)
Leucemie mieloidă acută	Afectarea imunității Afectarea generală a sănătății

Tabelul nr. 2: Boli care au o relație cauzală cu expunerea la fumul de tutun (fumat pasiv)

Boli provocate de fumatul pasiv	
La copil	La adult
Moartea subită a nou-născutului	Boală ischemică coronariană
Otite medii	Accident vascular cerebral
Afectare pulmonară: simptome respiratorii, funcție ventilatorie scăzută, boli ale tractului respirator inferior	Cancer pulmonar
	La femeia gravidă: greutate mică la naștere a fătului
	Iritația mucoasei nazale

4.1 FUMATUL ȘI BOLILE CARDIOVASCULARE (BCV)



Recomandare

Fumatul oricărui produs din tutun trebuie oprit, deoarece consumul de tutun are o relație cauzală puternică și independentă cu boala cardiovasculară aterosclerotică. 1A¹²

Actualul Ghid al Societății Europene de Cardiologie pentru prevenția bolilor cardiovasculare¹² alocă o atenție semnificativă atât relației cauzale dintre fumat și BCV, cât și consecințelor pozitive ale opririi fumatului:

- jumătate dintre decesele care survin în rândul fumătorilor și care pot fi evitate se datorează BCV aterosclerotice.
- riscul de BCV la fumătorii < 50 de ani este de cinci ori mai mare ca la nefumători și există o relație doză - efect.
- expunerea pasivă la fumul de țigară, precum și consumul de produse din tutun încălzit se asociază cu risc cardiovascular crescut.
- oprirea fumatului are potențialul de a fi cea mai eficientă măsură preventivă, cu reducerea substanțială a riscului de infarct miocardic și deces.
- câștigul în ani de viață fără BCV aterosclerotică este semnificativ la toate grupele de vârstă: 3-5 ani în segmentul 45 - 65 de ani la bărbați și 45 - 75 de ani la femei. Beneficiul este prezent chiar și la cei care fumează ≥ 20 de țigări/zi, deși mai modest.

Fumul este un aerosol compus dintr-o fază solidă („particulate matter”) și una gazoasă (agenți volatili și semi-volatili în stare de vapori). Faza solidă conține particule cu dimensiuni mai mari de 0,1 μ m, inclusiv nicotina și radicali liberi persistenți până la câteva luni. Faza gazoasă include monoxidul de carbon dar și radicali liberi care au persistență de ordinul secundelor. Tarul (sau gudronul) reprezintă ceea ce rămâne din faza solidă dacă se îndepărtează nicotina și apa.

Efectul toxic asupra aparatului cardiovascular este exercitat de substanțe ce se află în ambele faze ale fumului, rezultate din arderea sau încălzirea tutunului: nicotina, monoxidul de carbon, tarul. Aspectele cheie ale patogenezei bolilor cardiace induse de fumat sunt:¹⁹ disfuncția endotelială, efectul protrombotic, activarea mai multor mecanisme care produc un răspuns inflamator cronic, metabolismul alterat al lipidelor și dezechilibrul dintre cererea crescută de oxigen la nivelul miocardului (ca urmare a activării sistemului nervos simpatic de către nicotină) și scăderea aportului de sânge și oxigen. Nicotina are efecte cardiovasculare atât la expunerea acută, cât și cronică. Monoxidul de carbon reduce disponibilitatea tisulară a oxigenului, fiind implicat și în leziunile endotelului vascular. De aceea, toate produsele care conțin tutun au potențialul de a provoca BCV aterosclerotică și în special cele care sunt fumate (trabuc, cigarillos, pipă, narghilea, țigaretă).¹⁹

4.1.1. Boala coronariană

În România, în 2019, se estima că 18,7% dintre decesele prin boli coronariene se datorează consumului de tutun.²⁰ Într-un studiu populațional prospectiv realizat pe o perioadă de maxim 16,9 ani,²¹ s-a constatat că prezența fumatului activ crește de 3 ori riscul de infarct miocardic acut și de 1,64 ori riscul anginei instabile. Persoanele cu boală coronariană ischemică expuse la fum de tutun au tensiunea arterială, alura ventriculară și carboxihemoglobina crescute, iar toleranța la efort este scăzută cu până la 40%.²² Expunerea pasivă la fumul de tutun crește riscul de boli coronariene acute cu 20-30%.²³

Cu cât persoana este mai tânără și cu cât fumează mai mult, cu atât riscul de IMA este mai mare.²⁴ Din acest motiv, renunțarea timpurie la fumat aduce beneficii mai mari în termeni de scădere a riscului de boală și a mortalității la un an de la evenimentul acut.

Deși în perioada fertilă femeile au un risc mai mic de boli cardiovasculare decât bărbații, fumatul anulează beneficiile aduse de hormonii sexuali, astfel încât riscul de IMA la femeile fumătoare este mai mare decât la bărbații fumători,²⁵ iar femeile fac primul IMA la o vârstă mai tânără decât bărbații.²⁶

Fumatul este în sine un factor de risc major pentru BCI, dar interacționează cu ceilalți factori de risc, astfel încât riscul total este mai mare decât cel al fiecărui factor, calculat separat.²⁷

Beneficiile STOP FUMAT²⁸

Riscul de IMA scade rapid după renunțarea la fumat - după un an s-a redus cu aproximativ 50% - și continuă să scadă pe măsură ce trece timpul. Totuși, pentru că modificările induse de substanțele din fumul produsului din tutun sunt semnificative, abia după 15 de ani de la oprirea fumatului riscul este mai mare decât la cei care nu au fumat niciodată.

4.1.2. Fibrilația atrială

Riscul de FA este de 2,05 ori mai mare la fumători comparativ cu cei care nu au fumat niciodată.²⁹

4.1.3. Insuficiența cardiacă³⁰

Deși fumatul este cunoscut ca factor de risc minor pentru dezvoltarea insuficienței cardiace, totuși existența lui nu trebuie neglijată, deoarece poate agrava afecțiunea care a provocat IC. În plus, este un factor ce poate fi îndepărtat.

Beneficiile STOP FUMAT

Renunțarea la fumat determină o scădere cu 30% a mortalității prin IC, scădere ce apare încă din primii 2 ani de la oprirea fumatului.³¹

4.1.4. Bolile vasculare periferice

Evoluția BVP este influențată de continuarea fumatului, acesta fiind factorul predictiv cel mai important. Se estimează că la fumători simptomele apar cu aproximativ 10 ani mai devreme, iar rata amputațiilor este dublă față de nefumători.³² Riscul de deces în rândul celor cu claudicație intermitentă este și el mai mare.

Relația cauzală fumat – boală Buerger este cunoscută și documentată. Continuarea fumatului ar putea duce la una sau mai multe amputații la maxim 50% din pacienți dar, dacă pacientul renunță la tutun, atunci boala este reversibilă. Astfel, 94 - 100% din cei care renunță la fumat ar putea evita amputarea.³³

Disfuncția erectilă este de 2 ori mai frecventă la fumători, existând numeroase studii care atestă relația cauză-efect. În afara aterosclerozei și disfuncției endoteliale, printre mecanismele accentuate de fumat se numără și: diminuarea sintezei și degradării NO (ceea ce afectează dilatarea arterelor și arteriolelor peniene), coagulabilitatea crescută, cantitatea scăzută de antioxidanți serici, alterarea secreției de hormoni sexuali.

Beneficiile STOP FUMAT

Dacă pacientul continuă să fumeze, boala se agravează; dacă oprește fumatul, atât riscul de instalare a bolii cât și durerea scad.

Foștii fumători și-au diminuat riscul de apariție a BVP asimptomatice (OR= 1,6; 95%CI: [1,1-2,4] comparativ cu nefumătorii), dar și a claudicației intermitente.³⁴

4.1.5. Bolile cerebrovasculare

Consumul de țigarete este recunoscut ca factor de risc semnificativ pentru AVC de tip ischemic ori hemoragic, dar și pentru hemoragia subarahnoidiană. Totodată, potențează efectele altor factori de risc pentru AVC, cum ar fi utilizarea de către femei a anticoncepționalelor orale.

Impactul compușilor toxici din fumul de tutun este și acut (prin favorizarea formării trombilor) și cronic (prin creșterea riscului de ateroscleroză).³⁵ Persoanele cele mai afectate par a fi femeile tinere și de vârstă mijlocie (30-55 ani), care fumează zilnic mai mult de 25 țigări.³⁶

O relație doză - efect s-a pus în evidență și pentru tipul de leziune cerebrală acută provocată de fumat în rândul femeilor, independent de vârstă, alcool, activitate fizică, IMC, HTA, DZ. Astfel, cu cât numărul de țigări fumate zilnic este mai mare, cu atât crește și riscul hemoragic, prin comparație cu nefumătoarele, cel mai evident efect fiind pentru hemoragia subarahnoidiană: risc de 4 ori mai mare al femeilor care fumează zilnic mai mult de 15 țigări, în timp ce consumul mai mic de 15 țigări se asociază cu un risc de 1,74 ori mai mare.³⁷

Mortalitatea prin AVC este mai mare la fumători comparativ cu nefumătorii, indiferent de sex, dar se pare că la bărbați există o relație doză - efect.³⁸

Fumatul pasiv crește riscul de AVC cu 20-30% față de persoana care nu este expusă fumului de tutun.¹⁹

Beneficiile STOP FUMAT

Renunțarea la fumat se asociază cu scăderea riscului de apariție a AVC, dar și a mortalității prin această boală, astfel că la 5 ani după oprirea fumatului riscul de AVC este la fel ca al unui nefumător.²⁸

4.1.6. Aneurismul de aortă

Boală gravă prin prognosticul rezervat, aneurismul de aortă este strâns corelat cu fumatul:³⁹ este mult mai des întâlnit la fumători decât la nefumători (de 4-5 ori), bărbații sunt mai afectați decât femeile (RR: 5,6 față de femei) și există și o relație doză-efect. Astfel, prin comparație cu un nefumător, riscul de aneurism aortic abdominal la un bărbat care fumează zilnic peste 25 țigări este de 5,5, în timp ce acela care „se limitează” la un pachet are OR=3.

Riscul cardiovascular la persoanele care fumează este mare, cu atât mai mare cu cât se asociază și alți factori de risc. Renunțarea la fumat produce efecte rapide și certe, fiind una din cele mai cost-eficiente metode de tratament dar și de prevenție primară și secundară. De aceea, recomandarea de renunțare la tutun și susținerea fumătorilor în vederea tratării dependenței nicotinic reprezintă o prioritate și obligație a fiecărui medic.

4.2. FUMATUL ȘI BOLILE PULMONARE

4.2.1. Bolile pulmonare obstructive cronice

BPOC

Fumatul este principalul factor de risc al BPOC, asociindu-se cu prevalența crescută a simptomelor respiratorii, declin mai accentuat al funcției respiratorii și o rată mai mare a mortalității prin BPOC. În cazul femeilor fumătoare, se pare că riscul de a suferi de BPOC este mai mare și că există o vulnerabilitate crescută la instalarea formelor severe de BPOC.¹⁵

Beneficiile STOP FUMAT¹⁵

Încetarea fumatului în BPOC are un pronunțat impact, scăzând rata exacerbărilor severe și riscul complicațiilor cardiovasculare asociate. Abandonul fumatului este benefic în orice moment al evoluției bolii, crescând calitatea vieții pacienților în special prin creșterea capacității de efort fizic și reducând mortalitatea datorată BPOC, chiar dacă valorile înregistrate la spirometrie nu se modifică semnificativ în timp. Totodată, crește eficiența tratamentului inhalator cu corticosteroizi.

Astm

Inhalarea fumului de tutun (fumat activ sau pasiv) este recunoscută ca factor ce favorizează dezvoltarea astmului atât în copilărie (fumatul mamei în timpul sarcinii și/ sau în prima copilărie) cât și la adult, dar și creșterea riscului de exacerbări severe care necesită îngrijire de urgență. Aproximativ unul din nouă decese

cauzate de astm bronșic poate fi atribuit fumatului.⁴⁰

Mai mult, copiii ale căror mame sau bunici au fumat în timpul sarcinii au risc crescut de a dezvolta astm la maturitate.⁴¹

Beneficiile STOP FUMAT

Oprirea fumatului de către pacienții cu astm scade frecvența și severitatea crizelor de astm și crește eficiența tratamentului inhalator, permițând uneori reducerea dozei.¹⁴

4.2.2. Infecțiile respiratorii

Infecții respiratorii acute¹¹

Fumatul crește susceptibilitatea la **infecții respiratorii**: pneumonii, bronșite cronice nespecifice. Riscul este de 2 ori mai mare pentru indivizii care au fumat vreodată și de 3,15 ori mai mare pentru marii fumători.

Beneficiile STOP FUMAT

Stoparea fumatului duce la scăderea semnificativă a riscului de infecție: scăderea cu 50% a ratei de risc după 5 ani.

Tuberculoza⁴¹

Fumatul crește substanțial riscul de tuberculoză: mai mult de 20% din incidența globală a TB poate fi atribuită consumului de tutun. Riscul de transformare a TB din forma latentă în cea activă este dublu la fumătorii activi, dar este crescut și în cazul expunerii pasive la fum. Afectând imunitatea organismului, fumatul scade capacitatea de apărare împotriva bacilului Koch, favorizând astfel reactivarea leziunilor latente, formele de tuberculoză activă extinsă precum și recidivele.

Pacienții cu tuberculoză au mai multe șanse de a obține rezultate mai bune ale tratamentului prin renunțarea la tutun.

Asocierea fumatului cu tuberculoza crește riscul apariției cancerului bronhopulmonar.

4.2.3. Cancerul căilor respiratorii

Cancerul laringian

Fumatul este incriminat drept cauză în 70-80% dintre cazurile de cancer laringian, la fumat adăugându-se frecvent și consumul de alcool, situație în care riscul este cumulativ.⁴² Fumătorii au un risc de 7 ori mai mare de a suferi de cancer laringian,⁴³ dar femeile care fumează mai mult de 25 țigări/zi au un risc considerabil mai mare (OR = 435.7, 95% CI: 38.2-4964.4) decât nefumătoarele de a suferi de acest tip de cancer.⁴⁴ Totuși, bărbații sunt mai afectați în proporție mai mare decât femeile (de peste 5 ori mai mulți bărbați⁴⁵), în parte și din cauza consumului concomitent de alcool.

Cancerul laringian se poate localiza în orice segment al acestui organ dar, în majoritatea cazurilor, debutul leziunilor este la nivelul glotei.

Beneficiile STOP FUMAT

Riscul de cancer laringian rămâne crescut în primii cincisprezece ani de la renunțarea la fumat (RR 3,62, 95% CI 1,88-7,00), scăzând după 16 ani (RR 1,88, 95% CI 1,16-3,05).⁴⁴

Cancerul bronhopulmonar

Fumatul constituie un factor cauzal major al cancerului bronhopulmonar, fumătorii având un risc de până la 22 de ori mai mare să dezvolte cancer pulmonar în timpul vieții, în comparație cu nefumătorii.⁴¹

Riscul este proporțional cu:⁴⁶

- numărul de țigarete fumate zilnic;
- vârsta la care a început fumatul;
- tipul de țigări: risc dublu în cazul țigărilor fără filtru și crescut în cazul celor mentolate, mai ales în rândul femeilor;
- existența factorului ereditar: părinții sau alte rude apropiate care au fost diagnosticate cu cancer pulmonar.

Nefumătorii expuși la fumatul pasiv la domiciliu sau la locul de muncă au un risc cu 30% mai mare de a dezvolta cancer pulmonar.⁴¹

Beneficiile STOP FUMAT

Renunțarea la fumat scade riscul de cancer pulmonar foarte lent, tocmai din cauza toxicității și persistenței în plămân a substanțelor cancerigene: abia după 10 ani, riscul începe să se înjumătățească!²⁸

Chiar dacă a fost diagnosticat un cancer pulmonar, renunțarea la fumat tot ajută: crește eficiența unor citostatice, vindecarea după operație este mai rapidă și mai bună, scade riscul unui al doilea cancer sau al metastazelor și, în ciuda aparențelor, crește calitatea vieții pacientului.⁴⁷

4.3. FUMATUL ȘI BOLILE DIGESTIVE

4.3.1. Bolile gastrointestinale

Fumatul favorizează apariția ulcerului gastroduodenal, crește susceptibilitatea pentru infecția cu *Helicobacter pylori* și rezistența la tratamentul medicamentos.⁴⁸

Prevalența ulcerului este de 1,8 ori mai mare la femeile fumătoare decât la nefumătoare. Fumatul a peste 15 țigarete/zi multiplică de 2 ori riscul de apariție a unui ulcer gastroduodenal.⁴⁹

După renunțarea la fumat, evoluția ulcerului se ameliorează.

Intestinul fiind un organ cu vascularizație și inervație bogată, nicotina produce spasme vasculare și contracții ale musculaturii, ceea ce determină creșterea tranzitului intestinal (de aici și tabietul matinal cafea - țigări - toaletă sau „țigara de după masă” al unor fumători). O consecință negativă o reprezintă scăderea absorbției alimentelor cu alterarea stării de nutriție a fumătorului.

Fumatul influențează și evoluția hepatitei cronice cu virus hepatitic C, provocând agravarea fibrozei și diminuarea eficienței tratamentului cu interferon.⁵⁰

4.3.2. Cancerele digestive

Cancerele tractului digestiv superior

Fumătorii sunt mult mai predispuși a dezvolta cancer ale gurii, gâtului și esofagului decât nefumătorii. Riscul de cancer esofagian este de 2,8 ori mai mare la fumători față de nefumători, existând o relație doză-efect,⁵¹ și scade lent după renunțarea la fumat: chiar și după 10 ani, riscul ca foștii fumători să dezvolte acest cancer este de două ori mai mare față de nefumători.⁵²

Riscul unui fumător de a suferi de un cancer oro-faringian este de 6,85 ori mai mare decât al unui nefumător, și continuă să rămână crescut chiar și după renunțarea la tutun (OR=5.71 (2.05–15.87)).⁵³

Cancerele tractului digestiv inferior

Studiile⁵⁴ sugerează că bărbații care fumează au un risc crescut cu 39% de cancer de colon stâng, iar femeile care fumează au un risc crescut cu 20% de cancer de colon drept, prin comparație cu nefumătorii. Femeile care fumează pot avea un risc mai mare de cancer rectal din cauza fumatului decât omologii lor de sex masculin (HR: 1,58 versus 1,40). Există o relație doză-efect.

Adenoamele colorectale sunt în strânsă legătură cu fumatul, acesta acționând ca un agent inductor.

Alte cancere

Fumatul crește riscul de cancer pancreatic, independent de consumul de alcool, obezitate, existența unei afecțiuni a colecistului. Femeile pot avea și ele probleme: la un consum mediu de 1 pachet/ zi, riscul este de 1,7 ori mai mare decât la nefumătoare.⁵⁵

4.4 FUMATUL ȘI BOLILE GENITO-URINARE

Sănătatea femeilor este influențată negativ de fumat din cauza modificărilor metabolismului hormonilor sexuali (scăderea activității estrogenului, creșterea activității testosteronului). În plus, fumatul și contraceptivele orale combinate acționează sinergic în special asupra sistemului cardiovascular, determinând creșterea riscului femeilor fumătoare care iau pastile anticoncepționale de a suferi un AVC (de 7,2 ori) sau un accident trombotic (de ex. riscul de infarct miocardic crește și de 20 de ori).⁵⁷

4.4.1. Tulburări ale ciclului menstrual și menopauza precoce⁵⁶

Anomalii ale ciclului menstrual: dismenoree, ritm neregulat, amenoree secundară.

Fumătoarele au risc cu aproape 50% mai mare de a avea dureri menstruale, dar și perioada dureroasă a menstruației este mai mare (cu aproximativ jumătate de zi). Cu cât fumează mai mult, cu atât riscul de dureri menstruale este mai mare, comparativ cu nefumătoarele: cele care fumează zilnic mai mult de 10 țigări, au risc aproape dublu (de 1,9 ori mai mare), iar cele care au fumat cel puțin 9 ani au risc de 3,4 ori mai mare.

Instalare precoce a menopauzei: în medie, cu 2 ani mai devreme decât nefumătoarele.

Fumătoarele au un risc de 2,1 ori mai mare decât nefumătoarele de a intra la menopauză mai devreme. Cu cât fumează mai mult, cu atât riscul este mai mare: la mai mult de 1 pachet de țigări fumate zilnic, riscul de instalare precoce a menopauzei este de 2,7 ori mai mare.

4.4.2. Afectarea fertilității⁵⁷

Fertilitatea este afectată foarte mult de fumat, atât la femei cât și la bărbați.

La femei, pe lângă riscul crescut de avorturi spontane, intoxicația tabagică cronică scade fertilitatea prin diminuarea apetitului sexual și prin modificarea mediului vaginal, aceasta din urmă cu consecință asupra viabilității spermatozozilor în vagin.

Fumatul scade rata de succes a diverselor proceduri pentru fertilizare: femeile care continuă să fumeze își diminuează șansele de a rămâne însărcinate.

4.4.3. Cancerele tractului uro-genital

Fumatul crește riscul de **cancer de col uterin** de 2,65 ori, dar și de leziuni *in situ* (1.67).⁵⁷

La femeile cu infecție cu Human Papillomavirus (HPV), fumătoarele au un risc dublu de cancer de col uterin comparativ cu nefumătoarele iar acest risc este dependent de numărul de țigări fumate.⁵⁸

- mai puțin de 10 țigări/ zi: risc de 2,3 ori mai mare;
- peste 20 țigări/ zi: risc de 2,6 mai mare.

Beneficiile STOP FUMAT

Oprirea fumatului reduce riscul cancerului invaziv de col uterin: după 5 ani, riscul se înjumătățește.⁵⁹ Femeile cu leziuni precanceroase care au oprit fumatul și-au redus dimensiunile leziunilor, deci și riscul de malignizare.⁵⁷ În schimb, femeile care au continuat să fumeze și-au redus rata de succes al tratamentului de 2,5 ori comparativ cu nefumătoarele.⁵⁷

Cancerul ovarian este și el mai frecvent la fumătoare: riscul de carcinom mucinos este de 2,9 ori mai mare comparativ cu nefumătoarele de aceeași vârstă, cu același număr de sarcini și cu consum comparabil de anticoncepționale.⁵⁹

Femeile care fumează zilnic peste un pachet de țigări au un risc considerabil crescut (de 1,58 ori) de a suferi un cancer renal.⁶⁰

4.5. FUMATUL ȘI OSTEOPOROZA⁶¹

Înainte de menopauză, densitatea osoasă este similară la femeile fumătoare și nefumătoare. Pierderea osoasă post-menopauză este, însă, diferită la fumătoare: cu aproximativ 2% mai mare la fiecare 10 ani, astfel încât la 80 de ani, diferența de pierdere osoasă între fumătoare și nefumătoare ajunge la 6%. Aceasta arată că fumatul accelerează evoluția osteoporozei.

Fumatul este un factor de risc pentru fracturile de șold apărute la femei în menopauză: riscul este cu 41% mai mare la femeile fumătoare cu vârsta de 70 ani și cu 71% mai mare la femeile peste 80 de ani.

4.6. FUMATUL ȘI SĂNĂTATEA ORALĂ

Efectele distructive ale fumului de tutun asupra țesutului gingival sunt cunoscute din a doua jumătate a secolului XIX, studiile clinice și populaționale realizate până în prezent demonstrând o relație cauzală puternică între fumat și bolile orale.⁶² O metaanaliză recentă a OMS⁶³ a confirmat clar cantitativ relația cauzală dintre consumul de tutun și boala periodontală (risc dublu de apariție a bolii) ori riscul de pierdere a dinților (crește de o dată și jumătate la fumători). Mai mult, arată că expunerea copiilor la fumul de tutun (fumatul

pasiv) crește de 1,5 ori riscul de carii dentare la nivelul dinților permanenți. Chiar dacă nu sunt suficiente studii care să cuantifice legătura dintre fumat și cariile dentare la adult, studiul OMS concluzionează că dovezile sunt totuși sugestive pentru cauzalitatea acestei legături, fiind demonstrate mecanisme prin care fumul de tutun poate contribui la apariția cariilor: facilitarea acțiunii bacteriilor cariogene de către nicotină, prezența virusului papiloma uman mai frecvent la fumători.

Previzibilitatea și succesul general al tratamentelor parodontale sunt diminuate în rândul pacienților fumători: rezultate mai proaste după debridarea nechirurgicală ori în cazul grefelor osoase.⁶³ Fumatul este un factor de risc pentru eșecul implantului dentar,⁶⁴ atât în prima etapă, de osteointegrare, cât și după montarea implantului.

4.7. FUMATUL ȘI TULBURĂRILE OCULARE

Fumatul crește de aproape 3 ori riscul apariției cataractei nucleare, identificându-se atât o asociere dependentă de doză între opacitatea nucleară și numărul pachete-an fumate cât și o regresie parțială la încetarea fumatului.⁶⁵ Fumatul crește și riscul de a necesita intervenția chirurgicală: fumătorii curenți de mai mult de 15 țigări/ zi au un risc crescut cu 42% în comparație cu cei care nu au fumat niciodată.⁶⁶ O posibilă explicație ar consta în nivelul crescut al cadmiului în sângele fumătorilor, fiind demonstrat că această substanță joacă un rol în apariția cataractei, însă și vascularizația redusă are un rol semnificativ.⁶⁷

Oftalmopatia Graves, condiție frecvent întâlnită în hipertiroidism, este influențată de fumat: risc de 4,4 ori mai mare la femeile fumătoare și ex-fumătoare de a dezvolta această afecțiune.⁶⁸

S-a demonstrat că riscul de degenerescență maculară dependentă de vârstă (AMD) este asociat cu fumatul și cu nivelul seric crescut de colesterol. Riscul este de 4 ori mai mare pentru AMD neovasculară și de 2 – 3 ori mai mare pentru AMD atrofică la fumători comparativ cu cei care nu au fumat niciodată. Boala apare, în medie, cu 5,5 ani mai devreme la fumători față de nefumători, și cu 4,4 ani mai devreme față de ex-fumători, existând și o relație doză-efect.⁶⁷

Beneficiile STOP FUMAT

Oprirea fumatului scade riscul de degenerescență maculară dependentă de vârstă (AMD) dar gradul depinde de numărul de țigări fumate și de momentul opririi. Subiecții care au fumat ≥ 20 de țigări/zi păreau să aibă în continuare un risc crescut de AMD, chiar și atunci când s-au oprit de fumat cu peste 20 de ani în urmă. Foștii fumători care au fumat < 20 de țigări/zi, indiferent de momentul în care s-au lăsat de fumat, au avut un risc similar de AMD în comparație cu cei care nu au fumat niciodată.⁶⁹

4.8. FUMATUL ȘI BOLILE NEUROPSIHICE

Prin comparație cu persoanele care nu au fumat niciodată, fumătorii au un risc crescut de a dezvolta o boală psihică: risc de 3,2 ori mai mare pentru depresie majoră, de 4,4 ori mai mare pentru agorafobie ori de 2,6 ori mai mare pentru atacul de panică.⁷⁰ Fumatul este cel mai puternic factor predictiv pentru dezvoltarea simptomelor severe de depresie la adolescenți: risc de 3,9 ori mai mare la adolescenții fumători comparativ cu colegii lor nefumători.⁷¹

Dintre toate bolile psihice, cea mai mare prevalență a fumatului este în schizofrenie, în jur de 70-80%, existând o asociere puternică între fumat și primul episod de psihoză, iar sexul masculin este mai afectat.⁷² Studiile arată că fumătorii cu schizofrenie inhalează mai profund și pentru o perioadă mai lungă de timp și consumă cantități mai mari de țigări în comparație cu martorii obișnuiți, expunându-se astfel la niveluri mai mari de elemente toxice ale tutunului. Astfel se poate explica speranța medie de viață mai redusă a persoanelor cu schizofrenie, bolile cardiovasculare reprezentând până la 50% din excesul de mortalitate în această boală⁷³. Aparentul efect benefic al fumatului asupra simptomelor pacienților cu schizofrenie⁷³ a determinat tolerarea, timp de zeci de ani, a acestui comportament. O meta-analiză din 2019, a 29 de studii a concluzionat că fumatul nu a provocat modificări semnificative ale simptomelor depresive, anxietate și negative la fumătorii cu schizofrenie. În ceea ce privește impactul cognitiv al fumatului în schizofrenie, o meta-analiză din 2020 a observat deficite semnificative de atenție, funcție executivă, memorie de lucru, învățare, raționament și procesare la fumătorii cronici în comparație cu nefumătorii.⁷⁴

Și în rândul pacienților cu boală bipolară sunt mai mulți fumători decât în populația generală (prevalența fumatului este de 3,5 ori mai mare), în parte ca urmare a inițierii mai frecvente, în parte din cauza unui procent mai mic de pacienți care opresc fumatul.⁷⁵

Fumatul intens de țigări (>=20 țigări/zi) în timpul adolescenței a fost asociat cu tulburarea de anxietate generalizată (OR= 5,53) sau tulburare de panică (OR=15,58) în timpul vârstei adulte timpurii, independent de alți factori (vârstă, sex, temperament dificil din copilărie; consum de alcool și droguri în timpul adolescenței; fumatul parental, nivelul educațional și psihopatologie).⁷⁶

Deși studiile timpurii caz-control sugerau că fumatul protejează împotriva bolii Alzheimer, studii prospective recente arată că persoanele în vârstă care fumează pot avea un risc crescut de demență ca urmare a declinului cognitiv mai accentuat: scorul MMSE al foștilor fumători a fost cu 0,03 puncte mai mare și al fumătorilor actuali cu 0,13 puncte mai mare decât al nefumătorilor, existând și o relație doză – efect.

Concluziile unor studii prospective și observaționale au sugerat o asociere pozitivă între fumat și boala Parkinson în sensul că fumatul ar reprezenta un factor „protector” pentru această maladie: foștii fumători ar avea un risc cu 20% mai mic de a dezvolta boala Parkinson iar fumătorii curenți – un risc redus la jumătate față de nefumători.⁷⁷ Nu este însă clar care sunt substanțele responsabile de efectul biologic, iar evaluarea rolului mortalității precoce (*“frailty effect”*) induse de fumat necesită studii suplimentare.

Comparativ cu cei care nu au fumat niciodată, foștii și actualii fumători dar și cei expuși la fum de tutun (fumat pasiv) au un risc crescut de ideeație suicidară, de tentativă de sinucidere și chiar de deces prin sinucidere. Femeile fumătoare au un risc dublu de a-și lua viața comparativ cu bărbații fumători actuali. Relația prospectivă dintre fumat și comportamentele suicidare este atât de puternică încât experții consideră că fumatul ar trebui inclus în scalele de risc de sinucidere ca element util și ușor de evaluat riscul de sinucidere.⁷⁸

Beneficiile STOP FUMAT

În ciuda numeroaselor opinii personale favorabile continuării fumatului de către persoanele cu boli psihice, o metanaliză Cochrane⁷⁹ arată că, prin comparație cu continuarea fumatului, renunțarea la tutun este asociată cu o îmbunătățire a simptomelor de sănătate mintală (anxietate, depresie, mixte), a manifestărilor de stres, a afectului pozitiv și chiar cu creșterea calității psihologice a vieții. Au existat, de asemenea, dovezi că renunțarea la fumat nu a fost asociată cu o reducere a calității vieții sociale.

Faptul că fumătorii cu antecedente de depresie au șanse mai mici să renunțe la fumat⁸⁰ trebuie cunoscut de medicul de familie pentru ca să își adapteze atitudinea și să ia în calcul o eventuală referire a fumătorului către un medic psihiatru pentru evaluare și tratament.

Produsele mai noi - așa cum sunt sistemele electronice de livrare a nicotinei (țigara electronică și alte dispozitive de vapat, narghilelele, pipele și trabucurile electronice), precum și produsele din tutun încălzit, câștigă în popularitate, fiind promovate frecvent de producători ca o alternativă ”mai sănătoasă” la țigările convenționale. În realitate, pentru niciunele dintre ele nu există dovezi care să ateste că sunt mai puțin nocive pentru sănătatea umană. În acest sens merită menționat faptul că FDA a aprobat în iulie 2020 cererea Philip Morris International de a comercializa produsul său din tutun încălzit (Heets/ Iqos) ca produs din tutun cu potențială (posibilă) expunere redusă⁸¹ – deci nu cu potențial risc redus! Nu trebuie să uităm că bolile provocate de fumat se manifestă, de regulă, după 30 - 50 de ani de la debutul acestuia, astfel că nu este posibil să cunoaștem efectele pe termen mediu și lung al ”noilor produse pentru fumat” apărute pe piață relativ recent.

În ceea ce privește impactul pe termen scurt, studiile⁸² au identificat în vaporii țigărilor electronice analize, substanțe toxice și cancerigene și au evidențiat riscul mai mare al utilizatorilor lor, în special adolescenți și tineri, de a dezvolta la nivel pulmonar un răspuns inflamator care, având în vedere marea varietate a produselor menționate (disponibile într-o multitudine de mărci și arome), are caracter polimorf, manifestându-se printr-un tablou clinic de pneumonie, alveolită pulmonară sau pneumonită fibrinoasă. Denumirea generică pentru acestea este de EVALI (*„e-cigarette or vaping product use associates lung injury”*).⁸³

Produsele care încălzesc tutunul s-au dovedit a conține peste 20 de substanțe chimice toxice în cantități mai mari decât în țigărilor tradiționale, dar și compuși chimici noi, cu potențial nociv.⁸⁴ De asemenea, nu există în prezent dovezi că ar ameliora funcția pulmonară a persoanelor care aleg să le folosească.

În concluzie, efectele pe termen scurt, mediu și lung al acestor produse este încă insuficient înțeles, dar este puțin probabil să nu fie nocive.

5. SUMARUL RECOMANDĂRILOR PRIVIND IDENTIFICAREA CONSUMULUI ȘI EVALUAREA NIVELULUI DE DEPENDENȚĂ DE TUTUN⁸⁵



Recomandare

Toți pacienții trebuie să fie întrebați dacă consumă tutun: la fiecare consultație, dacă sunt fumători zilnici; anual, dacă s-au lăsat de fumat de mai puțin de 5 ani sau au sub 25 de ani; la fiecare 5 ani, dacă nu au fumat niciodată sau s-au lăsat de mai mult de 5 ani. 1B



Recomandare

Statutul de fumător/ exfumător/ nefumător trebuie înregistrat în fișa pacientului 1A



Recomandare

Toți medicii trebuie să ofere sfatul minimal pentru renunțarea la fumat tuturor fumătorilor: la orice consultație. 1A



Recomandare

Un medic trebuie să evalueze dorința/ intenția actuală a pacientului fumător de a renunța la tutun: după identificarea și sfătuirea fumătorului. 3C



Recomandare

Medicul de familie poate oferi sprijin pentru renunțarea la fumat sub forma consultațiilor individuale, de grup și prin intermediul telefonului, toate fiind eficiente. 1A



Recomandare

Intervențiile pentru renunțarea la fumat trebuie să cuprindă: a) consiliere pentru dezvoltarea de abilități pentru gestionarea situațiilor de risc pentru reluarea fumatului; b) susținere și încurajare pe tot parcursul procesului. 1B



Recomandare

TSN poate fi recomandată fumătorilor cu dependență de nicotină. Nu există diferențe semnificative ale eficacității diverselor forme de prezentare, motiv pentru care selecția va fi făcută în funcție de eventualele contraindicații și de preferințele pacientului. 1A



Recomandare

Bupropion este eficient pentru fumătorii cu dependență de nicotină și care doresc să renunțe la fumat, dacă nu au contraindicații. 1A



Recomandare

Vareniclina este eficientă pentru fumătorii cu dependență de nicotină și care doresc să renunțe la fumat, dacă nu au contraindicații. 1A



Recomandare

Se recomandă asocierea consilierii cu medicația pentru tratarea dependenței nicotinică ori de câte ori este posibil și indicat, deoarece asocierea este mai eficientă decât dacă oricare din metode ar fi aplicată singular. 1A



Toți fumătorii care sunt în proces de renunțare trebuie să fie monitorizați. 1A

6. STRATEGIA ABORDĂRII CONSUMULUI DE TUTUN

S-a constatat că, întrebând toți pacienții care se prezintă la medicul de familie despre consumul de tutun și sfătuindu-i pe cei care fumează să renunțe, la 40% dintre aceștia se poate declanșa o încercare de renunțare la fumat, iar 2-3% renunță definitiv la tutun.⁸⁶ Deși procentul poate părea mic, impactul este important datorită prevalenței mari a fumatului în rândul populației generale. De exemplu, în SUA s-a estimat că, dacă 90% dintre fumători ar fi sfătuiți de medici să renunțe la fumat (față de 28% la momentul curent) și ar primi asistența potrivită, s-ar salva anual 42.000 de vieți.⁸⁷

În România, recomandarea primită de la un medic i-a încurajat să ia decizia de a renunța la tutun pe 8% dintre fumătorii care afirmă că au încercat să nu mai fumeze în ultimul an și pe 13% dintre cei care au reușit să oprească fumatul.⁸⁸

Și intervențiile asistentelor medicale, chiar minimale, cresc rata de succes la 6 luni cu 27% față de situația în care nu s-ar oferi niciun sprijin.⁸⁹ **Intervenția minimală este eficientă și cost eficientă, dar creșterea intensității ei nu crește și eficiența⁹⁰. În schimb, implicarea asistentelor medicale crește gradul de satisfacție a pacienților față de calitatea îngrijirilor medicale.⁹⁰**

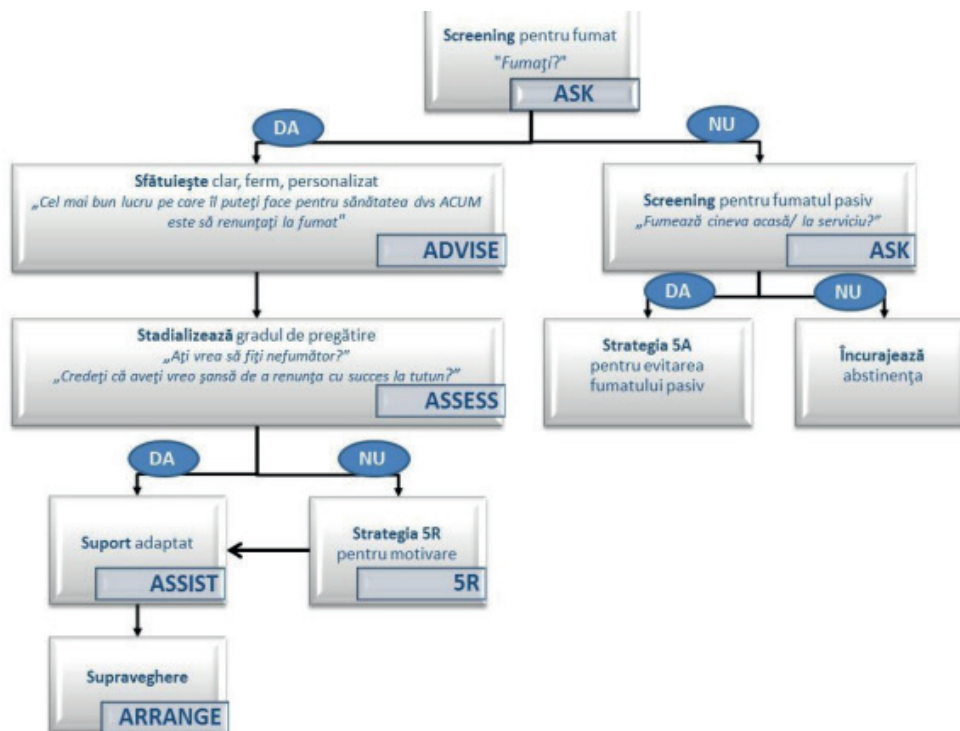
Prin caracteristicile specialității lor (accesibilitate, continuitate și abordare holistică), medicii de familie au un rol unic în ceea ce privește sprijinirea pacienților lor pentru a renunța la fumat, deoarece dependența tabagică este o condiție medicală cronică, care necesită intervenții repetate.⁸⁷ **Astfel, fiecare pacient trebuie întrebat dacă fumează și fiecare pacient fumător trebuie sfătuit să renunțe. De asemenea, trebuie evaluată dorința de a încerca să se lase de fumat și, în funcție de aceasta, i se va oferi ajutor adaptat sau va fi trimis la un specialist tabacolog. Aceste acțiuni trebuie repetate la fiecare consultație.**

Pentru a-i ajuta pe profesioniștii din sănătate să își sistematizeze intervențiile atunci când vorbesc cu un pacient despre renunțarea la fumat, în 2004 a fost propus **Modelul 5A al componentelor unei intervenții eficiente de renunțare la fumat** de către US Department of Health and Human Services⁸⁶, model preluat ulterior în ghidurile specifice de OMS, Marea Britanie, Olanda, Australia, Noua Zeelandă, Franța și România (v. Figura nr. 1). Acest model permite profesioniștilor din sănătate să ofere ajutor adaptat fiecărui fumător, în funcție de nivelul lui de interes față de renunțarea la fumat, într-un mod unitar, bazat pe dovezi și care poate fi evaluat și monitorizat.

Cele 5 componente ale Modelului 5A – sau 5S în limba română - sunt:

- **Ask (Screening)**
- **Advise (Sfătuiește)**
- **Assess (Stadializează dorința de renunțare)**
- **Assist (Sprijinire adaptată)**
- **Arrange follow-up (Supraveghează/ monitorizează)**

Figura nr. 1: Algoritmul intervenției 5A privind comportamentul de a fuma^{86,87}



6.1. FUMATUL ACTIV: RECOMANDĂRI ȘI INTERVENȚII SPECIFICE⁸⁶

Modelul de bază pentru consilierea în vederea renunțării la fumat pe care îl recomandăm în actualul Ghid este cel propus inițial de Ghidul de practică clinică din SUA – Modelul 5S.⁸⁶ În cazul în care, în ghidurile altor țări, s-au propus și alte recomandări bazate pe dovezi științifice care ar putea fi utile medicilor români, acestea au fost preluate cu indicarea sursei.

Descrierea Modelului 5A

1. Ask – Screening / Întrebă despre consumul de tutun



Recomandare

Toți pacienții trebuie să fie întrebați dacă consumă tutun:⁸⁶ la fiecare consultație, dacă sunt fumători zilnici; anual, dacă s-au lăsat de fumat de mai puțin de 5 ani sau au sub 25 de ani; la fiecare 5 ani, dacă nu au fumat niciodată sau s-au lăsat de mai mult de 5 ani.⁹¹ 1A Statutul de fumător/ exfumător/ nefumător trebuie înregistrat în fișa pacientului 1A

Descriere: pacientul trebuie întrebat dacă fumează, într-un mod fără echivoc, dar prietenos.

Exemplu: „Fumați?” ; ”Ați fumat vreodată?”

Dat fiind specificul consumului actual de tutun, trebuie ca screeningul să includă și alte produse din tutun în afara țigărilor ”clasice”, în special țigările rulate manual (”roll-your-own”), narghileaua, trabucul.

În ceea ce privește țigările electronice, datorită expansiunii lor rapide (mai ales în rândul tinerilor) și dovezilor despre efectele asupra sănătății, numeroase ghiduri naționale recomandă extinderea screeningului și în sfera utilizării lor.⁹²

Referitor la produsele din tutun încălzit, dat fiind că eliberează emisii toxice, dintre care unele sunt similare celor găsite în fumul de țigară, și conțin nicotină (substanță înalt adictivă, cu efecte nocive în special pentru copii și adolescenți, dar și pentru adulți), OMS consideră utilizarea lor la fel de periculoasă în ceea ce privește riscurile pentru sănătate ca în cazul produselor din tutun convenționale.⁹³ Considerăm, ca urmare, că screeningul trebuie să includă și întrebări referitoare la consumul acestor produse noi din tutun.

Frecvența.⁹²

- dacă pacientul este fumător zilnic: la fiecare consultație;

- dacă nu fumează:

- la fiecare 5 ani, dacă nu a fumat niciodată sau s-a lăsat de mai mult de 5 ani;
- anual, dacă s-a lăsat de fumat de mai puțin de 5 ani sau are vârsta sub 25 de ani.

2. Advice – Sfătuiește pentru renunțarea la fumat



Recomandare

Toți medicii trebuie să îi sfătuiască ferm pe toți pacienții fumători să renunțe la fumat, atât în consultațiile obișnuite cât și în cele specializate. 1A



Recomandare

Medicii de familie trebuie să recomande cu fermitate tuturor pacienților fumători să renunțe la fumat, deoarece dovezile arată că sfatul medicului crește rata de abținere la tutun. 1A

Sfatul minimal de renunțare la fumat oferit oportunist de medicii de familie în timpul unei consultații de rutină crește cu 66% rata de succes la 6 luni, iar beneficiul pentru sănătatea publică este substanțial.⁹⁴

Descriere: se exprimă necesitatea ca pacientul să renunțe la fumat, într-un mod clar, ferm și personalizat.

În măsura în care timpul permite, recomandarea poate face referire la anumite particularități ale pacientului precum boala / simptomele pentru care s-a prezentat, genul, prezența copiilor în familie, sau la beneficiile pe care pacientul le va resimți după ce nu va mai fuma.

Exemplu: „*Cel mai bun lucru pe care îl puteți face pentru sănătatea Dvs. ACUM este să renunțați la fumat.*”⁹⁵

Sunt de evitat exprimări ambigue precum „*ar fi bine să renunțați*”, „*poate încercați să nu mai fumați*”, „*măcar reduceți numărul de țigări*”, „*măcar înlocuiți țigările cu alte produse noi*”.

Unii medici ezită în a recomanda ferm renunțarea la fumat, preferând exprimările ambigue, deoarece consideră că impunerea unui anumit comportament ar putea leza relația medic-pacient. Studiile arată că, în realitate, pacienții apreciază atitudinea fermă a medicului care recomandă oprirea fumatului, iar relația chiar se poate îmbunătăți⁹². De aceea, în astfel de situații, se propune următoarea abordare: medicul îi spune pacientului că știe că acesta este conștient de riscurile la care se expune și îl întreabă dacă este dispus să discute despre opțiunile de renunțare la fumat deoarece „*cel mai bun lucru pe care îl poate face pentru sănătatea lui / ei, acum, este să oprească fumatul*”.

Frecvența: la fiecare consultație și la consultația specializată.

3. Assess – Stadializează intenția de a renunța la fumat



Recomandare

După identificarea și sfătuirea fumătorului, medicul trebuie să evalueze dorința / intenția actuală a acestuia de a renunța la tutun. 3C⁹²

Descriere: această evaluare se bazează pe modelul stadiilor schimbării al lui Prochaska și DiClemente,⁹⁶ care are la bază conceptul că orice schimbare – inclusiv renunțarea la fumat – este rezultatul unui proces ce se modifică în timp și nu al unui moment unic. Astfel, pentru a se obține o schimbare, se parcurg următoarele etape: precontemplare, contemplare, pregătire, acțiune, menținere.

Deși nu există foarte multe dovezi concludente privind eficiența intervențiilor în funcție de stadiul de pregătire, acest model oferă clinicianului un instrument prin care să ofere fiecărui fumător un ajutor care să fie bine primit, și într-un timp rezonabil.

Deoarece această evaluare depinde de gradul de comunicare dintre medic și pacient, dar și pentru că este puțin standardizată, **OMS propune o metodă mai simplă și cuantificabilă de evaluare a gradului de pregătire pentru renunțarea la fumat**. Astfel, se pun 2 întrebări ce adresează „importanța” pe care pacientul o acordă opririi fumatului și „încrederea în sine” a pacientului:⁸⁷

Tabelul nr. 3: Întrebări pentru evaluarea gradului de pregătire pentru renunțarea la fumat⁸⁷

Întrebare		Răspuns	
<i>Ai vrea să fii nefumător?</i>	DA	NU SUNT SIGUR	NU
<i>Crezi că ai vreo șansă de a renunța cu succes la tutun?</i>	DA	NU SUNT SIGUR	NU

Dacă cel puțin un răspuns este în zona gri, atunci pacientul nu este pregătit să renunțe la fumat (nu intenționează serios / nu dorește să se lase de fumat).

Unele ghiduri recomandă ca în această etapă să se facă și **evaluarea dependenței de nicotină**, pentru ca medicul să poată aprecia probabilitatea apariției simptomelor de sevraj nicotinic și, astfel, să evalueze mai bine intensitatea și tipul de sprijin de care ar putea beneficia pacientul.⁹²

Dependența de nicotină se evaluează cu ajutorul testului Fagerström (v. Anexa nr. 4) dar, într-o consultație obișnuită, informații suficiente se pot obține și cu ajutorul a 3 întrebări:⁹⁷

- „Cât de repede după trezire fumezi prima țigară?”
- „Câte țigări fumezi într-o zi, în medie?”
- „Când ai încercat să te lași de fumat, ai avut senzația de nevoie intensă, imperioasă de a fuma (sau alt simptom de sevraj)?”

Indicatori ai dependenței de nicotină sunt: fumatul în prima jumătate de oră de la trezire (cel mai sensibil indicator), cel puțin 10 țigări fumate într-o zi și istoricul de sevraj nicotinic. Cu cât dependența este mai mare, cu atât crește rata de succes a tratamentului medicamentos.

Principalii factori care se asociază cu o rată de succes semnificativă sunt motivația crescută, pregătirea pentru renunțare, încrederea moderată/ crescută în propria reușită, rețeaua socială de sprijin⁹² (3C).

Frecvența: deoarece dorința și nivelul de pregătire variază între vizitele la medic, evaluarea trebuie făcută cu fiecare ocazie.

4. Assist – Sprijinire adaptată gradului de pregătire



Recomandare

Se recomandă oferirea sfatului minimal pentru renunțarea la fumat de către medicul de familie, în mod curent tuturor fumătorilor, la orice consultație. 1A

Atunci când decide dacă și cum să ajute un fumător să renunțe la tutun, medicul trebuie să țină cont de nevoile, preferințele și disponibilitatea pacientului, dar și de timpul și pregătirea profesională proprie. Dacă resursele medicului nu sunt corespunzătoare, atunci poate trimite pacientul la un specialist sau centru dedicat asistenței fumătorilor sau îi poate recomanda să apeleze **Tel Verde Stop Fumat, o linie telefonică gratuită de informare: 08008STOPFUMAT (0800878673)**.

Dacă medicul dorește să ofere mai mult sprijin fumătorului, atunci trebuie să țină cont de gradul de pregătire a acestuia pentru oprirea fumatului.



Recomandare

Se recomandă oferirea de sprijin pentru renunțarea la fumat sub forma consultațiilor individuale, de grup și prin intermediul telefonului, toate fiind eficiente. 1A



Recomandare

Intervențiile pentru renunțarea la fumat oferite trebuie să cuprindă: a) consiliere pentru dezvoltarea de abilități pentru gestionarea situațiilor de risc pentru reluarea fumatului; b) susținere și încurajare pe tot parcursul procesului. 1B

4a. Dacă **pacientul este pregătit** să renunțe la consumul de tutun, medicul poate să aibă în vedere următoarele:

- să ajute pacientul să își construiască un „**Plan de renunțare**”, folosind **metoda STAR**:⁸⁷
 - „Set”: stabilește o zi din care nu mai fumează, de preferat în decursul următoarelor 2 săptămâni.

- „Tell”: comunică anturajului decizia de a opri fumatul, și solicită sprijin.
- „Anticipate”: anticipează provocările/ problemele care ar putea fi cauzate de încetarea fumatului.
- „Remove”: îndepărtează orice produs din tutun din casă, mașină, loc de muncă și transformă locuința în „Casă fără tutun”.
- să ofere pacientului **recomandări** din cadrul terapiei comportamentale, vizând:
 - Sprijinirea pacientului pentru a identifica situațiile de risc pentru reluarea fumatului (evenimente, stări emoționale, activități).
 - Sprijinirea pacientului pentru ca acesta să identifice și să aplice noi strategii comportamentale (obiceiuri) și cognitive (gânduri) în situațiile de risc.
 - Oferirea de informații de bază privind procesul fumatului și renunțării.
- să îi ofere pacientului **sprijin** pe tot parcursul procesului de renunțare, constând în:
 - Încurajarea pacientului cu privire la reușita procesului de renunțare.
 - Atitudine empatică, de preocupare față de acuzele neplăcute ale pacientului.
 - Încurajarea pacientului de a discuta despre procesul de renunțare și, mai ales, despre efectele benefice resimțite după oprirea fumatului.
- recomandarea **tratamentului medicamentos**, dacă este necesar;
- oferirea de **materiale și informații** suplimentare.



Recomandare

Materialele de informare, în formă tipărită sau electronică, adaptate/ personalizate par să fie de folos celor care vor să renunțe la fumat, motiv pentru care medicii le pot oferi pacienților lor care doresc să se lase de fumat. 1B



Recomandare

Sprijinul pentru renunțarea la fumat oferit sub mai multe forme crește rata de succes, motiv pentru care este încurajat. 1A

4b. Dacă pacientul **nu este pregătit** să renunțe la fumat, medicul poate să aibă în vedere o intervenție de motivare, dependentă atât de posibilitățile medicului (timp, pregătire, disponibilitate) cât și de particularitățile pacientului.



Recomandare

Intervenția de motivare este eficace pentru creșterea probabilității ca pacientul să încerce să renunțe la fumat, în viitor. De aceea, clinicienii ar putea folosi tehnicile de motivare pentru a încuraja fumătorii care nu sunt încă pregătiți pentru oprirea fumatului, să ia în considerare posibilitatea de a face o tentativă, în viitor. 1B

În discuția cu pacientul, medicul poate să aibă în vedere următoarele:

- Să discute despre **beneficii și riscuri**, aplicând **Strategia 5R**.⁸⁷

Strategia 5R (Relevanță, Riscuri, Recompense, Rezistențe, Repetiție) conține elementele care ar trebui abordate în timpul unei intervenții de motivare. Ea se adresează cu precădere fumătorilor care *nu sunt pregătiți* să renunțe la fumat, dar poate fi eficientă și pentru prevenirea reluării fumatului.

- **Relevanța renunțării la tutun pentru fumător**

Medicul urmărește să îl ajute pe pacient să afle care este *motivul* personal cel mai important pentru care ar dori să nu mai fumeze. Poate fi vorba despre o anumită boală pe care pacientul o are deja, o anumită situație familială sau socială, o viitoare decizie de a avea copii, anumite temeri legate de vârstă, sex, ori caracteristici personale (încercări anterioare nereușite, dorința de independență, etc).

Exemplu: „De ce este important pentru Dvs. să vă lăsați de fumat?”

- **Riscurile continuării fumatului**

Medicul urmărește să îl ajute pe pacient să identifice care sunt, în cazul lui personal, potențialele *efecte negative* ale continuării fumatului:

- Efecte acute legate de o boală existentă: exacerbari ale unui astm/bronșite, recurența episoadelor infecțioase respiratorii, riscul gestațional, impotență, risc de angină, de dureri, etc;
- Riscuri pe termen lung: boli cardio-vasculare, AVC, cancer, BPOC, infertilitatea, cancere, osteoporoză, dizabilități pe termen lung, nevoie de îngrijire permanentă, etc;
- Riscuri pentru persoanele apropiate: cancer și boli cardio-vasculare pentru partener, boli respiratorii și ORL pentru copii, etc.

Exemplu: „Dintre riscurile fumatului pentru sănătate, ce vă îngrijorează cel mai mult?”

- **Recompensele renunțării la fumat**

Medicul va invita pacientul să identifice *beneficiile* renunțării la fumat în plan personal. Dacă pacientul nu cunoaște astfel de beneficii, medicul poate sugera exemple de beneficii astfel încât să creeze așteptări realiste (V. Anexa nr. 5).

Exemplu: „Știi cum poate influența renunțarea la fumat evoluția bolii Dvs. de inimă?”

- **Rezistențe (Roadblocks) față de renunțarea la fumat**

Medicul va solicita pacientului să identifice acele bariere sau impedimente care stau în calea succesului său (Tabelul nr. 4) și îl va ajuta să le depășească (informare corectă, consiliere, medicație pentru simptomele de sevraj nicotinic).

Tabelul nr. 4: Rezistențe (bariere) față de renunțarea la tutun, exprimate de fumători⁹²

Afirmația (credința) fumătorului	Sugestie de abordare de către medic
Pot să mă las oricând. Nu sunt dependent.	Întreabă despre încercările anterioare și rata de succes.
Să apelezi la ajutor specializat este un semn de slăbiciune. Nu e nevoie de ajutor pentru ca să te lași de fumat.	Exprimă / prezintă ajutorul medicului într-o altă formă. Subliniază că rata de succes a celor care se lasă singuri este de doar 3-5%.
Sunt prea dependent. E prea greu să mă las.	Întreabă despre încercările anterioare. Identifică medicația / sprijinul pe care l-a folosit anterior și oferă noi opțiuni (de ex. terapia combinată).
E prea târziu să mă las. Nu merită efortul să mă las pentru că nu mai am niciun beneficiu.	Beneficiile sunt la orice vârstă – oferă dovezi concrete (spirometrie, scorul riscului, etc.).
Nu am nicio problemă cu sănătatea. Trebuie să mori de ceva. Bunicul a trăit mult timp și fuma foarte mult.	Oferă evidențe concrete (spirometrie, scorul riscului, etc.). Exprimă riscul într-o altă formă (de ex., BPOC = ”plămânul fumătorului” e o boală care se diagnostică foarte rar până de curând).
Nu am destulă voință. Nu are rost să încerci dacă nu vrei să te lași. Pentru ca să reușești, trebuie să îți dorești foarte mult și apoi pur și simplu te lași.	Discută despre motivație și încredere. Discută și încurajează utilizarea strategiilor eficiente (farmacoterapie, consilierea telefonică).

Exemplu: „Ce credeți că ar fi dificil pentru Dvs. dacă nu ați fuma?”

- **Repetarea intervenției**

Intervenția terapeutică de renunțare la fumat trebuie repetată de fiecare dată când medicul consultă pacientul insuficient pregătit deoarece, în marea majoritate a cazurilor, este nevoie de mai multe tentative până la atingerea abstenenței definitive, mai ales dacă este vorba despre pacienți cu tentative anterioare nereușite de renunțare. Ei vor fi asigurați de sprijinul intensiv al medicului dacă se hotărăsc, din nou, să renunțe.

Exemplu de încheiere a consultației, dacă pacientul tot nu este pregătit să renunțe: „Știu că este dificil să vă hotărâți să renunțați la fumat, însă știu că puteți trece prin tot acest proces de renunțare. Eu sunt aici să vă ajut”.

Dacă pacientul nu dorește să se lase de fumat (crede că nu e important pentru el să renunțe sau nu vede motive pentru care să nu mai fumeze), atunci medicul poate pune accent pe „Riscuri” și „Recompense”.

Dacă pacientul ar dori să nu mai fumeze, dar nu crede că ar reuși, medicul poate aloca mai mult timp identificării și rezolvării „Rezistențelor” (obstacolelor).

Deși această abordare a fumătorului bazată pe declarația lui de disponibilitate pentru renunțare este recomandată în toate ghidurile, există unele studii care au arătat că rata de succes nu este mereu influențată de dorința exprimată de fumător, mai ales în cadrul unei consultații pentru o problemă medicală specifică. Astfel, e posibil ca o tentativă de oprire a fumatului ad-hoc, bruscă, să aibă succes, chiar dacă pacientul nu se pregătise înainte. De aceea e util ca medicul să încurajeze toți fumătorii să renunțe, de câte ori are ocazia și să îi asigure că cei mai mulți fumători au nevoie de mai multe încercări până să renunțe definitiv.⁹⁶

- Să îi recomande să nu îi expună pe cei din jur la fum de tutun (fumat pasiv);
- Să îl informeze că îl poate ajuta atunci când se va simți pregătit.



Recomandare

Se recomandă oferirea de sprijin pentru renunțarea la fumat (consilierea și medicația specifică) tuturor fumătorilor deoarece este cost-eficient prin comparație cu alte tratamente suportate de sistemele de asigurări. 1A

5. Arrange follow-up – Supraveghează/ monitorizează pacientul



Recomandare

Se recomandă ca toți fumătorii care sunt în proces de renunțare la fumat să fie monitorizați. 1A



Recomandare

Se recomandă cel puțin 4 consultații individuale cu fumătorul aflat în proces de renunțare la tutun. 1A



Recomandare

Se recomandă ca toți pacienții care primesc sprijin pentru renunțarea la fumat să fie evaluați din punct de vedere al abstenenței, atât la finalizarea tratamentului cât și pe parcurs. 2B

Descriere: pacientul care a început procesul de renunțare la fumat trebuie monitorizat, preferabil în echipă (medic-psiholog), pentru a evalua progresele și pentru a oferi sprijin.

- *Metode de supraveghere:*
 - printr-o consultație specifică la același medic. Consultația poate fi individuală sau de grup;
 - folosind mijloace de comunicare la distanță (email, telefon, etc).
 - prin trimitere la un specialist tabacolog. În România, se poate apela la Centrele de consiliere din rețeaua Stop Fumat sau/ și la Tel Verde Stop Fumat.
- *Elemente monitorizate:*
 - evoluția problemelor identificate la vizitele anterioare, mai ales simptomele de sevraj nicotinic;
 - probleme nou apărute;
 - evoluția sub tratament (eventuale reacții adverse, eficiența);
 - evidențierea obiectivă a abstenenței (măsurarea CO exhalat, a cotininuriei).

Dacă pacientul este abstinent, este felicitat și i se fac prescripții pentru rezolvarea eventualelor probleme, dar și pentru prevenirea reluării fumatului.

Dacă pacientul a fumat, este important să se evite prezentarea acestui eveniment ca un eșec; el este o experiență de învățare, parte firească a procesului de renunțare la fumat. Se identifică circumstanțele și se reiau elementele Strategiei 5R, cu accent pe motivația pacientului. Dacă este posibil, se recomandă un tratament mai intensiv.

- *Frecvența:* se recomandă ca prima vizită de monitorizare să fie în prima săptămână de abstenență, iar următoarea în *prima lună*. Următoarele vizite pot fi la *interval de 1 lună*. În cazul în care paci-

entul primește tratament medicamentos, vizitele pot fi la interval de 2 săptămâni datorită formei de prezentare a medicamentelor (numărul de comprimate per cutie acoperă 2 săptămâni de tratament).

Studiile care au evaluat gradul de implementare și rezultatele acestei metode în mai multe țări din lume (cel mai mult în SUA) demonstrează o varietate destul de mare în nivelul de adoptare a modelului 5A⁹⁶. Astfel, în special în rândul medicilor de familie, s-a observat o complianță destul de bună cu primele 2 acțiuni (Ask, Advise), motivul cel mai frecvent invocat fiind lipsa de timp pentru celelalte 3 componente.

De aceea, au apărut și alte modele, precum:

- **Ask and Act:** întrebi dacă fumează și îl sfătuiești să renunțe la fumat;
- **Ask, Advise, and Refer (AAR):** îl întrebi dacă fumează, îl sfătuiești să renunțe la fumat și îl trimiți la un specialist;
- **Ask, Advise and Connect (AAC):** îl întrebi dacă fumează, îl sfătuiești să renunțe la fumat și trimiți datele pacientului (cu acordul său, evident) unui specialist care îl va contacta;
- **Ask, Advise and Act (Very Brief Advice):** îl întrebi dacă fumează, îl sfătuiești să renunțe la fumat și acționezi în funcție de gradul de pregătire pentru renunțarea la fumat.

Rezultate promițătoare au intervențiile în care se utilizează mijloacele noi de comunicare (internet, social media, SMS, etc). Astfel, dovezile sunt suficiente pentru a afirma că rata renunțării la fumat este crescută de asistența telefonică proactivă (cu sau fără medicație concomitentă), serviciile de mesagerie telefonică (mai ales dacă sunt interactive sau personalizate) sau serviciile bazate pe internet (mai ales când conțin elemente interactive sau tehnici pentru schimbare comportamentală), dar nu sunt suficiente pentru efectul aplicațiilor care folosesc smartphone. Chiar dacă medicii clinicieni nu au timpul necesar utilizării de rutină a acestor mijloace pentru comunicarea cu pacienții, totuși ei pot coopta în echipă alt personal care să acopere una sau mai multe din etapele consilierii.⁹⁶

6.2. FUMATUL PASIV: RECOMANDĂRI ȘI INTERVENȚII SPECIFICE

Având în vedere rolul de educator pentru sănătate al medicului de familie și importanța fumatului pasiv, OMS a propus și un model 5A pentru intervenția în vederea evitării fumatului pasiv.⁸⁷

Modelul 5A/5S pentru evitarea expunerii la fumatul pasiv cuprinde următoarele componente:

1. ASK/ Screening – Întrebă toți pacienții nefumători sau ex-fumători dacă sunt expuși la fum de tutun acasă sau la locul de muncă.

Exemplu: „*Fumează cineva în prezența dvs. acasă sau la locul de muncă?*”

- *Frecvența:* la fiecare vizită medicală

2. ADVISE/ Sfătuiește – Sfătuiește pacienții expuși să evite fumatul pasiv.

Medicul trebuie să ofere informații despre riscurile la care se expune pacientul dacă fumează pasiv și să îl sfătuiască să evite această expunere, într-un mod clar, pozitiv și personalizat.

Exemplu: „*Nu există un nivel minim, sigur de expunere la fumul de tutun. De aceea, este important să evitați să stați în spații în care se fumează pentru ca problemele dvs. respiratorii/ cardiace să se amelioreze.*”

- *Frecvența:* la fiecare vizită medicală

3. ASSESS/ Stadializează – Evaluează disponibilitatea pacientului de a-și reduce expunerea la fumul de tutun.

Dacă pacientul este dispus să își reducă expunerea la tutun, se identifică locurile în care este expus și gradul în care este posibilă eliminarea fumului.

Dacă pacientul nu este dispus să își reducă expunerea, se aplică elemente din strategia 5 R de motivare.

4. ASSIST/ Suport – Pacientul este ajutat să-și dezvolte un *plan de acțiune* prin care să își reducă expunerea la fumul de tutun.

Se recomandă utilizarea **modelului MAD-TEA** pentru realizarea acestui plan:

- **MEET:** întâlnește-te cu prietenii în locuri în care nu se fumează;
- **ASK:** roagă prietenii și colegii să fumeze în afara spațiului închis (casă, birou, etc);
- **DECLARE:** declară casa și spațiile proprii (mașina, biroul, etc) ca fiind „spațiu fără tutun”;

- **TALK:** explică prietenilor, rudelor, colegilor riscurile pe care le are fumatul pasiv;
- **ENCOURAGE:** încurajează colegii, prietenii, rudele să renunțe la fumat;
- **ADVOCATE:** militează pentru aplicarea regulilor „fără fumat în spații închise”.

5. ARRANGE follow-up/ Supraveghează – planifică o consultație/ intervenție de control după o săptămână.

Poate fi făcută de oricare dintre membrii echipei medicale, fie prin intervenție personală, fie folosind mijloace de comunicare la distanță (la telefon, email, rețele social media, etc).

Dacă pacientul a reușit să își reducă expunerea, este felicitat și încurajat să continue eforturile.

Dacă pacientul nu a reușit, se identifică problemele apărute și eventualele situații de risc și se oferă sprijinul necesar.

Monitorizarea continuă atâta timp cât are nevoie pacientul pentru a reduce la minimum expunerea.

6.3. MODELE DE INTERVENȚII ADAPTATE ASISTENȚEI MEDICALE PRIMARE

Constrângerile de timp și nevoia de implicare a medicului de familie în multe alte activități profilactice limitează implicarea de rutină a acestuia în susținerea fumătorului pentru a opri consumul de tutun. Din aceste motive, societățile profesionale au propus mai multe modele adaptate acestei realități.

6.3.1. Modelul IPCRG

IPCRG a propus un model de practică a medicilor de familie pentru susținerea renunțării la fumat care ține cont atât de dovezile științifice, cât și de particularitățile specialității.⁹⁸

Strategia recomandată include:

- aranjarea cabinetului astfel încât acesta să devină „**Cabinet fără fum de tutun**”, transmițând informații și oferind un model de bună practică.

Acest lucru se poate realiza prin implementarea următoarelor măsuri:

- nimeni să nu fumeze în interiorul clădirii în care se află cabinetul, dar nici în locurile în care pacienții au acces;
- afișarea avertismentelor privind interzicerea fumatului;
- montarea de postere, autocolante, suporturi de afișaj etc. cu informații despre riscurile fumatului și beneficiile renunțării la fumat;
- afișarea liniei telefonice gratuite de sprijin (Tel verde Stop Fumat);
- distribuirea de materiale de informare în sala de așteptare;
- identificarea statutului de fumător al fiecărui pacient;
- marcarea fișelor pacienților fumători pentru ca aceștia să fie abordați la fiecare consultație.

Aceste simple acțiuni care nu presupun alocarea unui timp separat de către medic dublează rata de succes și crește numărul celor care încearcă să abandoneze fumatul.

- folosirea **Sfatului foarte scurt - Very Brief Advice** - în mod oportunistic, la toți pacienții.

Elaborat de experții britanici, acesta este recomandat în condițiile în care există constrângeri ale timpului pe care medicul îl are la dispoziție, și presupune:⁹⁹

- **Ask:**

Întrebați toți pacienții, indiferent de motivul consultației, dacă consumă tutun (sub orice formă) și menționați acest lucru în fișa lor medicală.

Această întrebare ar trebui să fie adresată de fiecare membru al echipei medicale, cu fiecare ocazie. Nu este necesară acum evaluarea intenției pacientului de a opri fumatul.

- **Advise**

Sfătuți pacientul cu privire la beneficiile opririi fumatului, particularizând recomandările la situația acestuia (sfat personalizat).

- **Act**

Acționați în funcție de răspunsul pacientului și având în vedere că cea mai eficientă metodă de oprire a

fumatului este folosirea combinată a tratamentului farmacologic specific cu terapia comportamentală.

În funcție de disponibilitate, programați pacientul la o consultație dedicată sau îndrumați-l către un centru specializat.

Durează mai puțin de 1 minut!

- **Consultația specializată** se adresează pacienților care doresc să renunțe la fumat și presupune:
 - să evaluezi gradul de pregătire pentru renunțarea la fumat, dependența de nicotină, dar și rezistențele/ barierele față de renunțare, situațiile de risc pentru reluare și încrederea în propria reușită a pacientului (**Assess/ Stadializare și Strategia 5R de motivare**);
 - să ajuți pacientul să realizeze un „Plan de renunțare” folosind metoda STAR (**Assist/ Suport**);
 - să oferi pacientului recomandări din cadrul terapiei comportamentale (**Assist/ Suport**);
 - să recomanzi tratament farmacologic, dacă este cazul (**Assist/ Suport**);
 - să stabilești data următoarei consultații sau să îi recomanzi un serviciu de specialitate, pentru monitorizare (**Arrange/ Supraveghere**).

Durează 30 – 60 minute, în funcție de disponibilitatea medicului și nevoile pacientului.

6.3.2. Modelul OMS

Conform algoritmului pentru asistența pacientului în vederea evaluării comportamentului de a fuma propus de OMS pentru medicii de familie, durata și conținutul fiecărei componente variază în funcție de timpul disponibil și dispoziția pacientului, dar și de pregătirea cadrului medical.

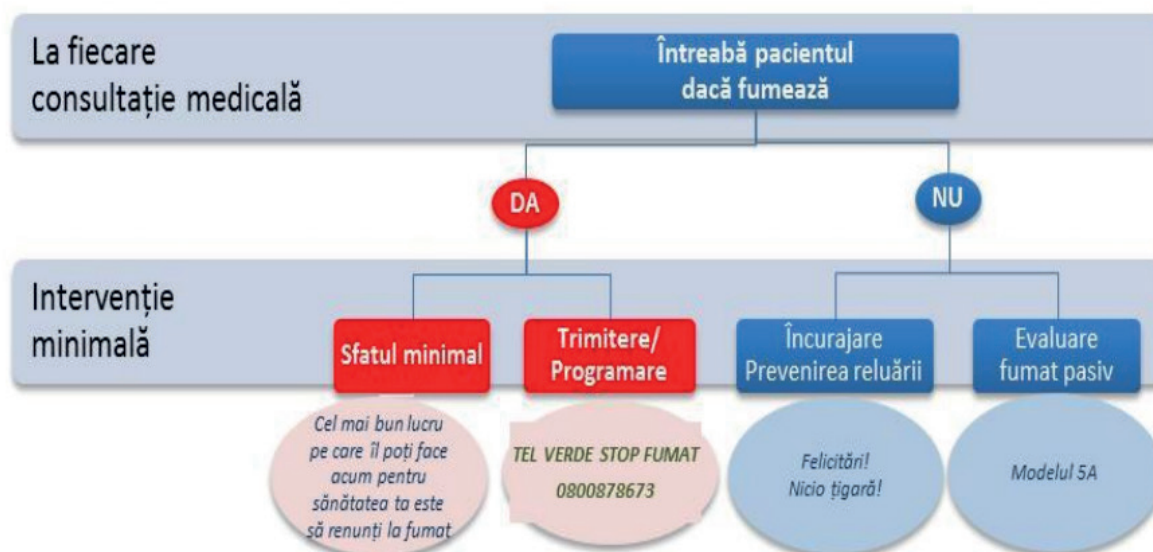
Astfel, intervenția medicului/asistentului medical poate consta în simplul *sfat scurt, consultație minimală sau consultație specializată*, toate cuprinzând elementele Modelului 5A (5S), dar în proporții diferite.

În practica medicală din România, putem recomanda următoarea abordare a consumului de tutun de către medicii de familie:

În cadrul fiecărei consultații medicale (v. Figura nr. 2):

- pacientul este întrebat dacă fumează;
- se face o intervenție minimală:
 - pacienții care încă fumează sunt sfătuiți să renunțe: sfatul scurt/ minimal (*„Cel mai bun lucru pe care îl poți face ACUM pentru sănătatea dvs. este să renunțați la fumat”*) + recomandarea către specialistul tabacolog sau programare pentru o consultație individuală.
 - pacienții care nu mai fumează sunt felicitați și încurajați să nu reia fumatul.
- se evaluează expunerea la fum de tutun.

Figura nr. 2: Abordarea consumului de tutun în cadrul unei consultații medicale (adaptare după recomandările OMS)⁸⁷

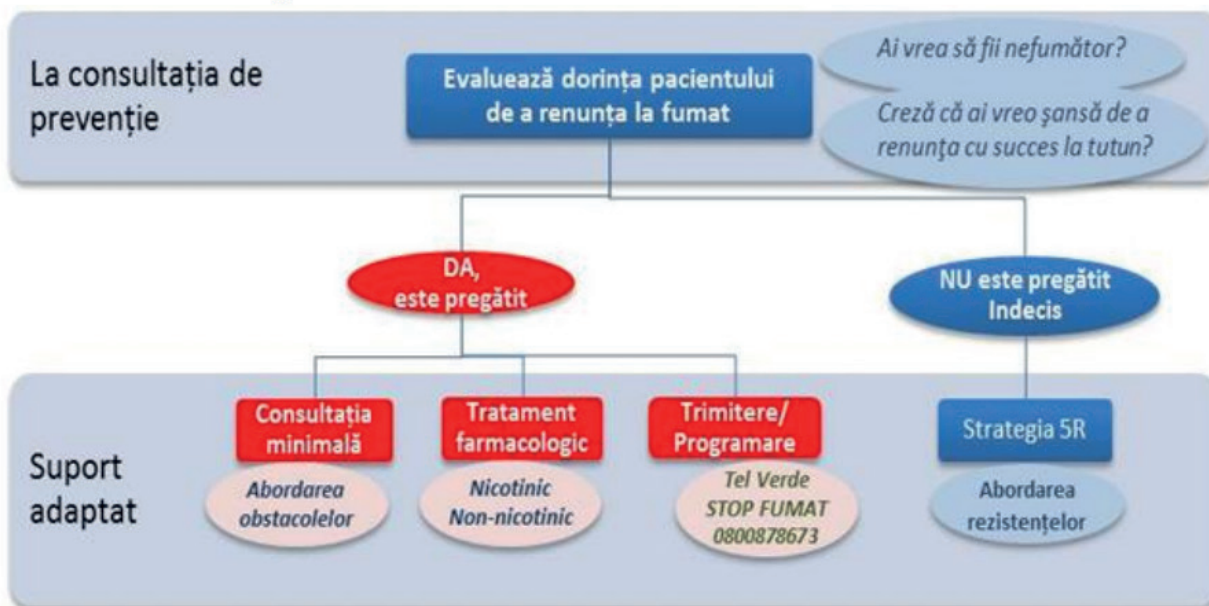


În cadrul consultației de prevenție (v. Figura nr. 3)

- Pacientul este evaluat din punct de vedere al pregătirii pentru renunțarea la fumat.

- Dacă pacientul este *pregătit*, se acordă *consultația minimală* ce conține elemente din componentele Assist și Follow-up, în funcție de disponibilitatea medicului și caracteristicile pacientului;
- Dacă pacientul *nu este pregătit*, se acordă *consultația minimală* ce conține elemente din Strategia 5R, în funcție de disponibilitatea medicului și caracteristicile pacientului.

Figura nr. 3: Abordarea consumului de tutun în cadrul consultației de prevenție (adaptare după recomandările OMS)⁸⁷



Asigurarea de sisteme de calitate în cabinet pentru monitorizarea statusului de fumător:



Recomandare

Statusul de fumător/ exfumător/ nefumător trebuie înregistrat în documentele medicale (fișă, foaie de observație, scrisoare medicală, bilete de trimitere, etc.) ale pacientului, folosind orice sistem de evidențiere: includerea în semnele vitale, sticker, alertă pe computer. 1A



Recomandare

Toți fumătorii care sunt în proces de renunțare trebuie să fie monitorizați. 1A



Recomandare

Toți pacienții care primesc sprijin pentru renunțarea la fumat trebuie să fie evaluați din punct de vedere al abstenenței, atât la finalizarea tratamentului cât și pe parcurs. 1B

6.4. TRATAMENTUL FARMACOLOGIC AL DEPENDENȚEI DE NICOTINĂ



Recomandare

Medicii trebuie să încurajeze fumătorii care doresc să renunțe la fumat să utilizeze medicația eficientă pentru tratarea dependenței nicotinică, cu excepția celor care au contraindicații și a celor pentru care nu există dovezi suficiente privind eficiența (femei gravide, adolescenți, consumatorii de produse din tutun care nu ard, fumătorii ocazionali). 1A



Recomandare

Asocierea consilierii cu medicația specifică este mult mai eficace decât oricare dintre metode aplicată separat. De aceea, de câte ori este posibil și recomandat, se vor oferi consiliere și medicație pacienților care doresc să renunțe la fumat. 1A



Recomandare

În absența contraindicațiilor, medicamentele se vor prescrie tuturor fumătorilor care doresc să renunțe și care îndeplinesc criteriile de dependență de nicotină. Alegerea medicației se face pe baza indicației clinice și a preferinței pacientului. 1A

Dovezile științifice sunt numeroase, fiind realizate meta-analize atât de Cochrane Database cât și de US Department of Health and Human Services.

În România, medicamentele aprobate de Agenția Națională a Medicamentelor și Dispozitivelor Medicale pentru tratamentul dependenței nicotinică sunt:

- medicamente de substituție nicotinică, prezente sub formă de gumă de mestecat, plasturi transdermici, spray bucal (Nicorette, Niquitin).
- medicamente fără nicotină: vareniclină (Champix), bupropion (Zyban) și citizină (Defumoxan).

Informațiile referitoare la prescrierea medicamentelor, prezentate mai jos, provin din Rezumatul Caracteristicilor Produsului, dacă nu este menționată p altă sursă bibliografică.

6.4.1. Medicamente (terapia) de substituție nicotinică (TSN)



Recomandare

TSN poate fi recomandată fumătorilor cu dependență de nicotină. Nu există diferențe semnificative ale eficacității diverselor forme de prezentare, motiv pentru care selecția va fi făcută în funcție de contraindicații și preferințele pacientului. 1A



Recomandare

Combinarea mai multor forme de TSN se recomandă pacienților care nu reușesc să renunțe complet, sau care continuă să aibă simptome în timp ce folosesc o singură formă de TSN. 1A

- Recomandări de utilizare a TSN în diverse afecțiuni:
 - Grad A: În boli cardiovasculare stabile, utilizarea este sigură.
 - Grad C: Poate fi utilizată cu precauție la pacienții cu IMA recent, angină instabilă, aritmii severe, AVC recent.
 - Grad C: Poate fi utilizată la femeile însărcinate, dacă nu reușesc altfel să renunțe. Se vor prefera forme cu administrare intermitentă (gumă, inhaler).

Dovezi de nivel 1: Plasturii, gumele și inhalerul cu nicotină cresc rata de succes la 5 – 12 luni cu 50-70% comparativ cu placebo.

- **Acțiune:** înlocuiește nicotina din produsul din tutun cu o formă mai puțin toxică și în doză controlabilă, dar nu are aceeași viteză de absorbție, motiv pentru care efectul apare mai târziu comparativ cu țigara. Unele forme contribuie la eliminarea automatismului mână – gură.
- Efecte: scade simptomele de sevraj nicotinic.
- Reacții secundare: la nivel local, datorită utilizării incorecte sau sensibilității pacientului.

Reacții secundare întâlnite frecvent în România ca urmare a auto-medicației, fără sprijin de specialitate:

- *simptome ale supradozajului de nicotină datorat fumatului concomitent cu administrarea de TSN, deoarece pacienții nu dau atenție indicației de oprire completă a fumatului;*
- *simptome de sevraj nicotinic datorate subdozării TSN ca urmare a utilizării incorecte (administrare incorectă, doză insuficientă, durată insuficientă).*

Forme de prezentare:

- Plasturi de 10 mg, 15 mg, 25 mg pentru 16 ore (Nicorette);
- Gume de 2 mg, 4 mg
- Spray oral de 1mg.

Doza de TSN trebuie adaptată nevoilor fiecărui fumător, dar câteva linii directoare sunt prezentate în Tabelul nr. 5.

Tabelul nr. 5: Recomandări generale pentru administrarea terapiei de substituție nicotinică*

Medicament	Plasture transdermic	Gumă	Spray oral
Cantitatea de nicotină conținută per unitate de produs	Plasture Pasul 1: 25 mg Plasture Pasul 2: 15 mg Plasture Pasul 3: 10 mg Plasturi cu eliberare de 16 ore	2 mg 4 mg	1 mg/ pulverizare
Doza	<p>Dacă fumează >20 țigări/zi sau punctaj ≥ 6:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1 plasture pasul 1/zi timp de 8 săptămâni, apoi - 1 plasture pasul 2/zi timp de 2 săptămâni, apoi - 1 plasture pasul 3/zi timp de 2 săptămâni. <p>Dacă fumează ≤20 țigări/zi sau punctaj <6:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1 plasture pasul 2/zi timp de 8 săptămâni, apoi - 1 plasture pasul 3/zi timp de 2 săptămâni. 	<p>Dacă prima țigară ≤30 min după trezire: 4 mg</p> <p>Dacă prima țigară > 30 min după trezire: 2 mg</p> <p>În săptămâna 1-6: 1 gumă la fiecare 1-2 ore</p> <p>În săptămâna 7-9: 1 gumă la fiecare 2-4 ore</p> <p>În săptămâna 10-12: 1 gumă la fiecare 4-8 ore</p> <p>Maxim 24 gume/zi</p>	<p>În săptămâna 1-6: 1-2 pulverizări/administrare (de obicei la un interval de 30-60 minute).</p> <p>În săptămânile 7-9: se reduce treptat nr. de pulverizări zilnice, până la jumătate din media numărului de pulverizări zilnice administrate inițial.</p> <p>În săptămânile 10-12: se continuă reducerea treptată a numărului de pulverizări zilnice, până la cel mult 4 pulverizări/ zi. Când se oprește utilizarea spray-ului bucofaringian</p> <p>Maxim: 2 pulverizări/administrare și 64 pulverizări/ zi</p>
Particularități de utilizare - Recomandări pentru fumător	<p>”-Schimbați zilnic locul de aplicare a plasturelui”</p> <p>-” Nu aplicați un nou plasture în același loc timp de cel puțin 1 săptămână.”</p>	<p>”- Mestecați încet fiecare gumă până când apare un gust de piper/mentol sau furnicături (~15-30 de mișcări)”</p> <p>-” Apoi plasați guma între obraz și gingie”</p> <p>-” Reluați mestecatul când furnicăturile dispar”</p> <p>- ”Repeți pașii de mai sus până când cea mai mare parte a nicotinei a dispărut (furnicăturile nu mai apar; în general, 30 de minute) ”</p> <p>- ” Schimbați amplasarea în diferite zone ale gurii!”</p>	<p>”Administrați spray-ul când ați fi fumat în mod normal o țigară sau dacă apare nevoia acută de fumat.</p> <p>-Spray-ul se administrează oral.</p> <p>-”NU miroșiți, înghițiți sau inspirați prin nas în timp ce vă administrați spray-ul! ”</p> <p>-„NU inhalați adânc în plămâni (ca o țigară) din spray!”</p> <p>-”Atenție pentru a evita pulverizarea în ochi.”</p>

Medicament	Plasture transdermic	Gumă	Spray oral
Precauții	Trebuie evitate tratamentele pentru tenul gras în zona în care este aplicat plasturele	Fără alimente sau băuturi cu 15 minute înainte sau în timpul utilizării, în special băuturi care scad pH-ul oral (de exemplu: cafea, băuturi carbogazoase)	
Durata	10-12 săptămâni	Până la 12 săptămâni	3 luni
Contraindicații	Nefumători Copii <18 ani (din cauza studiilor insuficiente) Hipersensibilitate la nicotină sau componentele produsului		
Precauții**	boli cardio-vasculare insuficiență renală sau hepatică diabet zaharat feocromocitom hipertiroidie necontrolată boli gastro-intestinale sarcină		
	În timpul efectuării RMN Boli cutanate extinse	Fumătorii care poartă proteze dentare	Pacienții cu susceptibilitate de angioedem și urticarie
Reacții frecvente secundare	Iritații locale Insomnie/ coșmaruri (mai ales dacă este purtat noaptea)	Reacții locale Sughiț Dureri maxilare Dureri epigastrice, dispepsie	Sughiț Senzație de greață Reacții locale

*Adaptat după FDA-Approved Medications for Smoking Cessation și Rezumatului caracteristicilor produsului aprobat de ANMDDMR

**Necesită evaluare risc-beneficiu, ținând cont de efectele continuării fumatului.

Fumătorii care folosesc un singur tip de TSN și tot simt nevoia acută de a fuma, pot utiliza terapia combinată: un plasture (pentru administrarea continuă de nicotină) și un produs cu administrare orală (când simte nevoia imperioasă de a fuma, pentru ameliorarea rapidă a acuzei). Se recomandă utilizarea unui singur tip de produs nicotinic "la nevoie" (gumă sau spray) într-o zi (24 de ore).

6.4.2. Medicamente fără nicotină

Bupropion (Zyban)



Recomandare

Asocierea bupropion cu plasturi cu nicotină poate fi luată în considerare la fumătorii care nu au reușit să renunțe doar cu unul din medicamente, administrat corect. Tensiunea arterială va fi monitorizată. 1C



Recomandare

Bupropion este eficace pentru fumătorii cu dependență de nicotină și care doresc să renunțe la fumat, dacă nu au contraindicații. 1A

- **Acțiune:** mecanismul precis nu este bine cunoscut dar se presupune că este blocant al recaptării de dopamină și adrenalină, și blocant al receptorilor acetilcolinergici de tip nicotinic.
- **Efecte:** reduce nevoia acută de fumat („*craving*”) și reduce unele simptome de sevraj nicotinic.
- **Reacții secundare posibile:** cele mai frecvente sunt:

- convulsii (0,1%);
- scăderea duratei somnului, mai ales prin trezire mai matinală;
- cefalee, gură uscată, anxietate.
- **Contraindicații:**
 - Persoane cu o afecțiune convulsivă prezentă sau cu antecedente de convulsii.
 - Pacienții cu tumoare cunoscută a sistemului nervos central (SNC).
 - Tulburări ale comportamentului alimentar.
 - Persoane care primesc inhibitori de monoaminoxidază: este necesar un interval de cel puțin 14 zile între întreruperea IMAO ireversibili și inițierea tratamentului cu bupropionă. Pentru IMAO reversibili, o perioadă de 24 de ore este suficientă.
 - Boală bipolară.
 - Ciroză hepatică severă.
 - Sevrăj alcoolic sau de benzodiazepine.
 - Hipersensibilitate sau alergie la bupropion ori la oricare dintre excipienți.
 - Sarcina.

Se recomandă precauție la persoanele care primesc medicamente ce scad pragul convulsivant: antidepresive orale, antidiabetice orale.

Deși la introducerea pe piață au existat raportări ale unor efecte secundare cardiace (creșterea tensiunii arteriale, risc crescut de stop cardiac), studiile ulterioare au dovedit că aceste efecte nu apar mai frecvent comparativ cu placebo (RR: 0,77). De aceea, se pot recomanda persoanelor cu boli cardiovasculare, singura precauție ce se poate lua fiind la persoanele care primesc și plasturi cu nicotină (se recomandă măsurarea TA).

Formă de prezentare: cutie cu 30 comprimate cu 150mg bupropion, pentru uz oral.

Recomandări de administrare: pacientul începe tratamentul cu 1 cp./ zi timp de 3 zile, apoi crește doza la 1 cp. x 2/ zi până la sfârșitul tratamentului. În primele 7 zile poate fuma *ad libitum* iar în ziua a 8-a oprește complet fumatul. Se poate accepta ca pacientul să continue să fumeze până în a 14-a zi, dar e recomandat ca medicul să îl susțină pe pacient pentru a opri fumatul din ziua a 8-a (v. Tabelul nr. 6). Între două administrări succesive trebuie să existe un interval de minimum 8 ore.

Durata tratamentului: 7 – 9 săptămâni.

Vareniclina (Champix)



Recomandare

Vareniclina este eficace pentru fumătorii cu dependență de nicotină și care doresc să renunțe la fumat, dacă nu au contraindicații. 1A

Tratamentul cu vareniclină crește de aproape 3 ori rata de succes a renunțării la fumat, la 12 luni, comparativ cu placebo (OR= 2,88), de 1,6 ori comparativ cu bupropion, de 1,51 ori comparativ cu plasturii cu nicotină și de 1,72 ori comparativ cu guma cu nicotină.⁴¹

- **Acțiune:** vareniclina este un agonist parțial pentru receptorii acetilcolinergici de tip nicotinic, subtipul a4b2. Astfel, având afinitate mare pentru receptorii a4b2, determină atât un efect agonist - scăderea simptomelor de "*craving*" (nevoia acută, imperioasă de a fuma) și de sevrăj - cât și antagonist – nicotina din țigara fumată de pacient nu se poate atașa corespunzător de receptori, împiedicând apariția senzațiilor de plăcere și de recompensă.
- **Efecte:**
 - reduce dorința acută, imperioasă de a fuma (*craving*);
 - reduce unele simptome de sevrăj;
 - scade plăcerea de a fuma și senzația de „recompensă” a fumatului.
- **Reacții secundare posibile:** cele mai frecvente sunt:
 - senzația de greață, dispepsie, meteorism abdominal;
 - coșmaruri, insomnie;
 - cefalee.
- **Contraindicații:**

- hipersensibilitate sau alergie la vareniclină;
- sarcina.

Se recomandă precauție și scăderea dozei la persoanele cu insuficiență renală cronică severă, dar nu este necesară ajustarea dozei la persoanele cu insuficiență hepatică.

La introducerea pe piață a vareniclinei, au fost raportate efecte secundare de natură psihiatrică (idei suicidare, depresie, modificări comportamentale) sau cardiacă (evenimente cardiace non-fatale, boală vasculară periferică nou diagnosticată). Studii efectuate în perioada 2006 – 2018 au demonstrat că nu există un exces semnificativ de evenimente psihiatrice (RR: 0,53) sau cardiace (OR= 1,26)^{41,42} o bună parte din reacțiile adverse raportate fiind datorate publicității ori suprapunerii cu simptome ale sevrajului nicotinic. Cu toate acestea, medicii sunt sfătuiți să-și monitorizeze pacienții și, la apariția unor simptome de natură psihiatrică sau cardiacă, să oprească tratamentul.

- Formă de prezentare:
 - cutie de inițiere a tratamentului, cu 11 comprimate de 0,5 mg vareniclină și 14 cp. de 1mg vareniclină, pentru uz oral;
 - cutie de continuare a tratamentului, cu 28 comprimate de 1mg vareniclină, pentru uz oral.

Mod de administrare:

- pacientul începe tratamentul cu 1 cp. de 0,5 mg/ zi timp de 3 zile, apoi crește doza la 1 cp. de 0,5 mg x 2/ zi, până în ziua a 7-a a tratamentului;
- din ziua a 8-a, pacientul crește doza la 1 cp. de 1mg x 2/ zi, până la sfârșitul tratamentului;
- în primele 7 zile poate fuma *ad libitum*, iar în ziua a 8-a oprește complet fumatul. Se poate accepta ca pacientul să continue să fumeze până în a 14-a zi, dar e recomandat ca medicul să îl susțină pe pacient pentru a opri fumatul din ziua a 8-a;
- durata tratamentului: 3 luni, dar se poate extinde la 6 luni și chiar la 12 luni (v. Tabelul nr. 6).

Tabelul nr. 6: Recomandări generale pentru administrarea de bupropion și vareniclină

	Administrare	Durata	Indicații speciale	Contraindicații	Reacții secundare
Bupropion	Ziua 1-3: 1cp./zi Ziua 4-60: 1cp. X 2/zi În primele 7-14 zile, poate fuma. Cel târziu din ziua a 15-a, oprește TOTAL fumatul!	2 luni	Pacienți cu depresie, boli cardiace, boli pulmonare. Crește abținerea pe termen scurt a pacienților cu schizofrenie.	Fumători ocazionali Copii <18 ani Persoane cu istoric de convulsii sau pierderi de cunoștință Tulburări ale comportamentului alimentar Persoane care primesc inhibitori de monoaminooxidază Boală bipolară Ciroză hepatică severă Sevraj alcoolic sau de benzodiazepine Hipersensibilitate sau alergie la bupropion Sarcină	Convulsii (0,1%) Scăderea duratei somnului Cefalee, gură uscată anxietate Este necesară monitorizarea reacțiilor cardiace și psihiatrice.

	Administrare	Durata	Indicații speciale	Contraindicații	Reacții secundare
Vareniclină	Ziua 1-3: 1cp. 0,5mg x1/zi Ziua 4-7: 1cp. 0,5mg x2/zi Ziua 8-90: 1cp. 1mg x2/zi În primele 7-14 zile, poate fuma. Cel târziu din ziua a 15-a, oprește TOTAL fumatul!	3 luni	Pacienți care primesc medicamente cu contra-indicație la bupropion Pacienți cu boli hepatice Înjumătățirea dozei la pacienții cu insuficiență renală cronică severă.	Fumători ocazionali Copii <18 ani Hipersensibilitate sau alergie la vareniclină Sarcina	Senzația de greață dispepsie, meteorism abdominal Coșmaruri, insomnie Cefalee Este necesară monitorizarea reacțiilor cardiace și psihiatrice.

Citizina (Defumoxan)

Citizina este un agonist parțial pentru receptorul de acetilcolină nicotinic $\alpha 4\beta 2$.

Este un derivat din planta *Cytisus laburnum* și a fost folosit pentru renunțarea la fumat din 1964, în Bulgaria (sub denumirea comercială de Tabex), iar actual este aprobat în 18 țări, mai ales din Europa Centrală și de Est. Deși a fost studiat în ultimii 15 ani mai ales datorită costului scăzut, totuși dovezile referitoare la eficiență nu au fost suficiente pentru a fi aprobat în țări precum Statele Unite sau Europa de Vest. De exemplu, într-o metaanaliză publicată în 2019, prin comparație cu placebo, după 6 luni de la începutul tratamentului, RR pentru menținerea abinenței este de 1,74. Sunt studii care arată o mai mare eficiență decât substituției de nicotină, dar studiile care compară citizina cu vareniclina, deși puține, arată totuși superioritatea vareniclinei.⁴⁸

Efectul resimțit de fumător este asemănător cu cel produs de vareniclină, iar efectele secundare sunt mai ales de tip gastrointestinal (greață, vărsături, durere epigastrică), cefalee, uscăciunea gurii și tulburări de somn.

Mod de administrare: conform RCP (disponibil la www.anm.ro/_/_PRO/PRO_10506_26.01.18.pdf), durata tratamentului este de 25 de zile, iar fumătorul trebuie să oprească fumatul cel târziu în ziua a 5-a de tratament (v. Tabelul nr. 7). Fumatul nu trebuie continuat în timpul tratamentului, deoarece acest lucru ar putea agrava reacțiile adverse. În caz de eșec al tratamentului, tratamentul trebuie întrerupt și poate fi reluat după 2 - 3 luni.

Tabelul nr. 7: Recomandări generale pentru administrarea citizinei

Zile de tratament	Doza recomandată	Doza zilnică maximă
Zilele de la 1 la 3	1 comprimat la fiecare 2 ore	6 comprimate
Zilele de la 4 la 12	1 comprimat la fiecare 2,5 ore	5 comprimate
Zilele de la 13 la 16	1 comprimat la fiecare 3 ore	4 comprimate
Zilele de la 17 la 20	1 comprimat la fiecare 5 ore	3 comprimate
Zilele de la 21 la 25	1 - 2 comprimate pe zi	Până la 2 comprimate



Se recomandă asocierea consilierii cu medicația pentru tratarea dependenței nicotinică ori de câte ori este posibil deoarece asocierea este mai eficientă decât dacă oricare din metode ar fi aplicată singular.
1A

Medicina de precizie⁹⁶

Acest tip de terapie este o abordare în curs de dezvoltare și își propune să pună la dispoziția clinicienilor instrumente care să prezică rapid, eficient și precis cel mai potrivit tratament pentru un pacient, pe baza factorilor genetici și a stilului de viață. De exemplu, rata cu care se metabolizează nicotina ar putea fi folosită pentru selectarea medicamentelor. În studii retrospective, metabolizatorii lenți nu au primit niciun beneficiu de la bupropion sau vareniclină dar au răspuns bine la plasturele de nicotină, și au experimentat mai multe efecte secundare ale vareniclinei. Metabolizatorii normali au răspuns mai bine la bupropion sau vareniclină comparativ cu plasturele.

Variația farmacogenomică din regiunile genice care influențează neurotransmisia dopaminergică, expresia receptorului pentru nicotină și metabolismul nicotinei și altor medicamente, ar putea fi folosită pentru a prezice răspunsul la diferite medicamente. De exemplu, există studii care sugerează eficacitatea superioară a vareniclinei față de bupropion și NRT în rândul femeilor, dar și că anumite afecțiuni psihice ar putea modifica răspunsul la terapiile comportamentale și farmacologice recomandate pentru oprirea fumatului.

Noi produse cu nicotină și/ sau tutun

În afara celor enumerate mai sus, există în prezent păreri divergente în legătură cu utilizarea pentru tratamentul pacienților fumători care vor să oprească fumatul, a țigării electronice și produselor din tutun încălzit.

Țigările electronice sunt considerate un instrument pentru renunțarea la fumat de către autoritățile medicale din unele țări, cum ar fi Marea Britanie. Până în prezent, există studii care sugerează că utilizarea lor ar fi mai eficientă decât TSN în reducerea fumatului.⁹⁶ Însă, din cauza incertitudinii și suspiciunilor care planează asupra multor studii și rapoarte dar și a diversității produselor, OMS consideră că potențialul țigărilor electronice de a juca un rol în intervențiile pentru renunțare la fumat la nivel populațional este neclar și nu sprijină utilizarea lor ca ajutor pentru oprirea consumului de tutun.⁹⁴ Din ce în ce mai multe studii arată că folosirea lor a fost asociată cu afectare pulmonară, iar efectele la distanță asupra sănătății pulmonare și cardiovasculare sunt insuficient cunoscute.

Prin gesturi similare fumatului, utilizatorii produselor din tutun încălzit (heated tobacco products – HTP) inhalează aerosolii cu nicotină și substanțe chimice similare cu cele generate de țigările convenționale (dar în unele cazuri la niveluri mai scăzute), dar și substanțe chimice noi care nu sunt întâlnite în emisiile țigărilor convenționale și care ar putea aduce un plus de toxicitate și afectare a organismului. Aceste produse sunt promovate de producători prin intermediul rețelelor de socializare ca o soluție pentru unii fumători, în sensul de a trece de la țigările convenționale la noile produse „mai puțin riscante”. Dovezile actuale nu susțin că HTP sunt folosite exclusiv ca înlocuitori pentru țigări, deoarece sunt folosite atât de tinerii nefumători, ca produse de inițiere a fumatului, dar și de către fumători pentru a înlocui țigările în locuri publice unde fumatul produselor convenționale din tutun este interzis. Chiar dacă un utilizator de țigări se convertește total la HTP, aceasta nu ar constitui o încetare a consumului de tutun, întrucât comportamentul și dependența de nicotină rămân. OMS consideră că astfel de afirmații ale fumătorilor care trec de la țigări convenționale la utilizarea exclusivă a HTP sunt nefondate și nu încurajează utilizarea acestor produse.⁹⁴

6.5. POPULAȚII SPECIALE

6.5.1. Femeile însărcinate

Din cauza efectelor negative semnificative ale consumului de tutun asupra femeii însărcinate cât și asupra fătului și viitorului nou-născut, asistența medicală a femeilor însărcinate în vederea renunțării la fumat ar trebui să fie o prioritate pentru profesioniștii din sănătate care îngrijesc femeia gravidă, în mod special pentru medicii de familie. În plus, consumul de tutun în timpul sarcinii, mai ales în condițiile actuale de informare a populației, are și cauze socio-economice, de sănătate mentală, legate de mediul social sau de factori biologici, cauze care trebuie evaluate și adresate în timpul intervenției cadrului medical pentru încurajarea

abandonului tutunului v. Tabelul nr. 8).

Tabelul nr. 8: Cauze externe ce pot favoriza fumatul în timpul sarcinii¹⁰⁰

	Cauze	Mod de manifestare
Factori biologici (dependența de nicotină)	Efecte psihoactive ale nicotinei Sevrăjul nicotinic Vârsta mică	Plăcere, recompensă, relaxare Evitarea senzațiilor negative Mai ales tinerele <25 ani
Factori sociali (dependența socială)	Condiționările comportamentale Mediul familial Mediul profesional Statutul socioeconomic scăzut	Tabieturi, ticuri, obiceiuri Partenerul, prietenii, colegii fumători încurajează fumatul, fie și doar involuntar Lipsa opțiunilor, a informării, a resurselor financiare
Consumul de alcool, droguri	Asocieri comportamentale Condiționări biologice	Consum paralel Simptome de sevrăj comune
Boli asociate	Boli mentale: depresie, schizofrenia, boală bipolară, tulburări de personalitate ¹⁰¹	Simptome specifice bolii

Recomandări generale



Recomandare

Toate femeile însărcinate trebuie întrebată dacă fumează; gravidele fumătoare trebuie sfătuite să renunțe imediat la fumat; medicul va folosi argumente relevante, legate de beneficiile/pericolele pentru făt și nou născut și materiale educaționale destinate gravidelor. 1A



Recomandare

Toți profesioniștii din domeniul sănătății trebuie să sfătuiască femeia însărcinată și pe cea care alăptează să renunțe la fumat, în cazul în care este fumătoare. 1A



Recomandare

Ori de câte ori este posibil, femeia însărcinată care fumează trebuie să primească o intervenție psiho-socială individuală mai importantă decât sfatul minimal. 1A



Recomandare

Medicii trebuie să ofere intervenții eficiente pentru renunțarea la fumat încă din primul trimestru de sarcină, dar și pe parcursul întregii sarcini. Deși renunțarea la tutun în primele luni are cele mai multe efecte benefice, totuși abținerea de la fumat aduce beneficii oricând s-ar produce pe parcursul sarcinii. 1B

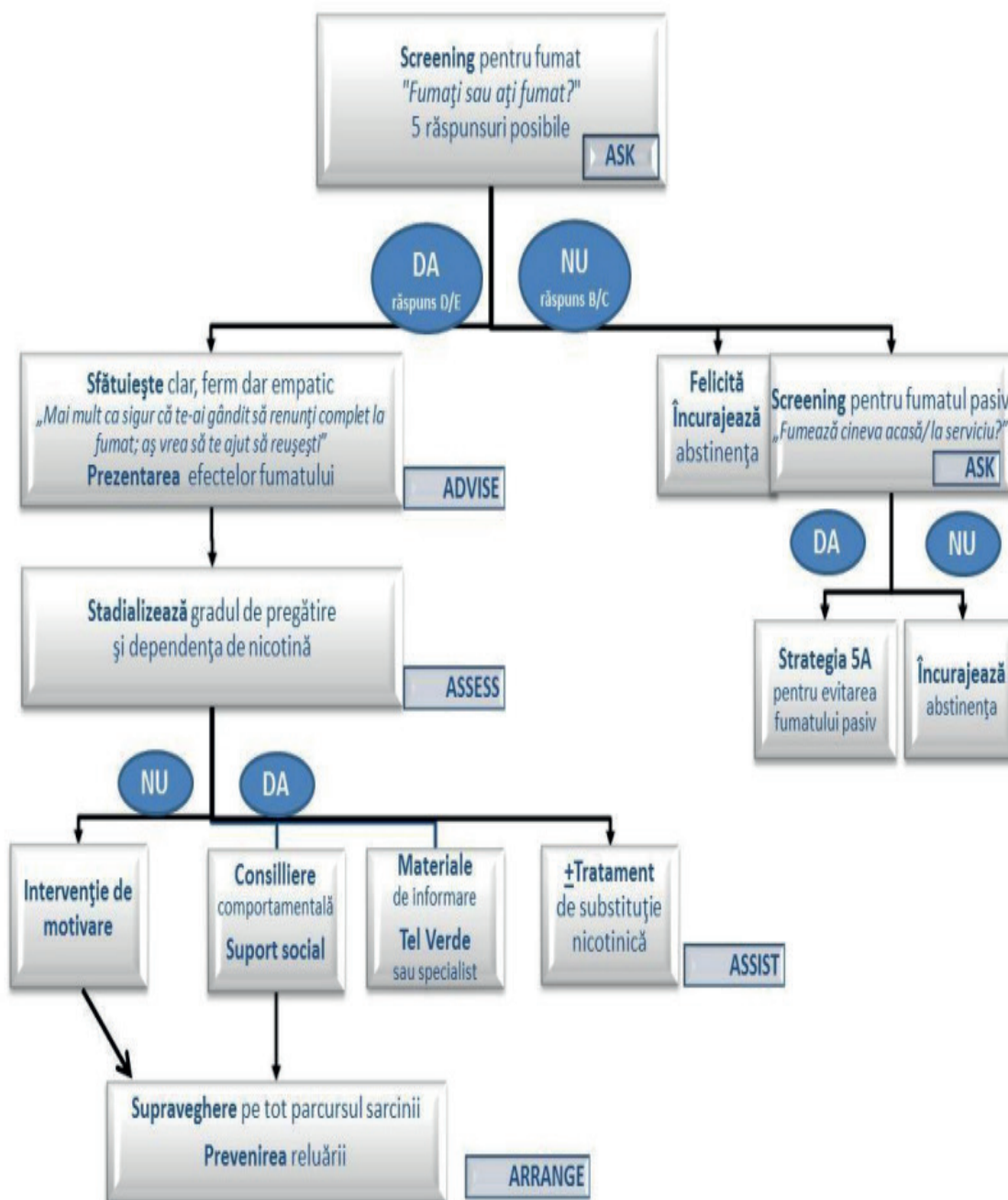


Recomandare

Utilizarea terapiei de substituție nicotinică poate fi recomandată femeii însărcinate dacă aceasta nu reușește să renunțe singură la tutun. Formele intermitente (gumă, spray) vor fi preferate în dauna plasturilor. 1C

Abordarea femeii gravide în vederea renunțării la fumat nu variază foarte mult față de abordarea oricărui fumător. American College of Obstetricians and Gynecologists a propus o adaptare¹⁰² a modelului 5A/ 5S dezvoltat de US Department for Health and Human Services (v. Figura nr. 4).

Figura nr. 4: Algoritm pentru asistența femeii însărcinate pentru renunțarea la fumat ¹⁰²



1. ASK/ Screening/ Întrebă privind consumul de tutun

- **Toate femeile însărcinate trebuie întrebate încă de la prima consultație și pe parcursul tuturor vizitelor antenatale dacă fumează sau au fumat, dar și dacă sunt expuse fumatului pasiv. A II**

Multe femei gravide evită să răspundă afirmativ datorită fricii de stigmatizare ori de critică, sau pentru că are sentimente de vină. De aceea se recomandă ca pacientei să i se ofere posibilitatea de a alege între mai multe răspunsuri:

- „Nu am fumat **niciodată** sau am fumat **mai puțin de 100 țigări pe parcursul vieții**”;
- „M-am lăsat de fumat înainte de a afla că sunt însărcinată, și acum nu mai fumez”.
- „M-am lăsat de fumat **după** ce am aflat că sunt însărcinată, și acum nu mai fumez”.
- „Mai fumez câteva, dar am redus numărul de țigări **de când** am aflat că sunt însărcinată”.
- „Fumez zilnic, cam la fel ca înainte să aflu că sunt însărcinată”.

Dacă pacienta s-a lăsat de fumat (răspuns B sau C): trebuie felicitată, încurajată să rămână nefumătoare pe timpul sarcinii și postpartum. Se poate discuta despre fumatul pasiv.

Dacă pacienta încă fumează (răspuns D sau E), se menționează statusul de fumătoare în fișa de observație și se parcurg următoarele etape.

Chiar dacă de cele mai multe ori femeile gravide fumează țigări din tutun, totuși ele trebuie întrebate explicit și dacă fumează țigări electronice, țigări încălzite ori alte produse din tutun.

2. ADVISE/Sfătuiește: toate femeile însărcinate care fumează trebuie sfătuite să renunțe la fumat, acordându-se mai mult timp decât în mod uzual.

Intervenția trebuie să fie mai cuprinzătoare decât simplul sfat minimal, atât ca varietate a subiectelor abordate cât și ca durată (5-15 minute). Față de simplul sfat minimal, astfel de intervenții cresc rata de succes a renunțării la fumat pe parcursul sarcinii cu 70% și există o relație doză-efect, dar până la o durată totală a consilierilor de până la 90 minute. Totuși, o astfel de intervenție minimală are o rată de succes mai mică la femeile cu dependență mare de nicotină.¹⁰⁴

Recomandarea de a renunța trebuie să fie fermă dar empatică, arătând că medicul înțelege dificultatea procesului dar că acesta este necesar pentru buna dezvoltare a fătului, evitându-se totodată discuțiile în contradictoriu.¹⁰³

Sfatul minimal pentru femeia însărcinată trebuie să cuprindă:

- Elemente despre riscurile pe care le are fumatul activ și pasiv pentru făt și evoluția sarcinii;¹⁰⁵
- Recomandarea de oprire COMPLETĂ a fumatului, nu de reducere,¹⁰⁵ deoarece:
 - Reducerea numărului de țigări fumate modifică comportamentul de a fuma (se inhalează de mai multe ori, mai adânc sau mai mult timp dintr-o țigară) pentru a se asigura aceeași cantitate de nicotină, ceea ce face să crească nivelul de gudron inhalat, în timp ce nicotemia rămâne constantă. Deci nu se obține niciun avantaj biologic.
 - Nu există un nivel „sigur” al nicotinemiei: orice nivel al concentrației de nicotină în sânge și orice expunere la fum de tutun crește riscul de efecte negative;¹⁰⁵
 - Beneficiile cele mai mari se obțin în urma eliminării complete a fumatului, nu a reducerii.
- Trimiterea la un specialist sau programarea la o consultație separată, pentru o abordare mai profundă.

Exemplu de începere a discuției: „**Mai mult ca sigur că te-ai gândit să renunți la fumat; aș vrea să te ajut să reușești**”.

3. ASSESS/ Stadializează dorința de a renunța la fumat în următoarele 30 de zile și dependența de nicotină.¹⁰⁶

Se realizează utilizând aceleași metode și instrumente ca și în cazul fumătorilor obișnuiți, ținând însă cont de particularitățile acestei perioade.¹⁰⁷

- - evaluarea trebuie făcută la fiecare vizită medicală a femeii însărcinate deoarece, deși oprirea fumatului la începutul sarcinii produce cel mai mare beneficiu pentru făt și viitoarea mamă, totuși renunțarea în orice moment al sarcinii poate produce beneficii.¹⁰⁴
- - abordarea pe baza modelului stadiilor schimbării al lui Prochaska și DiClemente nu este de dorit în sarcină din cauza urgenței luării deciziei de oprire a fumatului. De aceea trebuie ca tuturor femeilor însărcinate să li se ofere sprijin, indiferent de intenția lor de a renunța:¹⁰⁴
 - Dacă pacienta vrea să oprească fumatul, atunci se trece direct în etapa 4 – Assist/ Sprijin.
 - Dacă încă nu vrea/ nu este pregătită pentru oprirea fumatului, medicul trebuie să identifice motivul reticenței și să ofere sprijin pentru ca gravida să depășească aceste obstacole, folosind strategia 5 R.

Exemplu de explorare a reticenței de a opri fumatul: „**Este ceva care ar putea să te convingă să încerci să oprești fumatul?**”¹⁰⁷

Pe lângă motivele comune tuturor fumătorilor prezentate anterior (la descrierea strategiei 5 R), în cazul femeile însărcinate se recomandă evaluarea prezenței și a următorilor factori: depresia, anxietatea sau stresul legat de sarcină, violența domestică, probleme de cuplu, frica de îngrășare după renunțarea la țigări.¹⁰⁸

4. ASSIST/ Sprijin

Toate femeile însărcinate trebuie să primească sprijin pentru a renunța la fumat, indiferent dacă doresc sau nu să abandoneze tutunul.

Intervențiile de tip comportamental, indiferent de tipul de suport (social, comportamental, educațional, etc), au o rată de succes măsurată prin renunțarea la fumat la sfârșitul sarcinii, cu 44% mai mare în comparație cu

îngrijirea obișnuită. Mai mult, sunt studii care arată că gravidele care au primit consiliere psiho-comportamentală rămân abstinente inclusiv după naștere într-un procent mai mare decât cele care au primit îngrijirea obișnuită: de exemplu, la aproximativ 18 luni postpartum, probabilitatea ca femeile care au primit vreun tip de intervenție comportamentală în timpul sarcinii să fie abstinente este de 2,2 ori mai mare decât la cele care au avut îngrijirea obișnuită.¹⁰⁸

Principalele elemente ale acestor intervenții care și-au dovedit utilitatea⁸⁶ sunt:

- prezentarea de către medic a efectelor negative ale fumatului (2-3 minute);
- consilierea de către moașă/ asistentă referitor la „trucuri” pentru renunțarea la fumat, bariere;
- materiale de informare tipărite sau casete video;
- intervenție de motivare (90 minute);
- identificarea sprijinului social (partener, prieten, altă rudă, etc);
- stabilirea zilei din care oprește fumatul („Quit Day”).

Îndrumarea către o linie telefonică de renunțare la tutun poate fi benefică iar studiile care evaluează eficacitatea noilor tehnologii bazate pe computer au primit feedback pozitiv din partea gravidelor¹⁰⁷. Și în România, la numărul Tel Verde Stop Fumat 0800878673 se oferă informații, sprijin direct și consiliere care ajută femeile să renunțe la fumat și să rămână nefumătoare după naștere.

Există dovezi în curs de dezvoltare din unele țări că utilizarea stimulentei financiare poate fi mai eficientă decât alte intervenții, mai ales ca parte a unei strategii mai complexe¹⁰⁴. Astfel, evaluând diversele componente ale intervențiilor adresate femeilor însărcinate pentru a se lăsa de fumat, s-a calculat că existența stimulentei poate crește cu mai mult de trei ori rata de succes a abstenenței pe perioada sarcinii (OR= 3,23).¹⁰⁹

Deși datele sunt inconcludente cu privire la eficiența intervențiilor adresate partenerilor de viață ale celor care vor să renunțe la fumat,¹¹⁰ totuși, în cazul femeii însărcinate, se poate avea în vedere creșterea sprijinului familiei pentru ca gravida să nu mai fumeze,¹¹¹ mai ales prin:

- evitarea fumatului în casa și mașina femeii gravide;
- îndepărtarea țigărilor, scrumierelor, brichetelor din casă;
- evitarea locurilor și ocaziilor în care se fumează mai mult;
- măsuri de îndepărtare a mirosului de tutun al fumătorilor din anturajul femeii gravide (spălarea mâinilor și dinților, schimbarea hainelor, etc);
- evitarea criticării gravidei pentru faptul că fumează;
- abordarea cu calm și răbdare a momentelor în care se manifestă sevrajul de nicotină (nervozitate, iritabilitate, etc);
- distragerea atenției gravidei de la nevoia acută de a fuma sau din ocaziile în care asociază fumatul;
- evidențierea succeselor și a progreselor, fără a da importanță „scăpărilor” de o țigară;
- realizarea de planuri de sărbătorire a succesului.

Uneori, partenerul nefumător face presiuni asupra femeii gravide să renunțe, ceea ce poate conduce la conflicte și chiar la o creștere a fumatului femeii, caz în care se recomandă sfătuirea separată a celor doi soți.¹¹²

În România, în 2016 a fost dezvoltat programul *Quit Together*; un program de consiliere telefonică ținut pe comportamentul de fumat al cuplurilor în care femeia era însărcinată și bazat pe abordarea de tip MAPS (motivare și rezolvare a problemelor).¹¹³ Rezultatele preliminare au arătat că motivarea și consilierea telefonică a cuplului pot crește renunțarea la fumat în timpul sarcinii și că *Quit Together* poate fi un program eficient pentru renunțarea la fumat prenatală.¹¹⁴

Pentru gravidele pentru care doar consilierea comportamentală nu funcționează, dovezile care să susțină alte opțiuni de creștere a renunțării la fumat în timpul sarcinii sunt limitate.

În ceea ce privește recomandarea de TSN la gravide nu există un consens. Pe de o parte, puținele studii clinice care au evaluat eficacitatea TSN pentru renunțarea la fumat la femeile însărcinate nu au demonstrat o creștere semnificativă statistic a abstenenței, însă evenimentele adverse potențiale materne raportate includ doar o creștere ușoară a tensiunii arteriale diastolice și reacții ale pielii la platură, asemănătoare cu cele observate la femeile neînsărcinate.⁹⁶ Pe de altă parte, având în vedere că fumul de țigară conține substanțe nocive în plus față de nicotină, s-a sugerat că NRT poate fi mai sigur decât fumatul în timpul sarcinii. Utilizarea terapiei de înlocuire a nicotinei trebuie luată în considerare numai după o discuție detaliată cu pacienta despre riscurile cunoscute ale fumatului, riscurile posibile ale terapiei de substituție cu nicotină și necesitatea unei

supravegheri stricte.¹⁰⁴ Dacă medicul consideră că beneficiile renunțării la fumat sunt mai importante decât posibilele efecte secundare ale nicotinei din medicația de substituție nicotinică, iar gravida dorește cu adevărat să se lase de fumat, atunci se vor prefera formele cu eliberare intermitentă (gumă, spray) în locul plasturilor (care asigură o prezență permanentă a nicotinei în sânge).⁹⁶

În ceea ce privește recomandarea tratamentului cu bupropion și vareniclină, până de curând exista o reținere în prescriere din cauza lipsei studiilor.¹⁰⁴ Deși calitatea cercetărilor privind profilurile de siguranță pentru utilizarea vareniclinei și bupropionei nu este robustă, o revizuire sistematică recentă a 18 studii privind utilizarea bupropionului și vareniclinei în timpul sarcinii nu a demonstrat un risc crescut de anomalii congenitale, greutate mică la naștere sau naștere prematură.¹¹⁵ De aceea, în ultima recomandare a Colegiului American de Obstetrică și Ginecologie¹⁰⁷ se menționează că medicii pot prescrie gravidei bupropion sau vareniclină dar doar după o discuție comprehensivă cu gravida și doar dacă sunt familiarizați cu beneficiile, riscurile și posologia tratamentului.

În finalul consultației, pacientei i se poate recomanda să apeleze la un centru specializat sau la o linie telefonică dedicată (Tel Verde Stop Fumat: 0800878673).

5. ARRANGE follow-up/ Supraveghează

Pacientele care fumează sau au renunțat la fumat pe parcursul sarcinii trebuie monitorizate pe tot parcursul sarcinii și alăptării pentru a le oferi sprijinul adaptat:

- dacă încă fumează, se reia consilierea și se evaluează oportunitatea administrării de tratament de substituție nicotinică;
- dacă nu mai fumează, pacienta este felicitată și încurajată să nu reia fumatul nici postpartum.

Diversele studii arată că între 50% – 60% dintre femeile care renunță la fumat în timpul sarcinii reiau fumatul în primul an postpartum,¹⁰⁷ reluând riscul pentru sănătatea lor și a copilului lor. De aceea este necesar să se continue încurajarea și susținerea femeilor de a nu fuma și după naștere, mai ales prin abordarea factorilor asociați cu cel mai mare risc de recidivă a fumatului: partenerul sau un membru al familiei fumează, lipsa alăptării, intenția inițială de a renunța doar în timpul sarcinii, încredere scăzută în propria capacitate de a se menține nefumătoare¹⁰⁷ dar și creșterea semnificativă în greutate în timpul sarcinii ori stressul psihosocial în perioada postpartum.¹¹⁶

Următoarele abordări s-au dovedit utile pentru menținerea abstenenței și post-partum¹⁰⁷:

- Aplicarea modelului 5A/ 5S și la vizitele postpartum și abordarea posibilei recidive încă din ultimul trimestru de sarcină;
- Consiliere pozitivă: mesaje despre îmbunătățirea sănătății materne și a sugarului (inclusiv faptul că va avea mai multă energie), importanța unei case fără fum, aprecierea efortului femeii însărcinate de a opri fumatul;
- Informarea cu privire la consecințele asupra copilului ale fumatului mamei în timpul alăptării sau al membrilor familiei: risc de moarte subită a sugarului, astm, infecții respiratorii, colici, otită medie repetată.¹¹⁷ Nicotina este prezentă în laptele matern, putând astfel induce modificări la nivelul sistemului nervos al sugarului.
- Identificarea factorilor care au condus la recidivă și a elementelor care au funcționat inițial, cu dezvoltarea unui plan pentru a ști cum să facă față data viitoare;
- Dacă femeia recidivează, trebuie încurajată să încerce din nou, accentuând că reluarea „a fost o greșeală, nu un eșec” și că este util să renunțe imediat la fumat, îndepărtând toate obiectele legate de fumat.

Dacă femeia este îngrijorată de creșterea în greutate după naștere în timp ce încearcă să renunțe la fumat sau să se mențină nefumătoare, aceste sugestii ar putea să o ajute⁸⁶:

- Este util să se concentreze întâi pe oprirea fumatului și apoi pe pierderea în greutate (care necesită mai mult timp și mai mult efort);
- Alegerea alimentelor sănătoase, cu conținut scăzut de grăsimi, și activități fizice lejere precum merul pe jos;
- Dacă femeia nu alăptează, poate fi luat în considerare tratamentul farmacologic.

Alăptarea trebuie să fie întotdeauna încurajată și mama sfătuită să nu fumeze. Dacă, totuși, mama alege să reia/ să continue fumatul, atunci poate continua alăptatul dar cu minimizarea expunerii sugarului prin: inter-

zicerea fumatului în camera și în prezența sugarului; introducerea unor reguli cât mai stricte privind fumatul în spațiile în care are acces sugarul (inclusiv mașina); schimbarea hainelor și spălarea mâinilor după fumat și înainte de a manipula copilul (pentru evitarea ”fumatului la mâna a treia”).¹¹⁸

Recomandările menționate mai sus se aplică și țigărilor electronice¹¹⁸. Chiar dacă nu au fost încă publicate studii independente, principiul precauției ne îndeamnă să aplicăm aceleași măsuri și în ceea ce privește fumatul de țigări încălzite, dat fiind că acestea conțin tot tutun care este utilizat în urma unui proces de combustie (fie și parțială).

În concluzie, Colegiul American de Obstetrică și Ginecologie¹⁰⁷ dar și Academia Americană de Pediatrie¹¹⁸ recunosc sarcina și alăptarea drept două momente ideale pentru a promova renunțarea la tutun și la fumat.

6.5.2. Adolescenții

Există o asociere cauzală dovedită între acțiunile de marketing ale industriei tutunului și inițierea și continuarea consumului de produse care conțin tutun de către adolescenți¹¹⁹ iar temele care s-au dovedit a fi eficace pentru atragerea lor au fost aplicate și în marketingul țigărilor electronice.¹²⁰ Faptul că publicitatea influențează percepția adolescenților cu privire la efectele negative ale țigărilor electronice (în special pentru rețelele sociale) trebuie cunoscut de părinți, educatori și profesioniștii din sănătate pentru a contracara mesajele înșelătoare ale producătorilor (de ex. ”*țigările electronice sunt mai sănătoase*”) cu o susținere din partea întregului anturaj al adolescentului, strategie ce se dovedește eficace.¹²¹

Recomandări generale:



Recomandare

Medicii trebuie să întrebe copiii și adolescenții despre consumul de tutun și de țigări electronice și să ofere un mesaj puternic despre importanța abstenenței totale față de consumul de tutun. IC⁸⁶,¹²³



Recomandare

Medicii de familie trebuie să ofere intervenții, inclusiv educație sau consiliere scurtă, pentru a preveni inițierea consumului de tutun și de țigări electronice în rândul copiilor și adolescenților de vârstă școlară.¹²² IB

Dovezile actuale sunt insuficiente pentru a evalua balanța beneficiu-risc pentru intervențiile ce pot fi oferite în asistența medicală primară pentru oprirea consumului de tutun în rândul copiilor și adolescenților de vârstă școlară.¹²³



Recomandare

Medicii care îngrijesc copii trebuie să îi întrebe pe părinți dacă fumează și să îi ajute să abandoneze fumatul pentru ca să-i proteje pe copii de efectele fumatului pasiv, fiind dovedit că fumul de tutun afectează copiii iar consilierea crește abstenența în rândul părinților. IB⁸⁶

Conform Global Youth Tobacco Survey 2017, în România, 14,6% dintre elevii cu vârsta între 13 și 15 ani consumau produse din tutun (8,6% țigări cu combustie, 3,1% produse din tutun încălzit, 8,2% țigări electronice), motivele principale pentru care au început fiind presiunea anturajului (familie, școală, prieteni), publicitatea și media, teama de îngrășare.¹²³

Studiile demonstrează că, la adolescenți, *dependența de nicotină apare mai repede* și după cantități mult mai mici de nicotină decât la adulți, din cauza particularităților structurilor cerebrale implicate în procesele adictive.¹²⁴ Acesta este unul din motivele pentru care trebuie descurajat consumul de țigări electronice în rândul copiilor și adolescenților, pe lângă riscurile induse de prezența substanțelor toxice în vaporii inhalați.¹²⁵ Studiile sunt suficiente pentru a concluziona că există o asociere cauzală puternică între fumatul activ la adolescenți și inducerea dependenței de nicotină, funcția pulmonară redusă și dezvoltarea improprie a plămânului, astm bronșic (la adolescenții susceptibili) și ateroscleroza aortică abdominală precoce (în perioada de adult).¹²⁰

Recomandările actuale¹²³ pentru abordarea practică de către medicii de familie a adolescenților, cu privire la consumul de produse din tutun, sunt ca medicii să facă screening-ul consumului de tutun în rândul acestora

(inclusiv în ceea ce privește utilizarea țigărilor electronice), să le ofere consiliere pentru a preveni începerea fumatului și să folosească raționamentul clinic pentru a decide cum îi pot ajuta cel mai bine pe tinerii care consumă tutun. Aceleași recomandări ar putea fi extinse și pentru produsele din tutun încălzit, dat fiind faptul că tutunul pe care îl conține este folosit tot prin combustie, chiar dacă este parțială.

1. Screening pentru consumul de tutun

Toți copiii și adolescenții trebuie întrebați dacă fumează (produse din tutun, țigări electronice) deoarece toți sunt considerați expuși riscului de a iniția consumul de tutun, în special din cauza acțiunilor de marketing ale industriei tutunului.

2. Sprijin pentru adolescenții care nu consumă tutun

Intervenții pentru prevenirea inițierii consumului de produse din tutun de orice fel, inclusiv țigări electronice, trebuie aplicate tuturor tinerilor care nu au început încă să folosească aceste produse.

Există factori care pot crește riscul consumului de tutun: sexul masculin, mediul rural, părinți cu niveluri de studii mai scăzute, părinți fumători, prieteni care fumează, evenimente extrem de stresante, percepția că fumatul are risc scăzut.¹²³ Este util a identifica acești factori de risc în vederea adaptării intervențiilor de consiliere comportamentală.

Intervenții pentru consilierea comportamentală care s-au dovedit eficiente¹²³ sunt: consiliere față-în-față, telefonică sau folosind programe pentru calculator (mai ales pentru copiii cu vârsta peste 10 ani), materiale tipărite (mai ales pentru copiii mici). Și părinților trebuie să li se ofere consiliere, materialele tipărite sau abordarea telefonică fiind mai eficiente. În ciuda așteptărilor, o metaanaliză recentă¹²⁶ arată că eficiența diferitelor tipuri de intervenții nu diferă semnificativ statistic în funcție de durata, tipul, locația (cabinet medical sau altă locație) ori ținta (copil sau părinte) intervenției. Per total, se estimează că intervențiile comportamentale determină o reducere a riscului relativ (RR) de 0,82 pentru inițierea fumatului.

Având în vedere particularitățile României – mai ales faptul că în spațiile publice închise nu se respectă reglementările de limitare a fumatului, minorii își cumpără țigări deși este interzisă vânzarea produselor din tutun către minori, iar în școli se fumează în ciuda regulamentelor de ordine interioară – recomandările internaționale privitoare la consumul de tutun ar trebui aplicate de către medicii de familie care îngrijesc și minori, chiar dacă nu au grad maxim de certitudine.

În consilierea pentru adolescenți, se recomandă ca medicii să țină cont de faptul că

tinerii sunt mai interesați de efectele imediate asupra aspectului lor fizic și de aspectele financiare decât de viitoarele beneficii asupra sănătății (care sunt percepute ca incerte), motiv pentru care pot prezenta mai degrabă avantajele non-fumatului (să nu înceapă sau să renunțe cât mai curând): arăți mai bine, ai o sumă în plus pentru cheltuieli proprii, nu îți miroase gura, ai dinți albi și nu galbeni, îți crește potența, eviți multe substanțe toxice, ai control asupra propriului comportament, ai șanse mai mari să nu te îmbolnăvești.⁹²

USPSTF concluzionează că dovezile privind intervențiile de prevenire a fumatului de produse din tutun (țigări, narghilea, cigarillos, tutun încălzit) se pot aplica și țigărilor electronice.

3. Sprijin pentru adolescenții care consumă tutun

a. Intervențiile de tip comportamental

Și în cazul adolescenților se recomandă utilizarea modelului 5A/ 5S, adaptat situației și nevoilor adolescentului. Astfel, tânărul trebuie întrebat despre fumat (ce, cât, cât de des), apoi sfătuit să renunțe, evaluat și sprijinit să oprească consumul de tutun, folosind tehnici ale interviului motivațional și de schimbare a comportamentului.¹²⁷

Punctul de vedere al US Preventive Services Task Force,¹²³ însușit și de alte organizații, este că dovezile actuale sunt insuficiente pentru a stabili cu certitudine dacă se recomandă sau nu acordarea de intervenții comportamentale pentru adolescenți în vederea opririi consumului de tutun, deoarece studiile existente sunt prea heterogene și prea slabe pentru a detecta un beneficiu. Pe de altă parte, pe baza absenței dovezilor privind consecințele negative ale intervențiilor comportamentale, naturii neinvazive a acestora și nivelului scăzut al probabilității unor vătămări grave, se consideră că sunt dovezi suficiente pentru a susține că riscul intervențiilor de consiliere comportamentală este mic.

b. Tratament medicamentos

Sunt foarte puține studii care au evaluat eficiența tratamentului de substituție sau cu bupropion pentru renunțarea la fumat a adolescenților, și niciunul nu a raportat o îmbunătățire a ratei de succes.¹²³

Terapia de substituție cu nicotină cu plasturi a fost asociată cu mai multe dureri de cap, tuse, vise anormale, dureri musculare și reacții adverse față de placebo.¹²⁸

Trebuie menționat că niciun medicament nu este aprobat în prezent de Agenția Națională a Medicamentelor și Dispozitivelor Medicale pentru tratamentul dependenței tabagice la copii și adolescenți.

În concluzie, recomandările organizațiilor de specialitate (US Preventive Services Task Force susținut de American Academy of Pediatrics și American Academy of Family Physicians) sunt de a folosi raționamentul clinic pentru a decide cum pot fi ajutați cel mai bine adolescenții pentru a opri consumul de tutun. În schimb, intervențiile pentru prevenirea debutului sunt eficiente și necesare, și trebuie adresate atât adolescenților cât și părinților.

4. Intervenții adresate părinților copiilor care se prezintă la consultații

Medicul de familie poate oferi părinților fumători ai copiilor care se prezintă pentru consult, informații despre efectele *fumatului pasiv asupra copiilor*, fapt care conduce la scăderea atât a expunerii la fum a copiilor cât și a consumului de tutun al părinților.⁸⁶

De asemenea, poate implica familia în acțiuni de prevenire a fumatului copiilor, chiar dacă adesea părinții subestimează probabilitatea ca copilul lor să participe la comportamente riscante, inclusiv fumatul.¹²⁹ În plus, cei mai mulți adolescenți sunt în sprijinul unei intervenții puternice a părinților pentru a-i ajuta să se abțină de la fumat dar preferă ca acest lucru să nu fie făcut într-o manieră punitivă.¹³⁰

Studiile sugerează că elementele-cheie pentru ca intervențiile familiei să fie eficiente în prevenirea fumatului sunt: educația parentală cu autoritate (care combină atitudinea exigentă cu receptivitatea față de nevoile copiilor) și nu cea permisivă; contactele frecvente cu medicii de familie; nivelul de motivare a părinților și familiei; sprijinul telefonic pentru părinți și copii; educația pozitivă și sprijinul familiei.¹³¹

Regulile confidențialității consultației medicale a adolescentului nu sunt încălcate dacă medicul oferă sprijin părinților acestuia în legătură cu consumul de tutun și renunțarea la fumat.⁸⁶

6.5.3. Adulții vârstnici

Studiile care evaluează eficacitatea abordării 5A/ 5S la pacienții cu vârsta peste 50 ani nu sunt foarte numeroase deoarece, de cele mai multe ori, la aceștia coexistă boli provocate de fumat care au evoluție și prognostic ameliorate când este oprit fumatul. Oricum, sfatul minimal, consilierea, materialele adaptate, sprijinul social, dar și toate medicamentele recomandate pentru tratamentul dependenței de nicotină sunt eficiente și la această vârstă.

Recomandarea de a apela linia telefonică gratuită pentru consiliere antifumat STOP FUMAT este de ajutor în special vârstnicilor cu mobilitate redusă sau care nu pot primi tratament datorită interferențelor medicamentoase.⁸⁶

6.5.4. **Persoanele cu boli cronice care au fumatul ca factor de risc**



Recomandare

Renunțarea la fumat trebuie să fie un obiectiv important în managementul pacienților care suferă de boli provocate de fumat. Sunt suficiente dovezi care atestă că fumatul este un factor major de risc în recurența sau agravarea bolilor provocate de consumul de tutun. 1A⁸⁶

Nu trebuie omis faptul că momentul diagnosticului unei astfel de boli este o excelentă oportunitate pentru a aduce în discuție renunțarea completă la fumat (reducerea nu este eficientă) și motivarea pacientului prin prisma beneficiilor pe care le aduce renunțarea la fumat: scăderea riscului de deces prin boli coronariene, BPOC, cancer; reducerea riscului de osteoporoză; ameliorarea circulației cerebrale.



Recomandare

Oprirea fumatului trebuie recomandată indiferent de riscul câștigului ponderal, deoarece beneficiile în raport cu riscul de boală cardiovasculară aterosclerotică sunt mai mari. 1B

Oprirea fumatului se poate asocia cu un câștig ponderal, în medie de circa 3,4 kg în populația generală, ceea ce poate îngrijora cu privire la o eventuală creștere a riscului cardiometabolic. Însă, studiile arată că adulții care au renunțat la fumat au un risc de deces prematur semnificativ mai mic decât cei care au continuat fumatul, indiferent de câștigul ponderal. Mai mult, creșterea în greutate nu s-a asociat cu creșterea riscului de boli cardiovasculare, diabet zaharat de tip 2, cancer sau BPOC.¹³²

Concluzie

Scopul intervențiilor pentru oprirea fumatului este de a ajuta fumătorii să renunțe pentru totdeauna la orice formă de consum de tutun sau nicotină. Prin tratarea dependenței biologice de nicotină, specialiștii din domeniul sănătății îl ajută pe fumător să treacă peste simptomele de sevraj nicotinic.

Ghidurile OMS și IPCRG optimizează oportunitățile de sprijinire a pacienților medicilor de familie pentru renunțarea la tutun (farmacoterapie și intervenții comportamentale) astfel încât intervențiile să fie atât eficiente cât și eficiente din punct de vedere al utilizării resurselor, depășindu-se astfel etapa abordării empirice a fumătorului.

BIBLIOGRAFIE

1. Centers for disease Prevention and Control, Smoking and Tobacco Use, Fast Facts and Fact Sheets, <https://www.cdc.gov/tobacco/index.htm>. Accesat 1 octombrie 2022.
2. World Health Organization, Tobacco, Key Facts, 24.05.2022, <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>. Accesat 1 octombrie 2022.
3. European Commission, Public Health. Tobacco Overview, https://health.ec.europa.eu/tobacco/overview_en. Accesat 1 octombrie 2022.
4. Institutul Național de Sănătate Publică, Ministerul Sănătății, Organizația Mondială a Sănătății, US Centers for Disease Control and Prevention. Studiul global privind tutunul la adulți (GATS) 2018. <https://insp.gov.ro/centrul-national-de-evaluare-si-promovare-a-starii-de-sanatate-cnepss/proiecte-si-parteneriate/gats-Romania-studiul-global-privind-tutunul-la-adulti>. Accesat 1 octombrie 2022.
5. Organizația Mondială a Sănătății. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study 2018. <https://hbsc.org/network/countries/Romania>. Accesat 1 octombrie 2022.
6. European Commission. Attitudes of Europeans towards tobacco and electronic cigarettes. 2020. <https://europa.eu/eurobarometer/surveys/detail/2240>. Accesat 1 octombrie 2022.
7. World Health Organization Framework Convention on Tobacco Control, <https://fctc.who.int/who-fctc/overview>. Accesat 1 octombrie 2022.
8. World Health Organization MPOWER, <https://www.who.int/initiatives/mpower>.
9. World Health Organization Global Strategy to Accelerate Tobacco Control: Advancing Sustainable Development through the Implementation of the WHO FCTC 2019–2025, <https://fctc.who.int/who-fctc/overview/global-strategy-2025>.
10. 2035 Prima Generație Fără tutun, <http://2035faratutun.ro/>.
11. Institutul Național de Sănătate Publică, Centrul Național de Studii pentru Medicina Familiei, ALIAT – Alianța pentru Lupta împotriva Alcoolismului și Toxicomaniilor. Programul RO 19 „Initiative în sanatatea publica”. Interventii la mai multe niveluri pentru prevenția bolilor netransmisibile (BNT) asociate stilului de viață în România – Fumatul. 2016. https://cnsmf.ro/ghidprevenitie/GhidPrevenitie_Vol4.pdf.
12. Frank L J Visseren et al. 2021 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. *European Heart Journal*, Volume 42, Issue 34, 2021, Pages 3227–3337, <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehab484>
13. National Institute for Health and Care Excellence, Tobacco: preventing uptake, promoting quitting and treating dependence, 30.11.2021, <https://www.nice.org.uk/guidance/ng209>.
14. Global Initiative for Asthma (GINA). Global Strategy for Asthma Management and Prevention. 2022. www.ginasthma.org/reports
15. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (COPD). Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of COPD, 2022 Report, 1-45. <https://goldcopd.org/2022-gold-reports-2>
16. Organizația Mondială a Sănătății. Questions and answers/Tobacco: E-cigarette. 2022. <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/tobacco-e-cigarettes>
17. Cambridge University Press. Cambridge Advanced Learner’s Dictionary & Thesaurus. <https://dictionary.cambridge.org/dictionary/english/vaping>
18. U.S. Department of Health and Human Services. The Health Consequences of Smoking—50 Years of Progress: A Report of the Surgeon General (Executive Summary). 2014. <https://www.hhs.gov/sites/default/files/consequences-smoking-exec-summary.pdf>

19. U.S. Department of Health and Human Services. The Health Consequences of Smoking—50 Years of Progress: A Report of the Surgeon General. 2014. <https://www.hhs.gov/sites/default/files/consequences-smoking-exec-summary.pdf>
20. Institute for Health Metrics and Evaluation GBD 2019. University of Washington. <https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/>
21. Merry A.H. et al: Smoking, alcohol consumption, physical activity and family history and the risks of myocardial infarction and unstable angina pectoris: a prospective cohort study. *BMC Cardiovasc Disorder* 2011, Mar 24;
22. Aronow WS. Effect Of Passive Smoking On Angina Pectoris. *N Engl J Med* 1978;299:21-4.
23. Repace J. Tobacco Smoke Pollution. In: Orleans CT, Slade J, Editors. *Nicotine Addiction: Principles And Management*. New York: Oxford University Press; 1993
24. Teo KK, Ounpuu S, Hawken S, et al. Tobacco use and risk of myocardial infarction in 52 countries in the INTERHEART study: a case-control study. *Lancet*. 2006;368(9536):647–658.
25. Njolstad I et al: Smoking, serum lipids, blood pressure and sex differences in myocardial infarction. A 12-year follow-up of Finnmark Study. *Circulation* 1997 Febr 1; 93(3): 450-6
26. Bahler C et al: Lower age at first myocardial infarction in female compared to male smokers. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil*. 2011 Sep 19
27. Burns DM. Epidemiology of smoking-induced cardiovascular disease. *Prog Cardiovasc Dis*. 2003 Jul-Aug;46(1):11-29.
28. WHO. Tobacco: Health benefits of smoking cessation. 2020. <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/tobacco-health-benefits-of-smoking-cessation>
29. Chamberlain AM et al. Smoking and incidence of atrial fibrillation: results from the Atherosclerosis Risk in Communities (ARIC) study. *Heart Rhythm*. 2011 Aug;8(8):1160-6.
30. Hoffman RM, Psaty BM, Kronmal RA. Modifiable risk factors for incident heart failure in the coronary artery surgery study (CASS). *Arch Intern Med* 1994;154:417–423.
31. Suskin N, Sheth T, Negassa A, Yusuf S. Relationship of current and past smoking to mortality and morbidity in patients with left ventricular dysfunction. *J Am Coll Cardiol* 2001;37:1677–1682.
32. Dormandy et al. Management of peripheral arterial disease (PAD). TASC Working Group. TransAtlantic Inter-Society Consensus (TASC). *J Vasc Surg*. 2000;31(1 pt 2):S1-296.
33. British Medical Association, Tobacco Control Resource Centre. *Smoking and reproductive life: the impact of smoking on sexual, reproductive and child health*. Publisher: British Medical Association, London, 2004 BMA Tobacco Control Resource Centre 2006
34. Jonason et al. Cessation of smoking in patients with intermittent claudication. Effects on the risk of peripheral vascular complications, myocardial infarction and mortality. *Acta Med Scand*. 1987; 221:253-260.
35. George Howard, DrPH et al. Cigarette Smoking and Progression of Atherosclerosis. The Atherosclerosis Risk in Communities (ARIC) Study. *JAMA*. 1998;279(2):119-124.
36. Colditz et al. Cigarette smoking and risk of stroke in middle-aged women. *N Engl J Med*. 1988;318(15):937-941.
37. Kurth et al. Smoking and risk of hemorrhagic stroke in women. *Stroke*. 2003;34:2792-2795.
38. Hart et al. Risk factors and 20-year stroke mortality in men and women in the Renfrew/Paisley study in Scotland. *Stroke*. 1999;30:1999-2007.
39. Vardulaki et al. Quantifying the risks of hypertension, age, sex and smoking in patients with abdominal aortic aneurysm. *Br J Surg*. 2000;87(2):195-200.

40. Organizația Mondială a Sănătății. DON'T LET TOBACCO TAKE YOUR BREATH AWAY. 2019. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/312260/WHO-NMH-PND-2019.3-eng.pdf>
41. C. J. Lodge et al. Grandmaternal smoking increases asthma risk in grandchildren: A nationwide Swedish cohort. *Clin Exp Allergy*. 2018 Feb;48(2):167-174.
42. American Society of Clinical Oncology. Head and Neck Cancer: Risk Factors and Prevention. 2021. <https://www.cancer.net/cancer-types/head-and-neck-cancer/risk-factors-and-prevention>
43. Jing-Jing Zuo et al. Characteristics of cigarette smoking without alcohol consumption and laryngeal cancer: overall and time-risk relation. A meta-analysis of observational studies. *Eur Arch Otorhinolaryngol*. 2017 Mar;274(3):1617-1631.
44. Silvano Gallus et al. Laryngeal cancer in women: tobacco, alcohol, nutritional, and hormonal factors. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 2003 Jun;12(6):514-7.
45. Cancer Research UK. Risks and causes of laryngeal cancer. 2021. <https://www.cancerresearchuk.org/about-cancer/laryngeal-cancer/risks-causes>
46. Jyoti Malhotra et al. Risk factors for lung cancer worldwide. *European Respiratory Journal* 2016 48: 889-902
47. Angeliki N Florou and al. Clinical Significance of Smoking Cessation in Subjects With Cancer: A 30-Year Review. *Respiratory Care* December 2014, 59 (12) 1924-1936
48. L.F. LI et al. Cigarette smoking and gastrointestinal diseases: The causal relationship and underlying molecular mechanisms (Review). *International Journal Of Molecular Medicine* 34: 372-380, 2014
49. R.F. Anda et al. Smoking and the risk of peptic ulcer disease among women in the United States. *Arch Intern Med*. 1990 Jul;150(7):1437-41.
50. C Hézode et al. Impact of smoking on histological liver lesions in chronic hepatitis C. *Gut* 2003; 52 1-1
51. Anna H. Wu et al. A Multiethnic Population-Based Study of Smoking, Alcohol and Body Size and Risk of Adenocarcinomas of the Stomach and Esophagus (United States). *Cancer Causes & Control* Vol. 12, No. 8 (Oct., 2001)
52. Cristina Bosetti et al. Smoking cessation and the risk of oesophageal cancer: An overview of published studies. *Oral Oncology* Volume 42, Issue 10, November 2006
53. Hristina D. Vlajinac et al. Case-control study of oropharyngeal cancer. *Cancer Detection and Prevention* 30 (2006) 152-157
54. Gram IT et al. Smoking-Related Risks of Colorectal Cancer by Anatomical Subsite and Sex. *Am J Epidemiol*. 2020 Jun 1;189(6):543-553..
55. Lin et al. A prospective cohort study of cigarette smoking and pancreatic cancer in Japan. *Cancer Causes Control* 13, 249-254 (2002)
56. British Medical Association. Smoking and reproductive life: the impact of smoking on sexual, reproductive and child health. 2004. ISBN: 0727918567. BMA publications unit.
57. Gera Nagelhout et al. Is smoking an independent risk factor for developing cervical intra-epithelial neoplasia and cervical cancer? A systematic review and meta-analysis, *Expert Review of Anticancer Therapy*, 2021. 21:7, 781-794,
58. Esther Roura et al. Smoking as a major risk factor for cervical cancer and pre-cancer: Results from the EPIC cohort. *International Journal of Cancer*. Volume 135, Issue 2. July 2014. Pages 453-466
59. Yuqing Zhang et al. Cigarette Smoking and Increased Risk of Mucinous Epithelial Ovarian Cancer, *American Journal of Epidemiology*, Volume 159, Issue 2, 15 January 2004, Pages 133-139,
60. Hunt JD, et al. Renal cell carcinoma in relation to cigarette smoking: meta-analysis of 24 studies. *Int*

61. Law MR et al. A meta-analysis of cigarette smoking, bone mineral density and risk of hip fracture: recognition of a major effect. *BMJ* 1997; 315: 841-846
62. Chaffee BW et al. Oral and periodontal implications of tobacco and nicotine products. *Periodontol* 2000. 2021 Oct;87(1):241-253.
63. WHO monograph on tobacco cessation and oral health integration. Geneva: World Health Organization; 2017
64. Hasanoglu Erbasar GN, et al. Risk factors associated with short dental implant success: a long-term retrospective evaluation of patients followed up for up to 9 years. *Braz Oral Res.* 2019; vol33.0030.
65. Kelly SP, et al. Smoking and cataract: review of causal association. *J Cataract Refract Surg.* 2005 Dec;31(12):2395-404.
66. St Claire S, et al. WHO tobacco knowledge summaries: tobacco and vision loss. Geneva: World Health Organization; 2022
67. ASH. Fact sheet No. 22: Smoking and Eye Disease. Febr 2019. <https://ash.org.uk/resources/view/smoking-and-eye-disease#ref16>
68. Vestergaard P. Smoking and thyroid disorders--a meta-analysis. *Eur J Endocrinol.* 2002 Feb;146(2):153-61.
69. Christen WG, Glynn RJ, Manson JE, Ajani UA, Buring JE . A prospective study of cigarette smoking and risk of age-related macular degeneration in men. *JAMA* 1996; 276: 1147–1151.
70. BRESLAU, N. et al. Daily smoking and the subsequent onset of psychiatric disorders. *Psychological Medicine*, 2004 34(2), 323-333.
71. Goodman E, Capitman J. Depressive symptoms and cigarette smoking among teens. *Pediatrics.* 2000 Oct;106(4):748-55.
72. ack Baichao Ding et al. Cigarette Smoking and Schizophrenia: Etiology, Clinical, Pharmacological, and Treatment Implications”. 2021. *Schizophrenia Research and Treatment*, vol. 2021
73. Huang H, et al. Psychopathology and extrapyramidal side effects in smoking and non-smoking patients with schizophrenia: Systematic review and meta-analysis of comparative studies. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry.* 2019 Jun 8;92:476-482.
74. Coustals N, et al. Chronic smoking and cognition in patients with schizophrenia: A meta-analysis. *Schizophr Res.* 2020 Aug;222:113-121.
75. Jackson JG, et al. A combined analysis of worldwide studies demonstrates an association between bipolar disorder and tobacco smoking behaviors in adults. *Bipolar Disord.* 2015 Sep;17(6):575-97
76. Johnson JG, et al. Association between cigarette smoking and anxiety disorders during adolescence and early adulthood. *JAMA.* 2000 Nov 8;284(18):2348-51
77. Valentina Gallo, et al. Exploring causality of the association between smoking and Parkinson’s disease, *International Journal of Epidemiology*, Volume 48, Issue 3, June 2019
78. Echeverria I, et al. Proposal for the Inclusion of Tobacco Use in Suicide Risk Scales: Results of a Meta-Analysis. *Int J Environ Res Public Health.* 2021 Jun 5;18(11):6103.
79. Taylor GM, et al. Smoking cessation for improving mental health. *Cochrane Database Syst Rev.* 2021 Mar 9;3(3):CD013522.
80. Niaura, R. et al. Symptoms of depression and survival experience among three samples of smokers trying to quit. *Psychology of Addictive Behaviors*, 2001.15(1), 13–17
81. FDA News Release. FDA Authorizes Marketing of IQOS Tobacco Heating System with ‘Reduced

- Exposure' Information. Ilie 2020. <https://www.fda.gov/news-events/press-announcements/fda-authorizes-marketing-iqos-tobacco-heating-system-reduced-exposure-information>
82. Stănescu Ana Maria Alexandra, et al. „Electronic cigarettes–possible long-term health impact.” *Romanian Journal of medical Practice* 14.4 (2019): 69.
 83. Wills, Thomas A., et al. „E-cigarette use and respiratory disorders: an integrative review of converging evidence from epidemiological and laboratory studies.” *European Respiratory Journal* 57.1 (2021).
 84. Bekki, Kanae, et al. „Comparison of chemicals în mainstream smoke în heat-not-burn tobacco and combustion cigarettes.” *Journal of UOEH* 39.3 (2017): 201-207.
 85. Fiore MC, 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. May 2008.
 86. World Health Organisation. *Toolkit for delivering the 5A's and 5R's brief tobacco interventions in primary care*. 2014
 87. Sanchez, E. „Preventive care: a national profile on use, disparities, and health benefits.” *Partnership for Prevention*, Washington, DC (2007).
 88. European Commission. „Special Eurobarometer 385. Attitudes of Europeans towards Tobacco.” (2012).
 89. Rice VH, Stead LF. *Nursing interventions for smoking cessation*. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008, Issue 1
 90. Mimi Nichter et al. *Engaging nurses in smoking cessation: Challenges and opportunities in Turkey*. *Health Policy*; 2018. Volume 122, Issue 2
 91. Zwar N et al. Melbourne: The Royal Australian College of General Practitioners. *Supporting smoking cessation: a guide for health professionals.*, 2011 [Updated July 2014].
 92. Young-Wolff, Kelly C., et al. „Do you vape? Leveraging electronic health records to assess clinician documentation of electronic nicotine delivery system use among adolescents and adults.” *Preventive medicine* 105 (2017): 32-36.
 93. WHO. *Heated tobacco products information sheet 4/4*. 2020.
 94. Stead LF, Buitrago D, Preciado N, Sanchez G, Hartmann-Boyce J, Lancaster T. *Physician advice for smoking cessation*. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 5
 95. U.S. Department of Health and Human Services. *Smoking Cessation. A Report of the Surgeon General*. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2020.
 96. Prochaska JO, Velicer WF. *The transtheoretical model of health behavior change*. *Am J Health Promot* 1997;12:38–48.
 97. Fagerstrom K. *Time to first cigarette; the best single indicator of tobacco dependence*. *Monaldi Arch Chest Dis* 2003;59(1)91–94
 98. Van Schayck, O. C. P., et al. „Treating tobacco dependence: guidance for primary care on life-saving interventions. Position statement of the IPCRG.” *NPJ primary care respiratory medicine* 27.1 (2017): 1-12.
 99. IPCRG, *Helping patients quit tobacco: Very Brief Advice (VBA), Desktop Helper for healthcare professionals*, no.4, May, 3rd edition, https://www.ipcrg.org/sites/ipcrg/files/content/attachments/2019-11-10/Desktop_Helper_4_Quit_tobacco.pdf
 100. Millar, W. J. & Hill, G. (2004). *Pregnancy and smoking*. *Health Reports*, 15(4), 53-56.

101. Goodwin, R. D., Keyes, K., & Simuro, N. (2007). Mental disorders and nicotine dependence among pregnant women in the United States. *Obstetrics and Gynecology*, 109(4), 875-883.
102. American College of Obstetricians and Gynecologists. „Smoking cessation during pregnancy. Committee opinion no. 471.” *Obstet Gynecol* 116.5 (2010): 1241-4.
103. World Health Organization. 2013. WHO recommendations for the prevention and management of tobacco use and second-and smoke exposure in pregnancy. ISBN 978 92 4 150607 6
104. Melvin CL, et al. Recommended cessation counselling for pregnant women who smoke: a review of the evidence. *Tob Control*. 2000;9 Suppl 3(Suppl 3):III80-4.
105. Best Practice Advocacy Centre New Zealand. Encouraging smoke-free pregnancies: The role of primary care. *Best Practice Journal*. 2013. BPJ: 50; 30-37
106. American College of Obstetricians and Gynecologists. Tobacco and nicotine cessation during pregnancy. ACOG Committee Opinion No. 807. 2020
107. Washington State Department of Health. Smoking Cessation During Pregnancy: Guidelines for Intervention - Revised Edition 2016
108. Patnode CD, Henderson JT, Coppola EL, Melnikow J, Durbin S, Thomas RG. Interventions for Tobacco Cessation in Adults, Including Pregnant Persons: Updated Evidence Report and Systematic Review for the US Preventive Services Task Force. *JAMA*. 2021;325(3):280–298.
109. Likis FE, Andrews JC, Foncesbeck CJ, Hartmann KE, Jerome RN, Potter SA, Surawicz TS, McPheeters ML. Smoking Cessation Interventions in Pregnancy and Postpartum Care. Evidence Report/Technology Assessment No.214. AHRQ Publication No. 14-E001-EF. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; February 2014.
110. Park EW1, Tudiver FG, Campbell T. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012 Jul 11; Enhancing partner support to improve smoking cessation. 7:CD002928. doi:10.1002/14651858.CD002928. pub3.
111. CAN-ADAPTT. (2011). Canadian Smoking Cessation Clinical Practice Guideline. Toronto, Canada: Canadian Action Network for the Advancement, Dissemination and Adoption of Practice-informed Tobacco Treatment, Centre for Addiction and Mental Health.
112. Greaves, L., Kalaw, C. & Bottorff, J. L. (2007). Case studies of power and control related to tobacco use during pregnancy. *Women’s Health Issues*, 17(5), 325-332
113. Blaga O et al. Ghid de consiliere comportamentală bazat pe creșterea motivației și rezolvarea problemelor. Renunțarea la fumat în timpul sarcinii. 2021. Universitatea Babeș-Bolyai. Presa Universitară Clujeană. ISBN 978-606-37-1119-0
114. C Meghea, R Bandici, M D Dascal, Preliminary efficacy of the Quit Together Couple focused pregnancy smoking cessation intervention in Romania, *European Journal of Public Health*, Volume 30, Issue Supplement_5, September 2020
115. Turner E, Jones M, Vaz LR, Coleman T. Systematic review and meta-analysis to assess the safety of bupropion and varenicline in pregnancy. *Nicotine Tob Res* 2019;21:1001–10.
116. Carmichael SL, Ahluwalia IB. Correlates of postpartum smoking relapse. Results from the Pregnancy Risk Assessment Monitoring System (PRAMS). *Am J Prev Med* 2000;19:193-6.
117. CDC’s Tobacco Information and Prevention Source (TIPS). Breastfeeding, Tobacco and E-Cigarettes. <http://www.cdc.gov/breastfeeding/disease/tobacco.htm>. Accesat septembrie 2022
118. Hari Cheryl Sachs, MD; Committee on drugs. The Transfer of Drugs and Therapeutics Into Human Breast Milk: An Update on Selected Topics. *Pediatrics* (2013) 132 (3): e796–e809.
119. U.S. Department of Health and Human Services. Preventing Tobacco Use Among Youth and Young Adults: A Report of the Surgeon General. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease

120. U.S. Department of Health and Human Services. E-Cigarette Use Among Youth and Young Adults: A Report of the Surgeon General. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2016.
121. Hung, M., Spencer, A., Goh, C. et al. The association of adolescent e-cigarette harm perception to advertising exposure and marketing type. *Arch Public Health* 80, 114 (2022).
122. US Preventive Services Task Force. Recommendation Statement: Primary Care Interventions for Prevention and Cessation of Tobacco Use in Children and Adolescents. *JAMA*. 2020;323(16):1590-1598
123. Institutul Național de Sănătate Publică, Ministerul Sănătății, Organizația Mondială a Sănătății, US Centers for Disease Control and Prevention. Studiul privind consumul de tutun la tineri (GYTS), 2017. https://insp.gov.ro/download/cnepss/proiecte_si_parteneriate/gyts/Factsheet-GYTS-România-2017-13-15-ani.pdf
124. DiFranza JR. A 2015 Update on the Natural History and Diagnosis of Nicotine Addiction. *Curr Pediatr Rev*. 2015 Apr 30.
125. CDC's Quick Facts on the Risks of E-cigarettes for Kids, Teens, and Young Adults. https://www.cdc.gov/tobacco/basic_information/e-cigarettes/Quick-Facts-on-the-Risks-of-E-cigarettes-for-Kids-Teens-and-Young-Adults.html. Accesat septembrie 2022
126. Selph S, Patnode C, Bailey S, et al. Primary Care Relevant Interventions for Tobacco and Nicotine Use Prevention and Cessation in Children and Adolescents: A Systematic Review for the U.S. Preventive Services Task Force: Evidence Synthesis No. 185. Agency for Healthcare Research and Quality; 2020. AHRQ publication 19-05254-EF-1
127. Pbert L, Flint AJ, Fletcher KE, Young MH, Druker S, DiFranza JR. Effect of a pediatric practice-based smoking prevention and cessation intervention for adolescents: a randomized, controlled trial. *Pediatrics*. 2008;121(4):e738-e747
128. Scherphof CS, van den Eijnden RJ, Engels RC, Vollebergh WA. Short-term efficacy of nicotine replacement therapy for smoking cessation in adolescents: a randomized controlled trial. *J Subst Abuse Treat*. 2014(46):120-127.
129. Greenhalgh, EM, Scollo, MM and Winstanley, MH. Tobacco in Australia: Facts and issues. Melbourne: Cancer Council Victoria; 2022.
130. Nilsson M, Weinehall L, Bergstrom E, Stenlund H, and Janlert U. Adolescent's perceptions and expectations of parental action on children's smoking and snus use; national cross sectional data from three decades. *BMC Public Health*, 2009; 9(1):74
131. Trivedi D. Cochrane review summary: Family-based programmes for preventing smoking by children and adolescents. *Primary Health Care Research & Development*, 2017; 18(4):303–4.
132. Sahle BW et al. Weight Gain After Smoking Cessation and Risk of Major Chronic Diseases and Mortality. *JAMA Netw Open*. 2021;4(4):e217044.

Anexa nr. 1 Criterii de diagnostic pentru tulburarea legată de consumul de tutun

Criterii de diagnostic pentru tulburarea legată de consumul de tutun	
1	Produsul din tutun a fost consumat în cantități mai mari și pentru o perioadă mai lungă de timp decât s-a intenționat inițial.
2	Încercări fără succes de a opri sau a reduce consumul de tutun.
3	Perioade excesive de timp sunt necesare pentru a obține sau a folosi produsul din tutun.
4	Nevoia nestăpânită (<i>craving</i>) de a folosi produsul din tutun.
5	Eșec/ insuficiență în a se îngriji de responsabilități și obligații datorită consumului de tutun.
6	Continuarea consumului de tutun în ciuda consecințelor negative sociale sau interpersonale.
7	Renunțarea la activități importante sociale, ocupaționale sau recreaționale în favoarea consumului de tutun.
8	Consumul produsului de tutun în situații periculoase.
9	Continuarea consumului în ciuda conștientizării existenței unor probleme fizice sau psihologice direct atribuibile consumului de tutun.
10	Instalarea toleranței: nevoia de cantități tot mai mari de nicotină pentru a obține efectul dorit, sau un efect considerabil diminuat dacă se folosește aceeași cantitate de nicotină.
11	Instalarea simptomelor tipice de sevraj de tutun care necesită creșterea dozei de nicotină (prin consum mai mare sau prin administrarea unui medicament de substituție) pentru a alina simptomele.

Anexa nr. 2 Categoriile de factori favorizanți ai reluării consumului de tutun

Categoriile de factori trigger menționate în DSM-5	Situații frecvente ale pacienților români
<i>Craving</i>	Nevoia acută, imperioasă, puternică de a fuma/consuma tutun.
Momente uzuale din viața cotidiană în care persoana obișnuia să consume tutun	Locuri: în mașină, la intrarea în casă, la loc de muncă.
	Activități: debutul zilei, lucrat la calculator, activități casnice, băut cafea, după masă.
	Stări afective: stres, plictiseală, oboseală.
Ocazii sociale	În jurul fumătorilor.
	Consum social de alcool.

Anexa nr. 3 Simptome specifice sevrajului de tutun (tabagic) conform DSM-5

Categoriile de simptome menționate în DSM-5	Exprimări frecvente ale pacienților români
<i>craving</i>	nevoie acută, puternică de a fuma: „îmi cere corpul”
agitație	neastâmpăr
iritabilitate	toane, stres, furie
insomnie	insomnie, tulburare a somnului
depresie	dispoziție proastă, tristețe
apetit alimentar crescut	senzație de foame
tulburări de concentrare	lipsă de concentrare, „fugă a gândurilor”
anxietate	neliniște, frustrare

Anexa nr. 4 Testul Fagerström pentru evaluarea dependenței de nicotină

1. Când fumați prima țigară după trezire?		
a. În primele 5 minute		3
b. 6 - 30 minute		2
c. 31 - 60 de minute		1
d. Peste 30 de minute		0
2. Este dificil să nu fumați în locuri interzise?		
a. Da		1
b. Nu		0
3. La ce țigară ați renunța mai greu?		
a. Prima		1
b. Celelalte		0
4. Cate țigări fumați pe zi?		
a. Sub 10		3
b. 10 - 20		2
c. 21 - 30		1
d. Peste 30		0
5. Fumați mai mult dimineața decât după amiază?		
a. Da		1
b. Nu		0
6. Fumați când sunteți bolnav și trebuie să rămâneți în pat o zi întreagă?		
a. Da		1
b. Nu		0
	Scor total:	

Interpretare:

1 - 2 = dependență scăzută

3 - 4 = dependență – scăzută spre moderat

5 - 7 = dependență moderată

>8 = dependență crescută

Anexa nr. 5 Beneficiile renunțării la fumat

Efecte benefice asupra sănătății pentru toți fumătorii	
Perioada de la renunțare	Beneficiile pentru sănătate
În primele 20 minute	Frecvența cardiacă și tensiunea arterială scad
12 ore	Monoxidul de carbon din sânge scade, normalizându-se
2 – 12 săptămâni	Circulația sanguină se îmbunătățește Respirația se îmbunătățește
1 - 9 luni	Tusea și senzația de lipsă de aer scad
1 an	Riscul de boli coronariene este aproximativ jumătate față de cel al unui fumător
5 – 15 ani	Riscul de AVC este la fel cu al unui nefumător
10 ani	Riscul de cancer pulmonar scade până la aproape jumătate din cel al unui fumător Riscul de cancer al gurii, gât, esofag, vezică urinară, col uterin și pancreas scade
15 ani	Riscul de boli coronariene este la fel cu al unui nefumător
Beneficii pentru fumătorii de orice vârstă și pentru cei care au dezvoltat deja o boală datorată fumatului	
Vârsta la care renunță la fumat	Beneficii față de cei care continuă să fumeze
În jur de 30 ani	Crește speranța de viață cu aproape 10 ani
În jur de 40 ani	Crește speranța de viață cu aproape 9 ani
În jur de 50 ani	Crește speranța de viață cu aproape 6 ani

INTERVENȚIILE PREVENTIVE ADRESATE STILULUI DE VIAȚĂ CONSUMUL DE ALCOOL

CUPRINS

1. Prescurtări și acronime	52
2. Introducere	53
2.1. Contextul și importanta problemei	53
2.2. Obiectivele ghidului	58
2.3. Cui se adresează ghidul?	58
3. Glosar	59
4. Consecințele consumului de alcool asupra sănătății	60
5. Intervenții pentru depistarea și reducerea consumului de alcool	64
5.1. Sumarul recomandărilor	64
5.2. Recomandări privind evaluarea consumului de alcool în asistența medicală primară	65
5.3. Intervenții scurte în asistența medicală primară	75
6. Bibliografie	80
7. Anexe	86
Anexa 1. Chestionarul AUDIT	86
Anexa 2. Chestionarul AUDIT - Scoruri	87
Anexa 3. Fișa pacient cu scor 1-7	88
Anexa 4. Fișa pacient cu scor 8-15	90
Anexa 5. Fișa pacient cu scor 16-19	92
Anexa 6. Fișa pacient cu scor >20	94
Anexa 7. Jurnalul săptămânal al consumului de alcool	96
Anexa 8. Jurnalul situațiilor de risc	98
Anexa 9. Planul personal în caz de urgență	99
Anexa 10. Balanța decizională	100
Anexa 11. Tehnici de creștere a motivației pacienților, cu aplicabilitate în practica medicului de familie	101
8. Bibliografie Anexe	107

1. PRESCURTĂRI ȘI ACRONIME

AUD	- <i>Alcohol Use Disorder</i> - Tulburări legate de consumul de alcool
AUDIT	- Testul Alcohol Use Disorders Identification Test
AUDIT-c	- Testul AUDIT varianta scurtă cu 3 întrebări
AVC	- Accident vascular cerebral
BC	- Boală coronariană ischemică
BCV	- Boală cardiovasculară
BNT	- Boli netransmisibile
BVP	- Boală vasculară periferică
CRA	- <i>Comparatory Risk Assessments</i>
DALY	- <i>Disability Adjusted Life Year</i> - Anii de viață ajustați cu incapacitate
DSM-5	- Manualul de Diagnostic și Statistică a Tulburărilor Mintale, ediția a 5-a
DZ	- Diabet zaharat
FiA	- Fibrilație atrială
HTA	- Hipertensiune arterială
IC	- Insuficiență cardiacă
IS	- Intervenție scurtă (Brief intervention)
ICD-10	- International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, ediția a 10-a, revizuită
IMA	- Infarct miocardic acut
IMC	- Indice de masă corporală
INEBRIA	- International Network on Brief Interventions on Alcohol & other Drugs
NIAAA	- National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism
NICE	- The National Institute for Health and Care Excellence
OMS /WHO	- Organizația Mondială a Sănătății
SBI	- <i>Screening Brief Intervention – Screening și intervenție scurtă</i>
UE	- Uniunea Europeană

2. INTRODUCERE

2.1. CONTEXTUL ȘI IMPORTANȚA PROBLEMEI

CONSUMUL DE ALCOOL



Alcoolul este parte din cultura umană încă de la începutul istoriei înregistrate (Hanson, 1995) și, în prezent, este consumat pe scară largă în majoritatea zonelor lumii.

Consumul de alcool este identificat ca factor major de risc pentru boală, dizabilitate și deces, așa cum reiese din toate evaluările comparative ale riscurilor de boală realizate de Organizația Mondială a Sănătății (CRA WHO 1990, 2010, 2018).

Conform ultimului „Raport asupra alcoolului și sănătății” al OMS (2018),¹ în anul 2016, 43% din populația globului de 15 ani și peste, adică 2,3 miliarde consumau alcool în mod regulat, având un nivel mediu global de consum de 6,4 litri/capita/an.

În Europa, nivelul mediu de consum, în 2016 era de 9,8 litri/capita/an. Ultimele două decenii au adus scăderi semnificative ale consumului de alcool în rândul europenilor, având un impact important asupra morbidității și mortalității datorate alcoolului.

Consumul de alcool, în România

Consumul de alcool raportat la totalul populației în vârstă de 15 ani și peste a fost de 12,6 litri/capita/an în anul 2016,¹ respectiv de 12,3 litri/capita/an în anul 2019.² Consumul de alcool raportat exclusiv la populația băutoare a fost de 26,2 litri la bărbați și 9 litri la femei (în anul 2016).¹

În ultimul deceniu, consumul de alcool neînregistrat a scăzut de la 4 litri în 2010 la 2,2 litri în 2016.¹

Aproape 70% din populația în vârstă de 15 ani și peste a consumat alcool în ultimul an (80% din bărbați și 54,5% din femei), *abstinenții din ultimele 12 luni* fiind doar 32,8%.¹ Doar 13,5% din populația de 15 ani și peste (6,5% din bărbați și 19,9% din femei) nu au consumat alcool niciodată (*abstinenți pe toată durata vieții*). Mai puțin de unul din 10 foști băutori renunță la alcool.

Conform datelor OMS pentru anul 2016, jumătate din consumatorii de alcool din România au un consum la risc, iar prevalența *episoadelor de consum excesiv* (60g sau peste, alcool pur per ocazie) în rândul consumatorilor este una dintre cele mai înalte din Europa (67,2% în rândul bărbaților și 31,2% în rândul femeilor).¹ De asemenea, 1,3% din populația României în vârstă de 15 ani și peste este dependentă de alcool (2% din bărbați și 0,6% din femei).¹

Mai mult de jumătate (56%) din români preferă berea, 28% vinul și 16% băuturile spirtoase.¹

CONSECINȚELE CONSUMULUI DE ALCOOL

Mortalitatea datorată consumului de alcool

Conform datelor OMS, în anul 2016 s-au înregistrat 3 milioane de decese prin consum nociv/abuziv de alcool (5,3% din totalul deceselor). Mortalitatea legată de consumul de alcool depășește mortalitatea cumulată prin tuberculoza, HIV/SIDA, diabet, hipertensiune, boli digestive, accidente rutiere sau prin violență.¹

Consumul abuziv de alcool a cauzat anual 1,2 milioane de decese prin boli digestive și cardiovasculare și 0,4 milioane de decese prin cancer.¹ Aproximativ 0,9 milioane de decese s-au datorat traumatismelor asociate consumului de alcool, incluzând: 370.000 de morți în accidente rutiere, 150.000 de morți prin autoagresiune și aproximativ 90.000 de decese ca urmare a violenței fizice.

În ansamblu, alcoolul a fost răspunzător de 8,1% din decesele premature (evitabile) ale populației de 60-69 de ani și de 13,2% din decesele premature ale adulților tineri de 20-39 ani.¹

Deși, în regiunea europeană OMS, consumul de alcool a scăzut în ultimii 25 de ani, ponderea deceselor datorate alcoolului a crescut cu 4% față de anul 1990, pe seama creșterii mortalității în țările est și sud-est

europene.¹

Tabel 1 - Decese atribuite alcoolului, standardizate în funcție de vârstă la 100 000 de persoane, pe categorii mari de boală, în regiunea europeană OMS și în lume, 2016

Cauze	WHO Europa	Toată lumea
Toate cauzele	62.8	38.8
Condiții transmisibile, materne, perinatale și nutriționale	2.7	5
Bolile netransmisibile	45.5	22.4
Tumori maligne	8.4	4.8
Diabetul zaharat	(-0.2)	(-0.3)
Tulburări legate de consumul de alcool	4.9	1.9
Epilepsie	0.3	0.2
Boli cardiovasculare	22.8	7.4
Boli digestive	9.2	8.3
Leziuni	14.6	11.4
Neintenționate	8.2	8.3
Intenționate	6.4	3.1
În paranteză, reprezintă efecte benefice		

Morbiditatea datorată consumului de alcool

Alcoolul se corelează cu afecțiuni descrise prin 230 de coduri ICD-10 din trei cifre,¹ din care 40 sunt total atribuibile alcoolului.³

În analiza corelațiilor dintre consumul de alcool și morbiditate sunt importate caracteristicile de consum precum volumul de alcool consumat, tipul de alcool, concentrația de alcool în sânge și tiparele de consum, în special ocaziile de consum excesiv.³

Pentru cele mai multe dintre afecțiunile parțial atribuibile consumului de alcool este adevărată observația ca, cu cât se consumă mai mult alcool cu atât este mai mare riscul de îmbolnăvire sau deces. Excepție fac afecțiunile cardiovasculare ischemice și diabetul pentru care, în absența episoadelor de consum excesiv, consumul ușor până la moderat are un efect benefic. În cazul leziunilor corporale neintenționate, corelația cea mai importantă este cu concentrația de alcool în sânge.³

Se estimează ca alcoolul a cauzat aproximativ 1,7 milioane de decese prin BNT (4,3% din totalul deceselor prin BNT) respectiv 65,5 milioane de DALY prin BNT (4,2% din toate DALY pentru BNT) în 2016.¹

Dintre afecțiunile corelate cu consumul de alcool, bolile digestive, leziunile corporale, bolile cardiovasculare (BCV) și diabetul au fost principalii factori care au contribuit la cele 3 milioane de decese cauzate de alcool în 2016. De asemenea, bolile digestive și tulburările legate de consumul de alcool (AUD) au fost principalii contributory la povara îmbolnăvirilor.¹

Cancerul

Agencia Internațională de Cercetare a Cancerului (IARC) a constatat că, consumul de alcool este legat cauzal de neoplasme cu origine în cavitatea bucală, orofaringe, hipofaringe, esofag (carcinom cu celule scuamoase), colon, rect, laringe, ficat, căi biliare intrahepatice și sân. Se considera ca consumul de alcool este responsabil de 4,2% din toate decesele cauzate de cancer, cele mai multe prin cancer colorectal (90.000 decese), de ficat (84.000 decese) sau esofagian (73.000 decese).^{1,4}

Din cele 244,6 milioane DALYs cauzate de cancer în 2016, 10,3 milioane s-au datorat alcoolului (4,2% din toate DALYs prin cancer).

Ca și în cazul mortalității prin cancer, cei mai mari contributory la DALY prin cancer atribuit alcoolului au fost cancerul hepatic, colorectal și esofagian, dar și o parte din cancerul de buze, de cavitate bucală, faringian, laringian și esofagian.⁵

Tabel 2 - Dizabilități atribuibile alcoolului (DALY), standardizate în funcție de vârstă, la 100 000 de persoane, pe categorii mari de boala, în regiunea europeană OMS și în lume, 2016.^{1,5}

Cauze	WHO Europa	Toată lumea
Toate cauzele	2726.5	1758.8
Condiții transmisibile, materne, perinatale și nutriționale	105.9	196.6
Bolile netransmisibile	1616.3	861.8
Tumori maligne	238.2	133.7
Diabetul zaharat	(11.8)	(14.1)
Tulburări legate de consumul de alcool	477.7	246.4
Epilepsie	23.0	20.2
Boli cardiovasculare	541.2	168.3
Boli digestive	347.9	307.4
Leziuni	1004.3	700.4
Neintenționate	668.9	530.7
Intenționate	335.4	169.7
În paranteză, reprezintă efecte benefice		

Diabetul zaharat

Un consum mic spre moderat de alcool se asociază cu un risc mai redus de diabet, prin creșterea sensibilității la insulină, în timp ce un consum nociv și îndelungat se asociază cu un risc crescut de diabet prin scăderea sensibilității la insulină.^{1,3}

Îmbătrânirea

Consumul curent de alcool (peste 28 g/zi), dar nu și consumul ocazional, se asociază cu o îmbătrânire accelerată, estimată cu ajutorul „ceasurilor” epigenetice (ex metilarea DNA). În același sens intervin și alți factori de risc precum fumatul, obezitatea, lipsa de activitate fizică, dar și nivelul educațional mediu sau scăzut (până la studii liceale).⁶

Un nivel mare de consum de alcool se asociază și cu îmbătrânirea accelerată prezisă prin modele care utilizează markeri metabolomici. Același efect îl au și supragreutatea/ obezitatea, diabetul și depresia.⁷

Problemele de sănătate mintală

Literatura de specialitate este unanimă în a asocia consumul excesiv de alcool cu atrofia creierului, pierderea neuronilor și o integritate mai slabă a axonilor din structura substanței albe.

Dovezi foarte recente indica însă modificări macro și microstructurale ale creierului deja evidente și la persoanele care consumă în medie doar una sau două unități zilnice de alcool; modificările se accentuează pe măsură ce consumul de alcool crește.⁸

Modificări asemănătoare, cu reducerea dimensiunilor regiunilor corticale frontale au fost identificate chiar și la tinerii consumatori de alcool, mai ales la cei cu consum de tip binge.⁹

Efectele consumului de alcool asupra sănătății mintale variază ca severitate și durată, de la intoxicația alcoolică acută, de scurtă durată, până la afecțiuni invalidante, de lungă durată, precum demența datorată consumului de alcool.¹ (Tabel 3). Consumul abuziv de alcool se asociază și cu un risc crescut de sinucidere.

Tabel 3 - Tulburări mentale majore, comportamentale sau de neurodezvoltare cauzate de alcool – conform Clasificarea Internațională a Bolilor (ICD-11) (OMS, 2018c)

6C40.0 Un singur episod de consum nociv de alcool
6C40.1 Patern dăunător de utilizare a alcoolului

6C40.2 Dependența de alcool
6C40.3 Intoxicație cu alcool
6C40.4 Sevrajul de alcool
6C40.5 Delirul indus de alcool
6C40.6 Tulburare psihotică indusă de alcool
6C40.7 Alte tulburări induse de alcool
6C40.70 Tulburare de dispoziție indusă de alcool
6C40.71 Tulburare de anxietate indusă de alcool
6D84.0 Demență datorată consumului de alcool
6D72.10 Tulburare amnestică datorată consumului de alcool
6C40.Y Alte tulburări specificate datorate consumului de alcool
6C40.Z Tulburări datorate consumului de alcool, nespecificate

Afecțiuni cardiovasculare

Relația dintre alcool și afecțiunile cardiovasculare este complexă.

Consumul cronic abuziv impactează negativ riscul de HTA, BCI, cardiomiopatie, fibrilație și flutter atrial și de accidente vasculare cerebrale. Episoadele de consum excesiv de tip binge, la persoane cu un consum mediu ușor sau moderat, crește riscul de BCI și AVC ischemic sau hemoragic.⁵

Consumul cronic ușor și moderat pare a avea preponderent un efect cardioprotector pentru evenimente ischemice coronariene și cerebrale (puse la îndoială de unele studii).

Totuși, pentru majoritatea țărilor din zona europeană a OMS, mortalitatea prin boli cardiovasculare atribuibila alcoolului este apropiată de zero, efectele detrimentală fiind balansate, per global, de cele benefice.⁵

Afecțiuni digestive

La nivel global, în 2012, s-a apreciat ca aproximativ jumătate din toate decesele și DALYs cauzate de ciroza hepatică pot fi atribuite consumului de alcool. Se consideră însă că este vorba de o subapreciere. Consumul abuziv de alcool se corelează și cu decesele prin pancreatita acută și cronică.⁵

Dovezi convingătoare sugerează că abuzul de alcool este direct legat de disbioza microbiotei intestinale și de producerea de metaboliți toxici.¹⁰

CONSECINȚELE CONSUMULUI DE ALCOOL, ÎN ROMÂNIA

Potrivit Profilului de țară 2019 – „*State of Health in the EU – Romania - Country Health Profile 2019*”, consumului nesănătos de alcool îi sunt atribuite aprox 14% din decesele înregistrate în România, mult peste media europeană (6% din decese).¹¹

În anul 2017, nivelul mortalității datorate alcoolului în România a fost conform tabelului 4:

Tabel 4 - Mortalitatea datorată consumului de alcool

Nr decese /100.000 locuitori din categoria de vârstă		
15-49 ani	50-59 ani	Peste 60 de ani
44.33	308	793

Mortalitatea standardizată pe cauze, în anul 2016, a înregistrat valori conform tabelului de mai jos.¹

Tabel 5 - Ratele de deces standardizate în funcție de vârstă (ASDR) și fracțiile atribuibile alcoolului (AAF), 2016¹

	Rata deces standardizată pe vârste		Nr de decese atribuibile alcoolului
	Bărbați	Femei	
Ciroza hepatică	51.8	22.9	6366
Leziuni din accidente de trafic	15.7	4.2	802
Cancer	269.1	140.2	4676

Prevalența tulburărilor mentale datorate alcoolului a fost în 2016 de 2,8% în rândul ambelor sexe (4,5% la bărbați și 1,4% din femei).¹

Problematika consumului de alcool la minori

Problematika consumului de alcool la minori este de foarte mare importanță datorită magnitudinii nivelului de consum și a consecințelor acestuia asupra sănătății fizice, psihice și a dezvoltării minorilor, în toate aspectele vieții lor.

Conform datelor, peste un sfert (26,5%) dintre adolescenții din întreaga lume, cu vârste între 15-19 ani sunt consumatori curenți de alcool, prevalența fiind aproape dublă în rândul tinerilor europeni de aceeași vârstă (43,8%).¹

În multe țări din Europa, sondajele școlare indică tendința de a începe consumul de alcool înaintea vârstei de 15 ani, respectiv o prevalență înaltă a consumului, de 50-70% între tinerii de 15 ani, cu diferențe foarte mici între băieți și fete. De asemenea, în Europa, procentul adulților tineri cu vârste între 20-24 ani care au avut episoade de consum excesiv de alcool este mai mare decât cel din populația generală (33,9% față de 26,4%).¹

Consumul excesiv de alcool în rândul tinerilor a fost corelat în diverse studii cu un model familial de consum, cu aportul de alcool și atitudinea pozitivă a părinților față de consumul de alcool, respectiv cu relații disfuncționale între părinți și tineri.^{12,13}

Consumul de alcool la copii și adolescenți crește riscul de leziuni corporale prin accidente rutiere, suicid, depresie și chiar deces; determină absenteism școlar și scăderea performanțelor academice, pierderi de memorie; determină comportament violent, distrugerii materiale, probleme sociale și crește probabilitatea comportamentelor sexuale la risc (viol, sex neprotejat) cu creșterea riscului de boli transmisibile sexual, HIV, sarcină.^{1,14}

Problematika consumului de alcool la vârstnici

Deși consumul de alcool scade odată cu înaintarea în vârstă, există un segment de populație vârstnică la care consumul de alcool rămâne o problemă. Studiile arată o tendință la creștere a acestui segment,¹⁵ în asemenea măsură încât abuzul de alcool la vârstnici a căpătat denumirea de „epidemia invizibilă”.¹⁶

O treime din consumatorii problematici de alcool cu vârstă înaintată au inițiat consumul mai târziu în viață. Restul de două treimi sunt consumatori cu un debut la vârstă tânără și care ajung la bătrânețe cu problemele de sănătate asociate unui consum îndelungat de alcool. Aceștia tind să aibe o prevalență mai mare a comportamentului antisocial și un istoric familial de alcoolism. Cei o treime care au un debut al consumului problematic de alcool la vârstă adultă sau chiar mai târziu tind să aibe un nivel educațional și economic mai înalt și uneori asociază evenimente stresante de viață cum ar fi pierderea unei persoane apropiate sau pensionarea.

Pacienții cu un debut tardiv al problemelor legate de consumul de alcool tind să aibe o rețea de suport mai puternică, accesează mai des tratamentul și tind să aibe un prognostic mai bun decât cei cu debut precoce.

Identificarea pacienților vârstnici cu probleme legate de consumul de alcool poate fi dificilă deoarece aceștia nu se prezintă ca persoane cu un consum îndelungat, pe care se văd semne clasice de abuz de alcool.

Elemente care sugerează consumul problematic de alcool la vârstnic:

- Declin cognitiv sau deficit al capacităților de auto-îngrijire
- Nonaderența la programări medicale sau la tratament

- Tensiune arterială instabilă sau prost controlată
- Accidente, căderi sau răni repetate
- Vizite frecvente la serviciul de primiri urgențe
- Probleme gastrointestinale
- Delirium apărut în timpul unei spitalizări pentru o altă problemă medicală
- Înstrăinare de familie
- Examen de laborator sugestiv

În general, dezalcoolizarea pacienților vârstnici se recomandă a fi făcută în spital, tratamentul ambulatoriu fiind recomandat doar celor stabili medical și cu o rețea bună de sprijin care poate interveni în caz de complicații.

2.2. OBIECTIVELE GHIDULUI

Scopul ghidului este să ofere suport specialiștilor din domeniul sănătății, pentru adoptarea celor mai bune strategii bazate pe dovezi de identificare precoce a persoanelor cu consum excesiv de alcool și de suport, adaptat individual, pentru limitarea sau oprirea consumului.

Ghidul se aliniaza obiectivelor prevăzute în cele mai importante planuri și strategii aprobate la nivel național și internațional în scopul reducerii poverii reprezentate de consumul de alcool:

- Națiunile Unite - Agenda 2030 pentru dezvoltare durabilă - „*Întărirea capacității de prevenție și tratament a abuzului de substanțe, incluzând abuzul de droguri și utilizarea nocivă a alcoolului*”¹⁹
- OMS - Planul global de acțiune pentru prevenția și controlul bolilor netransmisibile 2013-2020²⁰
- OMS - Abordarea bolilor netransmisibile: „Cele mai bune achiziții” și alte intervenții recomandate pentru prevenirea și controlul bolilor netransmisibile²¹
- OMS - Ghidul OMS pentru identificarea și managementul tulburărilor datorate abuzului de substanțe în timpul sarcinii – 2018²²
- OMS - inițiativa SAFER de control al alcoolului – 2018²³
- OMS Europa - Investiția în copii: strategia europeană de sănătate a copiilor și adolescenților 2015–2020.²⁴
- Cadrul european de acțiune privind alcoolul 2022–2025.²⁵
- Strategia UE „Sănătatea 2020”²⁶
- Strategia Națională de Sănătate 2014-2020 – „Sănătate pentru prosperitate”²⁷

Elaborarea structurii și conținutului ghidului s-a făcut prin adaptarea și actualizarea ediției din 2016 a Ghidului de prevenție²⁸ elaborat în cadrul Proiectului RO.19.04 „Intervenții la mai multe niveluri pentru prevenția bolilor netransmisibile (BNT) asociate stilului de viață în România”, cu prevederile noilor recomandări cuprinse în Ghidul USPSTF 2018²⁹ și a recenziei sistematice³⁰ care i-a stat la bază. S-a pus accent pe abordul intervențiilor conform modelului OMS – 5A. Au fost introduse, de asemenea, informații din documentele de poziție recente ale OMS.

2.3. CUI SE ADRESEAZĂ GHIDUL?

Ghidul se adresează tuturor **profesioniștilor din asistența medicală primară** - medicilor de familie, moașelor, asistentelor medicale și comunitare, oferindu-le recomandări clare pentru identificarea și sprijinirea persoanelor cu consum problematic, în vederea limitării consumului sau renunțării la alcool. Modul de implicare al fiecărui profesionist va depinde pe de o parte de cunoștințele, deprinderile și rolul fiecăruia, pe de altă parte și de locul în care aceste servicii vor fi oferite.

În al doilea rând ghidul se adresează **persoanelor, familiilor și asociațiilor** de pacienți, pentru o înțelegere mai clară a dovezilor științifice referitoare la alcool și stimularea interesului și motivarea adoptării de schimbări comportamentale.

Nu în ultimul rând, ghidul se adresează **decidenților în sănătate**: pe de o parte, pentru definirea cadrului unor îngrijiri unitare și de calitate, pe de altă parte pentru o mai bună înțelegere a problematicei legate de consumul de alcool, în scopul susținerii de intervenții adecvate la nivelul de îngrijire adecvat (amplierea fenomenului, tipuri de servicii necesare, volumul de muncă necesar etc), respectiv pentru susținerea activității de prevenție în asistența primară și o mai justă alocare a resurselor.

3. GLOSAR

Cantitate de alcool per capita (APC) - litri de alcool pur consumat pe cap de locuitor, într-un an, la persoane cu vârsta de peste 15 ani - (indicator al nivelului mediu anual de consum al unei populații date).

Cantitate de alcool, în grame per persoană/zi - cantitatea de alcool per capita în litri de etanol pur pe an, convertită în grame pe zi – (indicator al nivelului mediu individual de consum/zi).

Consumul de alcool – Modelul Skinner de consum - model de consum de tip continuum, de la un consum nepericulos pentru sănătate, până la un consum excesiv conducând la dependență și alte consecințe grave asupra sănătății fizice. Modelul stabilește niște borne de consum și permite corelații între cantitatea de alcool consumată și consecințele negative date de consum.

Consumul problematic de alcool – nivel de consum cu risc asociat de boala.

Consumul riscant - un consum mediu regulat de 20 – 40 g de alcool pur/zi la femei și 40-60 g/zi la bărbați.

Consumul nociv - un tipar de consum de alcool care produce daune sănătății fizice (de exemplu ciroza hepatică) sau psihice (de exemplu depresia secundară consumului de alcool). (OMS, 1992); un consum mediu regulat de mai mult de 40 g alcool pur/zi la femei și 60 g de alcool pur/zi la bărbați.

Dependența de alcool - tulburare distinctă în Clasificarea Internațională a Tulburărilor Mintale și de Comportament a OMS (ICD-10) dar nu și în DSM-V, ultima versiune (2013) a Manualului de Diagnostic și Statistică a Tulburărilor Mintale, în care consumul abuziv și dependența de alcool sunt incluse într-o categorie comuna denumită *tulburări legate de consumul de alcool (Alcohol Use Disorder - AUD)*.

Conform ICD 10, criteriile de diagnostic pentru *Dependența de alcool (F10.2)* sunt următoarele: un grup de fenomene fiziologice, comportamentale și cognitive în care utilizarea alcoolului devine prioritară, în dauna altor comportamente, care au avut odată o valoare mai mare. Dorința de consum este centrală, de multe ori puternică, alteori copleșitoare. Revenirea la consumul de alcool, după o perioadă de abținere, duce la o reparație mai rapidă a caracteristicilor sindromului.

Episodul de consum compulsiv / excesiv - modelul presupune consumul episodic/ ocazional al unor cantități mari, de peste 60 g alcool pur/ocazie sau mai mult de 5-6 unități/ocazie). Tiparul de consum exagerat la „ocazii” sau în weekend (consum de tip *binge*) este asociat cu consecințe negative grave asupra sănătății fizice,^{31,32} chiar dacă nu se depășește cantitatea maximă de alcool recomandată pe săptămână.

Intoxicația etanolică - (*beția sau starea de ebrietate*) - condiție tranzitorie după administrarea de alcool, rezultând în tulburări ale nivelului de conștiință, cunoaștere, percepție, dispoziție sau comportament, sau ale altor funcții și reacții psihofiziologice (ICD-10, cod de tulburare F10.0). Ea poate apărea la orice concentrație de alcool în organism. Semnele acestei tulburări pot fi: agresivitate sau comportament sexual nepotrivit, modificarea stării emoționale, tulburări de judecată, vorbire neclară, dificultăți de coordonare a mișcărilor, mers nesigur, scăderea atenției și memoriei, nistagmus, scăderea stării de conștiință până la comă.³³ Nu este sinonimă cu episodul de consum sever sau compulsiv („consum de tip binge”).

Sevrăjul la alcool este o tulburare care apare după oprirea sau reducerea consumului de alcool, la o persoană care a consumat alcool în cantități mari sau pe o perioadă lungă de timp. Sevrăjul se caracterizează prin tahicardie, transpirații, tremurături ale mâinilor, greață sau vărsături, insomnie, neliniște sau agitație, halucinații, convulsii.³⁴

Testul AUDIT - Testul de Identificare a Tulburărilor Induse de Alcool - test standardizat, recomandat de OMS și majoritatea ghidurilor internaționale, pentru screeningul problemelor legate de consumul de alcool, validat în asistența primară. Are sensibilitate bună și permite stratificarea modului de consum, în funcție de praguri de punctaj clar definite.³⁵

Este astfel util pentru diferențierea tiparelor de consum și corelarea cu recomandările privind tipurile de intervenții adecvate nivelului de consum. Rezultate **AUDIT** se interpretează astfel:

- 0 și 7 - Consum puțin periculos pentru sănătate;
- 8 - 15 - Consum riscant;
- 16 și 19 - Consum nociv;
- Peste 20 - Consum extrem de nociv.

Tulburări legate de consumul de alcool (Alcohol use disorders AUD) – categorie unică în DSM-V – ce include împreună abuzul și dependența de alcool, descrise anterior în ICD 10 și DSM IV drept categorii

distincte.

Criteriile DSM-5 pentru Tulburările legate de consumul de alcool sunt:

1. Substanța este consumată în cantități mai mari și pentru o perioadă mai lungă de timp decât s-a intenționat inițial.
2. Există dorința de a reduce sau stopa consumul de substanță, dar fără a avea succes.
3. Sunt necesare perioade lungi de timp pentru a obține substanța, a o folosi sau a se recupera de pe urma consumului de substanță.
4. Există o nevoie puternică de a folosi substanța (*Craving*).
5. Activitățile planificate la lucru, acasă sau la școală nu sunt realizate din cauza consumului de substanță.
6. Consumul continuă, în ciuda consecințelor negative asupra relațiilor.
7. Renunțarea la activități importante sociale, ocupaționale sau recreaționale din cauza consumului de substanță.
8. Consumul repetat de substanță, în ciuda situațiilor periculoase create astfel.
9. Continuarea consumului în ciuda conștientizării existenței unei probleme fizice sau psihologice cauzate sau agravate de substanță.
10. Nevoia de cantități tot mai mari de substanță pentru a obține efectul dorit (toleranța).
11. Apariția simptomelor de sevraj care pot fi evitate prin consumul de substanță.

Sunt definite 3 subcategorii de gravitate:

- Tulburare de intensitate ușoară (2-3 criterii);
- Tulburare de intensitate medie (4-5 criterii);
- Tulburare de intensitate severă (peste 6 criterii).

Unitatea de alcool - 10 -14 gr de alcool pur/unitate, funcție de consensul din fiecare țară. Conform EHIS (*European Health Interview Survey*) – 1 U = 10 grame de alcool pur.

În România, prezentul ghid propune: 1 U = 10 grame de alcool pur.

Conform OMS (Babor & Higgings-Biddle, 2001) o unitate de alcool este conținută cu aproximație în:

- 330 ml bere cu 5% alcool;
- 120 ml de vin cu 12% alcool;
- 90 ml de vin cu 18% alcool (ex: shery);
- 70 ml de lichior cu 25% alcool;
- 30 ml „tărie” (ex: whisky, țuică, vodcă, gin), cu alcool 40%.

NOȚIUNI CARE NU SE MAI RECOMANDĂ A FI UTILIZATE

- Alcoolism
- Consum social / moderat / responsabil de alcool - dat fiind că, în prezent, *orice nivel de consum de alcool se consideră a fi asociat cu un anumit nivel de risc, de exemplu:*
 - efectul consumului ușor sau moderat asupra creierului,⁸
 - asocierea dintre un consum ușor sau moderat și cancer.³⁶
 - dovezi recente contrazic ideea de efect protector al alcoolului în cantitate moderată (în raport cu abținerea) pentru afectarea coronariană aterosclerotică, sugerând că cele mai scăzute riscuri pentru BCV sunt în cazul abținătorilor și că orice cantitate de alcool crește uniform TA și IMC.^{37,38} Limita de consum considerat mai puțin periculos pentru sănătatea cardiovasculară a consumatorilor curenți din țările dezvoltate a fost apreciată la aprox 100 g/săptămână.³⁹

4. ETIOPATOGENEZA ȘI EFECTELE INDIVIDUALE ASOCIATE CONSUMULUI DE ALCOOL

Consumul de alcool are efecte semnificative asupra ființei umane, acționând și influențând nu numai sănătatea psihică și fizică ci și toate ariile de funcționare (nivel familial, profesional, socio-economic).

La nivel individual, efectele alcoolului nu sunt în totalitate negative, deși balanța este net înclinată în favoarea celor negative. Consumul de alcool aduce beneficii psihologice (senzații plăcute, dezinhibiție, euforie, senzație subiectivă de bine, anxioliza, inductor al somnului) și facilitează socializarea. Înțelegerea benefici-

ilor aduse de alcool și a funcției pe care consumul de alcool o îndeplinește în cazul fiecăruia este esențială, dacă se dorește a oferi suportul adecvat în schimbarea patternului individual de consum.

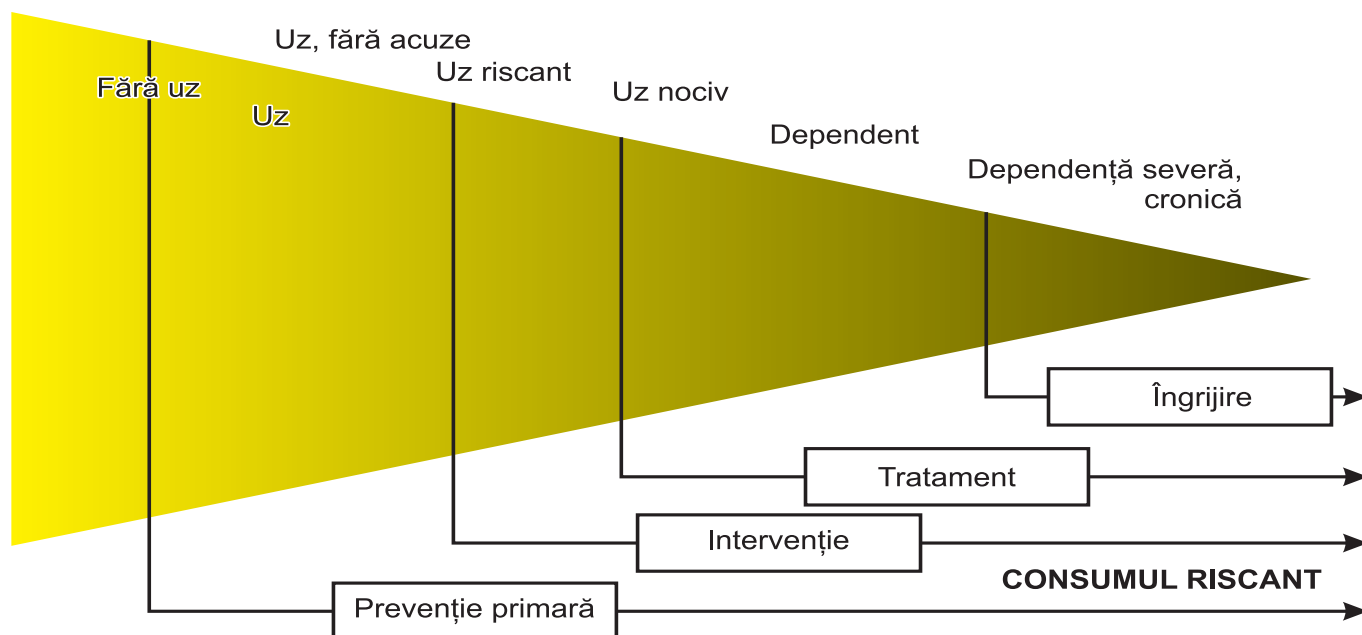
La efectele negative individuale³² se adăugă cele sociale, determinate de afectarea sănătății fizice, psihice și siguranței celor din jur, cu scăderea productivității în muncă, cu invaliditate precoce și costuri crescute de îngrijire a sănătății.

Efecte negative ale consumului de alcool	
Somatice	
Sistem nervos	Încetinirea gândirii și reflexelor, scăderea atenției și memoriei, nervozitate, irascibilitate, depresie, anxietate, dependență de alcool, sinucidere, demență, epilepsie, tremurături ale mâinilor și picioarelor, paralizie, comă
Sistem cardiovascular	Hipertensiune arterială, tulburări de ritm, infarct miocardic, insuficiență cardiacă, accident vascular cerebral hemoragic
Sistem respirator	Infecții pulmonare (pneumonie, tuberculoză, infecție HIV/SIDA)
Sistem digestiv	Gastrită, hemoragii digestive, scăderea absorbției de nutrienți, vitamine și minerale, scădere în greutate, hepatită cronică, steatoză hepatică, ciroză, pancreatită acută și cronică, diaree cronică, polipi colonici
Sistem reproducător	Bărbați - insuficientă dezvoltare a organelor reproducătoare, impotență, sterilitate Femei - pierderea dorinței sexuale, sterilitate, avort spontan
Sistem muscular	Slăbiciune musculară, dureri musculare, febră musculară la eforturi fizice reduse
Sistem osos	Osteoporoză
Sistem endocrin	Tulburări ale funcțiilor organismului prin creșterea secreției de cortizol (inclusiv la copiii expuși la alcool prin alăptare), creșterea volumului sânilor la bărbați (ginecomastie)
Piele	Deshidratarea pielii, înroșirea pielii, pete, aspect îmbătrânit, buhăit
Sânge și organe hematofor-matoare	Anemii și distrugerii ale globulelor roșii, scăderea numărului trombocitelor, scăderea activității globulelor albe și a limfocitelor
Aparat vizual	Midriază, nistagmus, afectarea nervului optic cu reducerea sau pierderea vederii
Aparat auditiv	Efect ototoxic
Cancere:	Gură, faringe, laringe, esofag, stomac, colon, rect, pancreas, sân ³⁶
Metabolism	Tulburarea metabolismului zaharurilor, proteinelor și grăsimilor
Efecte psihologice și sociale	
Deteriorarea relațiilor familiale și sociale	Conflicte, divorț, abuz, neglijarea copiilor, pierderea prietenilor, excludere socială
Dificultăți financiare	
Pierderea locuinței	
Accidente:	de trafic, la domiciliu, la locul de muncă
Comportament sexual nepotrivit:	Sex neprotejat, boli cu transmitere sexuală, viol, sarcină nedorită
Eșec școlar și profesional:	Rezultate școlare slabe, absentism, abandonarea studiilor, pierderea locului de muncă

Consum de alte substanțe de abuz	Tutun, droguri ilegale
Comportamente antisociale	Scandaluri, bătăi, omor, furt, tâlhărie, distrugeri de bunuri
Deces	prin intoxicație etanolică acută, violență, căderi, asfixiere, sinucidere, omucidere, înec, arsuri

Efectele consumului depind de durata și nivelul acestuia.

Modelul Skinner de consum definește un **continuum de consum** probabil să determine consecințe negative pentru sănătate, dacă este continuat. (Babor et al 1994). Modelul prezintă niște **borne de consum** (uz experimental, uz fără acuze, uz riscant, uz nociv, dependența, dependența cronică) și permite corelații între cantitatea de alcool consumată, consecințele negative și necesarul de intervenții (locul, intensitatea) pentru modificarea comportamentului de consum.



Modelul de consum de alcool și consecințele asupra sănătății (Modelul Skinner).

Fiecare țară și-a stabilit limite privind cantitatea de alcool care reprezintă un consum „nepericulos” pentru sănătate, în grame de alcool pur / zi sau în unități de alcool pur / zi, pentru bărbați și femei.

Prin consens, în România, unitatea de alcool = 10 g de alcool pur

Conform OMS (Babor & Higgins-Biddle, 2001) o unitate de alcool este conținută în:



- 330 ml bere cu 5% alcool;
- 120 ml de vin cu 12% alcool;
- 90 ml de vin cu 18% alcool (ex: shery);
- 70 ml de lichior cu 25% alcool;
- 30 ml „tărie” (ex: whisky, țuică, vodcă, gin), cu alcool 40%.

În România, limitele orientative pentru a desemna un nivel considerat „cu risc mic” pentru persoanele sănătoase este de:

Bărbați ≤ 2 unități / zi, maxim 14 unități / săptămână;

Femei ≤ 1 unitate / zi, maxim 7 unități / săptămână;

Persoane peste 65 ani ≤ 1 unitate / zi.

Dovezile recente sugerează însă că riscul de a dezvolta efecte nocive din cauza alcoolului apare la niveluri mai mici decât se credea anterior, în special în legătură cu anumite tipuri de cancer⁴⁰ și că efectul protector al alcoolului poate fi mai mic decât se credea anterior.⁴¹

Există o serie de boli grave, accidente vasculare cerebrale, boli de inimă, boli hepatice, leziuni ale creierului și ale sistemului nervos, inclusiv diverse tipuri de cancer, care se pot dezvolta în ciuda lipsei oricărui efect negativ aparent, chiar și atunci când consumul este în limitele săptămânal acceptabile (sub 7U/săpt la femei și bărbații peste 65 de ani, sub 14 U/săpt la bărbați).

Riscul de deces de orice cauză, și în special de cancer, crește odată cu creșterea nivelurilor de consum, iar nivelul de consum care minimizează pierderea sănătății este zero.⁴²

Aceasta înseamnă că nu există un nivel de consum regulat care să poată fi considerat complet sigur în raport cu unele tipuri de cancer.

Oamenii pot reduce aceste riscuri consumând mai puțin decât recomandările sau practicând abținerea.⁴¹

Aceste rezultate sugerează că politicile de control al alcoolului ar trebui revizuite la nivel mondial, concentrându-se pe eforturile de a reduce consumul general la nivel de populație.

Efectele adverse asupra sănătății cauzate de consumul regulat de alcool se pot dezvolta pe parcursul multor ani, fie ca o consecință a consumului episodic excesiv, fie din cauza afecțiunilor cronice cauzate de alcool (de-a lungul a 10-20 de ani).⁴¹

În plus, consumul intens de alcool chiar și într-un număr mic de zile, crește riscurile pentru sănătate.

Tulburarea legată de consumul de alcool reprezintă o boală cronică cu o etiologie multifactorială, care combină mai multe componente, atât genetice, cât și sociale, psihologice și de mediu.⁴³

Aproximativ 50% din riscul de a dezvolta tulburări legate de consumul de alcool este determinat genetic, dar influența genelor este complexă, deoarece există gene care cresc riscul și gene protectoare.

Alcoolul afectează mulți neurotransmițători ai creierului și receptorii acestora, inclusiv dopamina, acidul gamma-aminobutiric, glutamatul, serotonina, adenozina, noradrenalina (norepinefrina) și peptidele opioide.⁴⁴

Mecanisme

Multe dintre efectele neurologice ale alcoolului explică dezvoltarea în timp a tulburării legate de consumul de alcool. Efectele plăcute și stimulatoare ale alcoolului sunt mediate de o cale dopaminergică care se proiectează din zona tegumentală ventrală către nucleul accumbens.⁴³

Ingestia repetată și excesivă de alcool sensibilizează această cale și duce la dezvoltarea dependenței. Expunerea pe termen lung la alcool provoacă modificări adaptative în mai multe sisteme de neurotransmițători, inclusiv *diminuarea numărului de* receptorilor neuronali inhibitori ai acidului gamma-aminobutiric, cat și creșterea numărului de receptorilor excitatori de glutamat și creșterea activității centrale a norepinefrinei (noradrenalinei).⁴⁵

Înteruperea consumului de alcool lasă această stare de excitație fără opoziție, ducând la hiperactivitate și disfuncție a sistemului nervos care caracterizează sevrajul de alcool. S-a sugerat, de asemenea, că simptomele de sevraj se intensifică pe măsură ce episoadele de sevraj cresc în număr, un fenomen numit „aprinde”.⁴⁵

Pacienții cu tulburări legate de consumul de alcool experimentează adesea pofta, definită ca dorința conștientă sau nevoia de a bea alcool. Pofta a fost legată de sistemele dopaminergice, serotoninergice și opioide care mediază întărirea pozitivă și de sistemele de acid gamma-aminobutiric, glutamatergic și noradrenergic care mediază sevrajul.⁴⁴

Se crede de asemenea că alcoolul utilizat pe termen lung interacționează cu neurotransmițători și hormoni care produc stres, astfel încât utilizarea continuă a alcoolului devine necesară pentru a ameliora stresul cronic și disforia.

5. INTERVENȚII PENTRU DEPISTAREA ȘI REDUCEREA CONSUMULUI DE ALCOOL

5.1. SUMARUL RECOMANDĂRILOR

	Aspect	Recomandare	Nivel
1	Care este populația țintă pentru screening?	Se recomandă efectuarea screeningului pentru detecția consumului inadecvat de alcool, în asistența medicală primară, la adulți (inclusiv la femeile însărcinate), începând cu vârsta de 18 ani.	1B
2	Care este metoda de screening?	Pentru screeningul privind consumul inadecvat de alcool se recomandă utilizarea chestionarului (standardizat) AUDIT.	2A
3	Există o variantă mai scurtă de screening?	Pentru operativitate, se poate utiliza inițial varianta scurtă (AUDIT); la rezultate anormale (>4 la bărbați și >3 la femei) se completează evaluarea folosind chestionarul AUDIT integral.	2A
4	Care este intervalul de screening?	Exceptând situațiile în care este necesar mai devreme, se recomandă screeningul la intervale de 4-5 ani.	2C
5	Adolescenții ar trebui evaluați?	La adolescenții între 15-18 ani se recomandă evaluare oportunistă sau anuală.	2C
6	Cine aplică chestionarul de screening?	Se recomandă aplicarea chestionarului de către asistenta medicală instruită sau de către medicul de familie; chestionarul poate fi și autoadministrat.	2A
7	Care este scorul care definește un rezultat pozitiv la screening?	Se va considera un rezultat pozitiv la screening scorul 8 pentru AUDIT și scorul 4 la bărbați și 3 la femei la AUDIT-C.	2A
8	Cum se aplică chestionarul?	Se recomandă aplicarea chestionarului ca parte dintr-un chestionar mai amplu de evaluare a factorilor de risc, dar se poate aplica și izolat, oportunist.	2A
9	Când se aplică chestionarul?	Chestionarul se poate aplica înaintea consultației, oportunist (vezi mai jos).	2A
10	Cum se folosesc biomarkerii?	Nu se recomandă utilizarea biomarkerilor ca instrumente de screening pentru consumul inadecvat de alcool; biomarkerii vor putea fi utilizați în evaluarea în dinamică a eficienței intervenției scurte și ca suport motivațional.	2B
11	Care este nivelul de consum nepericulos la persoanele sănătoase?	Se recomandă ca bărbații sănătoși să fie sfătuiți să se mențină în limita a <2 u/zi, iar femeile și bărbații peste 65 de ani în limita a <1 u/zi.	1A
12	Care este recomandarea pentru femeile gravide?	Se recomandă ca femeile gravide sau care intenționează să rămână gravide să fie sfătuite să se abțină de la consumul de alcool.	1A
13	Sunt intervențiile scurte eficiente?	Se recomandă intervenția scurtă pentru modificarea comportamentului privind consumul de alcool, la cei cu consum riscant (scor AUDIT între 9-15) și nociv (scor AUDIT între 16-19).	1A
14	Care este scorul la care se face trimiterea către tratament specializat în adicții?	Se recomandă ca persoanele cu scor AUDIT ≥ 20 , indicând de obicei dependența de alcool, să fie trimise către tratament de specialitate în adicții.	1A

5.2. RECOMANDĂRI PRIVIND DEPISTAREA CONSUMULUI DE ALCOOL ÎN ASISTENȚA MEDICALĂ PRIMARĂ

5.1.1. Screeningul consumului de alcool

Care este populația țintă pentru screening?



Recomandare

Se recomandă efectuarea screeningului pentru detecția consumului inadecvat de alcool, în asistența medicală primară, la adulți (inclusiv la femeile însărcinate), începând cu vârsta de 18 ani.^{40,46} 1B

Screeningul și intervențiile scurte privind consumul de alcool s-au numărat printre serviciile preventive cu cel mai mare impact asupra poverii afecțiunilor ce pot fi prevenite prin intervenții clinice, într-un studiu care a explorat rentabilitatea serviciilor clinice preventive și impactul acestora asupra sănătății.^{47,48}

De aceea, date fiind efectele nocive ale consumului de alcool, varianta ideală ar fi ca toți adulții să fie evaluați privind consumul de alcool, iar cei cu consum la risc să beneficieze de intervenții scurte în asistența primară.

Motivele pentru care nu se întâmplă astfel sunt: cultura societala privind alcoolul, lipsa de timp a medicilor, suportul inadecvat oferit de sistemul informatic, stigma asociată⁵⁰ sau ideea că pacienții vor fi deranjați să fie chestionați pe tema alcoolului,⁵¹ neîncrederea în eficiența intervențiilor sau lipsa de instruire în domeniu a medicilor de familie.⁵²

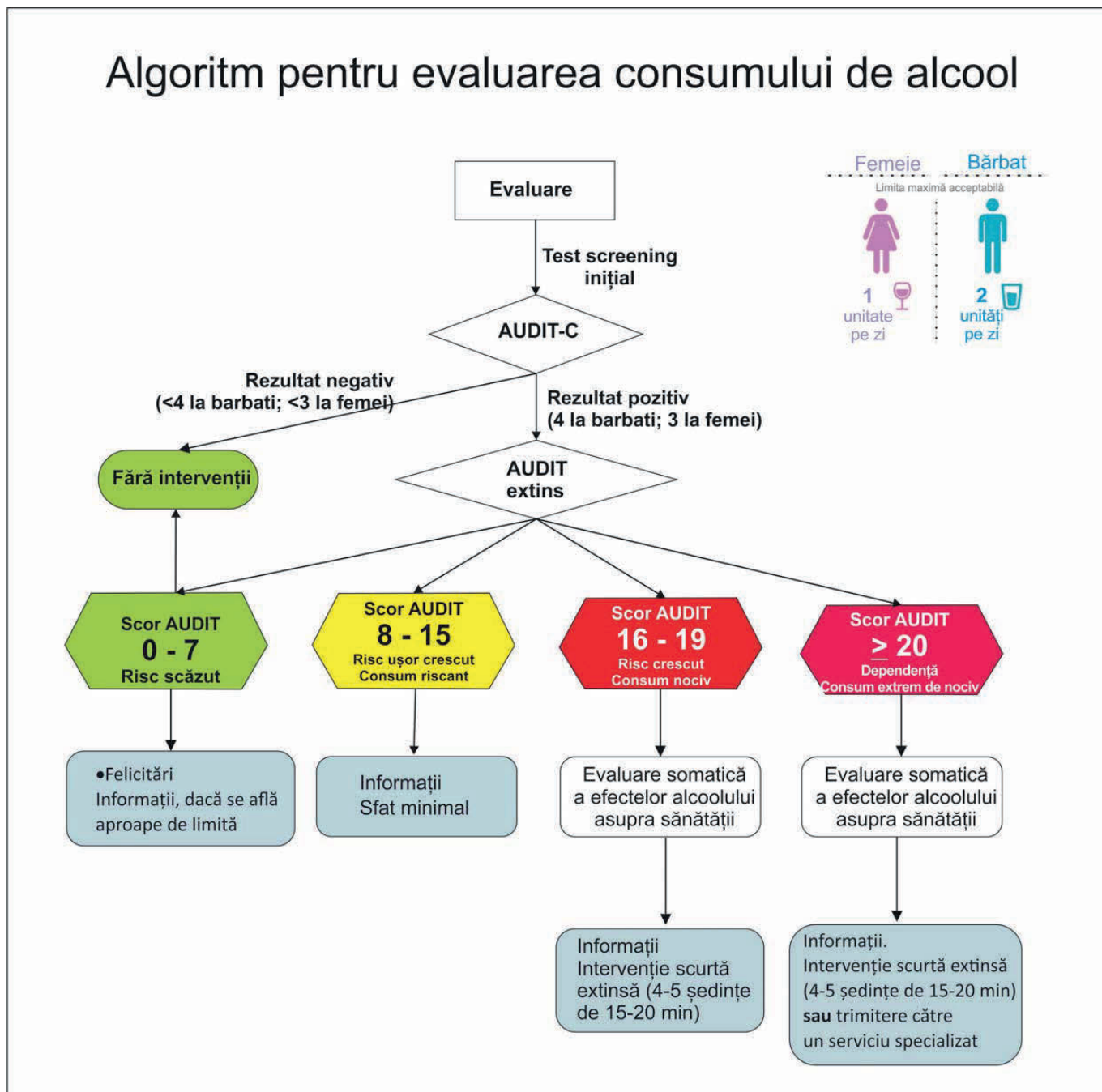
Deși studiile arată că majoritatea medicilor afirmă că evaluează consumul de alcool, în realitate ratele de screening sunt reduse și pacienții înșiși afirmă fie că nu au fost întrebați despre consumul de alcool, chiar și când acesta era crescut, fie că doar în puține situații au primit sfat/consiliere.⁵³

Screeningul, atunci când nu poate fi făcut la toți pacienții adulți, ar trebui să fie făcut în mod **oportunist** la:

- prima consultație/înregistrare a pacientului pe listele medicului de familie, ca parte a unei evaluări extinse;
- persoanele cu risc crescut;⁴⁶
- persoane în vârstă;⁴⁶
- persoane tinere care au risc mare de accidente sau vătămări;
- persoane cu istoric de dependență de alcool;
- persoane care participă/controlază activități riscante (șofat, activități nautice, sporturi extreme);
- persoane cu o condiție medicală ce poate fi înrăutățită de consumul de alcool (pancreatită, diabet, hepatită/afecțiuni hepatice cronice, hipertensiune, ulcer peptic, tulburări de somn, tulburări sexuale, alte disfuncții majore);
- persoane suferind de tulburări psihice;
- persoane care iau o medicație care poate avea interacțiuni periculoase cu alcoolul;
- femei gravide sau care intenționează să rămână gravide;
- sunt ghiduri⁵⁴ care recomandă o atenție sporită pentru bărbații de vârstă medie, ca fiind o grupă de risc la care screeningul are prioritate.

Procedura de screening presupune parcurgerea unui algoritm ca cel prezentat în continuare, inspirat după modelul recomandat de ghidul din Marea Britanie.^{55, 56}

Figura 7 Algoritm pentru evaluarea consumului de alcool (pagina următoare)



Care este metoda de screening?



Recomandare

Pentru screening-ul privind consumul inadecvat de alcool se recomandă utilizarea chestionarului (standardizat) AUDIT. 1A

Sunt disponibile mai multe instrumente de screening care pot detecta consumul nesănătos de alcool cu o acuratețe rezonabilă și care necesită 1 - 3 minute pentru a fi administrate.

- întrebări unice (NIAAA);
- chestionare de screening cu sensibilități și specificități diferite.

Cele mai utilizate chestionare sunt:

- AUDIT (Alcohol Use Disorder Identification Test)^{57,58}
- AUDIT-C (varianta prescurtată a AUDIT)⁵⁹
- CAGE⁶⁰
- FAST (Health Development Agency, 2002).⁶¹

Testul AUDIT este în prezent instrumentul cel mai utilizat pentru detectarea consumului de alcool la risc și nociv^{62,63} și este singurul test care poate detecta cu bună acuratețe întregul spectru de gravitate al consumului de alcool (inclusiv dependența), chiar dacă cu unele limitări. (dectecție limitată a dependenței, mai ales în regiunile sau populațiile cu prevalență mică).⁶⁴

Conform USPTF,²⁹ datele disponibile pentru comparațiile privind acuratețea diferitelor teste de screening pentru detecția întregului spectru al consumului nesănătos de alcool la adolescenți sunt limitate (un studiu cu 225 de participanți); mai multe studii au demonstrat însă o acuratețe bună a întrebărilor cu unul sau doi itemi și a testului AUDIT pentru detectarea AUD.

La adolescenți se recomandă utilizarea de chestionare cu 1-2 întrebări, respectiv Chestionarul NIAAA pentru a detecta tulburările legate de consumul de alcool („De câte ori în ultimul an ați băut 5/4 (bărbați / femei sau mai multe băuturi într-o zi?”) întrucât a avut o sensibilitate cuprinsă între 0,73 și 0,88 și specificitate de la 0,74 la 1,0 pentru detectarea consumului nesănătos de alcool.²⁹

Studiile la adulți au evidențiat că pentru AUDIT-C, sensibilitatea a fost similară Chestionarul NIAAA, dar intervalul de specificitate raportată a fost mai larg. Pentru întregul AUDIT, intervalul de sensibilitate a fost larg (0,38 până la 0,73) utilizând pragul recomandat de 8 sau mai mare, dar specificitatea a fost ridicată (0,89 până la 0,97).

Toate aceste date sprijină o strategie de screening în 2 trepte, așa cum se face în prezent în unele sisteme de îngrijire a sănătății, cum ar fi U.S. Department of Veterans Affairs (VA).²⁹ În prima etapă se recomandă **utilizarea unui test scurt (1-3 întrebări), urmat de evaluarea cu un instrument mai detaliat, cu o mai mare specificitate (de exemplu, AUDIT-10), în cazul celor care ating anumite praguri.**



Toate datele converg pentru utilizarea Testului AUDIT ca test de screening.

TESTUL AUDIT

A fost dezvoltat și validat de OMS în 1982 în scopul depistării comportamentelor la risc sau nociv (întrucât marea majoritate a consecințelor nocive asupra sănătății apar la cei cu consum riscant sau nociv - 55% din totalul populației).

Este un chestionar cu 10 întrebări care permite triajul în funcție de nivelul de risc și formularea de indicații privind intervențiile cele mai potrivite.

Fiecare dintre cele 10 întrebări poate avea un scor de la 0 la 4, iar răspunsurile se agregă într-un scor general. Completarea chestionarului AUDIT durează 2-3 minute; chestionarul poate fi autocompletat în sala de așteptare (pe hârtie/computer), de către asistenta medicală sau de către medic.

AUDIT are o sensibilitate de 97% și o specificitate de 78% pentru consumul riscant și o sensibilitate de 95% și o specificitate de 85% pentru consumul nociv, când a fost utilizat un prag de 8 sau mai mult (Saunders et al., 1993).⁵⁷

Testul a fost validat în țări diferite și în medii diferite (cabinet de medicină de familie, cameră de gardă de urgență, la adulți tineri, spitale de bătrâni, utilizatori de droguri, femei).

Cinci recenzii sistematice de bună calitate au comparat diversele teste de screening.

AUDIT, AUDIT-C și screening-ul cu o singură întrebare au avut cele mai bune performanțe în detectarea întregului spectru de tulburări ale consumului de alcool la adulți, adulți tineri, femei gravide, fiind astfel recomandate de US Task Preventing Force.²⁹

CHESTIONAR AUDIT DE EVALUARE A CONSUMULUI PERSONAL DE ALCOOL

Data: _____ Localitate: _____ Sex: M __ F __ Vârsta: _____

Stare civilă: _____ Studii: _____

Operator chestionar: _____ 1 băutura = 12 g alcool pur = _____

1 bere (330 ml)



= 1 pahar vin (125 ml)



= 1 tărie (40 ml)



1. Cât de des beți o băutură conținând alcool?

- a. Niciodată 0
- b. Lunar sau mai rar 1
- c. 2-4 ori pe lună 2
- d. 2-3 ori pe săptămâna 3
- e. 4 sau mai multe ori pe săpt. 4

2. Câte băuturi consumați într-o zi obișnuită, atunci când beți?

- a. Una sau două 0
- b. Trei sau patru 1
- c. Cinci sau șase 2
- d. Șapte sau nouă 3
- e. Zece sau mai mult 4

3. Cât de des beți 6 sau mai multe băuturi de alcool la o singura ocazie?

- a) Niciodată 0
- b) Lunar sau mai rar 1
- c) Lunar 2
- d) Săptămânal 3
- e) Zilnic sau aproape zilnic 4

4. Cât de des ați constatat în ultimul an că nu puteți să vă opriți din băut o dată ce ați început?

- a) Niciodată 0
- b) Lunar sau mai rar 1
- c) Lunar 2
- d) Săptămânal 3
- e) Zilnic sau aproape zilnic 4

5. Cât de des în ultimul an nu ați reușit să faceți ceea ce era de așteptat să faceți din cauza băutului?

- a) Niciodată 0
- b) Lunar sau mai rar 1
- c) Lunar 2
- d) Săptămânal 3
- e) Zilnic sau aproape zilnic 4

6. Cât de des în ultimul an ați avut nevoie să beți prima băutura de dimineață ca să vă reveniți după o beție zdravăna?

- a) Niciodată 0
- b) Lunar sau mai rar 1
- c) Lunar 2
- d) Săptămânal 3
- e) Zilnic sau aproape zilnic 4

7. Cât de des în ultimul an ați avut un sentiment de remușcare sau de vinovăție după ce ați băut?

- a) Niciodată 0
- b) Lunar sau mai rar 1
- c) Lunar 2
- d) Săptămânal 3
- e) Zilnic sau aproape zilnic 4

8. Cât de des în ultimul an nu ați putut să vă amintiți ce s-a întâmplat în noaptea trecută din cauza că ați băut?

- a) Niciodată 0
- b) Lunar sau mai rar 1
- c) Lunar 2
- d) Săptămânal 3
- e) Zilnic sau aproape zilnic 4

9. Dvs. sau altcineva a fost rănit ca rezultat al faptului că ați fost băut?

- a) Nu 0
- b) Da, dar nu în ultimul an 2
- c) Da, în ultimul an 4

10. O rudă, un prieten, un doctor sau o altă persoană a fost îngrijorată de băutul dvs. sau v-a sfătuit să-l reduceți?

- a) Nu 0
- b) Da, dar nu în ultimul an 2
- c) Da, în ultimul an 4

SCOR CHESTIONAR: _____

Interpretare rezultate:

- **Între 0 și 7** - Consum nepericulos pentru sănătate;
- **Între 8 și 15** - Consum riscant;
- **Între 16 și 19** - Consum nociv;
- **Peste 20** - Consum extrem de nociv.

Stabilirea pragului de la care sunt necesare intervenții din partea medicului, comportă discuții în literatură. Nivelul pragului influențează sensibilitatea și specificitatea metodei.

Ghidurile NICE recomandă folosirea opiniei profesionale în fiecare caz pentru stabilirea scorului limită pentru AUDIT, specificând că scăderea sub 8 crește sensibilitatea în defavoarea specificității.⁵⁵

Alte chestionare luate în considerație dar nerecomandate de acest ghid sunt:

- **CAGE** (4 întrebări) - *Sensibilitate (Se)* 84% și *Specificitate (Sp)* 95% în detecția dependenței;
- **FAST** (4 întrebări) – Se 93% și Sp 88% la prag 3, pentru pre-screening (NICE)⁵⁵

Există o variantă mai scurtă de screening?



Recomandare

Pentru operativitate, se poate utiliza inițial varianta scurtă (AUDIT C); la valori anormale (peste 4 la bărbați și peste 3 la femei) se completează evaluarea folosind chestionarul AUDIT integral. 2A

AUDIT-C conține primele 3 întrebări din AUDIT și este cea mai recomandată variantă de pre-screening, având o sensibilitate mare și specificitate satisfăcătoare de apropiată de AUDIT, dar fiind mai scurt și astfel mai ușor de administrat.

TEST AUDIT-C

1. **Cât de des consumați o băutură conținând alcool?**
2. **Câte băuturi standard consumați într-o zi obișnuită, atunci când beți?**
3. **Cât de des beți 6 sau mai multe băuturi alcoolice standard la o singură ocazie?**

În ghidurile recenzate, scorul-prag recomandat pentru AUDIT-C variază între 5 la bărbați și 4 la femei în ghidul NICE,⁵⁵ 4 sau 3 în ghidul american USPSTF²⁹ 4 sau 3 în ghidul australian SNAP.⁴⁶

Pentru AUDIT-C scorul prag recomandat de acest Ghid este 4 la bărbați și 3 la femei. Sensibilitatea AUDIT-C la pragul de 3 pentru femei este de 0.73 - 0.97 (95% CI între 0.62 - 0.99); la bărbați, la un prag de 4, sensibilitatea a fost de 0.82 - 1.0 (95% CI între 0.75-1.0). Specificitățile au variat în limite mai largi, între 0.28-0.9 la femei și 0.34-0.89 la bărbați.³⁰

Care este intervalul de screening?



Recomandare

Exceptând situațiile în care este necesar mai devreme, se recomandă screening-ul la intervale de 4-5 ani. 2C

Ghidurile internaționale specifică intervale de timp diferite între două screening-uri la aceeași persoană.

Ghidul australian (SNAP)⁴⁶ recomandă o perioadă de 2-4 ani între evaluări, ghidul englez al NHS recomandă controlul tuturor persoanelor între 40-74 de ani minim o dată la fiecare 5 ani.⁵⁵

USPSTF nu a găsit niciun efect advers asociat cu programele de evaluare sistematică a consumului de alcool, în pofida multiplelor bariere percepute: anxietate, discriminare, etichetare, interferare cu relația medic-pacient, creșterea consumului de tutun și alte droguri.²⁹

Deoarece în România sunt multe aspecte de recuperat în domeniul reducerii consumului de alcool, este nevoie de eforturi o lungă perioadă de timp pentru ca o mare parte din populație să fie evaluată cel puțin o dată.



Recomandare

Consens – Evaluarea consumului de alcool face parte din evaluările preventive globale și este necesar a se aplica – ori de câte ori se face evaluarea RCV global.

În plus, ca și în cazul fumatului, accentul ar trebui pus pe evaluarea oportunistă a celor la risc (vezi mai sus), atunci când este posibil.

Adolescenții ar trebui evaluați?



Recomandare

La adolescenții între 15-18 ani se recomandă evaluare oportunistă sau anuală folosind testul AUDIT-C sau AUDIT; pragul recomandat este 2-3. Consens

Screening-ul consumului de alcool la adolescenți nu are aceeași susținere în literatură ca cea pentru adulți.³⁰ Sunt puține studii ample, iar succesul intervențiilor scurte este discutabil.

Aplicarea oportunistă a chestionarului AUDIT-C și a AUDIT într-un departament de urgență a indicat o mai bună capacitate de depistare a tiparelor de consum riscante și nocive cu AUDIT- C, la un prag de 3, respectiv o mai bună depistare a tiparului de dependență, la un prag de 7, utilizând chestionarul AUDIT complet.

NIAAA susține posibilitatea folosirii chestionarului AUDIT pentru adolescenții cu vârste între 14 și 18 ani; valorile prag recomandate fiind 2 pentru identificarea oricărei probleme legate de consumul de alcool și 3 pentru detecția abuzului și dependenței

Ghidul australian SNAP⁴⁶ recomandă utilizarea AUDIT și evaluarea oportunistă a tuturor adolescenților peste 15 ani, cu sfatul ca cei sub 15 ani să nu consume alcool, iar cei peste 15 ani să întârzie sau să scadă cât mai mult consumul. În SUA, recomandările USPSTF²⁹ lasă profesioniștilor alegerea evaluării adolescenților, negăsind foarte multe studii care să susțină eficiența intervenției scurte la adolescenți.

Ghidul NICE⁵⁵ consideră că sunt suficiente argumente științifice pentru a face intervenții scurte la tinerii între 16-17 ani cu consum crescut (pe scor AUDIT), dar recomandă o intervenție scurtă extinsă (2-3 ședințe) pentru a fi eficiente.

NIAAA a dezvoltat un *Ghid de screening al consumului de alcool și intervenții scurte pentru tineri*. Ghidul include o metodă simplă de screening oportunist dedicată copiilor și adolescenților cu vârste între 9 și 18 ani: **un chestionar cu 2 întrebări**, cu formulări adaptabile pe categorii de vârste, pentru depistarea unui eventual consum. În funcție de vârsta și frecvența consumului, instrumentul permite încadrarea într-un nivel de risc (reduc, moderat, înalt) estimat, plecând de la praguri stabilite pe baza unor studii epidemiologice importante și indică tipul de intervenție adaptată nivelului de risc identificat. Ghidul există și într-o variantă de buzunar dezvoltată de NIAAA împreună cu Asociația Americană de Pediatrie,⁷⁰ precum și într-o variantă electronică

NIAAA și AAP⁶⁹ recomandă evaluarea anuală, mai ales la adolescenții care sunt la risc pentru consum de alcool:

- fumează;
- au afecțiuni care se pot asocia cu consumul de alcool (depresie, anxietate, ADHD, probleme de conduită);
- au afecțiuni somatice care pot fi legate de alcool: vătămări corporale accidentale, boli cu transmitere sexuală, tulburări gastrointestinale sau dureri cronice;
- arată tulburări de comportament cum ar fi creșterea opoziției, tulburări semnificative de dispoziție, pierderea interesului, schimbări de grup de prieteni, scăderea mediei școlare, absențe multe.

Întrucât consumul de alcool este cel mai la îndemână comportament la risc și principalul indicator al prezenței unor alte categorii de riscuri (fumat, substanțe ilicite, comportamente sexuale riscante), evaluarea cu 2 întrebări poate fi completată în cazul celor cu consum la risc prin aplicarea unui chestionar mai amplu privind consumul de substanțe, chestionarul CRAFFT (*Car, Relax, Alone, Forget, Friends, Trouble*).

CRAFFT este cel mai bine studiat instrument de depistare a consumului de substanțe pentru adolescenții cu vârste între 12 și 21 de ani și a fost testat și validat în medii socioeconomice și rasiale/etnice diverse. Este recomandat de Ghidurile NIAAA și Bright Futures ale Academiei Americane de Pediatrie pentru scre-

ening-uri preventive și vizite medicale în asistența primară.

CRAFFT 2.1 include vaparea ca metodă de administrare pentru consumul de marijuana și revizuirii bazate pe dovezi pentru a crește sensibilitatea și specificitatea instrumentului. CRAFFT 2.1+N conține întrebări suplimentare despre consumul de tutun și nicotină. Ambele se regăsesc în varianta pentru autoadministrare și pentru interviu și au fost traduse inclusiv în limba română.

Care este scorul care definește un rezultat pozitiv la screening?



Recomandare

Se consideră screening pozitiv la înregistrarea următoarelor rezultate:

- scor 8 pentru AUDIT la adulți; 2A
- scor 2 pentru AUDIT la tineri; 2B
- scor 4 la bărbați și 3 la femei la AUDIT-C. 2A

Argumentele privind variațiile de scor se pot citi mai sus ca și motivația recomandării din ghid.

Cine aplică chestionarul de screening?



Recomandare

Se recomandă aplicarea chestionarului de către asistenta medicală instruită sau de către medicul de familie; chestionarul poate fi și autoadministrat. 2A

Chestionarul AUDIT a fost validat atât pentru autoadministrare cât și pentru administrarea de către cadrele medicale, inclusiv cele din asistența primară.

Exista dovezi ca aplicarea de chestionare autoadministrate la tineri conduce la rezultate mai valide. (ex CRAFFT)

Cum se aplică chestionarul? Când?



Recomandare

Se recomandă aplicarea chestionarului ca parte dintr-un chestionar mai amplu de evaluare a factorilor de risc, dar se poate aplica și înaintea consultației, oportunist. 2A

Validitatea testului AUDIT a fost verificată în variate contexte și forme.

Întrebările din AUDIT-C sau AUDIT pot fi integrate într-un chestionar mai amplu privind factorii de risc sau în orice chestionar de sănătate și poate fi administrat în multiple forme, în funcție de resursele de timp și de personal.

Aplicarea de către asistenta medicală necesită minimum de instruire; autoadministrarea în sala de așteptare, anterior consultului sau acasă oferă avantajul unui confort psihic sporit al pacientului.

USPSTF recomandă ca cel puțin o parte din screening și din intervenția scurtă să utilizeze suport electronic.²⁹

Programul electronic asociat ghidului oferă această oportunitate, inclusiv atenționări, suport pentru medici și materiale informative pentru pacienți.

Cum se folosesc biomarkerii?



Recomandare

Nu se recomandă utilizarea biomarkerilor ca instrumente de screening pentru consumul inadecvat de alcool; biomarkerii vor putea fi utilizați în evaluarea în dinamică a eficienței intervenției scurte și ca suport motivațional. 2B

În evaluarea și tratamentul tulburărilor induse de alcool, clinicienii au la dispoziție câțiva markeri biologici. Markerii sunt fie produși chimici de metabolizare a alcoolului (markeri directi), fie reflectă schimbări produse de alcool la nivelul unor celule, țesuturi sau alte componente (markeri indirecti). Unii dintre ei,

cum sunt transaminazele (GGT, ASAT, ALAT) de exemplu, sunt utilizați de mult timp, alții sunt mai noi: transferina carbohidrat deficiența (CDT), etilglucuronidul (EtG), acidul sialic.

Niciunul nu are o sensibilitate și specificitate foarte mare, valoarea predictivă crescând însă la combinațiile de biomarkeri. Există mereu cercetări pentru descoperirea unora noi.

Tabel 6 Sensibilitate, specificitate, tipare de consum și interval de aplicare a biomarkerilor pentru consum de alcool

Biomarkeri	Sursa	Sensibilitate %	Specificitate %	Comportament de consum	Interval pentru evaluare
GGT	Ser/Plasmă	40-50	80-90	Consum cronic sever	2-3 săptămâni
MCV	Sânge	60-90	30-75	Consum cronic sever	2-4 luni
ALT/AST	Ser/Plasmă	15-69	50-95	Consum cronic sever	2-3 săptămâni
CDT	Ser/Plasmă	80-90	85-95	Consum nociv	2-3 săptămâni
EtG	Urină	73-75	55-60	Utilizare recentă	2-5 zile

Biomarkerii nu depistează consumatorii la risc, iar pentru detectarea pacienților cu consum nociv au caracteristici (*Se și Sp*) inferioare chestionarelor de screening enumerate anterior.

De aceea, nu se folosesc pentru detecția problemelor de consum ci, doar pentru aprecierea efectelor consumului sau pentru monitorizarea rezultatelor intervențiilor:

- La începutul și pe parcursul unui program terapeutic, pentru a stabili un punct de referință obiectiv și pentru măsurarea progresului;
- Anunțul pacientului în legătură cu utilizarea biomarkerilor poate crește valoarea de adevăr din teste AUDIT;
- Biomarkerii pot diferenția persoanele cu un consum recent/masiv și pot indica o eventuală recădere sau menținerea abstenenței;
- Pot fi folosiți cu succes în creșterea motivației;
- În anchete judiciare unde, pe lângă detectarea alcoolemiei/ nivelului de alcool în aerul respirat/urina, se poate folosi și etilglucuronid, crescând astfel șansa detectării problemelor judiciare făcute „sub influență”;
- În situații de urgență medicală/chirurgicală, pentru a stabili acele cazuri în care alcoolul poate fi un factor agravant/cauzator al unei urgențe medicale și persoana nu poate sau nu vrea să recunoască nivelul de consum;
- Când există discrepanțe flagrante între ce susține pacientul și afirmațiile unor persoane apropiate.

Biomarkerii cei mai des utilizați în asistența primară sunt adeseori investiți cu puteri pe care nu le au, din cauza lipsei cunoașterii în detaliu a relației loc cu consumul de alcool.

Spre exemplu, **Gamma Glutamyl Transferaza (GGT)**, frecvent utilizată ca biomarker de injurie hepatică în relație cu consumul crescut de alcool, este adesea greșit interpretată.

Nivelele serice de GGT variază de la persoană la persoană, dar și la aceeași persoană în funcție de momentul consumului de alcool. Se apreciază ca este un test cu sensibilitate (40-50%) și specificitate (80-90%) scăzute și că este nevoie de un consum minim săptămânal de 74g la bărbați și 60g la femei, ca GGT să crească. În mod tipic, GGT crește după consumul unor cantități mari, timp de câteva săptămâni și mai puțin după consum episodic. Întrucât are durata de viață lungă 14-26 zile, revenirea la normal a GGT se face la 2-6 săptămâni de abstenență. Ca atare GGT este indicator de consum cronic. Creșterea după episoade de consum excesiv se face doar la aceia care au avut anterior consum cronic de cantități mari. În plus, GGT crește și în alte afecțiuni, nelegate de consumul de alcool: ciroza biliară, pancreatita, obezitate, diabet, HTA, hipertrigliceridemie, afecțiuni prostatice, la fumători, sau în tratament cu unii hormoni și anticonvulsivante.⁷⁷

Transferina carbohidrat deficiența (CDT) este un biomarker specific, dar nu foarte sensibil. Transferina pierde lanțurile laterale de carbohidrați și se transformă în CDT după 1-2 săptămâni de consumul de alcool de peste 50-80 g etanol pe zi. Persoanele cu consum moderat sau cele cu un tipar de consum episodic prezintă niveluri de CDT în intervalul normal. Rezultatele fals pozitive sunt rare și apar la cei cu variații

genetice. Are valoare importantă în monitorizarea celor cu consum ridicat.

O creștere a **volumului corpuscular mediu (MCV)** al hematiilor și a activității enzimelor **aspartat-aminotransferaza (AST)** și **alanina aminotransferaza (ALT)**, în special un raport AST/ALT > 2 și al GGT pot fi semne ale consumului nociv de alcool.

Figura 9. Biomarkeri

Detectarea alcoolului în sânge și a metabolitului sau ethilglucuronid au utilizări directe în practica medicală și judiciară.

Marker	Timp de revenire la normal	Tip de comportament de consum	Comentarii
Gama – glutamil transferaza (GGT)	2-6 săptămâni de abțință	≈70 unități/săpt. timp de câteva săpt.	Numeroase rezultate fals pozitive
Aspartat amino transferaza (ASAT)	7 zile, cu variații mari ale declinului post abțință	necunoscut, dar în cantități mari	Numeroase rezultate fals pozitive
Alanin amino transferaza (ALAT)	necunoscut	necunoscut, dar în cantități mari	Numeroase rezultate fals pozitive. Mai puțin sensibil decât ASAT.
Volumul macrocitar mediu (MCV)	Necunoscut, dar timpul de înjumătățire ≈ 40 zile	necunoscut, dar în cantități mari	Chiar și în abțință, revine foarte încet la valorile normale
Transferina carbohidrat deficientă (CDT)	2-4 săptămâni de abțință	+60g/zi, timp de cel puțin 2 săpt.	Rezultate fals pozitive rare. Bun indicator al recăderilor

Alcoolemia - Consumul acut de alcool poate fi detectat prin determinarea nivelului de alcool din sânge și respirație. La zece până la douăsprezece ore după ultima băutură, etanolul nu mai poate fi detectat în urină.⁸⁶

Ethilglucuronidul, un metabolit direct al alcoolului, are o perioadă de înjumătățire mai lungă putând fi detectat în sânge și la 5 zile după un episod de consum crescut.

În concluzie, **biomarkerii**:

- Nu au dovedit o valoare predictivă sigură, pozitivă sau negativă
- Sensibilitatea și specificitatea lor sunt mici, dar pot crește în combinație (de ex., GGT+MCV+CDT);
- Există date care sugerează că pacienții oferă răspunsuri mai aproape de adevăr dacă sunt anunțați dinainte că declarațiile lor vor fi coroborate cu determinări enzimatică (NIAAA);⁶⁹
- Ar putea avea o valoare mai mare ca parte a protocolului de intervenție psihoterapeutică, pentru a susține motivația pacientului.

CARE ESTE NIVELUL DE CONSUM MAI PUȚIN PERICULOS PENTRU SĂNĂTATE LA PERSOANELE SĂNĂTOASE?



Recomandare

Sfat minimal: Se recomandă ca bărbații sănătoși să fie sfătuiți să mențină un consum de alcool în limita a 2 US/zi, iar femeile și bărbații peste 65 de ani în limita a 1 US/zi. 1A

Fiecare țară și-a stabilit limite privind cantitatea de alcool care reprezintă un consum mai puțin periculos pentru sănătate, în grame de alcool pur/zi pentru bărbați și femei sau în unități standard (US) de alcool.

În România, se consideră un consum problematic (riscant, nociv, extrem de nociv) depășirea următoarelor cantități:

- Bărbați sub 2 U/zi, maxim 14 U/săptămână;
- Femei sub 1 U/zi, maxim 7 U/săptămână;
- Persoane peste 65 ani sub 1 U/zi.

Depășirea acestor limite se asociază cu creșterea riscurilor pentru probleme de sănătate.

Care este recomandarea pentru femeile gravide?



Recomandare

Se recomandă ca toate femeile gravide să fie întrebat explicit dacă au consumat alcool anterior sarcinii și dacă au continuat să consume și la ce nivel, după ce au aflat că sunt însărcinate. 1A



Recomandare

Se recomandă ca toate gravidele să fie informate în legătură cu riscurile alcoolului asupra fătului, viitorului copil și asupra sarcinii. 1A



Recomandare

Sfat minimal: Se recomandă ca femeile gravide sau care intenționează să rămână gravide să fie sfătuite să se abțină de la consumul de alcool. 1A

Alcoolul s-a dovedit a fi toxic pentru reproducere.

Expunerea prenatală la alcool a fost asociată clar cu *deficiențe mentale* ce devin vizibile târziu în copilărie: capacitate intelectuală scăzută și afectarea achizițiilor academice, deficite în învățarea vorbirii, memorie spațială, judecată, timp de reacție, echilibru și alte abilități cognitive și motorii.

Unele deficite sunt legate de aspecte sociale care devin evidente doar mai târziu, în adolescență și care pot să ducă la probleme psihiatrice.

Majoritatea profesioniștilor asociază consumul de alcool prenatal doar cu *Sindromul alcoolic fetal*, dar, ca și la celelalte efecte asupra sănătății, acest sindrom este doar extrema unor modificări dependente de doză. Chiar și în doze mici, consumul de alcool în sarcină duce la creșterea *riscului de avort spontan, greutate mică la naștere, prematuritate, creștere deficitară și scăderea producției de lapte matern*.

Toate ghidurile au ajuns la un consens legat de nivelul de consum recomandat femeilor însărcinate sau care intenționează să rămână însărcinate și anume abținerea.^{29,46,78,89}

Care este scorul la care se recomandă intervenții scurte la medicul de familie?



Recomandare

Se recomandă intervenția scurtă pentru modificarea comportamentului privind consumul de alcool, la cei cu consum riscant (scor AUDIT între 9-15) și nociv (scor AUDIT între 16-19).

Vezi Capitolul 5.1. 2. Intervenții scurte

Care este scorul la care se face trimiterea către tratament specializat în adicții?



Recomandare

Scorul AUDIT la care se face trimiterea către tratament de specialitate în adicții, deoarece indică de obicei dependența la alcool, este mai mare sau egal cu 20.

Un scor peste 20 la testul AUDIT indică cu o probabilitate mare o *tulburare severă indusă de alcool* (dependența de alcool).

După comunicarea rezultatului către pacient, se va întocmi un plan de evaluare completă a sănătății fizice și psihice, cunoscând faptul că toate consecințele negative asupra sănătății sunt dependente de doză. Trebuie făcute eforturi pentru a obține din partea pacientului acordul pentru o evaluare la medicul specialist psihiatru.

La un astfel de scor AUDIT este foarte probabil ca pacientul să prezinte semne de sevraj la încercarea de a stopa sau reduce consumul de alcool.

Este necesar ca medicul de familie să observe și să noteze semnele de sevraj la alcool și să informeze și să sfătuiască pacientul în legătură cu sevrajul la etanol.

Atenție!!!

SEVRAJUL la ETANOL este o URGENȚĂ MEDICALĂ și PSIHIATRICĂ, iar asistarea lui se face numai sub control și indicație medicală.

Sevrajul la etanol are mai multe grade de severitate, cel sever (asociat în general cu scoruri la AUDIT de peste 30-40) putând duce la convulsii, comă sau chiar deces.

Simptomele sevrajului etanolic sunt:

Două (sau mai multe) din aspectele clinice de mai jos, care apar pe parcursul a câteva ore/ zile de la scăderea sau întreruperea unui consum sever sau prelungit de alcool și care determină o deteriorare semnificativă în funcționarea socio-profesională.

Aceste semne nu trebuie să se datoreze altor cauze medicale, psihice sau intoxicației cu etanol:

- Hiperreactivitatea vegetativă (ex. transpirații sau tahicardie cu puls peste 100);
- Accentuarea tremorului mâinilor;
- Insomnia;
- Grețuri și vărsături;
- Halucinații tranzitorii vizuale, tactile sau auditive sau iluzii;
- Agitație psihomotorie;
- Anxietate;
- Convulsii tonico-clonice generalizate.

În prezența unor astfel de semne medicul va recomanda un consult psihiatric de urgență, sau dacă acest lucru nu este posibil, prezentarea la cea mai apropiată Cameră de Gardă de Psihiatrie.

5.3. INTERVENȚIILE SCURTE (IS) ÎN ASISTENȚA MEDICALĂ PRIMARĂ

WHO a lansat începând cu anii 1980 o nouă paradigmă, în prevenția tulburărilor legate de consumul de alcool, în asistenta primară:

ideea depistării precoce și a intervențiilor scurte (SBI) de modificare a consumului excesiv de alcool, ca o strategie cu sens pentru reducerea morbidității și mortalității datorate alcoolului, având în vedere ca multe dintre prezentările în asistenta primară au ca motiv declarat sau ascuns, consumul excesiv de alcool.

5.3.1. Ce sunt intervențiile scurte?

Intervențiile scurte (IS) (*Brief interventions – BI*) reprezintă un termen generic pentru oferirea de sfaturi sau consiliere cu scopul de a ajuta pe cei cu consum excesiv, riscant sau nociv, să înțeleagă efectele negative ale consumului lor, riscurile la care se expun și să exploreze modalități de a-l reduce. Nu sunt destinate persoanelor cu dependență de alcool, care au nevoie, de obicei, de intervenții mai extinse.

Intervențiile scurte au o structură descrisă de acronimul *FRAMES* (în limba engleză) și includ mai multe componente: *Feedback* despre consumul existent; *Responsabilizarea pacientului*; *Sfaturi (Advice)* despre strategii practice pentru reducerea consumului de alcool; un *Meniu* de opțiuni pentru schimbarea comportamentului; un abord *Empatic, cu înțelegere*; și optimizarea încrederii pacientului în capacitatea sa de schimbare- inducerea sentimentului de *Auto-eficacitate (Self-Efficacy)*.

5.3.2. Care este eficacitatea intervențiilor scurte (IS)?

Eficacitatea intervențiilor scurte, la persoanele încadrate la consum riscant sau nociv, este recunoscută de către toate ghidurile recenzate, mai vechi sau mai noi (USPSTF²⁹1B).

Trialuri controlate și recenzii sistematice anterioare anului 2016 au susținut efectul intervențiilor scurte în reducerea cantității de alcool consumate, dar și a consecințelor consumului redus asupra morbidității și mortalității:

- creșterea cu 12% a numărului de persoane având un consum riscant /nociv și care după IS nu au mai avut perioade de consum excesiv timp de 1 an, comparativ cu grupul de control; (Ghid USPSTF²⁹)
- o reducere cu 45% a episoadelor de consum excesiv la grupul care a beneficiat de IS față de grupul de control; (SNAP⁴⁶)
- reducerea numărului total de unități de alcool consumate pe săptămână (de la o medie de 23 la aproximativ 19 unități) la grupul IS față de grupul de control (USPSTF²⁵), atât la adulți cât și la bătrâni (de la 16 la 14); o reducere cu 3-9 US/săptămână (reducere netă cu 13-34% a consumului); NIAAA ⁶⁹
- creșterea proporției persoanelor care nu mai depășesc limitele recomandate de consum după IS (cu aproximativ 11%, la un an după intervenție);⁸⁹
- numărul de pacienți de tratat (NNT) pentru ca unul din ei să reducă consumul la un nivel de risc scăzut este de 8,⁵³ un număr mult mai mic decât cel estimat pentru fumat (NNT=20);⁸⁹
- intervențiile scurte salvează vieți, putând preveni un deces din 3 la consumatorii problematici⁸⁹ fiind nevoie de 282 de IS pentru a salva o viață în fiecare an.

Efectele demonstrate în meta-analize multiple au dovedit că IS sunt eficiente în măsură similară la femei și la bărbați.⁵³ De asemenea, funcționează atât la persoane tinere cât și la cei peste 65 de ani.

În general, meta-analizele care au susținut ghidurile internaționale amintite sunt în **consens susținând eficiența unei singure ședințe, cu o durată între 5-20 minute.**⁹⁴

O recenzie sistematică Cochrane, din 2019, care a inclus 69 de RCT având ca subiect eficacitatea intervențiilor scurte (1-6 intervenții de sub 60 de minute) pentru reducerea consumului riscant și nociv de alcool în asistenta medicală primară și serviciile de urgență, a concluzionat ca **IS au ca efect reducerea cantității săptămânale de alcool** consumate în grupul de intervenție comparativ cu grupul de control (efect menținut la 1 an), cu o medie de 20 g/săptămâna (CI 95% -28 to -12). Efectele au fost comparabile la bărbați și femei. Studiul a evidențiat și ca, IS tip sfat, la pacienții cu consum nociv care se prezintă pentru prima dată la o consultație la medicul de familie ar putea avea un efect asemănător cu cel al unor intervenții mai extinse, de unde și importanța de a nu rata momentul. Nu a existat nicio dovadă că aceste intervenții au efecte dăunătoare neintenționate.

O recenzie sistematică a ghidurilor de intervenție în asistenta primară, în cazul consumului nociv de alcool, arată ca toate cele 17 ghiduri identificate (pana în 2016) recomandă screeningul și IS ca metode eficiente de prevenție secundară, în asistenta medicală primară, pentru reducerea consumului nociv de alcool, atât la cei care se prezintă cu probleme legate de consumul de alcool cât și la cei care sunt evaluați oportunist.

Intervențiile scurte includ, de obicei, feedback cu privire la consumul de alcool și efectele nocive ale sănătății, identificarea situațiilor cu risc ridicat pentru consumul excesiv de alcool, sfaturi simple despre cum să reducăți consumul de alcool, strategii care pot crește motivația de a schimba comportamentul de a consuma și dezvoltarea unui plan personal pentru a reduce consumul de alcool. Intervențiile scurte sunt concepute pentru a fi efectuate în consultații regulate, care sunt adesea de 5 până la 15 minute cu medicii și aproximativ 20 până la 30 de minute cu asistentele. Deși de scurtă durată, intervențiile scurte pot fi efectuate în una până la cinci sesiuni.

5.3.3. Bariere în aplicarea intervențiilor scurte și strategii de depășire

Dovezile conform cărora mai puțin de 10% dintre cei care beau în exces raportează că au primit sfaturi cu privire la consumul lor de alcool de la medicii lor de familie sugerează că există bariere în calea utilizării intervențiilor scurte în asistența medicală primară.

Barierile identificate în aplicarea de IS la cei cu consum nociv de alcool⁹⁷ au fost lipsa de pregătire suficientă care să le confere medicilor de familie încrederea necesară în modul în care practica, prioritățile concurente, lipsa de timp și stimulente financiare și tendința la discriminarea băutorilor.

O recenzie sistematică a barierelor și facilitatorilor în implementarea IS de către profesioniștii din asistența primară a avut ca scop evidențierea acestora din perspectiva teoriei schimbării (Modelul COM-B – Capacitate/ Oportunitate/ Motivație), ca prim pas pentru elaborarea unei strategii de îmbunătățire a utilizării SBI în asistența primară. Au fost identificate 46 de tipuri de bariere, dintre care cei mai frecvenți citați au fost ne-

încrederea în capacitatea proprie de a oferi servicii prin care să-și ajute cu adevărat pacienții, neîncrederea în eficacitatea intervențiilor, cunoștințele insuficiente și lipsa de timp. Cele mai frecvent citate metode de depășire a barierelor au fost considerate instruirea adecvata, respectiv suportul adecvat din partea celorlalți specialiști sau din partea sistemului de sănătate sau autorităților.

Detecția unui consum sugerând dependenta este de obicei un indicator de trimitere către servicii de consiliere și tratament specializat deși, există puține dovezi că această abordare conduce de fapt la o legătură eficientă cu serviciile specializate pentru pacienții care au nevoie de ele, având în vedere costurile de acces, timpul de așteptare, stigma asociată.

5.3.4. Detecția precoce a consumului problematic de alcool și intervențiile scurte în practica medicului de familie

Intervențiile scurte sunt reprezentate de o discuție care are scopul de a crește nivelul de conștientizare asupra unui comportament riscant și a motiva persoana în cauză să opereze o schimbare pozitivă (proiect BISTAIRS).

Practic, urmând pașii detectării unui consum problematic de alcool, medicul are ocazia de a realiza *pe loc o IS* (numită din această cauză *oportunistă*) sau de a *programa* pacientul pentru una sau mai multe întâlniri ulterioare detecției (intervenție scurtă *extinsă*).

Intervențiile scurte – Modelul 5A/5S

Toate intervențiile de schimbare comportamentală, inclusiv cea privind consumul excesiv de alcool, pot fi structurate similar plecând de la **Modelul 5As (5S) de suport pentru autoîngrijire**.

Modelul cuprinde următoarele etape și parcurgerea lor asigură intervenții consistente și de calitate:

1. Screening (Asses) – întreabă despre tiparul de consum de alcool utilizând instrumentele validate recomandate: AUDIT-c, AUDIT, alte după caz.

2. Sfatuieste (Advise) – formulează recomandarea fermă de „a diminua sau opri consumul de alcool”; oferă exemple privind ce înseamnă un consum mai puțin periculos pentru sănătate în funcție de vârstă, gen; cat înseamnă o unitate standard; ce înseamnă o unitate din tipurile preferate de băuturi; cum se compara consumul obișnuit al persoanei cu limitele de consum recomandate; la ce consecințe se poate ajunge dacă un anumit nivel de consum continuă; care sunt beneficiile întreruperii unui tipar de consum excesiv; interviu motivațional scurt.

3. Stabilește obiective (Agree) – arată importanța stabilirii unor obiective mici, formulate SMART, pe care persoana să le poată formula și adopta cu ușurință, privind: reducerea nivelului de consum/abstinență; ajuta persoana să-și stabilească un plan de acțiune pe termen scurt și să se angajeze verbal pentru îndeplinirea acelui plan; stabilește nivelul de motivație în atingerea respectivului obiectiv și nivelul de încredere privind îndeplinirea obiectivului stabilit.

4. Sprijină (Assist) – formulează recomandări privind instrumente de suport disponibile și modalitățile de utilizare ale acestora (jurnal de consum, balanța decizională etc); oferirea de materiale informative scrise (pliante, etc.); instruirea cu privire la ținerea unui jurnal al consumului de alcool - jurnal zilnic care include cantitățile de alcool consumate și situațiile în care s-a produs consumul (vezi anexă);

5. Susține (Arrange) – stabilește modalitatea de monitorizare a persoanei în perioada următoare și frecvența acestei monitorizări (în cazul IS este vorba de câteva contacte scurte, telefonice sau față în față, cu medicul sau asistenta, în funcție de context; în cazul celor cu consum îndelungat și nociv va fi nevoie de intervenții repetate cu durată mai lungă, eventual de colaborarea cu un psiholog sau psihiatru; oferă exemple de resurse de suport în comunitate. Stabilește un plan de monitorizare și revino cu întrebări și acțiuni specifice cu ocazia următoarelor vizite. La nevoie, trimite.

Elemente de luat în considerație:

- **nu insistați asupra abstenenței**, oferiți pacientului posibilitatea de a alege dacă dorește să reducă sau să oprească uzul de alcool;
- persoanele aflate la începutul problemelor cu alcoolul nu sunt încă în situația de a contempla abstenența și însăși noțiunea de consum excesiv de alcool este posibil să le fie străină;
- **sugerați o perioadă determinată de timp** (o săptămână - o lună) în care persoana să experimenteze noile limite și ținerea jurnalului de consum;

- oferiți **resurse de auto-ajutor** (cărți, pliante, un web site cum este www.alcoholhelp.ro);
- succesul intervenției este influențată de **calitatea relației medic-pacient**, mențineți un ton profesional, respectuos și empatic (vezi Anexa Interviu Motivațional).

Abstinența este recomandată în următoarele situații:

Medicale:

- Sarcină;
- Ulcer activ sau gastrită;
- Ciroză hepatică;
- Hepatită acută virală sau alcoolică;
- Pancreatită.

Atenționări speciale:

- Diabet;
- Tulburări de coagulare;
- Uz de antidepresive, AINS sau sedative;
- Convulsii.

Sociale:

- Probleme grave sociale diverse (de ex., probleme legale, risc de divorț, risc de pierdere a locului de muncă).

5.3.5. Tipuri de intervenții în consumul excesiv de alcool

Tabel 7 Intervenții scurte în funcție de scorul AUDIT

Cat.1	Cat. 2	Cat.3	Cat. 4
AUDIT 0-7	AUDIT 8 - 15	AUDIT 16-20	AUDIT > 20
Felicități Informații, dacă se află aproape de limită	Informații Intervenție scurtă oportunistă (sfat minimal)	Informații Intervenție scurtă extinsă (4-5 ședințe de 15-20 de minute)	Informații Intervenție scurtă extinsă (4-5 ședințe de 15-20 de minute) sau trimitere directă către un serviciu specializat

Sfat minimal - AUDIT 0-7:

- Felicități pacientul;
- Oferiți informații legate de limitele consumului puțin periculos de alcool;
- Oferiți informații legate de efectele consumului de alcool. Vezi Anexa Fișa pacient cu scor 1-7

Intervenția scurtă oportunistă – AUDIT 8-15:

- Intervenție unică, 5-15 minute;
- Aplicată pe loc, în momentul examinării/ aflării situației/ aplicării testului de screening;
- Conține elementele specificate mai sus. Vezi Anexa Fișa pacient cu scor 8-15

Intervenția scurtă extinsă – AUDIT 16-20:

- Anunțați pacientul că aveți calificarea de a aplica un tip de intervenție specifică pentru modificarea comportamentului său identificat deja drept problematic;
- Anunțați că aceasta presupune 4-5 întâlniri de 15-20 de minute la distanță de 1-2 săptămâni;
- Obțineți acordul lui de a participa la toate aceste ședințe;
- Stabiliți o agendă de la început pentru fiecare din cele 4-5 întâlniri.
- Pentru conținutul fiecărei ședințe – vezi Volumul 7

Trimiterea – AUDIT \geq 20

- Educați pacientului privind scopul trimiterii.
- Explorați temerile sau ceea ce pacientul își închipuie că se va întâmpla în serviciul de specialitate.
- Evaluați intenția pacientului de a da curs recomandării.
- Asistență (materiale informative, soluții practice, un bilet de trimitere, numele unei persoane de contact).
- Evaluați apoi dacă pacientul a dat curs recomandării!

Medicii de familie sunt punctul de prim contact cu persoane reprezentând întregul spectru de potențiali utilizatori de alcool, de la abștinenți, la utilizatori experimentali, consumatori ocazionali pana la cei cu consum excesiv, la risc sau din spectrul tulburărilor legate de consum. Din acest motiv trebuie sa dețină abilitați de depistare și intervenție, pentru toate situațiile de consum excesiv.

În consecință, instruirea adecvată în asistența primară și dobândirea de competente specifice în utilizarea IS ar aduce beneficii importante, deopotriva pentru pacienți, profesioniști și societate.

6. BIBLIOGRAFIE

1. World Health Organization. (2018). Global status report on alcohol and health 2018. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/274603>. License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO
2. World health statistics 2022: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. ISBN 978-92-4-005114-0 (electronic version)
3. Rehm, Jürgen et al. „The relationship between different dimensions of alcohol use and the burden of disease-an update.” *Addiction* (Abingdon, England) vol. 112,6 (2017): 968-1001. doi:10.1111/add.13757
4. Rehm, Jürgen et al. „Alcohol consumption. A leading risk factor for cancer.” *Chemico-biological interactions* vol. 331 (2020): 109280. doi:10.1016/j.cbi.2020.109280
5. Rehm, Jürgen et al. „The relationship between different dimensions of alcohol use and the burden of disease-an update.” *Addiction* (Abingdon, England) vol. 112,6 (2017): 968-1001. doi:10.1111/add.13757
6. Fiorito, Giovanni et al. „Socioeconomic position, lifestyle habits and biomarkers of epigenetic aging: a multi-cohort analysis.” *Aging* vol. 11,7 (2019): 2045-2070. doi:10.18632/aging.101900
7. Robinson, Oliver et al. „Determinants of accelerated metabolomic and epigenetic aging in a UK cohort.” *Aging cell* vol. 19,6 (2020): e13149. doi:10.1111/acer.13149
8. Daviet, Remi et al. „Associations between alcohol consumption and gray and white matter volumes in the UK Biobank.” *Nature communications* vol. 13,1 1175. 4 Mar. 2022, doi:10.1038/s41467-022-28735-5
9. Morris, Vanessa L et al. „Associations Between Drinking and Cortical Thickness in Younger Adult Drinkers: Findings From the Human Connectome Project.” *Alcoholism, clinical and experimental research* vol. 43,9 (2019): 1918-1927. doi:10.1111/acer.14147
10. Elvig, Sophie K et al. „Tolerance to alcohol: A critical yet understudied factor in alcohol addiction.” *Pharmacology, biochemistry, and behavior* vol. 204 (2021): 173155. doi:10.1016/j.pbb.2021.173155
11. Country-Health-Profile-2019-Romania - https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/419472/Country-Health-Profile-2019-Romania.pdf
12. Sharmin, Sonia et al. „Parental Supply of Alcohol in Childhood and Risky Drinking in Adolescence: Systematic Review and Meta-Analysis.” *International journal of environmental research and public health* vol. 14,3 287. 9 Mar. 2017, doi:10.3390/ijerph14030287
13. Yap MBH, Cheong T, Zaravinos-Tsakos F, Lubman D, Jorm A (2017). Modifiable parenting factors associated with adolescent alcohol misuse: a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Addiction*. 112(7):1142–62 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28178373>, accessed 13 August 2018).
14. Brown, Sandra A et al. „A developmental perspective on alcohol and youths 16 to 20 years of age.” *Pediatrics* vol. 121 Suppl 4,Suppl 4 (2008): S290-310. doi:10.1542/peds.2007-2243D
15. Sabina Widner MA & Amos Zeichner PhD (1991) « Alcohol Abuse in the Elderly », *Clinical Gerontologist*, 11:1, 3-18
16. Kristen H. Sorocco & Sean W. Ferrell (2006) « Alcohol Use Among Older Adults », *The Journal of General Psychology*, 133:4, 453-467
17. „Alcoholism in the elderly. Council on Scientific Affairs, American Medical Association.” *JAMA* vol. 275,10 (1996): 797-801.
18. Rigler, S K. „Alcoholism in the elderly.” *American family physician* vol. 61,6 (2000): 1710-6, 1883-4, 1887-8 passim.

19. United Nations 2015. Transforming our world: The 2030 Agenda for Sustainable Development. <https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/21252030%20Agenda%20for%20Sustainable%20Development%20web.pdf>
20. World Health Organization (2013) Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241506236>
21. World Health Organization. (2017)†. Tackling NCDs: ‚best buys‘ and other recommended interventions for the prevention and control of noncommunicable diseases. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/259232>. License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO
22. World Health Organization (2014). Guidelines for identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy_2014 <https://www.who.int/publications/i/item/9789241548731>
23. World Health Organization (2019) The safer technical package. Five areas of intervention at national and subnational levels towards a world free from alcohol-related harms <https://www.who.int/publications/i/item/9789241516419>
24. World Health Organization. Regional Office for Europe. (2018)†. Situation of child and adolescent health in Europe. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/342237>
25. World Health EUR/RC72/12 Provisional agenda item 10 Organization European Region 16 August 2022. European framework for action on alcohol 2022–2025. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/361662/72wd12e-Alcohol-220604.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
26. Health 2020 A European policy framework and strategy for the 21st century. https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/199532/Health2020-Long.pdf
27. Strategia națională pentru dezvoltarea durabilă a României 2030. – București: Paideia, 2018 ISBN 978-606-748-261-4
28. Ghid de Prevenție - Stilul de viață sănătos și alte intervenții preventive prioritare pentru boli ne-transmisibile, în asistența medicală primară, Vol. 3. Intervențiile preventive adresate stilului de viață, Consumul de alcool
29. US Preventive Services Task Force et al. „Screening and Behavioral Counseling Interventions to Reduce Unhealthy Alcohol Use in Adolescents and Adults: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement.” JAMA vol. 320,18 (2018): 1899-1909. doi:10.1001/jama.2018.16789
30. O’Connor EA, Perdue LA, Senger CA, et al. Screening and Behavioral Counseling Interventions to Reduce Unhealthy Alcohol Use in Adolescents and Adults: An Updated Systematic Review for the U.S. Preventive Services Task Force [Internet]. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2018 Nov. (Evidence Synthesis, No. 171.) Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK534916/>
31. Rehm, Jürgen et al. „Global burden of disease and injury and economic cost attributable to alcohol use and alcohol-use disorders.” Lancet (London, England) vol. 373,9682 (2009): 2223-33. doi:10.1016/S0140-6736(09)60746-7
32. Rehm, Jürgen. „The risks associated with alcohol use and alcoholism.” Alcohol research & health : the journal of the National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism vol. 34,2 (2011): 135-43.
33. Vonghia, Luisa et al. „Acute alcohol intoxication.” European journal of internal medicine vol. 19,8 (2008): 561-7. doi:10.1016/j.ejim.2007.06.033
34. Muncie, Herbert L Jr et al. „Outpatient management of alcohol withdrawal syndrome.” American family physician vol. 88,9 (2013): 589-95.
35. Reinert, Duane F, and John P Allen. „The alcohol use disorders identification test: an update of research findings.” Alcoholism, clinical and experimental research vol. 31,2 (2007): 185-99. doi:10.1111/j.1530-0277.2006.00295.x
36. Rumgay, Harriet et al. „Global burden of cancer in 2020 attributable to alcohol consumption: a

- population-based study." *The Lancet. Oncology* vol. 22,8 (2021): 1071-1080. doi:10.1016/S1470-2045(21)00279-5 fost 31
37. Holmes, Michael V et al. „Association between alcohol and cardiovascular disease: Mendelian randomisation analysis based on individual participant data." *BMJ (Clinical research ed.)* vol. 349 g4164. 10 Jul. 2014, doi:10.1136/bmj.g4164
 38. Visseren, Frank L J et al. „2021 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice." *European heart journal* vol. 42,34 (2021): 3227-3337. doi:10.1093/eurheartj/ehab484
 39. Wood, Angela M et al. „Risk thresholds for alcohol consumption: combined analysis of individual-participant data for 599 912 current drinkers in 83 prospective studies." *Lancet (London, England)* vol. 391,10129 (2018): 1513-1523. doi:10.1016/S0140-6736(18)30134-X
 40. Public Health England. Consumption of alcoholic beverages and risk of cancer: a statement from the Committee on Carcinogenicity of Chemicals in Food, Consumer Products and the Environment (COC). January 2016
 41. UK Chief Medical Officers. Alcohol consumption: advice on low risk drinking. August 2016
 42. Alcohol use and burden for 195 countries and territories, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016
 43. Swift RM. Drug therapy for alcohol dependence. *N Engl J Med.* 1999 May 13;340(19):1482-90
 44. Addolorato G, Leggio L, Abenavoli L, et al. Neurobiochemical and clinical aspects of craving in alcohol addiction: a review. *Addict Behav.* 2005 Jul;30(6):1209-24
 45. Leggio L, Kenna GA, Swift RM. New developments for the pharmacological treatment of alcohol withdrawal syndrome: a focus on non-benzodiazepine GABAergic medications. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry.* 2008 Jul 1;32(5):1106-17
 46. Smoking, nutrition, alcohol, physical activity (SNAP): A population health guide to behavioural risk factors in general practice, 2nd edn. Melbourne: The Royal Australian College of General Practitioners 2015
 47. Solberg LI, Maciosek MV, Edwards NM. Primary care intervention to reduce alcohol misuse ranking its health impact and cost effectiveness. *Am J Prev Med.* 2008;34(2):143-52. PMID: 18201645. <http://dx.doi.org/10.1016/j.amepre.2007.09.035>
 48. Yarnall, Kimberly S H et al. „Primary care: is there enough time for prevention?." *American journal of public health* vol. 93,4 (2003): 635-41. doi:10.2105/ajph.93.4.635
 49. Beich, Anders et al. „Screening and brief intervention for excessive alcohol use: qualitative interview study of the experiences of general practitioners." *BMJ (Clinical research ed.)* vol. 325,7369 (2002): 870. doi:10.1136/bmj.325.7369.870
 50. Sturgiss, Elizabeth et al. „Patient and clinician perspectives of factors that influence the delivery of alcohol brief interventions in Australian primary care: a qualitative descriptive study." *Family practice* vol. 39,2 (2022): 275-281. doi:10.1093/fampra/cmab091
 51. Rapley, Tim et al. „Still a difficult business? Negotiating alcohol-related problems in general practice consultations." *Social science & medicine (1982)* vol. 63,9 (2006): 2418-28. doi:10.1016/j.socsci-med.2006.05.025
 52. Aira, Marja et al. „Factors influencing inquiry about patients' alcohol consumption by primary health care physicians: qualitative semi-structured interview study." *Family practice* vol. 20,3 (2003): 270-5. doi:10.1093/fampra/cm307
 53. Mitchell, Alex J et al. „Clinical recognition and recording of alcohol disorders by clinicians in primary and secondary care: meta-analysis." *The British journal of psychiatry : the journal of mental science* vol. 201 (2012): 93-100. doi:10.1192/bjp.bp.110.091199

54. Moyer, Virginia A, and Preventive Services Task Force. „Screening and behavioral counseling interventions in primary care to reduce alcohol misuse: U.S. preventive services task force recommendation statement.” *Annals of internal medicine* vol. 159,3 (2013): 210-8. doi:10.7326/0003-4819-159-3-201308060-00652
55. National Institute for Clinical Excellence. „Alcohol-use disorders: Preventing harmful drinking.” London: NICE (2010).
56. O’Flynn, Norma. „Harmful drinking and alcohol dependence: advice from recent NICE guidelines.” *The British journal of general practice : the journal of the Royal College of General Practitioners* vol. 61,593 (2011): 754-6. doi:10.3399/bjgp11X613287
57. Saunders, John B, Aasland, Olaf G & World Health Organization. Division of Mental Health. (1987); WHO Collaborative Project on the Identification and Treatment of Persons with Harmful Alcohol Consumption. Report on phase I : the development of a screening instrument / John B. Saunders and Olaf G. Aasland. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/62031>
58. Bohn, M J et al. „The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): validation of a screening instrument for use in medical settings.” *Journal of studies on alcohol* vol. 56,4 (1995): 423-32. doi:10.15288/jsa.1995.56.423
59. Bush, K et al. „The AUDIT alcohol consumption questions (AUDIT-C): an effective brief screening test for problem drinking. Ambulatory Care Quality Improvement Project (ACQUIP). Alcohol Use Disorders Identification Test.” *Archives of internal medicine* vol. 158,16 (1998): 1789-95. doi:10.1001/archinte.158.16.1789
60. Mayfield, D et al. „The CAGE questionnaire: validation of a new alcoholism screening instrument.” *The American journal of psychiatry* vol. 131,10 (1974): 1121-3. doi:10.1176/ajp.131.10.1121
61. Hodgson, Ray et al. „The FAST Alcohol Screening Test.” *Alcohol and alcoholism (Oxford, Oxfordshire)* vol. 37,1 (2002): 61-6. doi:10.1093/alcalc/37.1.61
62. Babor, T. F., and K. Robaina. „The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): A Review of Graded Severity Algorithms and National Adaptations”. *International Journal of Alcohol and Drug Research*, Vol. 5, no. 2, July 2016, pp. 17-24, doi:10.7895/ijadr.v5i2.222.
63. Higgins-Biddle, John C, and Thomas F Babor. „A review of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT), AUDIT-C, and USAUDIT for screening in the United States: Past issues and future directions.” *The American journal of drug and alcohol abuse* vol. 44,6 (2018): 578-586. doi:10.1080/00952990.2018.1456545
64. Lange, Shannon et al. „Facilitating Screening and Brief Interventions in Primary Care: A Systematic Review and Meta-Analysis of the AUDIT as an Indicator of Alcohol Use Disorders.” *Alcoholism, clinical and experimental research* vol. 43,10 (2019): 2028-2037. doi:10.1111/acer.14171
65. Bohn, M J et al. „The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): validation of a screening instrument for use in medical settings.” *Journal of studies on alcohol* vol. 56,4 (1995): 423-32. doi:10.15288/jsa.1995.56.423
66. Bush, K et al. „The AUDIT alcohol consumption questions (AUDIT-C): an effective brief screening test for problem drinking. Ambulatory Care Quality Improvement Project (ACQUIP). Alcohol Use Disorders Identification Test.” *Archives of internal medicine* vol. 158,16 (1998): 1789-95. doi:10.1001/archinte.158.16.1789
67. Coulton, Simon et al. „Opportunistic screening for alcohol use problems in adolescents attending emergency departments: an evaluation of screening tools.” *Journal of public health (Oxford, England)* vol. 41,1 (2019): e53-e60. doi:10.1093/pubmed/fdy049
68. Knight, John R et al. „Validity of brief alcohol screening tests among adolescents: a comparison of the AUDIT, POSIT, CAGE, and CRAFFT.” *Alcoholism, clinical and experimental research* vol. 27,1 (2003): 67-73. doi:10.1097/01.ALC.0000046598.59317.3A

69. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism NIAAA – „Alcohol screening and brief intervention for youth - A practitioner’s guide” <https://www.niaaa.nih.gov/sites/default/files/publications/YouthGuide.pdf>
70. Chung, Tammy et al. „Drinking frequency as a brief screen for adolescent alcohol problems.” *Pediatrics* vol. 129,2 (2012): 205-12. doi:10.1542/peds.2011-1828
71. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism and American Association of Pediatrics „Youth Pocket Guide” <https://www.niaaa.nih.gov/sites/default/files/publications/YouthGuidePocket-english.pdf>
72. Carswell, S. B., Mitchell, S. G., Gryczynski, J., & Lertch, E. (2020). Computerizing NIAAA’s Best Practices for Youth Screening and Brief Intervention: A Proof-of-Concept Pilot Study of an Automated Alcohol Screening and Intervention Resource Tool. *Journal of Drug Education*, 49(1–2), 3–14. <https://doi.org/10.1177/0047237919894960>
73. Knight, J R et al. „A new brief screen for adolescent substance abuse.” *Archives of pediatrics & adolescent medicine* vol. 153,6 (1999): 591-6. doi:10.1001/archpedi.153.6.591
74. Dhalla, Shayesta et al. „A review of the psychometric properties of the CRAFFT instrument: 1999-2010.” *Current drug abuse reviews* vol. 4,1 (2011): 57-64. doi:10.2174/1874473711104010057
75. CRAFFT 2.1+N în limba Română. https://crafft.org/wp-content/uploads/2021/07/CRAFFT_2.1N-HONC_Clinician_Admin_Romanian_2021-07.pdf
76. Andresen-Streichert, Hilke et al. „Alcohol Biomarkers in Clinical and Forensic Contexts.” *Deutsches Arzteblatt international* vol. 115,18 (2018): 309-315. doi:10.3238/arztebl.2018.0309
77. Ghosh S, Jain R, Jhanjee S, Rao R, Mishra AK (2019) „Alcohol Biomarkers and their Relevance in Detection of Alcohol Consumption in Clinical Settings”. *Int Arch Subst Abuse Rehabil* 1:002. doi.org/10.23937/iasar-2017/1710002
78. US Department of Health and Human Services. „Helping patients who drink too much: a clinician’s guide.” National Institutes of Health. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. NIH Publication 07-3769 (2005).
79. Conigrave, Katherine M et al. „Traditional markers of excessive alcohol use.” *Addiction (Abingdon, England)* vol. 98 Suppl 2 (2003): 31-43. doi:10.1046/j.1359-6357.2003.00581
80. Allen, John P, and Raye Z Litten. „Recommendations on use of biomarkers in alcoholism treatment trials.” *Alcoholism, clinical and experimental research* vol. 27,10 (2003): 1667-70. doi:10.1097/01.ALC.0000091224.78880.47
81. Bearer, Cynthia F et al. „Advancing alcohol biomarkers research.” *Alcoholism, clinical and experimental research* vol. 34,6 (2010): 941-5. doi:10.1111/j.1530-0277.2010.01168.x
82. Sillanaukee, P et al. „Dose response of laboratory markers to alcohol consumption in a general population.” *American journal of epidemiology* vol. 152,8 (2000): 747-51. doi:10.1093/aje/152.8.747
83. Allen, J P et al. „Carbohydrate-deficient transferrin as a measure of immoderate drinking: remaining issues.” *Alcoholism, clinical and experimental research* vol. 18,4 (1994): 799-812. doi:10.1111/j.1530-0277.1994.tb00043.x
84. Niemelä, Onni. „Biomarker-Based Approaches for Assessing Alcohol Use Disorders.” *International journal of environmental research and public health* vol. 13,2 166. 27 Jan. 2016, doi:10.3390/ijer-ph13020166
85. Andresen-Streichert, Hilke et al. „Alcohol Biomarkers in Clinical and Forensic Contexts.” *Deutsches Arzteblatt international* vol. 115,18 (2018): 309-315. doi:10.3238/arztebl.2018.0309
86. Jastrzębska, Iwona et al. „Biomarkers of alcohol misuse: recent advances and future prospects.” *Przegląd gastroenterologiczny* vol. 11,2 (2016): 78-89. doi:10.5114/pg.2016.60252

87. O'Leary, C M, Fetal alcohol syndrome: diagnosis, epidemiology, and developmental outcomes, *Journal of paediatrics and child health* vol. 40,1-2 [2004]: 2-7. doi:10.1111/j.1440-1754.2004.00280
88. Anderson, Peter, Antoni Gual, and Joan Colom. Alcohol and primary health care: clinical guidelines on identification and brief interventions. Health Department of the Government of Catalonia, 2005
89. Schuckit, Marc A. „Recognition and management of withdrawal delirium (delirium tremens).” *The New England journal of medicine* vol. 371,22 (2014): 2109-13. doi:10.1056/NEJMra1407298
90. Babor, T F et al. „Alcohol-related problems in the primary health care setting: a review of early intervention strategies.” *British journal of addiction* vol. 81,1 (1986): 23-46. doi:10.1111/j.1360-0443.1986.tb00291.x
91. Funk, Michelle, et al. „A multicountry controlled trial of strategies to promote dissemination and implementation of brief alcohol intervention in primary health care: findings of a World Health Organization collaborative study.” *Journal of studies on alcohol* 66.3 (2005): 379-388.
92. Miller, W. R., & Sanchez, V. C. (1994). Motivating young adults for treatment and lifestyle change. In G. S. Howard & P. E. Nathan (Eds.), *Alcohol use and misuse by young adults* (pp. 55–81). University of Notre Dame Press
93. Bertholet, Nicolas et al. „Reduction of alcohol consumption by brief alcohol intervention in primary care: systematic review and meta-analysis.” *Archives of internal medicine* vol. 165,9 (2005): 986-95. doi:10.1001/archinte.165.9.986
94. Kaner, Eileen Fs et al. „Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations.” *The Cochrane database of systematic reviews* vol. 2,2 CD004148. 24 Feb. 2018, doi:10.1002/14651858.CD004148.pub4
95. F R Beyer, F Campbell, N Bertholet, J B Daeppen, J B Saunders, E D Pienaar, C R Muirhead, E F S Kaner, *The Cochrane 2018 Review on Brief Interventions in Primary Care for Hazardous and Harmful Alcohol Consumption: A Distillation for Clinicians and Policy Makers, Alcohol and Alcoholism, Volume 54, Issue 4, July 2019, Pages 417–427, <https://doi.org/10.1093/alcalc/agz035>*
96. Zhang, De-Xing, et al. „Systematic review of guidelines on managing patients with harmful use of alcohol in primary healthcare settings.” *Alcohol and Alcoholism* 52.5 (2017): 595-609.
97. Brown, Jamie, et al. „Comparison of brief interventions in primary care on smoking and excessive alcohol consumption: a population survey in England.” *British Journal of General Practice* 66.642 (2016): e1-e9.
98. Rosário, Frederico et al. „Factors influencing the implementation of screening and brief interventions for alcohol use in primary care practices: a systematic review using the COM-B system and Theoretical Domains Framework.” *Implementation science : IS* vol. 16,1 6. 7 Jan. 2021, doi:10.1186/s13012-020-01073-0
99. Glasgow, Russell E et al. „Implementing practical interventions to support chronic illness self-management.” *Joint Commission journal on quality and safety* vol. 29,11 (2003): 563-74. doi:10.1016/s1549-3741(03)29067-5
100. Kottke T, Wilkinson J, Baechler C, Danner C, Erickson K, O'Connor P, Sanford M, Straub R. Institute for Clinical Systems Improvement. *Healthy Lifestyles*. Updated January 2016.
101. WHO alcohol brief intervention training manual for primary care. https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/351294/Alcohol-training-manual-final-edit-LSJB-290917-new-cover.pdf

7. ANEXE

Anexa 1. Chestionarul audit

CHESTIONAR AUDIT DE EVALUARE A CONSUMULUI PERSONAL DE ALCOOL

Data: _____ Localitate: _____ Sex: ____ Vârsta: _____

Stare civilă: _____ Studii: _____ 1 băutură = 12 g alcool pur

Deoarece consumul de alcool poate afecta sănătatea și poate interfera cu anumite medicamente și tratamente, este important să vă punem câteva întrebări despre consumul dumneavoastră de alcool. Răspunsurile dvs vor rămâne confidențiale, de aceea vă rugăm să ne răspundeți cât mai exact posibil. Încercați să răspundeți în termeni de "unități de alcool", așa cum este explicat în imaginile alăturate. Cereți lămuriri dacă aveți nevoie.

O unitate de alcool înseamnă:



Iata cate unitati de alcool contine fiecare bautura:
0,5 l bere 1 l vin 1 l bere 250 ml vin



1. Cât de des beți o băutură conținând alcool?

- Niciodată
- Lunar sau mai rar
- 2-4 ori pe lună
- 2-3 ori pe săptămână
- 4 sau mai multe ori pe săptămână

2. Câte băuturi consumați într-o zi obișnuită, atunci când beți?

- Una sau doua
- Trei sau patru
- Cinci sau șase
- Șapte sau nouă
- Zece sau mai mult

3. Cât de des beți 6 sau mai multe unități de alcool la o singură ocazie?

- Niciodată
- Lunar sau mai rar
- Lunar
- Săptămânal
- Zilnic sau aproape zilnic

4. Cât de des ați constatat în ultimul an că nu puteți să vă opriți din băut o dată ce ați început?

- Niciodată
- Lunar sau mai rar
- Lunar
- Săptămânal
- Zilnic sau aproape zilnic

5. Cât de des, în ultimul an, nu ați reușit să faceți ceea ce era de așteptat din cauza băuturii?

- Niciodată
- Lunar sau mai rar
- Lunar
- Săptămânal
- Zilnic sau aproape zilnic

6. Cât de des în ultimul an ați avut nevoie să beți prima băutură de dimineață că să vă reveniți după o beție zdravănă?

- Niciodată
- Lunar sau mai rar
- Lunar
- Săptămânal
- Zilnic sau aproape zilnic

7. Cât de des în ultimul an ați avut un sentiment de remușcare sau de vinovăție după ce ați băut?

- Niciodată
- Lunar sau mai rar
- Lunar
- Săptămânal
- Zilnic sau aproape zilnic

8. Cât de des în ultimul an nu ați putut să vă amintiți ce s-a întâmplat în noaptea trecută din cauză că ați băut?

- Niciodată
- Lunar sau mai rar
- Lunar
- Săptămânal
- Zilnic sau aproape zilnic

9. Dvs. sau altcineva a fost rănit ca rezultat al faptului că ați fost băut?

- Nu
- Da, dar nu în ultimul an
- Da, în ultimul an

10. O rudă, un prieten, un doctor sau o altă persoană a fost îngrijorată de băutul dvs. sau v-a sfătuit să-l reduceți?

- Nu
- Da, dar nu în ultimul an
- Da, în ultimul an

SCOR CHESTIONAR: _____

REZULTAT AUDIT: 0-7 Consum nepericulos pentru sănătate; 8-15 Consum riscant; 16-19 Consum nociv; >20 Consum extrem de nociv.



alrat

Material realizat în cadrul proiectului RO19.04 "Intervenții la mai multe niveluri pentru prevenția bolilor netransmisibile (BNT) asociate stilului de viață în România".

Anexa 2. Chestionarul audit – scoruri

CHESTIONAR AUDIT DE EVALUARE A CONSUMULUI PERSONAL DE ALCOOL

Data: _____ Localitate: _____ Sex: ____ Vârsta: _____

Stare civila: _____ Studii: _____ 1 băutură = 12 g alcool pur

1 bere (330 ml)  = 1 pahar vin (125 ml)  = 1 tărie (40 ml) 

<p>1. Cât de des beți o băutură conținând alcool?</p> <p>1. Niciodată 0</p> <p>2. Lunar sau mai rar 1</p> <p>3. 2-4 ori pe lună 2</p> <p>4. 2-3 ori pe săptămână 3</p> <p>5. 4 sau mai multe ori pe săptămână 4</p> <p>2. Câte băuturi consumați într-o zi obișnuită, atunci când beți?</p> <p>a. Una sau două 0</p> <p>b. Trei sau patru 1</p> <p>c. Cinci sau șase 2</p> <p>d. Șapte sau nouă 3</p> <p>e. Zece sau mai mult 4</p> <p>3. Cât de des beti 6 sau mai multe băuturi de alcool la o singura ocazie?</p> <p>a. Niciodată 0</p> <p>b. Lunar sau mai rar 1</p> <p>c. Lunar 2</p> <p>d. Săptămânal 3</p> <p>e. Zilnic sau aproape zilnic 4</p> <p>4. Cât de des ați constatat în ultimul an că nu puteți să vă opriți din băut o dată ce ați început?</p> <p>a. Niciodată 0</p> <p>b. Lunar sau mai rar 1</p> <p>c. Lunar 2</p> <p>d. Săptămânal 3</p> <p>e. Zilnic sau aproape zilnic 4</p> <p>5. Cât de des în ultimul an nu ați reușit să faceți ceea ce era de așteptat să faceți din cauza băutului?</p> <p>a. Niciodată 0</p> <p>b. Lunar sau mai rar 1</p> <p>c. Lunar 2</p> <p>d. Săptămânal 3</p> <p>e. Zilnic sau aproape zilnic 4</p>	<p>6. Cât de des în ultimul an ați avut nevoie să beți prima băutură de dimineață ca să vă reveniți după o beție zdravănă?</p> <p>a. Niciodată 0</p> <p>b. Lunar sau mai rar 1</p> <p>c. Lunar 2</p> <p>d. Săptămânal 3</p> <p>e. Zilnic sau aproape zilnic 4</p> <p>7. Cât de des în ultimul an ați avut un sentiment de remușcare sau de vinovăție după ce ați băut?</p> <p>a. Niciodată 0</p> <p>b. Lunar sau mai rar 1</p> <p>c. Lunar 2</p> <p>d. Săptămânal 3</p> <p>e. Zilnic sau aproape zilnic 4</p> <p>8. Cât de des în ultimul an nu ați putut să vă amintiți ce s-a întâmplat în noaptea trecută din cauză că ați băut?</p> <p>a. Niciodată 0</p> <p>b. Lunar sau mai rar 1</p> <p>c. Lunar 2</p> <p>d. Săptămânal 3</p> <p>e. Zilnic sau aproape zilnic 4</p> <p>9. Dvs. sau altcineva a fost rănit ca rezultat al faptului că ați fost băut?</p> <p>a. Nu 0</p> <p>b. Da, dar nu în ultimul an 2</p> <p>c. Da, în ultimul an 4</p> <p>10. O rudă, un prieten, un doctor sau o altă persoană a fost îngrijorată de băutul dvs. sau v-a sfătuit să-l reduceți?</p> <p>a. Nu 0</p> <p>b. Da, dar nu în ultimul an 2</p> <p>c. Da, în ultimul an 4</p>
--	---

Anexa 3. Fișa pacient cu scor 1-7

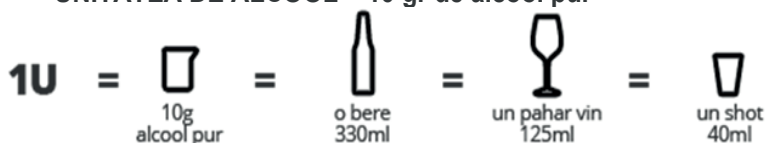
FELICITARI! Rezultatul dvs. este între 0 și 7.

CONSUMUL DUMNEAVOASTRĂ DE ALCOOL ESTE ÎN LIMITELE RECOMANDATE, FĂRĂ RISCURI PENTRU SĂNĂTATE.

Pentru a rămâne sănătos, nu depășiți următoarele cantități:

Bărbați ≤ 2 unități/zi, maxim 14 Unități/săptămână
Femei ≤ 1 unitate/zi, maxim 7 unități/săptămână
Persoane peste 65 ani ≤ 1 unitate/zi
Maxim 4 Unități/ocazie urmate de 2 zile de abținere
GRAVIDE, COPII ȘI PERSOANELE BOLNAVE - NU
CONSUMĂ ALCOOL

UNITATEA DE ALCOOL = 10 gr de alcool pur



Consumul problematic de alcool este unul dintre cei mai importanți factori de risc pentru morbiditate, invaliditate și mortalitate. Este implicat cauzal în peste 200 de boli și afecțiuni care sunt descrise în ICD-10 (OMS,1992). Dintre acestea, peste 30 de afecțiuni diferite au alcoolul parte din denumirea acesteia, în sensul în care boala/afecțiunea nu ar exista în lipsa alcoolului.

Depășirea acestor limite se asociază cu creșterea riscurilor pentru sănătate !!!

REFACEȚI TESTUL CEL PUȚIN ODATĂ LA 4 ANI !

MITURI ȘI ADEVĂRURI DESPRE ALCOOL

MIT	ADEVĂR
Consum și eu ca tot omul	Mai mult de o treime (32,4 %) din populația de peste 15 ani din România nu a consumat alcool în ultimele 12 luni, iar rata de abținere la nivel mondial este de peste 60% (61,7%).
Sunt foarte rezistent la alcool, nu mă îmbăt niciodată.	Rezistența sau toleranța la efectele alcoolului este semn de dependență la alcool sau semnul unei predispoziții genetice către dependența de alcool.
Eu nu beau în fiecare zi, ci doar așa, la ocazii sau în weekend.	Consumul unor cantități de peste 6 unități de alcool/ocazie este la fel de dăunător ca și consumul zilnic, având efecte grave pentru inimă, crescând riscul de fibrilație și infarct.
Alcoolul e sănătate curată.	Consumul regulat de cantități mici, preponderent asociat alimentației (până în doza recomandată) are efect protectiv, scăzând riscul pentru: - infarctul miocardic - atacul cerebral ischemic dar peste aceste cantități, produce peste 200 boli.
Eu nu sunt alcoholic, pot să nu beau cu lunile fără probleme.	Dependența de alcool este doar una din consecințele consumului de alcool și nu este cea mai gravă. Alcoolul omoară prin afecțiuni hepatice, prin infarct, atac vascular cerebral, cancer sau accidente. Alcoolul determina atrofie cerebrală și demență.
Eu nu beau tărie, ci doar bere / Eu nu beau porcării, ci doar ce fac cu mâna mea sau vin de la țară.	Efectele dăunătoare ale alcoolului nu au legătură cu proveniența sa, ci doar cu cantitatea. Efectele negative sunt direct proporționale cu cantitatea consumată în medie. Alcoolul este o substanță care dă dependență, indiferent de proveniența sa sau de cine îl consumă.

Dacă consumați în medie până la 2 Unități /zi la femei și până la 4 Unități/zi la bărbați
(ADICĂ DUBLU FAȚĂ DE RECOMANDĂRI)
riscul pentru următoarele boli CREȘTE FAȚĂ DE ABSTINENȚI CU:

RISC CRESCUT LA FEMEI

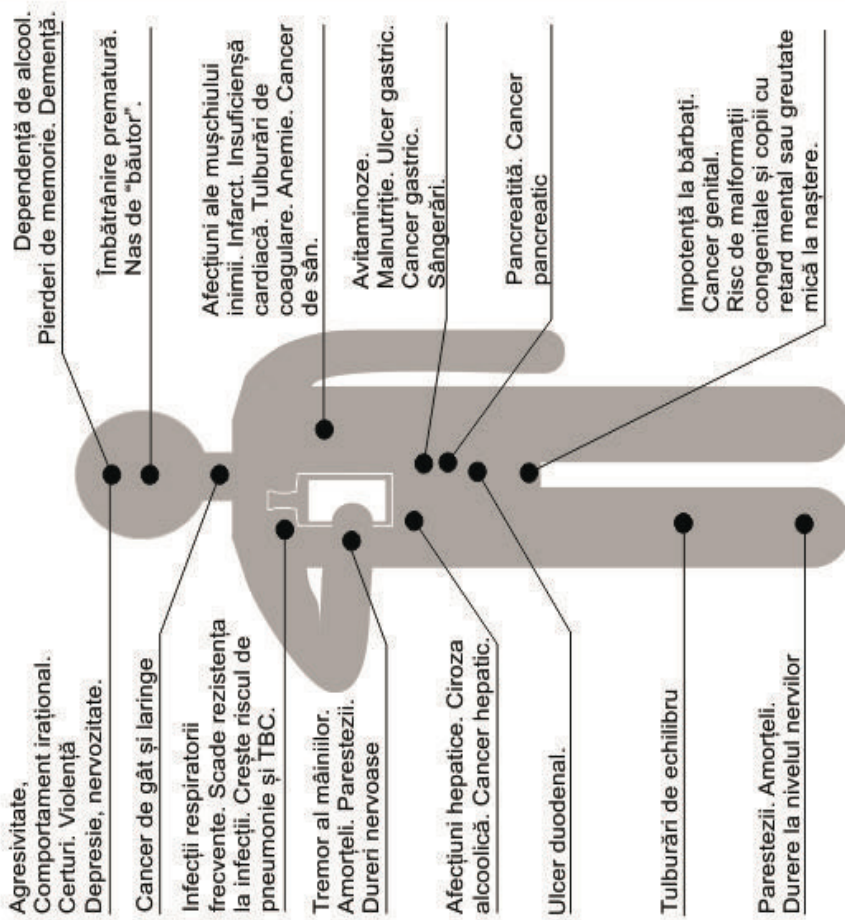
PENTRU:

EPILEPSIE	- 130 %
CIROZA	- 130 %
PANCREATITA	- 130%
DIABETUL ZAHARAT	- 90 %
CANCER AL GURII	- 150 %
CANCER DE FICAT	- 150 %
CANCER DE SAN	- 110 %
HIPERTENSIUNE	- 140 %
INFARCT MIOCARDIC	- 80 %
ACCIDENT VASCULAR	- 60 %
CEREBRAL	- 120 %
AVORT SPONTAN	- 100 %
GREUTATE MICA LA	- 90 %
NASTERE	- 100 %
PREMATURITATE	- 90 %
INTARZIEREA DEZVOLTARII	- 100 %
INTRAUTERINE	- 100 %

RISC CRESCUT LA BĂRBAȚI

PENTRU:

EPILEPSIE	- 120 %
CIROZA	- 130 %
PANCREATITA	- 130%
DIABETUL ZAHARAT	- 60 %
CANCER AL GURII	- 150 %
CANCER DE FICAT	- 150 %
CANCER ESOFAGIAN	- 180 %
HIPERTENSIUNE	- 140 %
INFARCT MIOCARDIC	- 80 %
ACCIDENT VASCULAR	- 130 %
CEREBRAL	- 130 %
GREUTATE MICA LA	- 100 %
NASTERE	- 100 %
INTARZIEREA DEZVOLTARII	- 100 %
INTRAUTERINE	- 100 %



ATENȚIE!

CONSUMUL DUMNEAVOASTRĂ DE ALCOOL ESTE PESTE LIMITELE RECOMANDATE, FIIND RISCANT PENTRU SĂNĂTATE (8-15).

Discutați cu medicul de familie despre ce probleme psihologice sau de sănătate pot fi agravate sau la risc din cauza consumului de alcool și cum puteți face să îl scădeți.

Pentru a rămâne sănătos, nu depășiți următoarele cantități:

Bărbați ≤ 2 unități/zi, maxim 14 Unități/săptămână
Femei ≤ 1 unitate/zi, maxim 7 unități/săptămână
Persoane peste 65 ani ≤ 1 unitate/zi
Maxim 4 Unități/ocazie urmate de 2 zile de abținere
GRAVIDE, COPII ȘI PERSOANELE BOLNAVE - NU CONSUMĂ ALCOOL

UNITATEA DE ALCOOL = 10 gr de alcool pur



RETINETI !!

Consumul problematic de alcool este unul din cei mai importanți factori de risc pentru morbiditate, invaliditate și mortalitate. Este implicat cauzal în peste 200 de boli și afecțiuni care sunt descrise în ICD-10 (OMS,1992). Dintre acestea, peste 30 de afecțiuni diferite au alcoolul parte din denumirea acestora, în sensul în care boala/afecțiunea nu ar exista în lipsa alcoolului.

Depășirea acestor limite se asociază cu creșterea riscurilor pentru sănătate!!!

REFACEȚI TESTUL CEL PUȚIN ODATĂ LA 4 ANI !

MITURI ȘI ADEVĂRURI DESPRE ALCOOL

MIT	ADEVĂR
Consum și eu ca tot omul	Mai mult de o treime (32,4 %) din populația de peste 15 ani din România nu a consumat alcool în ultimele 12 luni, iar rata de abțineri la nivel mondial este de peste 60% (61,7%).
Sunt foarte rezistent la alcool, nu mă îmbăt niciodată.	Rezistența sau toleranța la efectele alcoolului este semn de dependență la alcool sau semnul unei predispoziții genetice către dependența de alcool.
Eu nu beau în fiecare zi, ci doar așa, la ocazii sau în weekend.	Consumul unor cantități de peste 6 unități de alcool/ocazie este la fel de dăunător ca și consumul zilnic, având efecte grave pentru inimă, crescând riscul de fibrilație și infarct.
Alcoolul e sănătate curată.	Consumul regulat de cantități mici, preponderent asociat alimentației (până în doza recomandată) are efect protectiv, scăzând riscul pentru: - infarctul miocardic - atacul cerebral ischemic dar peste aceste cantități, produce peste 200 boli.
Eu nu sunt alcoholic, pot să nu beau cu lunile fără probleme.	Dependența de alcool este doar una din consecințele consumului de alcool și nu este cea mai gravă. Alcoolul omoară prin afecțiuni hepatice, prin infarct, atac vascular cerebral, cancer sau accidente. Alcoolul determină atrofie cerebrală și demență.
Eu nu beau tărie, ci doar bere / Eu nu beau porcării, ci doar ce fac cu mâna mea sau vin de la țară.	Efectele dăunătoare ale alcoolului nu au legătură cu proveniența sa, ci doar cu cantitatea. Efectele negative sunt direct proporționale cu cantitatea consumată în medie. Alcoolul este o substanță care dă dependență, indiferent de proveniența sa sau de cine îl consumă.

Dacă consumați în medie până la 2 Unități /zi la femei și până la 4 Unități/zi la bărbați
(ADICĂ DUBLU FAȚĂ DE RECOMANDĂRI)

riscul pentru următoarele boli CREȘTE FAȚĂ DE ABSTINENȚI CU:

RISC CRESCUT LA FEMEI

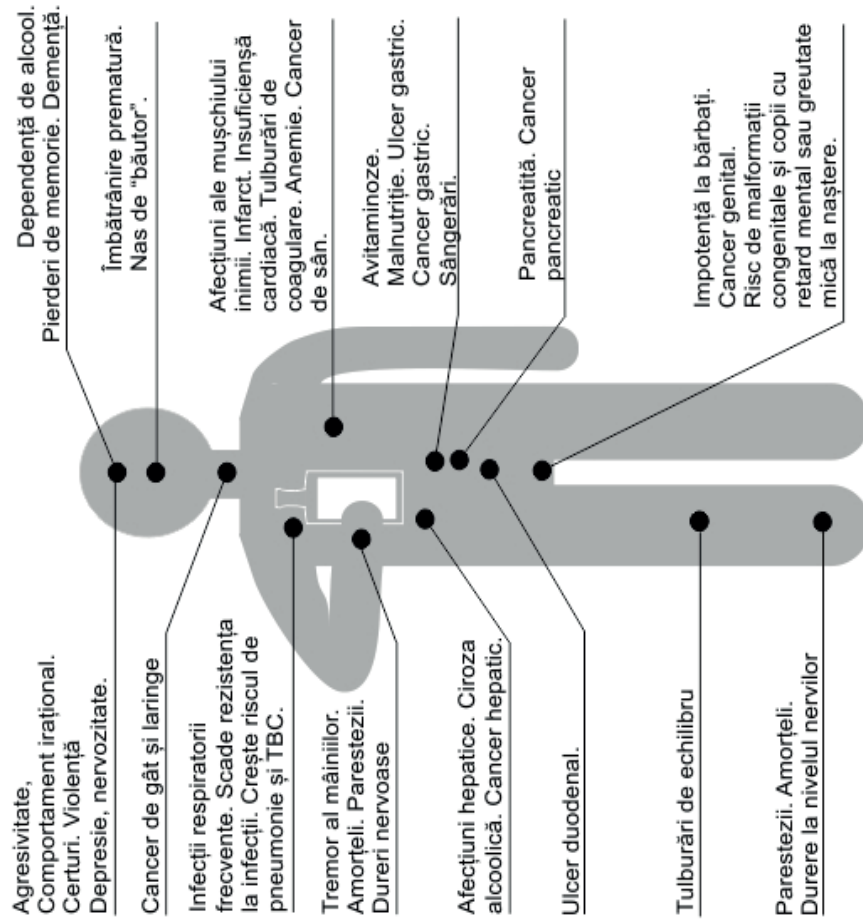
PENTRU:

EPILEPSIE	- 720 %
DEPRESIE	- 350 %
CIROZA	- 950 %
PANCREATITA	- 180%
DIABETUL ZAHARAT	- 90 %
CANCER AL GURII	- 200 %
CANCER DE FICAT	- 300 %
CANCER DE SAN	- 170 %
HIPERTENSIUNE	- 200 %
INFARCT MIOCARDIC	- 80 %
ACCIDENT VASCULAR CEREBRAL	- 70 %
AVORT SPONTAN	- 180 %
GREUTATE MICA LA NASTERE	- 140 %
PREMATURITATE	- 140 %
INTARZIEREA DEZVOLTARII INTRAUTERINE	- 170 %

RISC CRESCUT LA BĂRBAȚI

PENTRU:

EPILEPSIE	- 750 %
DEPRESIE	- 350 %
CIROZA	- 910 %
PANCREATITA	- 180%
DIABETUL ZAHARAT	- 60 %
CANCER AL GURII	- 190 %
CANCER DE FICAT	- 300 %
CANCER ESOFAGIAN	- 240 %
HIPERTENSIUNE	- 200 %
INFARCT MIOCARDIC	- 80 %
ACCIDENT VASCULAR CEREBRAL	- 220 %
GREUTATE MICA LA NASTERE	- 140 %
INTARZIEREA DEZVOLTARII INTRAUTERINE	- 170 %



ATENȚIE!

CONSUMUL DUMNEAVOASTRĂ DE ALCOOL ESTE PESTE LIMITELE RECOMANDATE, FIIND NOCIV PENTRU SĂNĂTATE (16-19).

VERIFICAȚI-VĂ SĂNĂTATEA FIZICĂ ȘI PSIHICĂ PENTRU A AFLA ȘI TRATA AFECȚIUNILE DETERMINATE SAU AGRAVATE DE ALCOOL.

PENTRU A REVENI LA STAREA DE SĂNĂTATE, TREBUIE SĂ VĂ ÎNCADRAȚI ÎN următoarele cantități:

Bărbați ≤ 2 unități/zi, maxim 14 Unități/săptămână

Femei ≤ 1 unitate/zi, maxim 7 unități/săptămână

Persoane peste 65 ani ≤ 1 unitate/zi

Maxim 4 Unități/ocazie urmate de 2 zile de abținere

GRAVIDE, COPII ȘI PERSOANELE BOLNAVE - NU

CONSUMĂ ALCOOL

UNITATEA DE ALCOOL = 10 gr de alcool pur



RETINETI !!

Consumul problematic de alcool este unul din cei mai importanți factori de risc pentru morbiditate, invaliditate și mortalitate. Este implicat cauzal în peste 200 de boli și afecțiuni care sunt descrise în ICD-10 (OMS,1992). Dintre acestea, peste 30 de afecțiuni diferite au alcoolul parte din denumirea acesteia, în sensul în care boala/afecțiunea nu ar exista în lipsa alcoolului.

Depășirea acestor limite se asociază cu creșterea riscurilor pentru sănătate!!!

Verificați afecțiunile din lista de mai jos și faceți o nouă programare în max. 1-2 săpt.!

MITURI ȘI ADEVĂRURI DESPRE ALCOOL

MIT	ADEVĂR
Consum și eu ca tot omul	Mai mult de o treime (32,4 %) din populația de peste 15 ani din România nu a consumat alcool în ultimele 12 luni, iar rata de abțineri la nivel mondial este de peste 60% (61,7%).
Sunt foarte rezistent la alcool, nu mă îmbăt niciodată.	Rezistența sau toleranța la efectele alcoolului este semn de dependență la alcool sau semnul unei predispoziții genetice către dependența de alcool.
Eu nu beau în fiecare zi, ci doar așa, la ocazii sau în weekend.	Consumul unor cantități de peste 6 unități de alcool/ocazie este la fel de dăunător ca și consumul zilnic, având efecte grave pentru inimă, crescând riscul de fibrilație și infarct.
Alcoolul e sănătate curată.	Consumul regulat de cantități mici, preponderent asociat alimentației (până în doza recomandată) are efect protectiv, scăzând riscul pentru: - infarctul miocardic - atacul cerebral ischemic dar peste aceste cantități, produce peste 200 boli.
Eu nu sunt alcoolic, pot să nu beau cu lunile fără probleme.	Dependența de alcool este doar una din consecințele consumului de alcool și nu este cea mai gravă. Alcoolul omoară prin afecțiuni hepatice, prin infarct, atac vascular cerebral, cancer sau accidente. Alcoolul determina atrofie cerebrală și demență.
Eu nu beau țarie, ci doar bere / Eu nu beau porcării, ci doar ce fac cu mâna mea sau vin de la țară.	Efectele dăunătoare ale alcoolului nu au legătură cu proveniența sa, ci doar cu cantitatea. Efectele negative sunt direct proporționale cu cantitatea consumată în medie. Alcoolul este o substanță care dă dependență, indiferent de proveniența sa sau de cine îl consumă.

EFECTELE NEGATIVE ALE ALCOOLULUI ȘI RISCUL ASOCIAT

RISC CRESCUT LA FEMEI

PENTRU:

EPILEPSIE	- 720 %
DEPRESIE	- 350 %
CIROZA	- 950 %
PANCREATITA	- 180%
DIABETUL ZAHARAT	- 90 %
CANCER AL GURII	- 200 %
CANCER DE FICAT	- 300 %
CANCER DE SAN	- 170 %
HIPERTENSIUNE	- 200 %
INFARCT MIOCARDIC	- 80 %
ACCIDENT VASCULAR CEREBRAL	- 70 %
AVORT SPONTAN	- 180 %
GREUTATE MICA LA NASTERE	- 140 %
PREMATURITATE	- 140 %
INTARZIEREA DEZVOLTARII INTRAUTERINE	- 170 %

Agresivitate, Comportament irațional. Certuri. Violență Depresie, nervozitate.

Cancer de gât și laringe

Infecții respiratorii frecvente. Scade rezistența la infecții. Crește riscul de pneumonie și TBC.

Tremor al mâinilor. Amorteți. Parestezii. Dureri nervoase

Afecțiuni hepatice. Ciroza alcoolică. Cancer hepatic.

Ulcer duodenal.

Tulburări de echilibru

Parestezii. Amorteți. Durere la nivelul nervilor

Dependență de alcool. Pierderi de memorie. Dementă.

Îmbătrânire prematură. Nas de "băutor".

Afecțiuni ale mușchiiului inimii. Infarct. Insuficiență cardiacă. Tulburări de coagulare. Anemie. Cancer de sân.

Avitaminoze. Malnutriție. Ulcer gastric. Cancer gastric. Sângerări.

Pancreatită. Cancer pancreatic

Impotență la bărbați. Cancer genital. Risc de malformații congenitale și copii cu retard mental sau greutate mică la naștere.

RISC CRESCUT LA BĂRBAȚI

PENTRU:

EPILEPSIE	- 750 %
DEPRESIE	- 350 %
CIROZA	- 910 %
PANCREATITA	- 180%
DIABETUL ZAHARAT	- 60 %
CANCER AL GURII	- 190 %
CANCER DE FICAT	- 300 %
CANCER ESOFAGIAN	- 240 %
HIPERTENSIUNE	- 200 %
INFARCT MIOCARDIC	- 80 %
ACCIDENT VASCULAR CEREBRAL	- 220 %
GREUTATE MICA LA NASTERE	- 140 %
INTARZIEREA DEZVOLTARII INTRAUTERINE	- 170 %

ATENȚIE!

CONSUMUL DUMNEAVOASTRĂ DE ALCOOL ESTE PEȘTE LIMITELE RECOMANDATE, FIIND EXTREM DE NOCIV PENTRU SĂNĂTATE (20).

Cel mai probabil există deja tulburări fizice și psihice determinate de alcool (inclusiv dependența de alcool).

Verificați URGENT toate afecțiunile incluse în lista de mai jos ÎMPREUNĂ CU MEDICUL DE FAMILIE !
ESTE FOARTE PROBABIL SĂ FIE NEVOIE DE MULTIPLE ANALIZE ȘI ALTE EXAMENE LA MEDICI SPECIALIȘTI (medicină internă, gastroenterologie, cardiologie și psihiatrie) și controale repetate. Tulburările induse de alcool NU sunt un viciu, o slăbiciune sau o rușine, ci afecțiuni psihice TRATABILE în clinici specializate în adicții.

PENTRU A REVENI LA STAREA DE SĂNĂTATE, TREBUIE SĂ VĂ ÎNCADRAȚI ÎN următoarele cantități:

Bărbați ≤ 2 unități/zi, maxim 14 Unități/săptămână

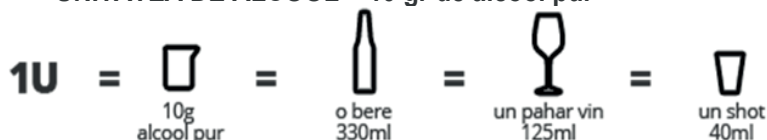
Femei ≤ 1 unitate/zi, maxim 7 unități/săptămână

Persoane peste 65 ani ≤ 1 unitate/zi

Maxim 4 Unități/ocazie urmate de 2 zile de abținere

GRAVIDE, COPII ȘI PERSOANELE BOLNAVE - NU CONSUMĂ ALCOOL

UNITATEA DE ALCOOL = 10 gr de alcool pur



APELAȚI LA AJUTOR SPECIALIZAT!

MITURI ȘI ADEVĂRURI DESPRE ALCOOL

MIT	ADEVĂR
Consum și eu ca tot omul	Mai mult de o treime (32,4 %) din populația de peste 15 ani din România nu a consumat alcool în ultimele 12 luni, iar rata de abțineri la nivel mondial este de peste 60% (61,7%).
Sunt foarte rezistent la alcool, nu mă îmbăt niciodată.	Rezistența sau toleranța la efectele alcoolului este semn de dependență la alcool sau semnul unei predispoziții genetice către dependența de alcool.
Eu nu beau în fiecare zi, ci doar așa, la ocazii sau în weekend.	Consumul unor cantități de peste 6 unități de alcool/ocazie este la fel de dăunător ca și consumul zilnic, având efecte grave pentru inimă, crescând riscul de fibrilație și infarct.
Alcoolul e sănătate curată.	Consumul regulat de cantități mici, preponderent asociat alimentației (până în doza recomandată) are efect protectiv, scăzând riscul pentru: - infarctul miocardic - atacul cerebral ischemic dar peste aceste cantități, produce peste 200 boli.
Eu nu sunt alcoolic, pot să nu beau cu lunile fără probleme.	Dependența de alcool este doar una din consecințele consumului de alcool și nu este cea mai gravă. Alcoolul omoara prin afecțiuni hepatice, prin infarct, atac vascular cerebral, cancer sau accidente. Alcoolul determina atrofie cerebrală și demență.
Eu nu beau țările, ci doar bere / Eu nu beau porcării, ci doar ce fac cu mâna mea sau vin de la țară.	Efectele dăunătoare ale alcoolului nu au legătură cu proveniența sa, ci doar cu cantitatea. Efectele negative sunt direct proporționale cu cantitatea consumată în medie. Alcoolul este o substanță care dă dependență, indiferent de proveniența sa sau de cine îl consumă.

EFECTELE NEGATIVE ALE ALCOOLULUI ȘI RISCUL ASOCIAT

RISC CRESCUT LA FEMEI

PENTRU:

EPILEPSIE	- 720 %
DEPRESIE	- 350 %
CIROZA	- 1300 %
PANCREATITA	- 180%
DIABETUL ZAHARAT	- 110 %
CANCER AL GURII	- 540 %
CANCER DE FICAT	- 360 %
CANCER DE SAN	- 170 %
HIPERTENSIUNE	- 200 %
INFARCT MIOCARDIC	- 110 %
ACCIDENT VASCULAR CEREBRAL	- 800 %
AVORT SPONTAN	- 180 %
GREUTATE MICA LA NASTERE	- 140 %
PREMATURITATE	- 140 %
INTARZIEREA DEZVOLTARII INTRAUTERINE	- 170 %

Agresivitate, Comportament irațional. Certuri. Violență
Depresie, nervozitate.

Cancer de gât și laringe

Infecții respiratorii frecvente. Scade rezistența la infecții. Crește riscul de pneumonie și TBC.

Tremor al mâinilor. Amortezi. Parestezii. Dureri nervoase

Afecțiuni hepatice. Ciroza alcoolică. Cancer hepatic.

Ulcer duodenal.

Tulburări de echilibru

Parestezii. Amortezi. Durere la nivelul nervilor

Dependență de alcool. Pierderi de memorie. Dementă.

Îmbătrânire prematură. Nas de "băutor".

Afecțiuni ale mușchilor inimii. Infarct. Insuficiență cardiacă. Tulburări de coagulare. Anemie. Cancer de sân.

Avitaminoze. Malnutriție. Ulcer gastric. Cancer gastric. Sângerări.

Pancreatită. Cancer pancreatic

Impotență la bărbați. Cancer genital. Risc de malformații congenitale și copii cu retard mental sau greutate mică la naștere.

RISC CRESCUT LA BĂRBAȚI

PENTRU:

EPILEPSIE	- 680 %
DEPRESIE	- 350 %
CIROZA	- 1300 %
PANCREATITA	- 320%
DIABETUL ZAHARAT	- 70 %
CANCER AL GURII	- 540 %
CANCER DE FICAT	- 360 %
CANCER ESOFAGIAN	- 440 %
HIPERTENSIUNE	- 410 %
INFARCT MIOCARDIC	- 100 %
ACCIDENT VASCULAR CEREBRAL	- 240 %
GREUTATE MICA LA NASTERE	- 140 %
INTARZIEREA DEZVOLTARII INTRAUTERINE	-170 %

Anexa 7. Jurnalul săptămânal al consumului de alcool

JURNAL SĂPTĂMÂNAL

	Ziua 1	Ziua 2	Ziua 3	Ziua 4	Ziua 5	Ziua 6	Ziua 7
Cantitatea băută: • bere • vin • spirtoase							
Locul consumului: • acasa • acasă la alții • restaurant, bar • locul de muncă • altele							
Doriința de a bea: • mare • medie • mică							
Motivul (descrie):							
Sentimentul dupăbăut: • veselle • tristețe • remușcare • indiferență • altele							
Transformarea în unități internaționale "DRINK"							

Nu modificați retroactiv ce ați menționat pentru zilele anterioare



alrat

Material realizat în cadrul proiectului RO19.04 "Intervenții la mai multe niveluri pentru prevenția bolilor netransmisibile (BNT) asociate stilului de viață în România".

JURNAL SĂPTĂMÂNAL

	Ziua 8	Ziua 9	Ziua 10	Ziua 11	Ziua 12	Ziua 13	Ziua 14
Cantitatea băută: <ul style="list-style-type: none"> • bere • vin • spirtoase 							
Locul consumului: <ul style="list-style-type: none"> • acasa • acasă la alții • restaurant, bar • locul de muncă • altele 							
Doriința de a bea: <ul style="list-style-type: none"> • mare • medie • mică 							
Motivul (descrie):							
Sentimentul după băut: <ul style="list-style-type: none"> • veselie • tristețe • remușcare • indiferență • altele 							
Transformarea în unități internaționale "DRINK"							

Nu modificați retroactiv ce ați menționat pentru zilele anterioare



Material realizat în cadrul proiectului RO19.04 "Intervenții la mai multe niveluri pentru prevenția bolilor netransmisibile (BNT) asociate stilului de viață în România".

FIȘA PLANULUI PERSONAL ÎN CAZ DE URGENȚĂ

Aici vei completa acele lucruri pe care le poți face în caz de urgență. Urgență se referă la orice situație care îți pune în mare pericol obiectivul de schimbare pe care ți l-ai propus. Tot urgență este o situație în care ai avut un accident și ai început să consumi peste obiectivul tău.

Exemple de lucruri pe care le poți face în aceste situații:

- OPREȘTE-te din ceea ce faci, privește în jur, PĂSTREAZĂ-ȚI CALMUL!
- Lasă să treacă gândurile de genul „Dacă tot am început, hai să merg până la capăt; Oricum, nu mai contează!”.

În caz de urgență

Fac următoarele:

Un gând care mă poate ajuta:

Pe cine contactez:



EFORTURILE TALE DE PÂNĂ ACUM ÎNSEAMNĂ MULT!

- Reamintește-ți OBIECTIVUL!
- Recitește BALANȚA DECIZIONALĂ!
- VARSĂ băutura / ARUNCĂ substanța!
- PĂRĂSEȘTE scena, ieși la o plimbare!
- Implică-te într-o altă ACTIVITATE satisfăcătoare!
- Fă un exercițiu scurt de RELAXARE!
- CERE AJUTOR. Sună un prieten, o rudă sau terapeutul!

Completează propriul tău plan de urgență. Îl poți decupa și purta în portofel, pentru a avea acces la el oricând!



Material realizat în cadrul proiectului RO19.04 "Intervenții la mai multe niveluri pentru prevenția bolilor netransmisibile (BNT) asociate stilului de viață în România".

BALANȚA DECIZIONALĂ

Beneficii pe termen scurt	Efecte adverse pe termen scurt
Beneficii pe termen lung	Efecte adverse pe termen lung

Anexa 11. Tehnici de creștere a motivației pacienților, cu aplicabilitate în practica medicului de familie

„Atunci când un pacient nu pare motivat să realizeze o schimbare sau să asculte sfatul de bun simț al unui specialist, presupunem cel mai adesea că ceva este în neregulă cu acel pacient și că nu prea mai este nimic de făcut în acest caz. Aceste presupuneri sunt de obicei false. Nicio persoană nu este complet nemotivată. [...] Felul în care vorbești cu pacienții despre starea lor de sănătate poate să influențeze în mod substanțial motivația lor spre realizarea unei schimbări de comportament.”

Stephen Rollnick, William R. Miller, Christopher C. Butler, *Motivational interviewing în health care: helping patients change behavior*, 2008

În domeniul dependențelor de substanțe și în domeniul mai larg al schimbării comportamentelor nesănătoase, motivația joacă un rol extrem de important și stă la baza numeroaselor decizii de schimbare a comportamentului luate de pacienți.

Mult timp, s-a considerat că tratamentul poate să fie aplicat cu rezultate doar acelor clienți gata motivați, respectiv clienților pregătiți să facă schimbarea și să accepte intervențiile propuse de medici (Miller, 2005). Această viziune a dus la excluderea și persecutarea a numeroși consumatori care erau etichetați drept nemotivați și, deci, incapabili „să fie vindecați”. Mai mult, unii autori au postulat existența unui anumit tip de personalitate ca fiind specifică adicțiilor. *Mitul personalității adictive*, deși nu a fost confirmat (Miller, 2000), continuă să fie destul de răspândit printre specialiști și contribuie la pesimismul acestora față de rezultatul intervențiilor la această categorie de pacienți, ceea ce influențează negativ succesul intervențiilor realizate. Deși conceptualizarea dependenței de substanță ca boală a creierului, mai exact a sistemelor de recompensă și auto-control, cu influențe genetice și de mediu (psiho-sociale) pare a fi tot mai răspândită, reflexele sociale punitivă, acuzatoare la adresa persoanelor dependente rămân în continuare foarte puternice așa cum dovedește legislația în domeniu care pedepsește consumatorii cu închisoarea și starea extrem de precară a sistemului de tratament (Hyman SE, 2005; Kosten TR, 1998).

O concepție nouă asupra motivației și capacității de schimbare (vezi *Tabel 1*) a prins contur, o dată cu elaborarea teoriilor lui Miller și Rollnick privind *strategiile de creștere a motivației* și fundamentarea *Interviului Motivațional* ca un stil de interacțiune între terapeut și client. Răspândirea acestuia a determinat o schimbare profundă a paradigmei terapeutice în adicții (Sellman D., 2010) și în alte domenii de îngrijire a sănătății cum ar fi dieta și exercițiul fizic, renunțarea la fumat, aderența la tratamentul administrat cronic, reducerea comportamentelor riscante cum ar fi contactul sexual neprotejat, managementul pacientului diabetic, cu astm, hipertensiune și hiperlipidemie (Resnicow K et al., 2002; Dunn, C, 2001; Knight, K. M., 2006; Van Dorsten, B., 2007; R.K. Martins, 2009).

Tabel 1. Ce este și ce nu este motivația (după Miller, 2000)

MOTIVAȚIA	
ESTE	NU ESTE
capacitatea de a iniția și menține o schimbare; o cheie a procesului schimbării; multidimensională; o stare dinamică și fluctuantă; o funcție a relației dintre client și alte persoane; o stare care poate fi influențată și modificată; determinată în parte de stilul de lucru al clinicianului; în parte, responsabilitatea terapeutului care poate, prin intervențiile sale, să crească motivația clientului său.	o trăsătură de caracter sau o caracteristică personală; stabilă și nemodificabilă în timp; capacitatea de a pune automat în practică ceea ce recomandă terapeutul.

Ce este interviul motivațional?

Interviul motivațional (IM) este un stil terapeutic directiv, centrat pe nevoile clientului (Miller, 2009) prin care clinicianul încearcă să-l ajute pe acesta să-și exploreze și să-și rezolve starea de ambivalență (vezi mai jos) cu privire la comportamentul problematic, având grijă să evite confruntarea directă cu rezistențele pacientului.

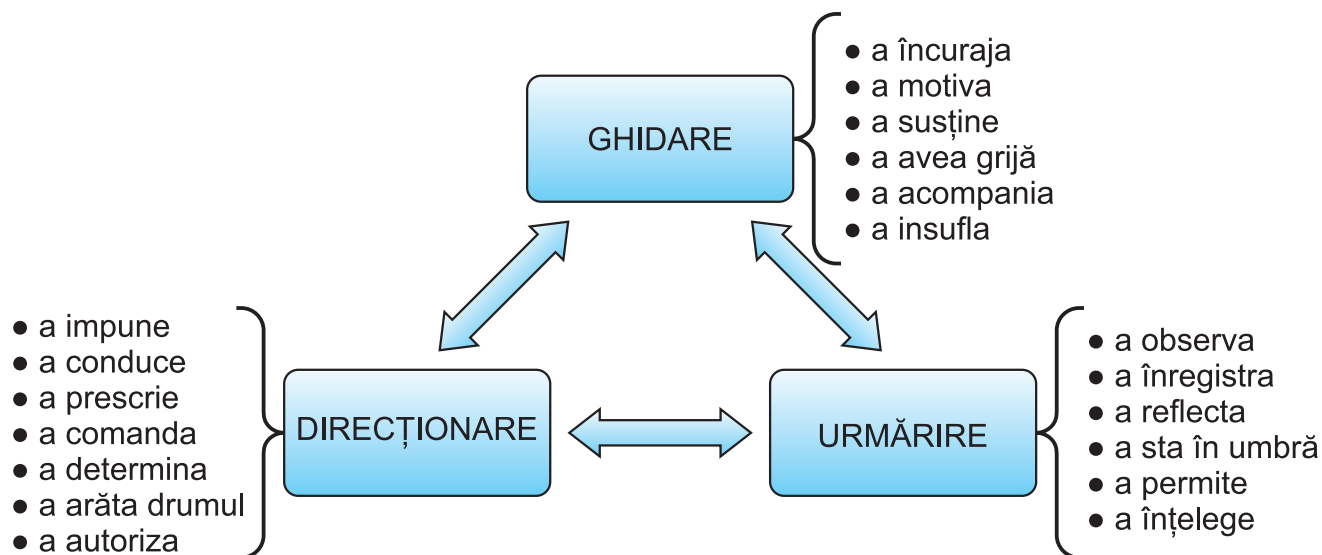
„Spiritul” Interviului Motivațional în comparație cu un stil autoritar-confruntativ

Interviu Motivațional		Autoritar-Confruntativ	
Colaborare. O relație de colaborare activă, un parteneriat între medic și pacient și un proces de luare a deciziilor împreună.	„Ce doriți să faceți în legătură cu consumul dumneavoastră de alcool?” ”Vă propun să construim împreună un plan pentru a vă îndeplini obiectivul de a vă lăsa de fumat”	O relație inegală de putere, în care medicul-expert direcționează un pacient pasiv, spunându-i ce să facă.	”Trebuie să vă lăsați de băut și mâine să mergeți la spitalul de psihiatrie pentru dezalcoolizare”
Evocarea resurselor pacientului. Înțelegerea perspectivei pacientului, evocarea propriilor motivații și resurse pentru schimbare	”Care sunt beneficiile consumului dumneavoastră de alcool?” ”Ce anume vă face să vă gândiți că poate a venit timpul să schimbați ceva legat de felul cum vă alimentați?”	Oferirea „de-a gata” a soluțiilor, metodelor, informațiilor în vederea schimbării	”Va trebui să slăbiți 10 de kg și să începeți să faceți sport cel puțin de 3 ori pe săptămână.”
Respectul pentru autonomia pacientului. Respectarea deciziei pacientului cu privire la comportamentele sale	”Eu sunt aici să vă ajut să puneți în practică decizia pe care o luați cu privire la alcool.” ”Dacă hotărâți să slăbiți sau nu este în totalitate responsabilitatea dumneavoastră”	Coerciție, manipulare, a-i spune pacientului ce „trebuie” să facă	”Lasă-te, de băut, nu ți-e rușine să bei în halul ăsta, să îți bați joc de familie?”

Interviul motivațional nu este o paradigmă nouă, ci, mai degrabă, un melanj de teorii și practici mai vechi, printre care terapia centrata pe persoană (Rogers C., 1961) și teoria ciclului schimbării a lui Prochaska și DiClementi (1992).

Ca stil de relaționare, terapeutul **IM** își ghidează clientul spre schimbare, o acțiune descrisă ca fiind la mijloc între stilul directiv, care impune, conduce, prescrie comandă pacientului acțiunile de urmat (foarte obișnuit în consultul medical) și, respectiv, stilul mai pasiv de urmărire, observare, înregistrare, reflectare a deciziilor pacientului, caracteristic psihoterapiilor de lungă durată (fig. 1).

Figura 1. Stilul Interviului Motivațional se regăsește la mijlocul unui continuum între stilul directiv (specific consultației medicale obișnuite) și cel pasiv-reflexiv (asociat de obicei cu psihoterapiile psihodinamice).



Un element central pentru majoritatea persoanelor care manifestă comportamente problematice (consum de substanțe, dar și alte comportamente care se asociază cu un risc la adresa sănătății) este **ambivalența**, tendința de a apăra poziții contrare – „știu că fumatul îmi face rău, dar trebuie să am și eu micile mele plăceri” sau „poate că ar fi bine să nu mai joc la cazino, dar simt că nu mă pot opri”.

Într-o discuție cu cineva care favorizează unul dintre brațele ambivalenței, pacientul va apăra poziția contrară, în încercarea de a menține status-quo-ul. Adesea, medicii bine intenționați vor declanșa la pacient un discurs pro-consum prin aducerea în discuție a argumentelor contrare continuării consumului („Ar fi bine să te lași de alcool, sănătatea ta e în pericol! - Eh, de ceva tot trebuie să murim!”).

Pentru a preveni acest efect, practica **IM** recomandă medicilor următoarele 4 principii directoare:

1. Rezistați să dați glas reflexului de corectare

Reflexul de corectare este tendința de a da sfaturi bune, de a corija, de a îndrepta un comportament pe care îl considerăm nociv. Profesioniștii în sănătate (medici, psihologi, asistenți medicali și sociali) sunt în special predispuși la a avea un răspuns de corectare atunci când se confruntă cu comportamente nocive. Partenerii de viață și alte rude sau persoane apropiate ai pacientului pot avea, de asemenea, o atitudine de corectare. Pentru că reflexul de corectare **tinde să accentueze unul din brațele ambivalenței** („trebuie să slăbești, dacă vrei să ții diabetul sub control”), adesea răspunsul pacientului se va situa pe brațul opus al ambivalenței („și ce să mănânc toată ziua, doamna doctor, salată?!”). Deși poate fi dificil pentru unii medici să se abțină de la a formula sfaturi, recomandări (este calea rapidă, ușoară și, până la urmă, este ceea ce se așteaptă de la un medic), este important de realizat că de cele mai multe ori pacienții știu că „fumatul cauzează cancer” și au auzit deja nenumărate sfaturi bune spuse pe tonuri mai mult sau mai puțin răspicate. Ceea ce au primit mai rar sunt cele descrise în continuare.

2. Încercați să înțelegeți și să explorați propriile motivații ale pacientului

IM consideră că ceea ce stă la baza schimbării comportamentului este **discursul în favoarea schimbării exprimat de pacient**, nu motivele enunțate de doctor. De aceea, este nevoie să încercăm să determinăm pacientul să exprime propriile motivații cu privire la consumul de substanță și **propriile argumente în favoarea schimbării**. Iată câteva exemple de întrebări care favorizează acest proces:

- „Spuneți-mi câte ceva despre ce vă place la fumat”;
- „În ce fel este alcoolul o problemă pentru dumneavoastră acum?”;
- „Cum considerați că ați putea să ieșiți din această situație?”;
- „Ce fel de ajutor ați avea nevoie din partea mea?”.

Chiar dacă pare că acest gen de întrebări (numite întrebări deschise, pentru că adresează o invitație deschisă pacientului de a se exprima liber, spre deosebire de cele închise unde răspunsul este scurt, cu da sau nu sau altă informație punctuală) nu își au locul în orarul de consultații al unui medic, ele nu înseamnă neapărat o invitație la confesiuni îndelungate, ci un mod de a ocoli conflicte și rezistențe care în ele însele sunt consumatoare de timp. O opțiune este să setați de la început orizontul de timp: ”Avem 15 minute să purtăm o scurtă conversație despre motivele care vă fac să continuați să beți în ciuda efectelor negative asupra sănătății dumneavoastră, sunteți de acord?”

3. Ascultați cu empatie

Capacitatea de a asculta pe o perioadă mai îndelungată de timp presupune capacitatea **de a tăcea, de a încerca să înțelegem ce spune pacientul, de a desprinde un înțeles și de a selecta din comunicarea sa un element pe care să-l reflectăm înapoi**, avansând astfel discuția și, în plus, transmițând mesajul că am receptat ceea ce ni s-a comunicat. Această capacitate de a reflecta înapoi este esențială pentru construirea unei relații de încredere și colaborare.

Pacientul: „Soția mea mă tot bate la cap să vin să vorbesc cu dumneavoastră, zice că beau prea mult și că nu-mi face bine la ulcer, dar eu nu beau chiar așa de mult. Sunt alții la serviciu care beau și mai mult decât mine și nu au probleme, nu au scandal în casă.”

Medicul: „Pare că soția se îngrijorează de starea dumneavoastră de sănătate, dar dumneavoastră nu considerați că ar fi vreo problemă.”

sau

Medicul: „Înțeleg că vă gândiți că pentru că alții beau mai mult decât beți dumneavoastră, sunteți ferit de riscuri.”

sau

Medicul: „Înțeleg că vă deranjează felul în care consumul de alcool afectează relația dumneavoastră cu soția.”

Reflectarea mesajelor pacientului este și o modalitate de a păstra focusul discuției pe problema legată de consum sau alte probleme conexe, dar și de a ne plasa în afara unui potențial conflict cu pacientul. În momente cheie, putem reflecta o bucată mai mare din discursul pacientului, construind un mic rezumat care poate fi și o concluzie a întâlnirii sau premiza unei noi etape.

„Aș vrea să verific dacă am înțeles corect ce am discutat până acum. Înțeleg că beți alcool de mai mulți ani, dar că în ultimul timp au apărut probleme acasă cu soția care susține că beți prea mult, deși ați constatat că sunt în jurul dumneavoastră oameni care consumă la fel sau chiar mai mult decât dumneavoastră. Înțeleg că vă doriți foarte mult să restabiliți pacea în relația dumneavoastră de cuplu. Am înțeles corect? (alternativ, ce ați fi dispus să faceți în legătură cu asta?)”

4. Încurajați pacientul, insufându-i speranță și optimism

Este aproape de neconceput un pacient care vine în fața medicului fără să aibă niciun element pozitiv în comportamentul său. Însuși faptul că se află în consultație și este dispus să vorbească despre ce trăiește este un merit în sine („Apreciez faptul că îmi acordați încredere să vorbim despre aceste lucruri, mă gândesc că este un subiect destul de complicat și de inconfortabil de dezbătut”). **Este important să susținem prin declarații tot ceea ce considerăm a fi elemente încurajatoare spre schimbare** („Înțeleg că nu ați mai consumat nimic de două zile. Felicitări, e un început bun!”).

Pacientul trebuie încurajat și ca agent al propriei sale schimbări („eu sunt aici ca să vă ajut și eventual să vă ghidez, dar cel care hotărăște ce vrea să facă și care va pune aceste lucruri în practică sunteți dumneavoastră”), ca expert în ceea ce funcționează și ce nu funcționează în cazul lui („În trecut, când ați avut de depășit un obstacol important în viața dumneavoastră, cum ați procedat?”).

Probabil că nu există nimic mai descurajator în „cariera” unei persoane cu o problemă legată de consumul de substanțe decât recăderea, reluarea consumului după o perioadă de schimbare (abținerea sau reducerea a consumului). Aici, încurajarea pacientului constă în înțelegerea faptului că *niciun lucru cu adevărat important nu se obține ușor și că orice eșec este un prilej de învățare pentru o mai bună pregătire în viitor.*

Într-o elaborare recentă, Miller (2009) avansează ipoteza pe care o susține empiric că la baza eficienței **IM** s-ar afla o combinație între relația de empatie care se stabilește între medic și pacient (factori de proces) și formularea de către pacient (și întărirea de către medic) a motivațiilor proprii pentru schimbare (factori de conținut). Astfel, profesioniștii care lucrează cu pacienți cu comportamente problematice sunt instruiți ca în loc să exprime ei înșiși motivele pentru schimbare („trebuie să te lași de băut, ca altfel o să rămâi fără slujbă și familie”) să asculte cu atenție discursul pacientului și să întărească propriul discurs spre schimbare (change talk) al pacientului. Elementele care construiesc acest tip de discurs sunt descrise mai jos.

6 tipuri de discurs pentru schimbare	Întrebări care evocă discurs de schimbare la pacient
Dorința de schimbare „mi-ar plăcea să nu mai tușesc așa mult” „îmi doresc să mă înțeleg mai bine cu soția” „aș vrea să slăbesc”	„de ce ți-ai dori să te lași de fumat, de fapt?” „ce ai avea de câștigat, dacă ai bea mai puțin?” „ce ai fi dispus să faci ca să ai niște analize mai bune?”
Capacitatea de a realiza schimbarea „aș putea să vin să mai vorbim despre asta, dacă sunteți de acord” „aș putea să beau și eu mai puțin” „am făcut eu altele și mai grele, o s-o fac și pe asta”	„cu ce ți-aș putea fi de ajutor în acest moment?” „ce ai fi dispus să faci ca să se îndrepte lucrurile acasă?” „crezi că poți să faci o asemenea schimbare?”

6 tipuri de discurs pentru schimbare	Întrebări care evocă discurs de schimbare la pacient
Motivele pentru schimbare <i>„dacă o să continui să consum, o să ajung ca prietenii mei, la pușcărie”</i> <i>„dacă beau mai puțin, o să ne certăm mai rar”</i> <i>„ar fi bine să slăbesc, dacă vreau să îmi văd nepoții mari”</i>	<i>„de ce ai vrea să te oprești din consum?”</i> <i>„care ar fi beneficiile, dacă bei mai puțin?”</i> <i>„care e motivul pentru care vrei să slăbești tocmai acum?”</i>
Nevoia de schimbare <i>„trebuie să fac ceva, că nu mai pot continua în felul ăsta”</i> <i>„am nevoie să mă simt mai în formă, să pot să mă mișc mai ușor”</i>	<i>„cât de important este pentru dumneavoastră să începeți să slăbiți?”</i>
Angajamentul în vederea schimbării <i>„o să mă gândesc la asta”</i> <i>„o să încerc timp de 1 săptămână, să văd cum merge”</i> <i>„o să fac asta”</i> A lua măsuri în vederea schimbării <i>„n-am mai băut de când ne-am văzut ultima oară”</i> <i>„am fumat maxim 10 țigări pe zi în ultima lună și mă simt foarte bine”</i>	<p>Aceste două categorii de afirmații spre schimbare survin ca o consecință a primelor și apar după o perioadă de aplicare a stilului motivațional de lucru cu pacientul! Eventual, în încheierea unei întâlniri, medicul poate formula:</p> <p><i>„având în vedere cele discutate azi, ce vă gândiți să faceți?”</i></p>

O dată obținut **angajamentul în vederea schimbării**, medicul este în măsură să invite pacientul să-și formuleze un **obiectiv de schimbare care să fie SMART** (specific, măsurabil, acceptabil, realist și delimitat în timp) sau să-l ajute să-și rafineze obiectivul dacă pacientul și-a stabilit deja unul (de exemplu, de la „aș vrea să slăbesc un pic” la „aș vrea să slăbesc 5 kg în următoarele 2 luni”). În acest sens, pot fi folosite (fie împreună cu pacientul, fie date acestuia ca temă pentru acasă) instrumente precum balanța decizională, jurnalul de consum sau lista situațiilor de risc și a strategiilor de a face față (incluse în materialul de training).

În concluzie, în cadrul interviului motivațional profesionistul caută să creeze o atmosferă pozitivă schimbării. Când această abordare se aplică în mod adecvat, pacientul este cel care prezintă argumentele pentru schimbare și nu terapeutul.

Studii și meta-analize de eficiență a IM	Rezultate
Dunn, DeRoo, and Rivara (2001) – 29 de studii în care IM a fost aplicat în domenii diverse	Rezultate semnificative statistic în tratamentul abuzului de substanță, dietă și exercițiu fizic, oprirea fumatului și reducerea riscului de infectare cu HIV (cele mai bune rezultate în domeniul dietei și exercițiului fizic, iar cele mai proaste în oprirea fumatului)
Burke et al. (2003) – meta-analiză care a inclus 30 de studii controlate în domeniile tratamentului pentru abuz de alcool, dependență de droguri, oprirea fumatului, dietă și exercițiu fizic și reducerea riscului de contractare HIV	IM a fost găsit a fi la fel de eficient ca alte tratamente și mai eficient decât placebo în domeniile abuzului de alcool, dependenței de droguri, dietei și exercițiilor și mai puțin eficient în oprirea fumatului și reducerea comportamentelor sexuale riscante.
VanWormer and Boucher (2004) – meta-analiză care a inclus 4 studii în domeniul modificării dietei folosind IM	3 din 4 studii au găsit efect, chiar și în intervenții scurte, deși intervențiile mai frecvente se asociau cu efecte mai însemnate.

Studii și meta-analize de eficiență a IM	Rezultate
Rubak, Sandbaek, Lauritzen, and Christensen (2005) – meta-analiză care a inclus 72 de studii controlate în domeniile dietă și exercițiu fizic, diabet și abuz de substanțe	74% din studiile incluse au raportat efect semnificativ pentru intervențiile IM. Autorii sugerează că efectul corelează cu un număr mai mare de ședințe și cu o perioadă de follow up mai îndelungată.
Van Dorsten, B. (2007) – analiză pe 8 studii care au evaluat eficiența IM în domeniul scăderii în greutate și practicării exercițiului fizic	IM este semnificativ eficient în îmbunătățirea dietei și adoptării exercițiului fizic, aderența la dietă și scăderea în greutate.

BIBLIOGRAFIE ANEXE

1. Borsari B, Carey KB. Effects of a brief motivational intervention with college student drinkers *J Consult Clin Psychol.* 2000 Aug;68(4):728-33.
2. Burke, B. L., Arkowitz, H., & Menchola, M. (2003). The efficacy of motivational interviewing: A meta-analysis of controlled clinical trials. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 843–861.
3. Committee on Addictions of the Group for the Advancement of Psychiatry. Responsibility and Choice in Addiction. *Psychiatric Services*, 53:707–713, 2002
4. Dunn, C., DeRoo, L., Rivara, F. P. (2001). The use of brief interventions adapted from MI across behavioral domains: A systematic review. *Addiction*, 96, 1725–1743
5. Hriscu E, Ioan M (2004), *Prevenirea recăderilor în tulburările legate de conumul de substanțe*, Infomedica, București
6. Hyman S.E., *Addiction: A Disease of Learning and Memory.* *Am J Psychiatry* 2005; 162:1414–1422
7. Kosten T.R., *Addiction as a Brain Disease.* *Am J Psychiatry* 155:6, June 1998
8. Knight, K. M., McGowan, L., Dickens, C., & Bundy, C. (2006). A systematic review of motivational interviewing in physical health care settings. *British Journal of Health Psychology*, 11, 319–332
9. Martins R.K., McNeil D.W. Review of Motivational Interviewing in promoting health behaviors. *Clinical Psychology Review* 29 (2009) 283–293
10. Miller, W. R. (Ed.) (1999). *Enhancing motivation for change in substance abuse treatment.* Treatment Improvement Protocol (TIP) Series, No. 35. Rockville, MD: Center for Substance Abuse Treatment.
11. Miller RW, Rolnick S, „Interviul Motivațional. Pregătirea pentru schimbare”, ed. Agenția Națională Antidrog, București, 2005
12. Miller, William R.; Rose, Gary S. Toward a theory of motivational interviewing. *American Psychologist*, Vol 64(6), Sep 2009, 527-537
13. Prelipceanu D, Victor V (ed.) (2004), *Abuzul și dependența de substanțe psihoactive*, Infomedica, București
14. Prochaska JO, Diclemente CC, Norcross JC, In search of how people change: applications to addictive behaviors. *American Psychologist* 1992, 47(9): 1102 – 1114
15. Resnicow K, DiIorio C, Soet JE, Ernst D, Borrelli B, Hecht J. Motivational interviewing in health promotion: it sounds like something is changing. *Health Psychol.* 2002 Sep;21(5):444-51.
16. Rogers C. (1961, 2008). *A deveni o persoana.* Ed. Trei, Bucuresti
17. Rosenblum A, Foote J, Cleland C, Magura S, Mahmood D, Kosanke N. Moderators of effects of motivational enhancements to cognitive behavioral therapy. *Am J Drug Alcohol Abuse.* 2005;31(1):35-58.
18. Rubak, S., Sandbaek, A., Lauritzen, T., & Christensen, B. (2005). Motivational interviewing: A systematic review and meta-analysis. *British Journal of General Practice*, 55, 305–312.
19. Sellman D., The 10 most important things known about addiction. *Addiction.* 2010 Jan;105(1):6-13
20. Stephen Rollnick, William R. Miller, Christopher C. Butler, *Motivational interviewing in health care : helping patients change behavior* 2008 The Guilford Press New York
21. Van Dorsten, B. (2007). The use of motivational interviewing in weight loss. *Current Diabetes Reports*, 7, 386–390
22. VanWormer, J. J., & Boucher, J. L. (2004). Motivational interviewing and diet modification: A review of the evidence. *The Diabetes Educator*, 30, 404–416

