



Republika e Kosovës
Republika Kosova – Republic of Kosovo
Qeveria – Vlada – Government
Ministria e Shëndetësisë – Ministarstvo Zdravstva – Ministry of Health

TRAJTIMI I ALKOOLIT DHE DROGAVE TJERA

UDHËRRËFYES KLINIK

UK “Trajtimi i alkoolit dhe drogave tjera”

Këshilli Kosovar për udhërrëfyes dhe protokole klinike:

Dr. Arbëresha Turjaka – Kryesues

Dr. Teuta Qilerxhiu – Anëtare

Dr. Fakete Hoxha - Anëtare

Z. Mentor Sadiku – Anëtar

Z. Bekim Fusha - Anëtar

Prof.Dr. Lul Raka – Anëtar

Dr. Driton Vela – Anëtar

Dr. Sebahate Lleshi - Anëtare

Prof.Dr. Salih Ahmeti – Anëtar

Dr. Edmond Haliti – Anëtar

Z. Agron Bytyqi - Anëtar

Komisioni për vlerësimin e metodologjisë së hartimit të udhërrëfyesve dhe protokoleve klinike:

Prof.Dr. Merita Berisha – Kryesuese

Prof.Dr. Shaip Krasniqi – Anëtar

Prof.Dr. Valbona Zhjeqi – Anëtare

Dr. Merita Vuthaj – Anëtare

Mr. Sci. Ariana Qerimi – Anëtare

Sekretaria për procesin e zhvillimit të udhërrëfyesve dhe protokoleve klinike:

MSc. Niman Bardhi – Kryesues

Dr. Rina Hoxha – Anëtare

Znj. Zana Shabani - Anëtare

Grupi punues:

Dr. Laura Shehu – Kryesuese

Znj. Ariana Qerimi - Anëtare

Dr. Shaban Mecinaj – Anëtar

Z. Besnik Stuja – Anëtar

Dr. Vjollca Ramiqi – Anëtare

Dr. Lumturije Mujaj Morina - Anëtare

Znj. Zana Shabani – Anëtare

Përmbajtja

I.	Hyrja	7
1.1	Qëllimi dhe fokusi.....	7
1.2	Të dhënat për Kosovë	7
1.3	Shërbimi ambulator – Trajtimi Mbajtës me Metadon (TMM)	9
1.4	Popullata e synuar.....	9
1.5	Dedikimi i udhërrëfyesit.....	9
1.6	Pyetjet.....	9
II.	Metodologjia	10
III.	Përkufizimet	11
IV.	Vlerësimet.....	13
4.1	Simptomet më të shpeshta të çrregullimeve për shkak të përdorimit të substancave... 13	
4.2	Substancat Psikoaktive: Efektet akute të sjelljes, karakteristikat e trajtimit dhe efektet e përdorimit të zgjatur	14
4.3	Çrregullimet gjatë përdorimit të substancave	16
4.4	Simptomet dhe mjekimi simptomatik	16
4.5	Terapia plotësuese/alternative	17
4.6	Mjediset për trajtimin e abstinencës.....	17
4.7	Vlerësimi	18
4.7.1	Ndërhyrjet para pranimit.....	18
4.7.2	Vlerësimi i klientit në gjendje toksikuese/intoksikuese	19
4.7.3	Shëndeti fizik	19
4.7.4	Shëndeti Mendor	19
4.8	Planifikimi i mbështetjes pas abstinencës.....	19
4.8.1	Planifikimi i menaxhimit të mëtejshme të abstinencës.....	20
4.8.2	Zgjedhja e shërbimeve të përshtatshme.....	20
4.9	Intervenimet Psikosociale	20
4.9.1	Programet e Rehabilitimit	21
4.9.2	Të Rinjët.....	21
4.9.3	Të Moshuarit.....	21
4.9.4	Trajtimi i alkoolit dhe drogave të tjera tek shtatëzënat	21
V.	Alkooli	22
5.1	Mjedisi për abstinim nga alkooli.....	22

5.2	Abstinimi nga alkooli, deliriumi	23
5.3	Encefalopatia e Wernikut dhe Sindromi Korsakoffit (AWS)	24
5.4	Vlerësimi i abstinimit nga alkooli	24
5.5	Mjetet e vlerësimit të abstinencës së alkoolit	24
5.6	Mbështetja psikologjike e abstinencës nga alkooli	24
5.6.1	Tiamina* dhe suplementet tjera.....	26
5.7	Farmakoterapitë që përdoret tek çrregullimi i përdorimit të alkoolit.....	26
5.8	Acamprosate.....	26
5.8.1	Doza dhe terapia.....	27
5.8.2	Efektet anësore dhe kundërindikacionet	27
5.8.3	Intereaksionet.....	27
5.9	Naltrexone	27
5.9.1	Efektet anësore dhe kundërindikacionet	27
5.9.2	Intereaksionet.....	28
5.10	Disulfiram (Antabus)*.....	28
5.11	Baklofen	28
5.11.1	Efektet anësore dhe kundërindikacionet	28
5.12	Topiramate*	29
5.13	Efektet anësore dhe kundërindikacionet	29
5.14	Planifikimi pas abstinencës	29
5.15	Popullatat e veçanta	29
5.15.1	Abstinenca gjatë shtatëzanisë	29
5.15.2	Abstinenca e Fetusit.....	30
5.15.3	Klientët me çrregullime të përbashkëta	30
5.15.4	Familja/të tjerat	30
5.15.5	Të rinjët.....	30
VI.	Nikotina	31
6.1	Mjediset e abstinencës së nikotinës	31
6.1.1	Kujdesi gjatë abstinencës të nikotinës	31
6.1.2	Terapia e zëvendësimit të nikotinës (TZN)	32
6.1.3	Mbështetja psikosociale gjatë abstinencës nga nikotina	32
6.1.4	Femrat shtatëzane.....	32
6.2	Bupropioni.....	33
VII.	Kanabisi	34

7.1	Sindroma e abstinencës së kanabisit.....	34
7.2	Mjediset e abstinencës së kanabisit.....	34
7.3	Mjediset e trajtimit të abstinencës nga kanaboidet.....	35
7.3.1	Trajtimet në zhvillim	35
7.3.2	Mbështetja psikosociale gjatë abstinimit nga kanaboidet.....	36
VIII.	Opioidet	37
8.1	Indikacionet objektive të intoksikimit me opioide	38
8.2	Planifikimi i kujdesit për abstinencën	38
8.3	Llojet e medikamenteve.....	39
8.4	Sëmundjet shoqëruese	39
8.5	Sindromi abstinimit nga opioidet	39
8.6	Dozimi i Buprenorfinës.....	40
8.6.1	Efektet anësore dhe ndërveprimet e medikamenteve	41
8.7	Naltrexone	41
8.8	Mbështetja psikosociale gjatë abstinencës nga opioidet.....	41
8.8.1	Abstenenca nga opioidët gjatë shtatëzanisë.....	42
IX.	Medikamentet tjera	43
9.1	Transferimi nga metadoni në buprenorfinë.....	43
9.2	Benzodiazepinet	43
9.2.1	Mjediset e abstinencës së benzodiazepinës	44
9.2.2	Sindroma e abstinencës nga benzodiazepina	44
9.2.3	Vlerësimi i abstinencës nga benzodiazepina	45
9.2.4	Planifikimi i kujdesit për abstinencë	46
9.2.5	Kujdesi për abstinencën	46
9.2.6	Mbështetja psikosociale gjatë abstinencës nga benzodiazepinet.....	48
9.3	Popullatat e veçanta	48
9.3.1	Fëmijët dhe Adoleshentët	48
9.3.2	Të Rinjtë.....	49
9.3.3	Të Moshuarit.....	49
9.3.4	Dhimbjet kronike.....	49
9.3.5	Benzodiazepinët tek femrat shtatëzëna	49
X.	Stimulantët	50
10.1	Mjediset e abstinencës së stimuluesve.....	51
10.1.1	Mbështetja psikosociale gjatë abstinencës nga medikamentet stimuluese	51

10.1.2	Planifikimi pas abstinencës.....	51
10.2	Popullatat e veçanta	52
10.2.1	Femrat shtatzëna.....	52
10.2.2	Klientët me çrregullime të përbashkëta	52
10.2.3	Familja, të tjerët.....	52
10.2.4	Të rinjtë.....	53
XI.	Drogat tjera.....	54
11.1	Ketamina.....	54
11.1.1	Abstenenca e ketaminës.....	54
11.1.2	Mjediset e e abstinencës së ketaminës.....	55
11.1.3	Vlerësimi i abstinencës së ketaminës	55
11.1.4	Kujdesi për abstinencën e ketaminës	56
11.2	Planifikimi për kujdesin pas abstinencës	56
11.2.1	Ketamina tek femrat shtatzëna	57
11.2.2	Varësia nga substancat e shumta.....	57
11.2.3	Klientët me çrregullime të përbashkëta	57
11.2.4	Sëmundjet e zemrës dhe sëmundjet cerebrovaskulare	57
11.3	Gama Hidroksibutirat (GHB)*	57
11.3.1	Sindroma e abstinencës së GHB	58
XII.	Standardet e Auditueshme.....	60
XIII.	Procesi i Adaptimit të Udhërrëfyesit.....	61
XIV.	Aplikim dhe Zbatimi i UK-së në rrethana tona	62
XV.	Referencat	63
XVI.	Shkurtesat	66
XVII.	Shtojca	67
	Shtojca 1 – Pyetësi: Abstenimi subjektiv i Opiateve	67
	Shtojca 2 – Pyetësi: Abstenimi i benzodiazepinës - Shkalla e Vlerësimit sipas pikëve (CIWA-B)	68
	Shtojca 3 – Pyetësi: Abstenimi i Amfetaminës	69
	Shtojca 4 - Vlerësimi i abstinencës së Kanabisit – Shkalla	70
	Shtojca 5 - Fagerström - Varësia nga Nikotina – Shkalla	71

I. Hyrja

Alkooli është një substancë toksike dhe psikoaktive me veti për të shkaktuar varësi. Në shoqërinë e sotme, pijet alkoolike janë pjesë rutinë e peizazhit shoqëror. Kjo veçanërisht është e shprehur në mjedise shoqërore me shikueshmëri të lartë dhe me ndikim shoqëror.

Konsumimi i alkoolit kontribuon në rritjen e numrit të vdekjeve, çdo vit shënohen rreth 3 milionë vdekje në nivel global, alkooli ndikon në shëndetin e njeriut është faktori kryesor i rrezikut për vdekshmërinë dhe paaftësinë e parakohshme tek të rinjtë sidomos atakon moshën 15 deri në 29 vjeçare, duke shkaktuar 10% të të gjitha vdekjeve në këtë grupmoshë.

Por përqindja më e lartë e vdekjeve dhe e hospitalizimeve nga alkooli i takon popullatës vulnerabile. (OBSh)¹

1.1 Qëllimi dhe fokusi

Udhërrëfyshi për alkool dhe droga tjera, është përpiluar për t'i ndihmuar profesionistët shëndetësor në menaxhimin e duhur të rasteve të varura nga substancat narkotike.

Varësia nga alkooli dhe droga tjera është fenomen i shpeshtë me të cilin po përballen të gjitha vendet në mbarë botën përfshirë shoqërinë Kosovare.

Udhërrëfyshi ofron udhëzime të përditësuara bazuar në evidenca, për menaxhimin e abstinencës nga alkooli, nikotina dhe substancat ilegale psikoaktive si heroina, metamfetaminat, kanabisi, etj.

Udhëzimet klinike të përshkruara synojn të japin pasqyrë të qartë për ndërhyrjet e njohura të trajtimit të bazuara në prova, duke u mbështetur në literaturën aktuale shkencore dhe gri, si dhe ekspertizën e praktikës klinike.

Këto udhëzime janë në përputhje me Parimet e Organizatës Botërore të Shëndetësisë (OBSh) të Kombeve të Bashkuara për varësinë nga droga dhe Udhëzimet Kombëtare për Trajtimin e Asistuar nga Medikamentet e Varësisë nga Opioidet (Gowing et al, 2014), (Haber et al, 2009)

1.2 Të dhënat për Kosovë

Në kuadër të shërbimeve me shtretër në Klinikën e Psikiatrisë, ekziston shërbimi i posaqëm për trajtimin hospitalor të të varurve nga alkooli dhe drogat tjera.

¹ OBSh https://www.who.int/health-topics/alcohol#tab=tab_1.

Trajtimi i ofrohet personave me varësi fizike e psikike për t'u ballafaquar me abstinencë. Ky trajtim i bazuar në detoksikim përfshinë: alkoolin, medikamentet e përshkruara dhe drogat ilegale si; kanaboidet, opioide, psikostimulues etj.

Klientët të cilët i plotësojnë kriteret që të hyjë në trajtim, duhen të jenë të gatshëm të nënshkruajë kontratën terapeutike dhe të jenë të motivuar të pranojë trajtimin i cili është vullnetar.

Të dhënat për pesë vitet e fundit kanë treguar rritjen e kërkesave për trajtim klinik përmes programit të detoksikimit për klientët opioido varës.

Tabela 1. Pacient të hospitalizuar në Repartin e sëmundjeve të varësisë (RSV) sipas llojit të substancës dhe diagnozave bazuar në ICD-10

Pacient të hospitalizuar në Repartin e sëmundjeve të varësisë (RSV) sipas llojit të substancës dhe diagnozave bazuar në ICD-10					
Diagnoza/vitet	2017	2018	2019	2020	2021 (01.11.2021)
Varësi nga alkooli	17	7	16	10	14
Varësi nga opioidet	24	9	11	17	28
Varësi nga canaboidet	35	36	35	8	11
Varësi nga benzodiazepinet	3	4	3	2	3
Varësi nga droga të shumëllojshme	23	32	31	19	25

Derisa hospitalizimet për shkak të alkoolit kanë qenë në numër konstant. Çrregulimet bashkërenduese psikiatrike paraqesin vështirësi në menaxhimin e suksesshëm të klientëve të varur nga alkooli dhe droga. Në këto raste çasja multidisciplinare ka dhënë rezultate të mira.

Raporti gjinor nuk e pasqyron gjendjen faktike, sa i përket përdoruesve të varur nga alkooli dhe drogat tjera marrë parasysh, stigmën, aspektin kulturor dhe tradicional. Tabela 2.

Tabela2..Të hospitalizuar në Repartet e Sëmundjeve të Vartësisë (RSV) sipas gjinisë²

Të hospitalizuar në RSV sipas gjinisë					
Gjinia/vitet	2017	2018	2019	2020	2021
Femra	3	16	27	10	8
Meshkuj	104	80	78	54	88

² Reparti i Sëmundjeve të Varësisë , Klinikë Psikiatrike nëntor 2021

1.3 Shërbimi ambulator – Trajtimi Mbjtës me Metadon (TMM)

Është shërbim ambulator i veçant në kuadër të Klinikës Psikiatrike, i cili ofron trajtim mbajtës me metadon si formë e trajtimit zëvendësues. Ky shërbim i referohet Udhëzimit Administrativ Nr. 07-2017, për "Administrimin dhe Përdorimin e Metadonit për Programe Zëvendësuese" të miratur nga Ministria e Shëndetësisë si dhe Udhërrëfyesit Klinik " Përdorimi i Metadonit për Trajtim Mbjtës Zvendësues me Opioide."

Kapacitetet pranuese për zbatimin e programit të terapisë mbajtëse me metadon janë në përputhje me hapësirat dhe mundësitë e Klinikës Psikiatrike, numri i klientëve të përfshirë në programin e TMM-së varion prej 15 – 20 klientë.

Sipas organogramit të klinikës, ky shërbim ka menaxherin, i cili është përgjegjës për mbarëvajtjen e shërbimit dhe i cili raporton rregullisht në Ministri të Shëndetësisë (MSh).

1.4 Popullata e synuar

Popullata e synuar janë: të rinjtë, femrat shtatzane, të moshuarit , përdoruesit problematik të alkoolit dhe drogave tjera.

1.5 Dedikimi i udhërrëfyesit

Ky udhërrëfyes u dedikohet të gjithë drejtuesve dhe profesionistëve shëndetësor në Institucione Shëndetësore që ofrojnë shërbime për menaxhimin e abstinencës së alkoolit dhe drogave tjera.

1.6 Pyetjet

- Cilat janë vlerësimet e përdorimit të substancave psikoaktive?
- Cilat janë karakteristikat e trajtimit të klientëve?
- Cilat janë efektet e sjelljeve akute të substancave psikoaktive?
- Cilat janë karakteristikat e abstinencës nga varësia e substancave psikoaktive?
- Cilat janë efektet e përdorimit të zgjatur të substancave psikoaktive?
- Si menaxhohen dozat e medikamenteve gjatë trajtimit?
- Si menaxhohen krizat abstenenciale?
- Si dhe kur bëhet detoksikimi?

II. Metodologjia

Ky udhërrëfyes është hartuar nga grupi punues multidiciplinar dhe multiprofesional i emëruar nga Ministria e Shëndetësisë-Republika e Kosovës.

Të gjithë anëtarët e grupit punues para hartimit të këtij udhërrëfyesi kanë deklaruar se nuk kanë ndonjë konflikt interesi për çka edhe kanë nënshkruar deklaratat e konfliktit të interesit. Ky udhërrëfyes është hartuar në përputhje me metodologjinë standarde të procesit të adaptimit të udhërrëfyesve duke u shërbyer me dokumentin AGREE II, dhe marrja e vendimeve dhe rekomandimeve nga anëtarët e grupit punues është bërë me konsensus (me pëlqim të plotë të të gjithë anëtarëve të grupit punues).

Grupi punues ka rishikuar udhërrëfyesët klinik të publikuar në vitet e fundit, me rekomandime të qëndrueshme dhe me shkallë të lartë të evidencave.

Udhëzimet dhe rekomandimet e dhëna në udhërrëfyesin klinik janë bazuar në literaturën ndërkombëtare si dhe përshkrimi i rekomandimeve është bërë sipas literaturës së përzgjedhur.

Janë shqyrtuar shumë udhërrëfyes klinik praktik dhe përfundimisht grupi punues është përcaktuar për adaptim të udhërrëfyesve në vijim:

- “Mental Health Gap Action Programme for Mental Health, neurological and substance use disorders in non –specialized health settings”
- “Alcohol and other drug withdrawal guidelines” 2018.

Grupi punues për adaptimin e udhërrëfyesit klinik për alkool dhe droga tjera është referuar në metodën e përshtatshmërisë RAND/UCLA, në të cilën është marrë në konsiderat opinionin e ekspertëve të lëmisë mbi adaptimin e temave.

Cilësia e literaturës së shqyrtuar u vlerësua duke përdorur shkallët dhe metodologjinë e standardizuar të vlerësimit.

Përditësimi i këtij udhërrëfyesi do të bëhet pas tri-viteve, por gjithnjë duke u bazuar në rekomandimet më të reja të organizatave kredibile ndërkombëtare.

III. Përkufizimet

Intoksikim akut: është një gjendje kalimtare pas marrjes së një substancë psikoaktive që rezulton në çrregullim të vetëdijës, perceptimit dhe sjelljes.

Detoksikim: është procesi me të cilin një individ abstenon nga efektet e substancës psikoaktive, duke iu referuar një procedure klinike, procesi i abstinencës kryhet në mënyrë të sigurt dhe efektive që simptomat gjatë abstinencës të minimizohen.

Delirium: është gjendje mendore luhatëse kalimtare e karakterizuar nga shqetësimet, çrregullimet e vetëdijës (d.m.th., aftësi e zvogëluar për të drejtuar, përqëndruar, mbështetur dhe ndryshuar vetëdijën) dhe ndërgjegjësimi (d.m.th., zvogëlim i orientimit në mjedis) që zhvillohet për një periudhë të shkurtër kohore dhe tenton të luhaten gjatë një dite, shoqërohet me çrregullime të tjera si perceptim, kujtesë, të menduarit, emocionet ose funksionet psikomotorë. Mund të rezultojë nga shkaqet organike akute si: infeksionet, medikamentet, anomalitë metabolike etj .

Mbidoza: është përdorimi i çdo medikamenti në një sasi të tillë që në mënyrë akute shkakton efektet të pafavorshme fizike ose mendore.

Përdorimi i dëmshëm: është një model i përdorimit të substancave psikoaktive që dëmton shëndetin. Ky dëmtim mund të jetë fizik, p.sh. sëmundjet e mëlçisë, apo mendor, p.sh. episodet e çrregullimit depresiv. Shpesh shoqërohet me pasoja shoqërore, p.sh. familjare ose probleme me punë.

Opiatet: janë një grup i alkaloidëve që shfaqen në natyrë, rrjedhin nga lulekuqe opiumi (*Papaver somniferum*), aktivizojnë receptorët e opiumit në tru dhe kanë aftësinë të shkaktojnë analgjezi, eufori dhe në doza të larta, stupor, gjendje kome dhe depresion respirator. Termi opium përfshinë morfinën, heroinën dhe përjashton opioidet sintetike.

Opioidet: termi gjenerik për alkaloidet nga opiumi (*Papaver somniferum*), analogët e tyre sintetikë dhe komponimet që sintetizohet në trup, që bashkëveprojnë me receptorët specifik në tru, kanë aftësinë të lehtësojnë dhimbjen dhe të prodhojnë një ndjenjë të mirëqenies (eufori). Alkaloidet e opiumit dhe analogët e tyre sintetikë gjithashtu shkaktojnë stupor, gjendje kome dhe depresion në doza të larta.

Relapsi: një kthim në përdorimin e substancës nga një klient i varur më parë pas një periudhe të abstinencës, shoqëruar shpesh me rikthim të simptomave të varësisë.

Substituimi/Zëvendësimi: nënkupton zëvendësimin e një opioidi të dëmshëm nga i cili individ është i varur me një opioid më pak të dëmshëm.

Substancë psikoaktive: nënkupton një substancë e cila, kur gëlltitet/thithet/injektohet, ndikon në proceset mendore, p.sh. kognicion ose afekt.

Sindroma e alkoolit fetal: është një sindromë e keqformimit e shkaktuar nga konsumimi i alkoolit nga nëna gjatë shtatzënisë. Karakterizohet nga mungesa e zhvillimit fizik që manifestohet me anomali të vogla të fytyrës që paraqitet në të gjitha grupet etnike, është e identifikueshme në lindje, dhe nuk zvogëlohet me moshën. Te fëmijët e prekur paraqiten anomali të rënda të sistemit nervor qendror duke përfshirë: mikrocefali, dëmtime kognitive dhe deficite tjera .

Varësia: është një sindromë e karakterizuar nga përdorimi i detyrueshëm i një substance përkundër njohjes së pasojave negative të përdorimit të tillë.

Abstinenca: përfshinë një sërë simptomash të pakëndshme që ndodhin pas ndërprerjes së papritur ose zvogëlimit të dozës së një substance psikoaktive që është konsumuar në doza mjaft të larta në një periudhë të gjatë kohore. Sindroma mund të jetë e shoqëruar me shenja të shqetësimit fiziologjik. Simptomat e abstinencës në bazë janë, të kundërta me ato që prodhohen nga vetë substanca psikoaktive.

Terapia familjare: nënkupton këshillimin që përfshinë disa seanca (zakonisht më shumë se gjashtë) të planifikuara gjatë një periudhe mujore. Seancat realizohen përmes individit, familjes ose grupeve familjare. Në seancë duhet të përfshihet personin që jeton me sëmundje mendore, nëse është e mundur. Ka rol mbështetëse dhe edukative, shpesh përfshin zgjidhjen e problemeve të negociuara për menaxhimin e krizave.

IV. Vlerësimet

4.1 Simptomet më të shpeshta të çrregullimeve për shkak të përdorimit të substancave

Tek personat përdorues të substancave simptomet më të shpeshta të manifestuara janë si në vijim:

- Duken që janë të prekur nga alkooli ose substanca të tjera (p.sh. kundërmojnë erë alkooli, kanë të folurit të paqartë, të qetësuar, sjellje të çrregullt).
- Kanë shenja nga përdorimi i fundit i drogës (shenjat të fundit të injektimit, infeksione të lëkurës).
- Kanë shenja dhe simptome të efekteve akute të sjelljes, karakteristika të abstenimit ose efekte të përdorimit të zgjatur (shih tabelën.3).
- Përkeqësim të funksionimit social (d.m.th. vështirësi në punë ose shtëpi, pamje e parregullt).
- Kanë shenja të sëmundjes kronike të mëlçisë (enzimet jonormale të mëlçisë), lëkura dhe sytë (të verdhë), skajet e mëlçisë të prekshme dhe të ndjeshme (në fazat e hershme të sëmundjes të mëlçisë), asciti (barku i fryer/i zgjatur i mbushur me lëng), naevi marimangë (enë gjaku të dukshme si merimangë në sipërfaqen e lëkurës), dhe statusi mendor i ndryshuar (encefalopati hepatike).
- Probleme me ekuilibrin, ecjen, lëvizjet të koordinuara dhe nistagmus.
- Gjetjet e rastësishme: anemi makrocitare, numër i ulët i trombociteve, vëllimi mesatar i ngritur korpuskular (VMK).
- Paraqitje urgjent për shkak të abstinencës së substancës, mbidozë, ose intoksikim.
- Personi mund të duket i qetësuar, tepër i stimuluar, i shqetësuar ose i hutuar.



Personat me çrregullime për shkak të përdorimit të substancave mund të mos raportojnë ndonjë problem me përdorimin e substancave:

Kërkojnë për:

- Kërkesat të përsëritura për medikamente psikoaktive përfshirë analgjezikët.
- Lëndimet
- Infeksionet e lidhura me përdorimin intravenoz të drogës (HIV/AIDS, Hepatiti C).



» **Këshilla Klinike**

Shmangni stereotipet!

Të gjithë personat që paraqiten tek institucionet e kujdesit shëndetësor duhet të pyeten për përdorimin e duhanit dhe alkoolit

4.2 Substancat Psikoaktive: Efektet akute të sjelljes, karakteristikat e trajtimit dhe efektet e përdorimit të zgjatur



Tabela 3. Substancat Psikoaktive: Efektet akute të sjelljes, Karakteristikat e trajtimit, dhe Efektet e përdorimit të zgjatur / OBSH³

	Efektet Akute - Sjelljes	Karakteristikat e trajtimit	Efektet e përdorimit të zgjatur
Alkooli	Erë e alkoolit gjatë frymëmarrjes, të folurit e turbullt, sjellje e pahijshme, agjitim, të vjellura, ecje jo e ekuilibruar	Dridhje, nauze/ të vjellura, rritje të rrahjeve të zemrës dhe e shtypjes së gjakut, agjitim, konfuzion, halucinacione Mund të jetë kërcënuese për jetën!	Humbje e vëllimit të trurit, zvogëlimi i kapacitetit kognitiv gjykim i dëmtuar, humbje ekuilibri, fibrozë e mëlçisë, gastrit, anemi, rritje e rrezikut për disa llojeve të kancerit dhe një sërë probleme të tjera mjekësore
Benzodiazepinet	Fjalimi i paqartë, çrregullim i sjelljes, ecje jo e ekuilibruar	Ankth, pagjumësi, dridhje, dridhje, të përziera/ me të vjellura, rritje të rrahjeve të zemrës dhe shtypjes të gjakut, konvulsion, agjitim, konfuzion, halucinacione Mund të jetë kërcënuese për jetën!	Dëmtimi i kujtesës, rritja e rrezikut për rrëzim tek të moshuarit, rrezik fatal për mbidozim të qetësuesve
Opioidet	Ndryshime në bebëza, somnolencë, (turbullim të vetëdijës), të folurit e ngadaltë	Bebëzat e zgjeruar, ankth, nauze/ vjellje/ diarre, dhimbje barku, dhimbje muskujsh, dhimbje koke, lotim nga sytë dhe rrjedhje nga hundët, gogësim, rrënqethje,	Konstipacion, rreziku i një mbidoze fatale qetësuese, hipogonadizëm, përgjigje të përafërta dhe stresi.

³ 2.0 "Mental Health Gap Action Programme for Mental Health, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings"

Duhani (Tobacco)	Eksitim, hipervigilencë, përqëndrim, kujtesë;; ulje e ankthit dhe oreksit; efekte të ngjajshme me stimuluesit	rritjen e rrahjeve të zemrës dhe shtypjes së gjakut Iritim/ nervozizëm, agresivitet, ankth, disfori, gjendje depresive, rritje e rrahjeve të zemrës, shtim i oreksit	Sëmundja e mushkërive (tek duhan pirësit), sëmundjet kardiovaskulare, rreziku i kancerit dhe efekte të tjera shëndetësore
Kokaina, Methamphetamines & Amphetamine-tipet e Stimuluesve	Bebëzat e zgjeruara, presioni i lartë i gjakut dhe rrahjet e shpejta të zemrës, i emocionuar, euforik, hiperaktiv, fjalim i shpejtë, të menduarit e shpejtuar i çrregulluar, paranojë, agresiv i dhunshëm	Lodhje, shtim i oreksit, indisponim, nervozizëm Kujdes për mendimet e vetëvrasjeve	Hipertensioni, rritja e rrezikut për aksidente cerebrovaskulare (CVAs), aritmi, sëmundjet e zemrës, ankth, depresion
Khat	Vigjilencë, eufori dhe reagim në ngacmime të lehta	Letargji, gjendje depresive, nervozizëm	Përdoruesit e Khat shpesh shpenzojnë një pjesë të konsiderueshme të kohës gjatë ditës, khat; konstipacion, rrezik i shëndetit mendor
Kanabis	Bebëza normale, konjuktiva të skuqura, reagim i vonuar , eufori, relaksim	Disponim depresiv, i paqëndrueshëm , ankth, nervozizëm, vështësi në gjumë (mund të mos ketë ndonjë veçori të dukshme)	probleme të tilla si psikoza Rrezik i shtuar për probleme të shëndetit mendor përfshirë ankthin, paranojën dhe psikozën, mungesa e motivimit, vështirësi në përqëndrim, rrezik i shtuar për sëmundje kardiovaskulare dhe cerebrale (infarkt të miokardi dhe goditje në tru)
Tramadol	Efektet opioide (qetësuese, eufori, etj.), të përcjellura nga efektet stimuluese (ngacmim, kriza/ konvulsione në doza të larta	Efektet kryesisht, të abstinencës së opioideve, por edhe frenues i rimarrjes së serotoninës, norepinefrine (SNRI).	Varësia nga opioidet, rrezik nga konvulsionet, vështësi në gjumë
Tretës të paqëndrueshëm (Vajrat dhe Llaqet)	Marramendje, dezorientim, eufori, mendjelehtësi, disponim i rritur, halucinacione, deluzione, moskoordinim motorik, shqetësime vizuale, anksiolizë, qetësim	Ndjeshmëri e shtuar ndaj konvulsioneve	Zvogëlimi i funksionit njohës dhe demenca, periferike neuropati, pasoja të tjera neurologjike, rritje e rrezikut të aritmitë që shkaktojnë vdekje të papritur
Halucinogjenet	Rritja e rrahjeve të zemrës, shtypjes së gjakut, temperaturës së trupit, ulje e oreksit, nauze, të vjellura, moskoordinim motorik, zgjerim papilar, halucinacione	Nuk ka evidencë	Episode psikotike akute ose kronike, kthime ose ripërjetime të efekteve të drogës shumë kohë pas përfundimit të përdorimit.
MDMA- Terapi e asistuar	Rritja e vetëbesimit, ndjeshmërisë, mirëkuptimit, ndjenja e intimitetit, komunikimit, euforisë, energjisë	Nauze, shtangim i muskujve, dhimbje koke, humbje e oreksit, shikim i paqartë, tharja e gojës, pagjumësi, depresion, ankth, lodhje, vështirësi në përqëndrim	Neurotoksiteti (pasoja fiziologjike) dhe në sjellje/depresive.

4.3 Çrregullimet gjatë përdorimit të substancave ⁴



4.4 Simptomet dhe mjekimi simptomatik

Në përgjithësi, regjimet e dozimit ofrojnë udhëzime për abstinim të alkoolit dhe drogave tjera (A&D). Regjimet e dozimit bazohen vetëm në varësinë e medikamenteve të specifikuara dhe nuk duhet të zëvendësojnë gjykimin klinik. Tabela ofron udhëzime të përgjithshme për mjekimin simptomatik tek abstinenca nga alkooli dhe drogat tjera (A&D).

⁴ 2.0 "Mental Health Gap Action Programme for Mental Health, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings"

Tabela: Mjekimi simptomatik - simptomet e zakonshme të abstinencës

Simptomet	Mjekimi simptomatik
Nauze, të vjellura	Antiemetikë si metoklopramid, proklorperazinë, ose ondansetron
Diarea	Loperamid
Ngërçe në bark	Hyoscine Butylbromide (i.e., Buscopan)
Dhimbje koke dhe dhimbje të muskujve	Paracetamol (vini re se aspirina ose ibuprofeni duhet të shmangen nëse dyshohet për ulçerë peptike

4.5 Terapia plotësuese/alternative

Terapia plotësuese dhe alternative përfshinë mjekimet tradicionale/alternative, trajtimet bimore, akupunkturën (teknikat e lidhura) masazh, hipnoterapi, meditim, terapi muzikore, terapi spirituale dhe jogën, që gjithnjë e më shumë përdoren si terapi ndihmëse në mjediset e trajtimit.

Të dhënat e fundit tregojnë se akupunktura nuk u tregua efektive në reduktimin e dëshirës ose abstinencës.

Akupunktura është një trajtim shtesë për të mbajtur trajtimin.

4.6 Mjediset për trajtimin e abstinencës

Klientët që kërkojnë të abstinojnë nga alkooli dhe drogat tjera, përmes programeve detoksikuese këtë mund ta bëjnë në ambiente spitalore (publike ose private); si në Klinikën Psikiatrike si nivel tretësor dhe në nivelet dytësor përmes departamenteve psikiatrike të Spitaleve Regjionale.

4.7 Vlerësimi

Vlerësimi është thelbësor për planifikimin dhe zbatimin e trajtimit

Faktorët e Vlerësimit

Komunikimi

- Një shkëmbim i qartë i informacionit midis klientit dhe klinikistit, duke respektuar zgjedhjen e klientit si dhe gjykimin klinik.
- Një përshkrim i detajuar i të drejtave, përgjegjësi dhe procedurave të ankesës të klientit.
- Një shpjegim i qartë i protokoleve të konfidencialitetit të klientit, duke përfshirë shqetësimet në lidhje me dëmtimin e tyre dhe të tjerëve dhe nevojën për të kontaktuar me profesionistët të tjerë si mjekët e përgjithshëm.

Krijimi i një aleance terapeutike midis klientit dhe klinikistit

» Faktorët e rrezikut (bio-psikosocial)

- Një histori konsumimi (sasia ditore dhe shpeshtësia e përdorimit).
- Identifikimi i përdorimit të shumë drogave.
- Statusi aktual i abstinencës.

Kushtet themelore të shëndetit fizik dhe mendor

- Vlerësimi i rrezikut (përfshirë suicidin, lëndimin e vetës dhe të tjerëve).
- Synimi i klientit për abstinim.
- Përshtatja e mjediseve të shërbimit.

Planifikimi para-pranimit

Për t'i identifikuar mundësitë dhe ndërhyrjet, te rastet kur kujdesi ndaj abstinimit nuk është i çashëm menjëherë.

- Krijimi i një plani të përshtatshëm të abstinimit.
- Identifikimi i lidhjeve ekzistuese të shërbimit që mund të ofrojnë mbështetje pas abstinimit.

Identifikimi i faktorëve psikosocial që mund të paraqesin pengesa për arritjen e qëllimeve të klientit

- Dhuna në familje.
- Prindërit dhe çështjet që lidhen me mbrojtjen e fëmijëve.
- Izolimi gjeografik.
- Çështjet ligjore dhe financiare.
- Akomodimi i përshtatshëm.
- Rrjeti mbështetës (familja, miqtë etj.)

4.7.1 Ndërhyrjet para pranimit

Një ndërhyrje e shkurtër është një strategji efektive para pranimit, që ofron mbështetje shtesë për klientët që vazhdojnë përdorimin e drogës para fillimit të trajtimit.

Strategjitë e zvogëlimit të dëmit, intervistat motivuese, teknikat e vetë-kujdesit, menaxhimit të ankthit dhe relaksimit mund të merren parasysh në këtë kohë, para, gjatë dhe pas abstinencës.

Lista e pritjes, lidhja me shërbimet mbështetëse dhe përcellja e rregullt nga mjeku duhet të jetë pjesë e planifikimit para pranimit.

4.7.2 Vlerësimi i klientit në gjendje toksikuese/intoksikuese

Vlerësimi i saktë varet nga kapaciteti i klientëve për të ofruar informacion përkatës, për të kuptuar opsionet e trajtimit në dispozicion dhe për të dhënë pëlqimin me dëshirë për trajtim, Intoksikimi i klientit mund të kufizojë marrjen e informacioneve.

4.7.3 Shëndeti fizik

Vlerësimi duhet të përfshijë një ekzaminim të plotë mjekësor, për të identifikuar gjendjen fizike njëkohësisht, praninë e ndonjë sëmundje.

Përdorimi i drogave injektuese në veçanti shoqërohet me infeksione virale të transmetuara nga gjaku që reflekton me rrezik të shëndetit fizik dhe mendor.

Angazhimi në trajtimin e alkoolit dhe drogave tjera ofron një mundësi për shqyrtim, dhe nëse është e nevojshme, klientët duhet të këshillohen për hepatitin dhe infeksionin HIV.

Të gjithë klientët të cilët ekzaminohen pozitivë në hepatitin C duhet të jenë të lidhur me shërbimet e kujdes shëndetësor duke pasur parasysh se trajtimi është i disponueshëm.

Individët me sëmundje duhet të rishikohen nga një mjek për t'i sqaruar ndikimin e mundshëm të abstinencës dhe nevojën për çdo ndryshim në trajtim.

4.7.4 Shëndeti Mendor

Është thelbësore të identifikohen çështjet e shëndetit mendor gjatë abstinencës. Megjithatë, për shkak të domimit të sindromës absenenciale për shkak të varësisë nga substancat dhe çrregullimeve shoqëruese nga shëndeti mendor, mund të mos jetë gjithmonë e mundur të përcaktohet një pasqyrë e saktë.

4.8 Planifikimi i mbështetjes pas abstinencës

Pavarësisht nëse një klient synon të ndërprejë, të reduktojë apo të vazhdojë përdorimin e drogës, rritja e ndërgjegjësimit për shërbimet mbështetëse të disponueshme është një element i rëndësishëm i procesit të abstinencës.

Klientët duhet të përfshihen në planifikim dhe të ndërgjegjësohen për opsionet e tyre. Pas daljes nga spitali, klinikistët duhet të kontaktojnë dhe të lehtësojnë procesin e trajtimit të mëtejshëm përmes sistemit të referimit.

4.8.1 Planifikimi i menaxhimit të mëtejshëm të abstinencës

Për lehtësim të menaxhimit të abstinencës, ofruesit e shërbimeve duhet të:

- Planifikojnë takimet vijuese.
- Caktojnë menaxherin e rastit
- Krijojnë lidhje me ofruesit e mëtejshëm të trajtimit dhe shërbimeve (klientët duhet të mos dërgohen në shërbime pa kontaktuar më parë me ato shërbime).
- Sigurojnë informacione dhe kontaktin e ndihmës emergjente.

4.8.2 Zgjedhja e shërbimeve të përshtatshme

Zgjedhja e shërbimeve të përshtatshme pas abstinencës së klientëve varet nga një sërë faktorësh:

- Sistemi i mbështetjes (p.sh., familja, miqtë, mjeku i përgjithshëm)
- Historiku i përdorimit të shërbimit
- Rreziku i rikthimit
- Preferencat
- Lidhje ekzistuese me shërbime dhe profesionistët.

4.9 Intervenimet Psikosociale

Intervenimet psikosociale, veçanërisht intervista e shkurtë, intervista motivuese, ndërgjegjësimi për parandalim të rikthimeve (relapsesve), terapia kognitive-biheviorale dhe menaxhimi i emergjencave, kanë treguar efikasitet në reduktimin e rikthimit, dëshirës, dhe përmirësimin e rezultateve të tjera pas abstinencës (Black, 2014; Jhanjee, 2014).

Si intervenime shtesë të terapive të strukturuar hyjnë dhe trajnimet mbi shkathtësit si psh. shkathtësitë për zgjidhjen e problemeve, trajnimi mbi shkathtësit sociale dhe vokacionale, shërbimet mbështetëse sociale të bazuara në grupe.

Mbështetja në distancë mundet të realizohet edhe përmes linkeve të internetit. Poashtu përmes linjave të drejtëpërdrejta munden të ofrohen këshillime, informata mbështetëse si dhe referime nga këshilltar të kualifikuar si për klientët poashtu edhe për familjet dhe përkujdesësit e tyre.

4.9.1 Programet e Rehabilitimit

Programet e rehabilitimit janë zakonisht programe për klientët ose programe ditore herë pas herë ambulatorë.

4.9.2 Të Rinjët

Të rinjët e moshës 20-29 vjeç, kanë shumë më tepër gjasa të pinë alkool, kanabis, ekstazi ose kokainë se sa çdo grupmoshë tjetër. Shumë faktorë, çështje, trauma të pazgjidhura, si dhe mungesa relative e informatave ndikojnë që të jenë viktimë të incidenteve të lidhura me alkoolin.

4.9.3 Të Moshuarit

Ashpërsia e problemeve për përdorimin e alkoolit dhe drogave tjera mund të jetë më e madhe në mesin e të moshuarve si pasojë e vonimit të kërkimit të ndihmës, si rezultat i mohimit, turp, frikës nga stigma ose mosha.

4.9.4 Trajtimi i alkoolit dhe drogave të tjera tek shtatëzënat

Përdorimi i substancave si alkooli, duhani si dhe drogat tjera të paligjshme është i lidhur me sëmundjet gjatë shtatëzansë të femra si dhe të foshnjës së tyre. Gama e efekteve negative dhe ndërlikimeve që lidhen me keqpërdorimin, varësinë dhe abstinencën nga alkooli dhe drogat e tjera gjatë shtatëzansë është mjaft e njohur (psh. lindja e parakohshme, pesha e ulët e foshnjës si dhe çrregullime të sindromit të alkoolit të fetusit).

Opioidet, alkooli dhe nikotina në veçanti shkaktojnë rrezik për nënën dhe fetusin. Femrat shtatëzëna duhet të trajtohen me prioritet që të ju jipet ndihmë dhe kujdes nga shërbimet rehabilituese për alkool dhe droga të tjera dhe rekomandohet çasja në këshillim dhe mbështetje nga specialistët e kësaj lëmie.

V. Alkooli

Hulumtimet e fundit të AIHW 2017, mbështesin gjetjet e studimeve të realizuara, që sygjerojnë se konsumimi i alkoolit përgjithësisht është më i madh te meshkujt, te personat e moshuar, njerëzit me status të ulët ekonomik si dhe te komuniteti LGBT.

Për ofrimin e shërbimeve për abstinim të alkoolit, klinisistët duhet të marrin parasysh këto rrethana:

- Mjedisin
- Komplikimet e mundshme
- Planifikimet pas abstinimit
- Popullatën

5.1 Mjedisi për abstinim nga alkooli

Mjedisi më i përshtatshëm për një person që kërkon të abstinoj nga alkooli arrihet pas një vlerësimi nga klinikisti. Abstinimi nga alkoolit mund të ndodhë në çdo njërën nga kushtet e analizuara, të përshkruara të trajtimit si në vijim:

- Historia paraprake komplekse e abstinencës (ethet, psikoza ,delirium dhe halucinacionet).
- Njohuri të qarta të tipit përdorues të alkoolit .
- Abstinimi prej substancave të ndryshme, të drogave.
- Ambienti shtëpiak si dhe mbështetja e mundshme.
- Komorbiditeti dhe predispozita psikiatrike.
- Shenja Vitale (Tensioni arterial, pulsi , temperatura, frymarrja, dehidrimi).
- Shenjat e sëmundjeve të mëlçisë dhe sëmundjeve tjera të ndërlidhura me përdorimin e alkoolit.

Tabela: Rekomandimet

	Rekomandimet
Mjediset e Abstinimit nga Alkooli	Indikohet për klientët që mund të abstinojnë nga alkoolit me mbikëqyrje të ulët. Zakonisht përfshin një mjek që jep recetë dhe një klinikist A&D që bën vizita në shtëpi ose një klient dhe person mbështetës që paraqitet çdo ditë në klinikë. Informacioni i detajuar, duke përfshirë efektet e mjekimit, duhet t'i jepet klientit dhe individëve mbështetës. Faktorët e rrezikut që lidhen me abstinimin e klientëve ambulatorë duhet të përshkruhen qartë dhe duhet të ketë një planifikim emergjent. Është e papërshtatshme për klientët kur kanë histori paraprake të abstinencës përfshirë konvulsionet, konfuzionet ose deliri, ose kur është niveli shumë i larta i marrjes së alkoolit para abstinencës.
Abstinimi në kushte ambulantore	Indikohet për sindromën e moderuar deri në format e rënda të abstinencës nga alkooli, ku kërkohen nivele më të larta mbikëqyrjeje. Mund të ketë kapacitet për të menaxhuar abstinencën komplekse ku ofrohet mbështetja e A&D dhe kujdesi i shtuar
Abstinimi në kushte spitalore	Indikohet te rastet kur klientët janë në rrezik të lartë të abstenimit të alkoolit. Shpesh shoqërohet me abstinim të paplanifikuar të alkoolit që ndodh me klientët që paraqiten në urgjencë të spitalit ose në njësitë akute të spitalit psikiatrikë me probleme shëndetësore që ndodhin së bashku. Stafi në këto mjedise duhet të ndërmarrë ekzaminimin dhe vlerësimin për çrregullimet e përdorimit të alkoolit duke përfshirë varësinë, planin e trajtimit dhe menaxhimin e abstinencës së alkoolit nëse kërkohet.

5.2 Abstinimi nga alkooli, deliriumi

DaA referuar si delirium tremens (DTs), manifestohet me hiperaktivitet të sistemit nervor autonom, çrregullim kognitiv, vëmendjes, dezorientim, ankth, agjitim, paranojë, halucinacione dhe ndryshim të tensionit arterial.

Deliriumi ndodhë rreth 3.5 % te të gjithë personat që përjetojnë sindromin e abstinencës dhe në shumë studime vdekja ndodhë në më shumë se 5% e klientëve që përjetojnë AWS (Schuckit 2014).

Në mënyrë tipike fillon pas 1-5 ditë pas fillimit të abstinencës nga alkooli dhe parashikohen varësit fiziologjik, detoksikuesit e mëhershëm, historit me delirium tremes DTs, historit e mëparshme të përcjellura me ethe dhe kohëzgjatje nga abstenimi me alkool.

5.3 Encefalopatia e Wernikut dhe Sindromi Korsakoffit (AWS)

Encefalopatia Wernikut dhe Sindroma Korsakoffit janë sëmundje që asocojnë në varësin nga alkooli, shkaktuar nga dëmtimi i trurit si rezultat i mungesës së vitaminës B1 (Tiamin *), (Gerridzen 2018). Encefalopatia Wernikut karakterizohet me konfuzion, ataksi (jo stabilitet për të qëndruar në këmbë) dhe nystagmus.

Sindromi Korsakovit karakterizohet nga dëmtimi permanent dhe humbja e memories si dhe konfabulacioni. Hulumtimet tregojnë se vetëm në 20% të rasteve me Encefalopatia Wernikut do të përmirësohen, ndërsa te 25 % e klientëve nuk ka përmirësim të funksioneve kognitive dhe kërkohet një trajtim afatgjatë.

5.4 Vlerësimi i abstinimit nga alkooli

Klinicistët duhet të familjarizohen me principet e përgjithshme të vlerësimit. Një vlerësim i plotë i klientëve të varur nga alkooli është element kritik në përcaktimin e kujdesit gjatë abstinimit. Megjithatë, vlerësimi varet nga kapaciteti i klientëve për të ofruar të dhënat relevante.

Përdorimi i alkoolit së fundi veçanarisht intoksikimi akute mund t'i kufizon informacionet dhe ne disa raste, vlerësimi mund të mirret gjatë mbajtjes së seancave.

5.5 Mjetet e vlerësimit të abstinencës së alkoolit

Ekzaminimi i përdoruesve të alkoolit në mjediset e përgjithshme është një mënyrë ideale dhe një praktikë rutinë që mund t'i paralajmëroj mjekët për çrregullimet që ndërlidhen me përdorimin e alkoolit.

5.6 Mbështetja psikologjike e abstinencës nga alkooli

Menaxhimi mjekësor i abstinencës akute të alkoolit përfshin menaxhimin e simptomave të abstinimit: si dridhje, vjellje, dhimbje koke, djersitje dhe ankth me doza të titruara të benzodiazepinave. Benzodiazepinat jo vetëm që ndihmojnë në pakësimin e simptomave të abstinencës, por gjithashtu parandalojnë konvulsionet.

Benzodiazepinat me veprim të gjatë si diazepami (Valium®) preferohen për menaxhimin e të gjitha formave të simptomave të lidhura me abstinim të alkoolit, me kusht që funksioni i mëlçisë të jetë normal (Hoffman & Weinhouse, 2017).

Për klientët më të vjetër dhe ata me funksion të dëmtuar të mëlçisë, benzodiazepinat me veprim të shkurtër si oksazepam dhe lorazepam* preferohen për të parandaluar akumulimin e metabolitëve aktiv.

Ofruesit e shërbimeve duhet të kenë parasysh se trajtimi i abstinencës me benzodiazepinë mbart rreziqe të rritjes së toksicitetit, veçanërisht kur një klienti i jepet një dozë gjatë intoksikimit. Nëse një klient është i intoksikuar nga alkooli ose ndonjë drogë tjetër, dozat e benzodiazepinës duhet të reduktohen ose të ndërpriten.

Benzodiazepinat nuk duhet të administrohen derisa të konfirmohet diagnoza e abstinencës së alkoolit, BAC bie (idealisht më pak se 0.1 g/100 ml), të janë vlerësuar sëmundjet shoqëruese dhe rishikim i medikamenteve të njëkohshme si kombinime tjera.

Abstinencia në mjedise spitalore dhe rezidencial zakonisht është vendosja më e mirë për administrimin e diazepamit bazuar në rezultatet e CIWA-A, (të kryera çdo 1-4 orë). Regjimet e dozimit mund të ndryshojnë në mjedise, varësisht nga niveli i mbështetjes në dispozicion, kohëzgjatjes së pranimin dhe preferencës klinike.

Dozat mund të ndryshohen dhe mund të merren parasysh medikamentet alternative kur ka çrregullime të rëndësishme shoqëruese mjekësore ose të tjera. Kohëzgjatja e trajtimit të abstinencës akute të alkoolit me benzodiazepina varet nga progresi klinik, por zakonisht përfundon brenda 5-7 ditëve.

Niveli i Varësisë/Mjediset e Abstinencës	Shembull - Dozat e Diazepamit
Abstinencia nga varësia e lehtë në kushte ambulantore	Dita 1: 5-10 mg QID Dita 2: 5-10 mg QID Dita 3: 5-10 mg TDS Dita 4: 10 mg BD Dita 5: 5 mg BD
Abstinencia nga varësia e moderuar në mjedise spitalore	5-20 mg 2-4 orë sipas nevojës nëse CIWA-Ar rezultati > 10 për 3-4 ditë
Abstinencia nga varësia e lartë në kushte spitalore	Doza ngarkuese prej 10-20 mg çdo 2-4 orë derisa të arrihet qetësimi i lehtë i ndjekur nga terapia me CIWA Ar ose me dozë fikse për 3-4 ditë

5.6.1 Tiamina* dhe suplementet tjera

Zingu, Magnezi dhe Multivitaminat ndihmojnë kontraksionet e muskujve ndërsa vitaminat B1,B2,B6 dhe nikotinamidet përdoren në 5-6 ditët e para të fazës akute të trajtimit.

Mungesa e Vitamine B1, përdoret tek rastet kronike të përdorimit të alkoolit sidomos tek ata me probleme neurologjike. Të gjithë personat që kanë varësi nga alkooli duhet përdorur 300 mg në ditë, me rrugë orale apo intramuskulare. Shembulli tabela në vijim:

Prezantimi për abstinencën e alkoolit	Doza e Tiaminës *
Klientët e varur nga alkooli (por që ushqehet normal) pa shenja klinike të WKS (Wernicke-Korsakoff syndrome)	200-300 mg IM në doza të ndara në ditë për 3 ditë 100 mg oral ose IM çdo ditë pas ditës së 5-të
Klient i varur nga alkooli me faktorë rrezik për mungesë të tiaminës	300 mg IV ose IM për 3-5 ditë 300 mg oral në ditë që andej e tutje
Dyshuar në WKS	Të paktën 500 mg (deri në 900 mg) në ditë IV Ose IM për 3-5 ditë ose deri sa simptomet të zvogëloheni 300 mg oral që andej e tutje

Shënim : Dozat fillestare të tiaminës duhet të jepen përpara marrjes së karbohidrateve (p.sh. Infuzionet e dektrozës).

5.7 Farmakoterapitë që përdoret tek çrregullimi i përdorimit të alkoolit

Farmakoterapia për trajtim afatgjatë të alkoolit përfshinë një plan afatgjatë, përfshirë edhe mbështetjen sociale. Farmakoterapia nuk duhet ndërprerë menjëherë nëse kemi relaps te përdoruesit.

Medikamentet që përdoren te përdoruesit e alkoolit janë Acamprosate* (Campral) dhe Naltrexone* (Revia).

Këto dy medikamente mund të përdoren edhe te klientët spitalor dhe tek ata të cilët trajtohen jashtë ambientit spitalor, pëshkruhen për të penguar relapset në varësi nga alkooli. Të dhënat për përdorimin e këtyre dy preparateve janë të limituara. Nuk ka evidencë të saktë për suksesin terapeutik.

5.8 Acamprosate

Acamprosati vepron në rrugët glutamatergike të trurit. Provat e kontrolluara/randomizuar me placebo tregojnë benefitet e përdorimit të acamprosatis në reduktimin e dëshirës për alkool, reduktimin e rikthimit të pirjes si dhe përqindjen e ditëve pa alkool.

Një rishikim i kohëve të fundit i përdorimit të tij arriti në përfundimin se ai është një ndihmës efektiv i ndërhyrjeve psikosociale që ofrojnë përmirësime modeste, por potencialisht të vlefshme në rezultatet e konsumimit të alkoolit, dhe përgjithësisht tolerohet mirë (Plosker, 2015). Përparësi e këtij preparati është se mund të përdoret tek klientët të cilët ende janë në fazën toksikuese.

5.8.1 Doza dhe terapia

Rekomandohet që fillimi i terapisë me Acamprosate të bëhet pas 5-6 ditë pas ndërprerjes së pirjes së fundit. Por mund të fillohet në mënyrë graduale edhe gjatë abstinimit në fazën intoksikuese.

Doza fillestare, fillohet me 333 mg, dy herë në ditë. Tre herë në ditë tek ata me peshë mbi 60 kg. Përdoret me ushqim me qëllim adherimi. Vazhdimi terapisë pas abstinimit varet nga individit dhe qëllimi tij në trajtim.

5.8.2 Efektet anësore dhe kundërindikacionet

Zakonisht mirë tolerohet dhe ka efekte të lehta anësore. Efektet që mund të paraqiten janë diarea, nausea dhe skuqje trupore.

5.8.3 Intereaksionet

Ka të dhëna vetem teorike me tetraciklinën por jo të vërtetuara në praktikë. Nuk ka intereaksione me alkool. Është i sigurt edhe për personat të cilët kanë problem me mëlçinë. Nuk ka të dhëna për përdorim tek shtatzënat.

5.9 Naltrexone

Është antagonist i receptorëve opioid. Naltrexoni* e zgjatë kohëzgjatjen e abstinimit dhe redukton sasin e konsumit në relapse. (Donogue 2015). Doza e zakonshme e naltreksonit është 50 mg (1 tabletë) në ditë, duke filluar 4-7 ditë pas pirjes së fundit, shpesh duke filluar me gjysmë tablete (25 mg) në ditë në 3-5 ditët e para për të minimizuar efektet anësore.

Është i sigurt përdorimi edhe tek ata të cilët janë të intoksikuar.

5.9.1 Efektet anësore dhe kundërindikacionet

Zakonsht tolerohet mirë. Efektet që mund të paraqiten janë: lodhja, kokëdhimbja dhe nausea. Kontraindikohet tek hepatiti akut, te problemet me mëlçi si dhe tek shtatzënat gjatë gjdhënjes.

5.9.2 Intereaksionet

Si një antagonist potent opioid nuk duhet përdorur si terapi substitutive. Përdorimi mund të bëhet 7 ditë pas ndërprerjes së opioideve. Ndërsa nuk ka të dhëna për intereaksionet me antidepressiv dhe anksiolitik .

5.10 Disulfiram (Antabus)*

Nuk ndikon direkt në simptomet e abstinencës apo në redukimin e tyre. Mos konsumimi i alkoolit për dy javë dhe marrja e disulfiramit* ndikon në akumulimin e acetylaldehidit në gjak. Shkakton efekte të padëshirueshme si: djersitje, kokëdhimbje, dispne, palpitacione, nauze dhe vjellje. Duke i marrë parasysh këto fakte përdorimi duhet të jetë i kontrolluar .

Efektiviteti i Disulfiramit *në Australi mbetet i limituar për shkak të efekteve të përshkruara më lartë, për këtë arsye ky preparat nuk konsiderohet si përdorues i linjës së parë (Crowley 2015) . Megjithatë nëse fillohet me përdorim kjo duhet të bëhet 3-7 ditë pas intoksikimit me 100 mg në ditë nëse tolerohet mirë në dozë 300 mg .

5.11 Baklofen

Antispastic GABA receptor, medikament i rëndësishëm për menaxhimin e abstinencës. Redukon simptomet e dëshirës dhe menaxhon ankthin. Baklofeni është vërtetuar se ka efekte gati të ngjajshme me Diazepamin në redukimin e simptomëve të abstinencës si vlerësim i CIWA (Addolorato 2006).

Baklofeni është dukshëm më tolerant për trajtim me varësi në alkool se sa Naltreksoni, tek rastet me dëmtime të mëlçisë (Addolorato 2007). Baclofeni kërkon titrim të kujdesshëm të dozës gjatë javëve, duke filluar me 5 mg tri herë në ditë, megjithatë doza optimale ende nuk është përcaktuar. **Doza mbi 60 mg duhet shiquar nga ekspertet.**

5.11.1 Efektet anësore dhe kundërrindikacionet

Baclofeni duhet të përdoret me kujdes në klientët me dëmtim të veshkave. Është shumë toksik në mbidozë dhe si i tillë është i papërshtatshëm të përdoret për personat që kanë histori të tentativave për suicidit në të kaluarën ose të cilët nuk mund të marrin dozat e përshkruara (psikozat ose tek ata me dëmtime kognitive).

Efektet e padëshiruara përfshijnë dëmtimin e aftësisë për të drejtuar makinën ose për të përdorur makineri, të cilat përforcohen me përdorimin e alkoolit. Mund të shfaqen nauze, shqetësime vizuale dhe simptoma urinare dhe ndërprerja e papritur e baklofenit mund të shkaktojë konvulsione ose konfuzion.

5.12 Topiramate*

Studimet për topiramate kanë treguar efekte terapeutike premtuese për trajtimin e çrregullimit të përdorimit të alkoolit (Crowley, 2015). Topiramati* është një medikament antiepileptik me veti neuroprotektive duke reduktuar dhe normalizuar aktivitetin e dopaminës dhe duke reduktuar dëshirën dhe abstenimin nga alkooli . Për shkak të vetive të tij stabilizuese të disponimit mund të jetë i përshtatshëm tek individët me çrregullime.

Doza për rastet me çrregullim aftgjate të alkoolit fillohet me doza minimale 25 mg maximum deri në 150 mg dy herë në ditë dhe mund të fillohet para fillimit të ndërprerjes së alkoolit. Në Australi nuk është licensuar për përdorim.

5.13 Efektet anësore dhe kundërindikacionet

Topiramati* duhet të përdoret me kujdes te klientët me dëmtim të mëlçisë. Efektet anësore janë përgjithësisht të lehta deri në mesatare, por përfshijnë marramendje, ngadalësim psikomotor, dëmtim të kujtesës ose përqendrimin dhe humbje peshe (Johnson & Ait Daoud, 2010).

5.14 Planifikimi pas abstinencës

Trajtimi i abstinencës nuk është kurrë një zgjidhje e pavarur, mbështetja pas abstinencës është një komponent thelbësor i vazhdimin të trajtimit për klientët e varur nga alkooli. Planifikimi përfshinë farmakoterapinë (Acamprosate dhe Naltrexone*), strategjitë preventive kundër relapseve në përcjellje të individit për relaps dhe kontrolle të pirjes.

Plani pas abstinimit përfshinë :

- Fazën e përcjelljes dhe kujdesit të abstinimit
- Mbështetje në qëllimin e individit, që përfshin akomodimin, mbrojtje të fëmijëve, aktit të dhunës dhe mbështetje ligjore.
- Mbështetja e individit në qasje të shërbimeve për mbrojtje dhe mbështetje nga jashtë .
- Përfshirjen e familjes në kujdes gjatë abstinimit si vlerësim për të ndihmuar në plan pas abstinimit.

5.15 Popullatat e veçanta

5.15.1 Abstenenca gjatë shtatëzanisë

Alkooli është teratogjen kështu që nuk lejohet përdorimi gjatë shtatëzanisë. Femrat shtatëzane duhet nënshtruar abstinimit në vendbanim nën përcjellje të specialistit. Për shtatëzana përdorimi i benzodiazepineve për abstinim duhet dhënë në mënyrë speciale .

Kujdes i barabartë duhet t'u kushtohet shëndetit dhe nevojave të nënës dhe fetusit gjatë detoksikimit, dhe tretmani duhet të rregullohet në përputhje të shëndetit dhe nevojave të tyre po ashtu. Përdorimi i benzodiazepineve në femra shtatëzëna për abstinim nga alkooli mund të jetë kompleks, dhe rekomandohen këshilla të specialistëve dhe gjinekologut.

5.15.2 Abstinenca e Fetusit

Një fetus që është i ekspozuar konsumit të rregullt të alkoolit nga nëna gjatë kohës që është në mitër (intrauterin) duhet të monitorohet nga afër për simptomat e abstinencës në lindje, si dhe për abnormalitete të mundshme fizike/neurologjike (d.m.th., FAS). Duhet të kërkohet këshilla dhe kujdes nga specialistët (p.sh. nga mjekët obstetër).

5.15.3 Klientët me çrregullime të përbashkëta

Te klientët tek të cilët shfaqet një gjendje psikiatrike gjatë abstinimit të alkoolit duhet të marrin kujdesin që adreson nevojat e tyre specifike.

Konkretisht, ata duhet të jenë të :

- Lidhur me shërbimet e duhura të shëndetit mendor
- Inkurajuar të vazhdojë të kërkojnë mbështetje për shëndetin mendor përtej kujdesit për abstinim.
- Monitorohet për simptoma, të tilla si agjitim gjatë abstinencës, dhe të menaxhohen siç duhet.

5.15.4 Familja/të tjerat

Duhet t'i kushtohet vëmendje nevojave të familjes dhe të tjerëve në kontakt me një person të varur nga alkooli gjatë abstinimit ose reduktimit ambulantor. Aty ku është e përshtatshme, informacioni duhet t'i jepet familjes dhe të tjerëve të rëndësishëm në lidhje me procesin e abstinimit të alkoolit.

5.15.5 Të rinjtë

Të rinjtë që paraqiten në shërbimet e A&D-së duhet të lidhen me shërbime specifike për të rinjtë, aty ku janë të disponueshme. Është e rëndësishme të keni parasysh ndryshimet e mundshme kur filloni kujdesin për abstinim. Kontakti i vazhdueshëm dhe mbështetja shtesë nga punonjësit specifik gjatë kujdesit për abstinencë mund të nxisin përvoja më pozitive për të rinjtë.

VI. Nikotina

NDSHS 2016 (AIHW, 2017b) tregoi se pavarësisht një tendence të rënies së pirjes së duhanit në vitet e fundit, sipas hulumtimit u vrejtë se duhanpirja e përditshme ra (nga 12.8% në 12.2%) një reduktim modest.

Në ofrimin e shërbimeve të abstinencës së nikotinës për klientët, mjekët duhet të kenë parasysh:

- Mjedisin
- Sindromën e abstinencës dhe komplikimet e mundshme
- Vlerësimin
- Planifikimin e kujdesit për abstinencën
- Kujdesin për abstinencës
- Planifikimin pas abstinencës
- Popullatat e veçanta

6.1 Mjediset e abstinencës së nikotinës

Varësia nga nikotina zakonisht trajtohet së bashku me trajtimin e medikamenteve tjera si në mjediset e abstinencës rezidenciale ashtu edhe në mjedisin ambulantor.

Duke pasur parasysh shkallët e larta të komorbiditetit, varësinë nga nikotina dhe çrregullimet të tjera të përdorimit të substancave, abstinenca e njëkohshme krijon një mundësi për klientët që të adresojnë varësinë e tyre nga nikotina, një klient mund të zgjedhë të abstinojë vetëm nga nikotina si në mjediset rezidenciale ashtu edhe në ato ambulatore.

6.1.1 Kujdesi gjatë abstinencës të nikotinës

Nikotina dihet se ndërvepron dhe ndikon në veprimin dhe metabolizmin e disa medikamenteve. Ndryshimet në metabolizëm, veçanërisht të lidhura me përdorimin e medikamenteve antipsikotike si klopazina dhe olanzapina, mund të ndodhin pas ndërprerjes së pirjes së duhanit ose TZN (Lucas & Martin, 2013; Harris, Zoep, & Friedman, 2016).

Klientët që abstinojnë nga nikotina duhet të informohen për aftësinë e trupit për të metabolizuar dhe thithur më lehtë kafeinën (d.m.th., kafe, çokolatë, çaj dhe pije joalkoolike).

Rritja e niveleve të kafeinës mund të çojë në rritje të shqetësimit dhe çrregullimeve të gjumit. Klinikistët gjithashtu duhet të monitorojnë klientët për shenja të depresionit dhe ankthit.

6.1.2 Terapia e zëvendësimit të nikotinës (TZN)

TZN jep një dozë nikotinë, pa u ekspozuar ndaj përbërësve të tjerë të dëmshëm të tymit të duhanit. Aty ku kërkohet, TZN mund të përdoret për të minimizuar simptomat e abstinencës së nikotinës, duke rritur kështu gjasat për ndërhyrje të suksesshme.

Terapia e zëvendësimit të nikotinës nuk duhet të fillojë pa një vlerësim klinik:

- Preferencën e klientit.
- Simptomën e mëparshme të abstinencës.
- Mundësitë e kundërindikacioneve të TZN.
- Konsiderimin e efekteve anësore të mundshme negative.
- Udhëzimet e dozimit të TZN përshkrimet në formë të tabletave.

Klinicistët që menaxhojnë klientët në TZN duhet të:

- Rishikojnë rregullisht abstinencën e klientit për të përshtatur dozën TZN.
- Theksojnë nevojën për abstinim të plotë nga nikotina.
- Adresojnë dëshirat, nxitësit dhe stresin përmes ndërhyrjes psikosociale.

6.1.3 Mbështetja psikosociale gjatë abstinencës nga nikotina

Intervenimet psikosociale plotësojnë menaxhimin mjekësor të simptomave të abstinencës nga nikotina dhe duhet të jenë të disponueshme në të gjitha vendet dhe shërbimet e abstinencës.

Intervenimet psikosociale duhet të shqyrtojnë:

- Qëllimet e klientit përfshirë çdo ndryshim të tij.
- Identifikimin e pengesave për arritjen e qëllimit të individit gjatë kujdesit pas abstinencës.
- Intervenimet e duhura dhe shërbimet mbështetëse.
- Besimin e individit për kujdesin gjatë abstinencës.

6.1.4 Femrat shtatëzane

TZN (Terapia Zëvendësuese e Nikotinës) është e rekomanduar për femrat shtatëzëna të cilat kanë vështirësi, që t'a ndërprejnë konsumimin e duhanit. TZN është më e sigurtë sesa duhanpirja, dhe klinicistët duhet t'ua ofrojnë këtë shërbim të gjitha femrave shtatëzëna duhanpirëse. Nëse TZN përdoret në shtatëzani, duhet t'i kushtohet vëmendje për të siguruar përdorimin e dozave adekuate, pasi që ka një rritje të metabolizmit të nikotinës gjatë shtatëzanisë. Edhe pse nikotina

është demonstruar që të jetë e dëmshme për fetusët e kafshëve, studimet në njerëz nuk kanë rezultuar në ndonjë efekt në shëndetin e fetusit apo nënave.

6.2 Bupropioni

Bupropion (Zyban®) është një frenues selektiv i rimarrjes së dopaminës dhe noradrenalinës që është përdorur tradicionalisht si një antidepressant, por ka treguar efikasitet në reduktimin e dëshirës dhe simptomave të abstinencës së nikotinës. Ka një efikasitet të krahasueshëm me monoterapi TZN (Hughes et al, 2014). Ofrohet më mirë kur TZN ose medikamente të tjera nuk mund të përshkruhen ose kanë qenë jo efektive. (Aubin et al, 2014; Douaihy et al, 2013; Kranzler et al, 2014; Stapleton et al, 2013).

Bupropion nuk rekomandohet për klientët me histori të:

- Krizave (krizat e abstinencës, epilepsi, ose ndonjë lëndim, çrregullim ose medikamente që rrisin rrezikun e krizave, p.sh., trauma në kokë ose çrregullime neurologjike qendrore)
- Çrregullimit bipolarë (çrregullime afektive)
- Çrregullime të të ngrënit (bulimia dhe anoreksia)

Shënim: atyre me sëmundje renale ose hepatike duhet t'u jepet një dozë e reduktuar.

Duhet të shmanget gjithashtu nga :

- Shtatëzënat
- Ushqyerja me gji (Bupropion ekskretohet në qumështin e gjirit).

Doza dhe Kohëzgjatja	Efektet Anësore	Komentet
Më pas 50 mg për 3 ditë 150 mg dy herë në ditë (një në mëngjes dhe një herë në mbrëmje), për 7-12 javë	Dhimbje koke, tharja e gojës, çrregullimi i gjumit (pagjumësi, ankthe), konvulsione, nauze, marramendje, konstipacion, ankth.	Filloni dozimin 7 ditë para ditës së lënies. Kursi i trajtimit është zakonisht 9 javë. Duhet të ketë një interval prej të paktën 8 orë ndërmjet dozës

Shënim: Reduktimi i dozës duhet të merret parasysh nëse bashkë administrohet me antidepressivë triciklikë, mirtazapine ose antipsikotikë, pasi bupropion mund të rrisë nivelet plazmatike të këtyre medikamenteve.

VII. Kanabisi

Kanabisi është droga ilegale për përdorim në vendin tonë. Kanabisi mund të pihet vetëm ose me duhan ose mund të mirret me tretje të lëngshme.

Në ofrimin e shërbimeve të abstinencës së kanabisit për klientët, mjekët duhet të kenë parasysh:

- Mjedisin
- Sindromën e abstinencës dhe komplikimet e mundshme
- Vlerësimin
- Planifikimin e kujdesit për abstinencë
- Planifikimin pas abstinencës
- Grupet me nevoja të veçanta

7.1 Sindroma e abstinencës së kanabisit

Ndërprerja e papritur e përdorimit të rregullt të kanabisit shoqërohet me një sindromë abstinenciale të karakterizuar nga agjitimi dhe ankthi i theksuar, nervozizëm, depresion, pagjumësi, probleme të tjera të gjumit, ulje të oreksit, dridhje, djersitje, ethe dhe dhimbje koke (Allsop et al. 2015).

Këto simptoma janë të ekzagjeruar te klientët, ku përdorimi i kanabisit është një komponent i përdorimit të substancave të ndryshme. Simptomat zakonisht fillojnë 24 orë pas ndërprerjes, reduktime të ndjeshme arrijnë kulmin 2-3 ditë pas ndërprerjes dhe largohen plotësisht për një javë (pak në shumë se një javë) .

Efektet negative të intoksikimit me kanabis mund të përfshijnë ankthin, depresionin, paranojën, çrregullim të oreksit dhe qetësimin.

Kanabisi konsiderohet psikogjen dhe, tek individët e pambrojtur, shoqërohet me përkeqësime ose paraqitje të reja të psikozës gjatë dehjes dhe herë pas here në gjendje të abstinencës së kanabisit. Nëse vërehen shenja të psikozës, klientët duhet trajtuar në shërbimet psikiatrike.

7.2 Mjediset e abstinencës së kanabisit

Mjedisi më i përshtatshme për një individ që kërkon abstinencën nga kanabisi arrihet përmes vlerësimit të plotë klinik. Sindroma e abstinencës së kanabisit nuk është kërcënuese për jetën dhe zakonisht simptomat e abstinencës janë të lehta. Abstenenca zakonisht mund të menaxhohet në një mjedis komuniteti ambulator (në shtëpi). Nëse parashikohen simptoma më të rënda të

abstinencës (p.sh., klientët me çrregullime të shëndetit mendor) pranimi në një mjedis të abstinencës rezidenciale mund të garantohet.

Vendosja më e përshtatshme duhet të përcaktohet nëpërmjet një vlerësimi të plotë klinik.

7.3 Mjediset e trajtimit të abstinencës nga kanaboidet

Një vlerësim i plotë i klientëve të varur nga kanabisi është me rëndësi në përcaktimin e kujdesit më të përshtatshëm të abstinencës. Mund të jetë e vështirë të vlerësohen klientët e dehur por duhet bërë përpjekje për të gjetur mënyrën sa më të përshtatshme.

Një vlerësim i kanabisit duhet të jetë për përdorimin e gjithë substancave duke përfshirë:

- Mjedisin
- Sasinë, formën, shpeshtësinë e përdorimit të kanabisit dhe mënyrat e administrimit
- Përdorimi dhe varësia e shumë drogave
- Çështjet e shëndetit fizik
- Çështjet e shëndetit mendor, duke përfshirë simptomat e depresionit dhe psikozës
- Shtatzëninë
- Karakteristikat e çdo simptome të abstinencës së përjetuar më parë.

Vlerësimi i këtyre fushave do të kontribuojnë në planin e duhur të kujdesit për abstinencë.

7.3.1 Trajtimet në zhvillim

Një sërë medikamentesh janë aktualisht në provë për përdorim në varësinë dhe abstinencës nga kanaboidet, duke përfshirë agonistët kanabinoidë (Trigo et al, 2016; Allsop et al, 2015), stabilizuesit e disponimit (Johnston et al, 2014) dhe medikamente të tjera farmakologjike (Marshall et al. , 2014).

Simptomet	Medikamentet Simptomatike
Ankth, nervozizëm dhe çrregullime në gjumë	Benzodiazepinat, të tilla si diazepam, deri në 7 ditë (në zvogëlimin e dozës së tyre- përgjumje)
Dhimbje fizike dhe dhimbje koke	Paracetamol Medikamentet anti-inflamatore jo-steroidike si ibuprofeni
Nauze	Hyoscine për ngërçet e barkut Prometazinë ose metoklopramid

7.3.2 Mbështetja psikosociale gjatë abstinimit nga kanaboidet

Intervenimet psikosociale plotësojnë menaxhimin mjekësor të simptomave të abstinencës nga kanabisi dhe duhet të jenë të disponueshme në të gjitha vendet ku ofrohen shërbimet e abstinencës.

Parimet gjithëpërfshirëse të kujdesit mbështetës janë thelbësore për ofrimin e modelit të kujdesit gjatë abstinencës. Intervenimet psikosociale duhet të shqyrtojnë:

- Qëllimet e klientit përfshirë çdo ndryshim të qëllimeve gjatë gjithë kohës.
- Identifikimin e pengesave për arritjen e qëllimit të individit gjatë kujdesit pas abstinencës.
- Intervenimet e duhura dhe shërbimet mbështetëse
- Besimin e individit për kujdesin gjatë abstinencës

Kanabisi, ka dëshmi të limituara të efekteve negative të konsumimit të kanabisit në femra shtatëzëna apo fetus. Kur ekziston përdorim i shumë llojeve të drogave, konsultimi me një klinikist të kësaj lëmie është i domosdoshëm.

Konsumimi si dhe abstinenca nga konsumimi i kanabisit mund të karakterizohet nga hiperemeza, e cila mund të jetë një shqetësim i veçantë gjatë shtatëzanisë. Reduktimi apo ndalja e plotë e konsumimit të kanabisit duhet të inkurajohet te femrat shtatëzëna, dhe përdorimi i medikamenteve mbështetëse duhet të jetë minimal.

VIII. Opioidet

Termi "opioidë" i referohet përmbajtjes, sintetike me bazë bimore, me aktivitet të ngjashëm me opiumin ose morfinën. Në këtë udhërrëfyes termi "opiate" përdoret vetëm për drogat që rrjedhin drejtpërdrejt nga opiumi (p.sh., morfina, kodeina dhe heroina).

Qëllimi kryesor i abstinencës nga opioidet është që të ndihmojë klientin gjatë gjithë procesit të abstinencës, distresit të abstinimit për të reduktuar rrezikun e mbidozës gjatë abstinimit, (duke u ofruar klientëve informacionin e nevojshëm) lidhur me komplikimet që lidhen me sëmundje shoqëruese fizike dhe psikike.

Menaxhimi i abstinencës duhet përfshirë medikamentet për trajtim (Metadonin dhe Buprenorfinën) për trajtim të suksesshëm.

Rreziku i mbidozës me opioideve duhet të konsiderohet si pjesë e planifikimit të kujdesshëm për abstinencën.

Sigurimi i naloksonit duhet të ofrohet si pjesë e planifikimit për menaxhimin e sindromës abstinenciale të opioideve.

Në ofrimin e shërbimeve të abstinencës së opioideve për klientët, mjekët duhet të kenë parasysh:

- Mjedisin.
- Sindromën e abstinencës dhe komplikimet e mundshme.
- Vlerësuesit.
- Planifikimin e kujdesit për abstinencë.
- Kujdesin për abstinencë.
- Planifikimin pas abstinencës.
- Grupet me nevoja të veçanta.

Llojet e Medikamenteve

Doza të përafërta ekuivalente të analgjezikëve opioidë me 10 mg të morfinës orale		
Oral		
Morphine	mg/ditë	10
Oxycodone	mg/ditë	15
Hydromorphone	mg/ditë	50
Codeine	mg/ditë	1.3
Methadone	mg/ditë	47
Tramadol	mg/ditë	2
Sublingual		
Buprenorphine	mg/ditë	375
Transdermal		
Fentanyl	mcg/orë	30
Buprenorphine	mcg/orë	25

8.1 Indikacionet objektive të intoksikimit me opioide

Gjatë vlerësimit të abstinencës, stafi klinik duhet të jetë vigjilent ndaj shenjave të intoksikimit të klientit.

Shenjat objektive të intoksikimit me opioide përfshijnë: bebëzat e ngushtuara, plogështim, shtypje e ulët të gjakut, pulsi i ngadalësuar, depresion i frymëmarrjes dhe të folurit e paqartë.

Kur klienti është i prekur të gjitha shërbimet duhet

- Sa më shpejtë të jetë e mundur, identifikoni llojin, dozën dhe kohën më të fundit të marjes së medikamentit (për të informuar ndërhyrjen mjekësore në rast mbidozimi).
- Zbatoni vëzhgime të rregullta klinike të klientit në intervale të shpeshta në fillim, më pas duke u zvogëluar me kalimin e kohës, pasi evidentimi i intoksikimit ulet.
- Rishikoni vlerësimin kur të ketë kaluar intoksikimi akut.

8.2 Planifikimi i kujdesit për abstinencën

Një vlerësim i plotë i klientëve të varur është me rëndësi në përcaktimin e kujdesit më të përshtatshëm të abstinencës.

Kujdesi gjatë abstinencës duhet të administrohet me kujdes, plani i kujdesit për abstinencën krijohet në bashkëpunim me klientin. Planet duhet të marrin parasysh faktorët e mëposhtëm:

- Ashpërsinë e mundshme të abstinencës.
- Historinë e mëparshme të abstinencës, kompleksitetin.
- Rreziqet që lidhen me përdorimin e substancave, të tilla si historia e mbidozës.
- Motivimin e klientit për kujdesin e abstinencës (nëse abstinencia është planifikuar).
- Qëllimet e klientit gjatë kujdesit të abstinencës, p.sh. abstenimi, mirëmbajtja, reduktimi ose zëvendësimi.
- Barrierat e mundshme që mund të ndikojnë në arritjen e qëllimeve të abstinencës së klientit.
- Mbështetjen e disponueshme për të rritur gjasat e suksesit.
- Një plan pas abstinencës, duke përfshirë parandalimin e rikthimit dhe lidhjet me rrjetet e jashtme mbështetëse.
- Një plan pas abstinencës që adreson rrezikun e mbidozës dhe sigurimin e naloksonit aty ku është e përshtatshme.
- Përfshirjen e familjes dhe të tjerëve të rëndësishëm aty ku është e përshtatshme.

Një plan trajtimi duhet:

- Tregoni ndjeshmëri dhe ndërgjegjësim për kulturën, përkatësinë etnike të klientit, përkatësisë fetare, gjinisë (LGBT).
- Specifikoni ndarjen e autorizuar të informacionit.
- Përshkruani ndërhyrjet specifike që janë planifikuar.
- Përshkruani se si plani i kujdesit do të rishikohet me kalimin e kohës.

8.3 Llojet e medikamenteve

- Analgjetikët opioid me veprim afatgjatë (Oksitocin dhe Morfin), janë të asocuar me fillim të ngadalshëm tek abstinimet.
- Analgjetikët opioid duhet të jenë oral. Specialisti duhet përshkruar agonist opioid për çdo individ të varur nga opioidet.
- Kujdes i veçant duhet kushtuar përshkrimit të transferit të opioideve me agonist të opioideve (Metadon ose Buprenorfin).
- Kalimi në buprenorfin mund të jetë i rrezikshëm kur ende ka opioide në qarkullim të gjakut.
- Konsultimi me specialist të varësisë është i domosdoshëm gjatë trajtimit në residencë.

8.4 Sëmundjet shoqëruese

Për individët me histori të sëmundjeve jo malinje kërkohet një vlerësim dhe plan trajtimi për përshkrimin e llojit të opioideve agonist për menaxhimin e dhimbjeve.

Disa abstenenca me opioide mund të menaxhohen në ambiente jashtëspitalore kur individi ka mbështetje sociale në shtëpi dhe kur nuk ka ndonjë sëmundje tjetër shoqëruese që mund të shkaktojnë komplikime të mundshme.

8.5 Sindromi abstinimit nga opioidet

Sindromi i abstinimit (SA) përmes rehidrimit me elektrolitë (Schuckit, 2016). Megjithatë rreziku për relaps pas abstinimit është shumë i lartë, duke marrë parasysh uljen e tolerancës psikologjike pas abstinimit, prandaj mundësia për mbidozim është e lartë.

Rreziku duhet menaxhuar nga një plan menaxhues për abstenim nga opioidet me farmakoterapi. Komplikimet në rradhë të parë varen nga lloji i abstinimit të opioidit, rruga e administrit si dhe sëmundjet tjera fizike dhe mendore.

8.6 Dozimi i Buprenorfinës

Në mënyrë ideale, 12-18 orë duhet të kalojnë minimum ndërmjet dozës së fundit të opioidit me veprim të shkurtër dhe administrimit të dozës së parë të buprenorfinës, kjo e fundit duhet të ndodhë kur klienti fillon të shfaqë shenja të abstinencës nga opioidit.

Kur buprenorfina, përdoret për të menaxhuar simptomat e abstinencës së opioideve me veprim të gjatë, si metadoni, duhet të kalojnë 24-48 orë ndërmjet përdorimit të fundit dhe dozës së parë të buprenorfinës.

Këta klientë gjatë transferimit të "metadonit në buprenorfinë" janë në rrezik.

Abstinenca e precipituar nga buprenorfina dhe mbështetja e specializuar rekomandohet për përshkruesit që menaxhojnë këto regjime.

Tabela më poshtë përshkruan një shembull të regjimit të dozimit të rekomanduar për mjediset e abstinencës rezidenciale.

Dozimi duhet të jetë mjaft fleksibël, për të trajtuar në mënyrë adekuate ashpërsinë e simptomave të abstinencës dhe mund të zvogëlohet duke reduktuar një dozë fillestare prej 4-8 mg me 10-20% çdo 1-2 ditë sipas nevojës.

Studimet kanë treguar se dozat e larta të buprenorfinës (> 16 mg në ditë) nuk rezultojnë në përmirësim të madh krahasuar me të ulëta.

Ditët	Regjimi i tabletave Buprenorphine S/L	Rekomandohet Doza totale ditore
Dita e Parë	4 mg në fillimin e abstinencës Nëse është e nevojshme, dozë shtesë e mundshme 2 deri në 4 mg në mbrëmje	4mg (maksimumi 8 mg)
Dita e Dytë	4 mg në mëngjes Nëse është e nevojshme, dozë shtesë e mundshme 2 deri në 4 mg në mbrëmje	4mg (maksimumi 8 mg)
Dita e Tretë	4 mg në mëngjes Nëse është e nevojshme, dozë shtesë e mundshme 2 mg në mbrëmje	4mg (maksimumi 6 mg)
Dita e Katërt	2mg në mëngjes Nëse është e nevojshme, dozë shtesë e mundshme 2 mg në mbrëmje	0mg (maksimumi 4 mg)
Dita e Pestë	2mg në mëngjes	0mg (maksimumi 2 mg)

8.6.1 Efektet anësore dhe ndërveprimet e medikamenteve

Buprenorfina ka efekte anësore të ngjashme me ato të opioideve të tjera, përkatësisht konstipacion, somnolencë, nauze, dhimbje koke, ulje të dëshirës seksuale dhe djersitje të shtuar.

Buprenorfina prodhon efekte të lehta qetësuese (megjithëse në një shkallë më të vogël se metadoni), kështu që klientët duhet të paralajmërohen, të shmangin drejtimin e automjetit kur fillojnë ta përdorin këtë medikament.

Është gjithashtu e rëndësishme të paralajmërohen ata që fillojnë trajtimin me buprenorfinë për rritjen e rrezikut të toksicitetit kur buprenorfina, alkooli dhe benzodiazepinat përdoren njëkohësisht.

Për më tepër, duke pasur parasysh se buprenorfina është një agonist i pjesshëm i receptorëve të opiateve me një afinitet më të lartë ndaj receptorëve opioid sesa medikamentet opioide " (p.sh., heroina, morfinë, ose metadon).

8.7 Naltrexone

Antagonisti opioid naltrexone është përdorur për të ndihmuar abstinencën në kontekstet e detoksikimit "ultra-shpejtë" ose të shpejtë. Evidenca e përfitimit të regjimeve të detoksikimit të bazuar në antagonistë të shpejtë është e dobët dhe ka rrezik të konsiderueshëm.

8.8 Mbështetja psikosociale gjatë abstinencës nga opioidet

Intervenimet psikosociale plotësojnë menaxhimin mjekësor të simptomave të abstinencës nga opioidet dhe duhet të jenë të disponueshme në të gjitha vendet ku ofrohen shërbimet e abstinencës.

Parimet gjithëpërfshirëse të kujdesit mbështetës janë thelbësore për ofrimin e modelit të kujdesit gjatë abstinencës. Intervenimet psikosociale duhet të shqyrtojnë:

- Qëllimet e klientit përfshirë çdo ndryshim gjatë gjithë kohës.
- Identifikimin e pengesave për arritjen e qëllimit.
- Intervenimet e duhura dhe shërbimet mbështetëse.
- Besimin e individit për kujdesin gjatë abstinencës

Klienti duhet të jetë i informuar për rreziqet dhe përfitimet nga plani i propozuar gjatë abstinencës dhe gatishmëria e klientit për të marrë në konsideratë opsionet alternative nëse plani i propozuar është i pasuksesshëm.

8.8.1 Abstenenca nga opioidët gjatë shtatëzarisë

Abstenenca nga opioidët gjatë shtatëzarisë nuk rekomandohet pasi që shfaqë rrezik për nënën dhe fetusin. Në vend të kësaj, rekomandohet trajtimi me dozën mbajtëse të opioidëve, duke redukuar konsumimin e drogave, (duke përfshirë edhe vdekshmëritë e lidhura me drogën).

Abstinimi nga opioidët gjatë shtatëzarisë duhet të ndërmerret nga specialistët, pas pëlqimit të qartë dhe të informuar nga klienti.

Femrat shtatëzëna të cilat dëshirojnë t'i nënshtrohen abstinencës nga opioidët duhet të jenë:

- Të informuara për rreziqet e abstinencës nga opioidët, duke përfshirë edhe rreziqet për fetusin (rrezikun e shtuar për mortalitet të foshnjës si dhe peshën e ulët të foshnjës për moshën e shtatëzarisë) dhe rrezikun e lartë për rikthim.
- Të inkurajuara që të konsiderojnë tretman të mbajtjes në vend të abstinencës.

Femrat shtatëzëna të varura nga opioidët (të cilat nuk janë në tretman të mbajtjes së opioidëve) duhet të inkurajuar në trajtim të mbajtjes të buprenorfinës ose metadonit nën monitorim të afërt. Protokoli për fillimin e trajtimit mbajtës të klientëve duhet të respektohet për femrat shtatëzëna.

Kur femrat shtatëzëna refuzojnë trajtimin mbajtës me buprenorfinë apo metadon, rreziqet e abstinencës së mbikëqyrur mund të reduktohen duke monitoruar abstinencën nga mjeku specialist:

- Vetëm në tremujorin e dytë (javët 14–32) me monitorim të fetusit, në një mjedis të monitoruar, si psh. një njësi obstetrike spitalore.
- Nëpërmjet abstinencës graduale duke përdorur doza të zvogëluara të buprenorfinës. Gjatë kësaj periudhe, përfitimet abstinencës përmes buprenorfinës duhet të diskutohen vazhdimisht.

IX. Medikamentet tjera

Disponueshmëria e gjerë e buprenorfinës (sub-lingual) për trajtimin e abstinencës nga opioideve ka kufizuar nevojën për shumicën e medikamenteve antidiarreale, antiemetike dhe anksiolitike që janë përdorur më parë si medikamente simptomatike.

9.1 Transferimi nga metadoni në buprenorfinë

Transferimi nga metadoni në buprenorfinë mund të jetë i nevojshëm për shkak të shfaqjes së efekteve anësore ose ndërveprimeve me medikamente.

Kalimi nga metadoni si agonist i plotë në agonistin e pjesshëm buprenorfinen ndonjëherë është kompleks, pasi mund të precipitojë një sindromë abstinenciale në opioideve relativisht të shpejtë dhe potencialisht të rëndë me pasoja.

Transferimi i metadonit në buprenorfinë duhet të mbështetet nga konsultimi i specialistëve të A&D .

Parimet e përgjithshme të transferimeve të tilla shpesh përfshijnë nivele të larta mbikëqyrjeje dhe monitorimi dhe reduktimi të metadonit në dozën më të ulët të toleruar (p.sh., ≤ 30 mg/ditë ekuivalent me 3 ml) përpara transferimit: të paktën 24 orë pas dozës së fundit të metadonit.

Dozat e Buprenorphinës		Doza ekuivalente - Metadon	
	≤ 10 mg	10-40mg	40-60mg
Dita e Parë	2-4mg	4-8 mg	8 mg (2-4 mg shtesë nëse e nevojshme)
Dita e Dytë	4 mg	8mg (4-8mg)	8mg (6-10mg)
Dita e Tretë	6mg(6-8mg)	12mg (8-12mg)	12mg (10-16mg)

9.2 Benzodiazepinet

Në ofrimin e shërbimeve të abstenecës nga benzodiazepinës, klinikistët duhet të kenë parasysh:

- Mjedisin.
- Sindromën e abstinencës dhe komplikimet e mundshme.
- Vlerësuesit.
- Planifikimin e kujdesit për abstinencë.
- Kujdesin për abstinencë.
- Planifikimin pas abstinencës.
- Grupet me nevoja të veçanta.

9.2.1 Mjediset e abstinencës së benzodiazepinës

Përcaktimi për një individ që kërkon abstinim nga benzodiazepina bëhet nga një vlerësim klinik i plotë. Për individët që marrin një dozë të lartë ditore të benzodiazepinës, të rriturit, të moshuarit, ata me histori të krizave të abstinencës ose klientët që përdorin benzodiazepina gjatë pirjes së alkoolit është më e përshtatshme, të jetë një mjedis i monitoruar (d.m.th., abstenenca në departamentet psikiatrike të Spitaleve Regjionale duke pasur parasysh gjasat më të larta të komplikimeve gjatë periudhës së abstinencës.

Abstinimi i paplanifikuar i benzodiazepinës mund të bëhet në institucionet psikiatrike. Vlerësimi i kujdesshëm dhe aksesimi në mbështetjen mjekësore është i rëndësishëm.

9.2.2 Sindroma e abstinencës nga benzodiazepina

Sindroma e abstinencës për personat e varur nga benzodiazepinat mund të ndryshojë nga format e lehta deri te ato me rrezik të lartë.

Në disa raste, veçanërisht te dozat të larta të benzodiazepinave me veprim të shkurtër, komplikime të abstinencës mund të jenë të ngjashme me ato që shihen në abstenimet komplekse të alkoolit.

Rreziqet që lidhen me përdorimin e shumë-drogave duhet të merren parasysh në vlerësimin dhe planifikimin e abstinencës së benzodiazepinës.

Përdoruesit e benzodiazepinave që përdorin shumë medikamente të tjerë mund të kërkojnë referim të specialistit.

Fillimi i abstinencës së benzodiazepinës është i ndryshueshëm dhe varet nga faktorë të tillë si doza, kohëzgjatja e përdorimit, ndjeshmëria individuale, lloji i benzodiazepinës dhe gjysmëjeta e tij..

Fillimi i simptomave të benzodiazepinat me veprim të shkurtër (p.sh., alprazolam) mund të ndodhë brenda 24 orëve nga doza e fundit.

Për benzodiazepinat me veprim të gjatë, fillimi i abstinencës është më gradual dhe simptomat mund të mos shfaqen deri në 3 ditë pas përdorimit të fundit.

Abstenenca e benzodiazepinës është më rëndë se medikamentet me veprim (të gjysmë-jetës së shkurtër) si alprazolam.

Simptomat e abstinencës nga benzodiazepina

Faza	Simptomat Psikologjike	Simptomat Psikologjike
Intoksikimi	Somnolencë -relaksim dhe somnolencë	Qetësim dhe ulje të vigjilencës dhe përqendrimit.
Abstinencia akute	Ankth, sulme paniku, depresion, somnolencë, kujtesë, përqendrimi i dobësuar, zemërim, nervozizëm dhe përceptim i shtrembëruar.	Agjitim, dridhje, dhimbje koke, plogështi, marramendje, vjellje, diarre, konstipacion, palpitacione, lodhje dhe simptoma të ngjajshme me gripin.
Abstinencia e zgjatur	Ankthi, depresioni, somnolencia, nervozizëm, dhimbje muskulore, shqetësim, përqendrim i dobët, dhe probleme me kujtesën.	Diarre, konstipacion dhe fryrje.
Abstinencia e mundshme komplikimet	Halucinacionet, kalimtare (vizuale, prekëse dhe dëgjimore) dhe, rrallë deliri dhe psikoza.	Konvulsionet e abstinencës (në 1-2% të klientëve)

9.2.3 Vlerësimi i abstinencës nga benzodiazepina

Klinicistët duhet të jenë të njohur me parimet e përgjithshme të vlerësimit.

Gjatë vlerësimit të abstinencës, personeli klinik duhet të jetë vigilent ndaj shenjave të intoksikimit të klientit.

Një vlerësim i plotë i klientëve të varur nga benzodiazepina është kritik në përcaktimin e kujdesit më të përshtatshëm. Megjithatë, vlerësimi varet nga kapaciteti i klientëve për të ofruar informacionin përkatës. Përdorimi i kohëve të fundit i benzodiazepinës mund të kufizojë aftësinë e klientëve për të ndarë dhe përvetësuar informacionin e saktë të vlerësimit.

Për klientët e intoksikuar, të gjitha shërbimet duhet ofruar:

- Sa më shpejtë të jetë e mundur.
- Identifikoni llojin, dozën dhe kohën e fundit të konsumimit të medikamentit për të bërë ndërhyrjen mjekësore në rast të mbidozimit.
- Kryeni fillimisht vëzhgime të rregullta klinike të klientit në intervale të shpeshta më pas zvogëlohet me kalimin e kohës pasi evidentimi i intoksikimit zvogëlohet.
- Rishikoni vlerësimin kur ka kaluar intoksikimi akut.

9.2.4 Planifikimi i kujdesit për abstinencë

Informacioni i marrë gjatë vlerësimit duhet të përmbajë planin e kujdesit.

Dokumentet e planit të kujdesit për abstinencë:

- Abstinenca e bazuar në historinë e mëparshme
- Rreziqet që lidhen me përdorimin e substancave, të tilla si historia e mbidozës
- Motivimi i klientit për kujdesin e abstinencës, ku është një abstenim i planifikuar
- Prezantimi
- Qëllimet e klientit gjatë kujdesit të abstinencës, d.m.th., abstinenca, mbajtja reduktim, ose zëvendësim
- Barrierat e mundshme që mund të ndikojnë në arritjen e qëllimeve të abstinencës së klientit
- Mbështetjet e disponueshme për të rritur gjasat e suksesit
- Një plan pas abstinencës, duke përfshirë parandalimin e rikthimit dhe lidhjet me jashtë me rrjete mbështetëse
- Përfshirja e familjes dhe të tjerëve të rëndësishëm aty ku është e përshtatshme

Duke pasur parasysh se abstenimi i benzodiazepinës mund të ndodhë për një periudhë të gjatë kohore, mbështetja psikosociale dhe kujdesi i vazhdueshëm janë elementet kryesorë të një plani të menaxhimit të abstinencës. Qëndrimi fleksibil gjatë gjithë kursit të trajtimit është gjithashtu thelbësor për shkak të natyrës së ndryshme të sindromës së abstinencës në mesin e klientëve me benzodiazepin. Duke pasur parasysh se shumë njerëz bëhen të varur nga benzodiazepinat pasi ndjekin një regjim të përshkruar nga mjeku, për të trajtuar një çrregullim shoqëruar, jo të lidhur me A&D, realiteti i abstinencës së A&D, zvogëlimit të dozës dhe kujdesit pasues mund të jetë dërmues dhe klientët shpesh mund të ndiejnë stigmë, turp dhe faj.

Kujdes dhe mbështetje shtesë mund të jetë e nevojshme në këto skenarë, si dhe një qasje bashkëpunuese midis ofruesve të kujdesit shëndetësor të klientit.

9.2.5 Kujdesi për abstinencën

Duke pasur parasysh ndryshueshmërinë në simptomat e abstinencës, vlerësimi klinik dhe rishikimi i përgjigjes ndaj trajtimit duhet të përmbajë regjimet e dozimit dhe reduktimit. Për shembull, në rastet e abstinencës së zgjatur të pakëndshme, mund të nevojiten që doza e benzodiazepinës të mbahet në një nivel fiks derisa klienti të ndihet i aftë të vazhdojë reduktimin e dozës.

I gjithë kujdesi për abstinencën e benzodiazepinës përfshinë monitorimin e vazhdueshëm të rregullt në fazat fillestare të prezantimit të një klienti, frekuencën e rishikimeve të modifikuara bazuar në përgjigjen dhe stabilitetin e klientit.

Testimi biokimik nëpërmjet analizave të urinës shpesh është i dobishme në trajtimin e varësisë nga benzodiazepina.

Interpretimi i rezultateve të analizës të urinës kërkon ekspertizë klinike, pasi disa metabolitë të benzodiazepinave janë vetë përbërësit kryesorë. Për shembull, temazepam* dhe oksazepam* janë metabolitët e diazepam-it, të cilat mund ta bëjnë mjekun të arrijë në përfundimin se klienti kishte marrë benzodiazepina të tjera gjatë trajtimit me diazepam.

Prandaj rekomandohet të dhëna të specializuara kur ka pasiguri në lidhje me rezultatet e ekzaminimit të medikamenteve në urinë.

Regjimi i rekomanduar i dozimit për klientët që varen nga benzodiazepinat

Mjedisi	Qëllimi i abstinencës	Regjimenti i Rekomanduar
Abstinimi ambulator	Reduktimi ose stabilizimi	Konvertoni benzodiazepinën në diazepam dhe reduktojeni atë 10% çdo 1-2 javë »»Kur doza është rreth 5 mg, zvogëloni me 1 mg »» Siguroni rishikim, mbështetje dhe siguri të vazhdueshme »» Menaxhoni çështjet terapeutike që qëndrojnë në themel të varësia nga benzodiazepina »» Marrja e mbikëqyrur e dozave duhet të bazohet në planin e menaxhimit në lidhje me një komunitet që mjeku përshkruan »» Merrni parasysh përdorimin e një trajtimi me benzodiazepine marrëveshje, duke përshkruar kushtet e vazhdueshme siç është përcaktuar më sipër, p.sh., frekuencën e dhënies së medikamenteve, shpeshtësia e rishikimit,shpeshtësia e përdorimit të analizave të medikamenteve në urinë, etj »» Konvertoni në diazepam dhe jepni ekuivalentin doza e benzodiazepinës në doza të ndara ditore
		»» Inputi specialist mund të kërkohej për doza më të larta,p.sh., më shumë se 80 mg në total në ditë. Doza më të larta duhet të jepet me një nivel më të lartë të infermierisë, vëzhgimi dhe dozat e ndaluara. Pas përcaktimit të dozës së kërkuar,në ditët 1-2 nuk duhet të ofrohet PRNdozat. Doza më pas mund të reduktohet me 10 mg në ditë pa simptoma të rëndësishme të abstinencës nën 50 - 40 mg shkalla e reduktimit do të duhet të ngadalësohen në një regjim ambulator
Abstinimi stacionar	Reduktimi ose stabilizimi	

Burimi: RACGP, 2015 Shënim: Klienti duhet të rishikohet çdo javë, të nënshkruajë një formular të lëshimit të informacionit (të marrë medikamentet e përditshme, të ditës së ardhshme, javës, në varësi të shqetësimeve)

Tabela e konvertimit të benzodiazepinës ose të drogës Z në Diazepam

Droga	Emri i tregut	Përafërsisht Ekuivalente me 5 mg Diazepam (mg)	Gjysma e jetës (orë)
Benzodiazepina			
Alprazolam	Xanax, Kalma, Alprax, Ralozam	0.5-1	6-25
Oxazepam	Serepax, Murelax, Alepam	15-30	4-15
Clonazepam	Rivotril, Paxam	0.25-0.5	22-54
Nitrazepam	Mogadon, Aldorm	5	16-48
Lorazepam	Ativan	0.5-1	12-16
Temazepam	Normison, Temaze, Temtabs	10-20	5-15
Z drogat			
Zolpidem	Dormizol, Somidem, Stildem, Stilnox, Zolpibell	10	1.4-4.5
Zopiclone	Imovane, Imrest	7.5	5

9.2.6 Mbështetja psikosociale gjatë abstinencës nga benzodiazepinet

Intervenimet psikosociale plotësojnë menaxhimin mjekësor të simptomave të abstinencës nga benzodiazepinet dhe duhet të jenë të disponueshme në të gjitha vendet ku ofrohen shërbimet e abstinencës. Parimet gjithëpërfshirëse të kujdesit mbështetës janë thelbësore për ofrimin e modelit të kujdesit gjatë abstinencës. Intervenimet psikosociale duhet të shqyrtojnë:

- Qëllimet e klientit përfshirë çdo ndryshim të qëllimeve gjatë gjithë kohës.
- Identifikimin e pengesave për arritjen e qëllimit të individit gjatë kujdesit pas abstinencës.
- Intervenimet e duhura dhe shërbimet mbështetëse
- Besimin e individit për kujdesin gjatë abstinencës

Duhet ndërtuar strategji afatgjatë për të mbështetur klientët, gjatë abstinencës nga benzodiazepinet kur paraqiten apo rishfaqen simptomat për çka fillimisht i janë përshkruar klientit benzodiazepinet.

Një studim i rishikikuar në kohët e fundit tregon se terapia konjitive bihejviorale është një intervenim ndihmës efektiv gjatë rexhimit të mjekimit dhe duhet të vazhdojë pas abstinencës, e veçanërisht tek përdoruesit e benzodiazepinave, për klientët që filluan përdorimin e benzodiazepinës për të kontrolluar ankthin dhe çrregullimet e lidhura me gjumin.

9.3 Popullatat e veçanta

9.3.1 Fëmijët dhe Adoleshentët

Benzodiazepinat në përgjithësi nuk rekomandohen për përdorim tek fëmijët ose adoleshentët, pasi ato mund të shkaktojnë agresion, ankth, nervozizëm dhe dezinhibim.

9.3.2 Të Rinjtë

Të rinjtë që paraqiten në shërbimet e A&D duhet të lidhen me shërbime specifike për të rinjtë, aty ku janë të disponueshme, pasi që faktorët psikosocialë që kontribuojnë në përdorimin e tyre të drogës, të cilët ndikojnë në planin e tyre afatgjatë për rikuperim. Është e rëndësishme të keni parasysh ndryshimet e mundshme në qasjen e trajtimit dhe kujdesin kur filloni kujdesin për abstinencën.

9.3.3 Të Moshuarit

Benzodiazepinat u përshkruhen gjerësisht personave të moshuar për të menaxhuar çrregullimet e gjumit. Të moshuarit janë më të rrezikuar për dëmtim nga përdorimi i benzodiazepinave, duke pasur parasysh rrezikun e shtuar të rënies së depresionit të SNQ, (dhe frakturave), dëmtimeve, njohjes, delirit, ataksisë, pseudo-demencës, varësisë fiziologjike dhe vdekshmërisë (Mallet, 2016)

9.3.4 Dhimbjet kronike

Ekziston një lidhje e fortë midis moshës së vjetër dhe dhimbjes kronike, që shpesh shkakton rritje të çrregullimeve të gjumit që çojnë në përdorimin e benzodiazepinave. Vlerësimi i varësisë nga benzodiazepina tek klientët e moshuar duhet të përfshijë një rishikim të cilësisë së gjumit, duke përfshirë faktorët kontribues të stilit të jetesës, ankthin, depresionin, komorbiditetin, sëmundjet fizike dhe mendore dhe dhimbjen e pakontrolluar për të fokusuar menaxhimin në bazë të individualizuar.

9.3.5 Benzodiazepinët tek femrat shtatëzëna

Benzodiazepinët duhet të shmangen gjatë shtatëzanisë dhe gjë-dhënjes. Qasjet jo-drogë preferohen për ankth dhe insomni. Menaxhimi i abstinencës që përfshinë femrat shtatëzëna të varura nga benzodiazepinët, duhet të përfshijë të dhëna nga një specialist i varësisë, mjek i përgjithshëm me eksperiencë, ose një obstetër.

Në përgjithësi, femrat që mbesin shtatëzënë dhe janë tashmë duke përdorur benzodiazepin, duhet të ulin përdorimin në dozën efektive më të ulët, ose nëse është e mundur të abstinojnë plotësisht. Pasi që benzodiazepinët mund t'a kalojnë placentën, ekzistojnë disa dëshmi të një lidhjeje me anomalitë kongjenitale të fetusit, si dhe rreziqe kur mirret më vonë në shtatëzani ose gjatë gjë-dhënjes (sindromi i abstinencës së fetusit, somnolencë, depresioni respirator, ushqyerja e dobët etj.). Me kujdesin e duhur të abstinencës, nuk ekziston ndonjë dëshmi që abstenenca mund të shkaktojë ndonjë problem tek nëna apo foshnja, dhe prandaj preferohet të përdoret në një dozë e mbajtjes.

X. Stimulantët

Termi "amfetaminë" përfshin tre lloje të drogës: amfetaminën, deksamfetamina dhe metamfetamina.

Në ofrimin e shërbimeve të abstinencës së stimuluesve për klientët, mjekët duhet të kenë parasysh:

- Mjedisin.
- Sindromën e abstinencës dhe komplikimet e mundshme.
- Vlerësuesit.
- Planifikimin e kujdesit për abstinencë.
- Kujdesin për abstinencë.
- Planifikimin pas abstinencës.
- Grupet me nevoja të veçanta.

Një vlerësim i plotë i përdoruesve të stimuluesve është kritik në përcaktimin e kujdesit më të përshtatshëm të abstinencës. Megjithatë, vlerësimi varet nga aftësia e klientëve për të dhënë informacionin përkatës që mund të pengohet nga disa efektet të intoksikimit stimulues.

Simptomet	Psikologjike	Psikologjike
Efektet e dëshiruara	Energji e shtuar Vigjilencë e shtuar	Eufori Të folurit e shtuar (lafazan) Vetëbesim i rritur
Efektet negative afatshkurtë	Humbje e oreksit Rritja e rrahjeve të zemrës dhe frymarrjes Nauze dhe të vjella Skuqe nga të nxehtit dhe të ftohtit, Djersitje Dhimbje koke Zbehje Shtrëngimi i nofullës	Paranoja Ankthi Sulmet e panikut Vështirësi për të fjetur Disponueshmëria, nervozizmi dhe agjitim
Efektet negative afatgjatë	Atak në zemër Hipertensioni Goditja në tru	Depresioni Ankthi Somnolencë Psikoza

10.1 Mjediset e abstinencës së stimuluesve

Vendosja më e përshtatshme për një individ që kërkon abstinencën e stimuluesit duhet të arrihet nga një vlerësim klinik i plotë.

Mjediset e mbikëqyrura të abstinencës janë të përshtatshme për klientët me:

- Varësi të shumëfishtë nga droga
- Varësi të rëndë nga amfetamina
- Komplikime të rënda mjekësore ose psikiatrike
- Një ambient i pafavorshëm në shtëpi
- Një histori e përpjekjeve të shumta, të pasuksesshme për të abstenuar nga stimuluesit
- Pranim i mëparshëm në objektin e rehabilitimit rezidencial

10.1.1 Mbështetja psikosociale gjatë abstinencës nga medikamentet stimuluese

Intervenimet psikosociale plotësojnë menaxhimin mjekësor të simptomave të abstinencës nga medikamentet stimuluese dhe duhet të jenë të disponueshme në të gjitha vendet ku ofrohen shërbimet e abstinencës.

Parimet gjithëpërfshirëse të kujdesit mbështetës janë thelbësore për ofrimin e modelit të kujdesit gjatë abstinencës. Intervenimet psikosociale duhet të shqyrtojnë:

- Qëllimet e klientit përfshirë çdo ndryshim të qëllimeve gjatë gjithë kohës.
- Identifikimin e pengesave për arritjen e qëllimit të individit gjatë kujdesit pas abstinencës.
- Intervenimet e duhura dhe shërbimet mbështetëse.
- Besimin e individit për kujdesin gjatë abstinencës.

10.1.2 Planifikimi pas abstinencës

- Filloni në fazën e vlerësimit të kujdesit të abstinencës.
- Mbështetni qëllimet e klientit që mund të kenë të bëjnë me akomodimin, fëmijën mbrojtje, dhunë në familje dhe mbështetje ligjore.
- Mbështet aksesin e klientit në shërbimet pas abstinencës që ofrojnë në vazhdimësi mbështetje dhe avokim.
- Përfshini familjen dhe të tjerët të rëndësishëm në kujdesin pas abstinencës, sipas rastit, për ndihmoni në zbatimin e planit të klientit pas abstinencës.

10.2 Popullatat e veçanta

10.2.1 Femrat shtatzëna

Përdorimi i stimuluesve gjatë shtatzënisë shoqërohet me rreziqe të kufizuara për nënën, me një numër pasojash negative për fetusin. Përdorimi i pseudoefedrinës është lidhur me rritjen e rrezikut të defektit të septumit ventrikular, dhe përdorimi i medikamenteve stimuluese është shoqëruar me spazma të arteries kërthizës, vonesë të rritjes intrauterine, zhvillim të dobët të trurit para lindjes, shpëputje të placentës, intoksikim dhe abstinencës neonatale.

Femrave shtatzëna duhet t'u sigurohet mbështetja e nevojshme për të ndihmuar në ndërprerjen e përdorimit të drogave stimuluese. Ndërhyrjet duhet të përfshijnë këshillim, rikthim, parandalimin, mbështetjen sociale dhe trajtimin për çdo problem shoqëruar të shëndetit mendor.

Rekomandohet qasja e mëposhtme:

- Këshilloni klienten për rreziqet e mundshme shëndetësore për veten dhe për foshnjën e saj (shkalla më e lartë e komplikimeve obstetrike si aborti spontan, aborti spontan dhe shpëputja e placentës).
- Siguroni ose referoni klientin te shërbimet përkatëse të mbështetjes (mundësisht brenda një kuadri shumëdisiplinor).
- Inkurajoni klientin të reduktojë ose të ndërpresë përdorimin e stimuluesve.
- Diskutoni rreziqet që lidhen me përdorimin e stimuluesve dhe sëmundjet mendore dhe monitoroni shëndetin mendor aty ku është e nevojshme.

10.2.2 Klientët me çrregullime të përbashkëta

Klientët tek të cilët shfaqet një gjendje psikiatrike gjatë abstinencës së stimuluesit duhet të marrin kujdesin që adreson nevojat e tyre specifike. Konkretisht, ato duhet të jenë:

- Lidhur me shërbimet e duhura të shëndetit mendor.
- Inkurajuar të vazhdojë të kërkojë mbështetje për shëndetin mendor përtej kujdesit për abstinencën.
- Monitorohet dhe menaxhohet për simptomat e abstinencës.

10.2.3 Familja, të tjerët

Aty ku është e përshtatshme familjes dhe të tjerëve të rëndësishëm duhet ti jepen informatat në lidhje me procesin e abstinencës dhe shërbimet mbështetëse.

10.2.4 Të rinjtë

Faktorë të ndryshëm psikosocialë mund të paraqiten të cilët ndikojnë në planin e tyre afatgjatë për rikuperim. Është e rëndësishme të keni parasysh ndryshimet e mundshme në qasjen e trajtimit dhe kujdesin kur filloni kujdesin për abstinencën. Kontakti i vazhdueshëm dhe mbështetja shtesë nga punonjësit specifikë të të rinjve gjatë kujdesit për abstinencë mund të nxisë përvoja më pozitive.

XI. Drogat tjera

11.1 Ketamina

Hidrokloridi i ketaminës është një anestetik disociues i cili vepron kryesisht si antagonist aglutamatergik i receptorit NMDA në tru. Ketamina përdoret klinikisht si një analgjezik i fuqishëm si për njerëzit ashtu edhe për kafshët, përdoret për trajtimin e depresionit (McGirr et al, 2015).

Përdorimi i ketaminës është më i përhapur në disa nëngrupe, veçanërisht ata që frekuentojnë klubet/muzikën, punonjës mjekësorë dhe individë LGBT – dëshmi të pasigurta (Abdulrahim & Bowden-Jones, 2015). Kur përdoret në mënyrë të paligjshme, ketamine zakonisht shitet si pluhur kristalor, por mund të gjendet në formë të tabletave ose të tretura në një lëng.

Zakonisht gjëlltitet dhe herë pas herë injektohet.

Ketamina gjithashtu mund të tymoset, shpesh e përzier me duhan ose kanabis. Dozat janë 20-100 mg oral dhe 10-50 mg për përdorim intravenoz (Corazza et al, 2012). Emrat alternativ për ketaminë përfshijnë 'K', 'special K', 'vitaminë K', 'kit-kat', 'ket', 'cat', 'cat valium' ose 'tranq'.

Në ofrimin e shërbimeve të abstinencës së ketaminës për klientët, mjekët duhet të kenë parasysh:

- Mjedisin.
- Sindromën e abstinencës dhe komplikimet e mundshme.
- Vlerësuesit.
- Planifikimin e kujdesit për abstinencë.
- Kujdesin për abstinencë.
- Planifikimin pas abstinencës.
- Grupet me nevoja të veçanta.

11.1.1 Abstenenca e ketaminës

Sindromit i abstinencës së ketaminës është i pasigurt dhe shumë shpesh mund të mos jetë tregues i abstinencës së substancës të gjithë klientët. Rastet serike kanë raportuar ulje të oreksit, ankthit, lodhjes, dridhjeve, djersitjes dhe palpitacioneve deri në 6 ditë (Garg et al, 2014; Rees, Morgan & Curran, 2006).

Efektet e intoksikimit dhe mbidozimit me ketaminë, dhe efektet e saj afatgjata janë paraqitur në tabelën në vijim:

	Simptomet Psikologjike	Simptomet Psikologjike
Intoksikimi Dozat e Ulëta	Relaksimi, efektet e tipit stimulues, ndryshimet e disponimit, disocim i lehtë, efekte psikodelikate, çrregullim/ndryshim në kohë dhe hapësirë, halucinacione vizuale, dëgjimore, konfuzion, ngathtësi, përgjumje, të folurit e paqartë, shikim të paqartë, ankth dhe hiperalgjezi.	Hipertension, takikardi, të vjella, marramendje, dhimbje barku, dhe simptomat e traktit urinar.
Intoksikimi (Dozat e larta)	Disocim i rëndë ('vrira k'), perceptime të ndryshuara, efekte psikodelike dhe qetësues	Hipertension, takikardi, të vjella dhe të përziera
Toksiciteti* Akut	Ndërgjegje e lënduar, delirium, amnezi, analgjezi, psikozë dhe paranojë	Konvulsione, ngurtësi muskulore, hipertermi, takikardi dhe koma
Absenencë	Tolerancë, dëshirë, ankth, depresion, disforia dhe dridhjet	Dridhje, djersitje dhe palpitacione
Efektet Afatëgjate	Somnolencë, ndryshimet e humorit dhe personalitetit, ankth, depresioni, prapambetjet, dëmtimi i kujtesës dhe vështirësitë e përqëndrimit	Dhimbje koke, dhimbje barku ('k-ngërçe'), 'fshikëz ketamine sindromi (i karakterizuar me dhimbje të fshikëzës, ulçer) dhe dëmtim të traktit urinar

Source: Abdulrahim & Bowden-Jones, 2015; Chen, Huang & Lin, 2014; Morgan and Curran, 2011.

11.1.2 Mjediset e e abstinencës së ketaminës

Nuk ka asnjë indikacion që klientët të abstinojnë vetëm nga ketamina, kërkohet abstinencës e monitoruar nga ana mjekësore. Pengesa kryesore për abstinencën e bazuar në shtëpi është përvoja e dëshirave që fillojnë disa ditë pas fillimit të abstinencës (Morgan & Curran, 2011).

11.1.3 Vlerësimi i abstinencës së ketaminës

Klinicistët duhet të jenë të njohur me parimet e përgjithshme të vlerësimit.

Një vlerësim i plotë i klientëve të varur nga ketamina është kritik në përcaktimin e një mjedisi të përshtatshëm për kujdesin e abstinencës. Vlerësimi varet nga aftësia e klientit për të dhënë informacione të saktë, i cili mund të kufizohet nga simptomat e intoksikimit si dhe dëmtimi i kujtesës afatshkurtër dhe afatgjatë i përjetuar nga përdoruesit afatgjatë të ketaminës.

Nëse klienti paraqitet i inoksikuar klinicisti duhet të përpiqet të përcaktojë kohën e fundit të përdorimit të drogës, sasinë e përdorur dhe çdo medikament tjetër të përdorur atë ditë për të përcaktuar rreziqet që lidhen me toksicitetin akut. Vlerësimi duhet të jetë i rregullt.

Një vlerësim i ketaminës duhet të eksplorojë përdorimin e A&D, duke përfshirë:

- Mjedisin
- Sasinë dhe shpeshtësia e përdorimit të ketaminës dhe mënyra e administrimit
- Përdorimin ose varësi të tjera të drogës dhe alkoolit
- Problemet shëndetësore fizike shoqëruese
- Problemet shoqëruese të shëndetit mendor, në veçanti diagnozat e kaluara të psikotikëve
- Statusin e shtatzënisë
- Abstinencia e mëparshme duke përfshirë rezultatet dhe ashpërsinë e simptomave
- Potencialin e ndërveprimeve të medikamenteve me trajtimin e HIV-it.

11.1.4 Kujdesi për abstinencën e ketaminës

Informacioni i marrë gjatë vlerësimit do të ndihmojë në planin e kujdesit për abstinencën. Plani i kujdesit për abstinencën duhet të përfshijë:

- Abstinencia e bazuar në frekuencën dhe sasinë e përdorimit të substancave të tjera si dhe simptomave të mëparshme të abstinencës.
- Motivimi i klientit për abstinim për hyrjen dhe përfundimin e kujdesit të abstinencës.
- Mbështetjet e disponueshme për të rritur gjasat e suksesit.
- Një plan pas abstinencës, duke përfshirë parandalimin e rikthimit dhe lidhjen me rrjetet e jashtme mbështetëse për të adresuar nevojat psikosociale.

11.2 Planifikimi për kujdesin pas abstinencës

Mbështetja pas abstinencës është një komponent thelbësor i vazhdimësisë së trajtimit për klientët e varur nga ketamina. Planifikimi për kujdesin pas abstinencës duhet:

- Filloni përpara abstinencës dhe drejtohuni nga klienti.
- Mbështetni qëllimet e klientit, duke përfshirë ato rreth përdorimit të substancave, akomodimi, siguria dhe mbrojtja, çështjet ligjore, familja dhe profesioni.
- Ndihmoni klientët në aksesin e shërbimeve mbështetëse pas abstinencës për të ofruar edukim të vazhdueshëm, këshillim dhe advokim.
- Përfshini familjen dhe të tjerët të rëndësishëm për të ndihmuar në zbatimin e planit të klientit pas abstinencës, nëse është e përshtatshme.

11.2.1 Ketamina tek femrat shtatëzëna

Ketamina kalon placentën dhe mund të zbulohet në indet e fetusit. Ketamina është shoqëruar me reduktim të rezultatit APGAR (Appearance/Pamja, Pulse/Pulsi, Grimace/Grimasë, Activity/Aktivitet, dhe Respiration/Respiracion) në lindje, por efektet afatgjata në zhvillimin e fëmijës janë ende të panjohura.

11.2.2 Varësia nga substancat e shumta

Përdorimi i shumë-drogave gjatë përdorimit të ketaminës është shumë i zakonshëm. Kur kombinohet me depresantë të tjerë të SNQ, të tilla si benzodiazepinat, alkooli ose opioidet, ketamina mund të çojë në të vjella, depresion, vështirësi në frymëmarrje dhe madje edhe vdekje. Përdorimi me stimulues rrit rrezikun e ngjarjeve të padëshiruara kardiale.

Rekomandohet në raste kur njerëzit paraqiten me toksicitet akut pas përdorimit të ketaminës, klinikistët të marrin në konsideratë ndikimin e mundshëm të medikamenteve të tjera të gëlltitura.

11.2.3 Klientët me çrregullime të përbashkëta

Ketamina mund të shkaktojë simptoma psikotike kalimtare te klientët pa histori të sëmundjes mendore. Përdorimi i ketaminës te klientët me skizofreni shpesh shkakton një rishfaqje të simptomave (Morgan dhe Curran, 2011). Derisa ketamina po hetohet si trajtim i mundshëm i depresionit, përdorimi i paligjshëm i ketaminës është shoqëruara me ndryshime të pafavorshme të disponimit dhe personalitetit.

11.2.4 Sëmundjet e zemrës dhe sëmundjet cerebrovaskulare

Përdorimi i ketaminës mund të rrisë rrahjet e zemrës dhe presionin e gjakut. Kjo rrit rrezikun akut te personat me sëmundje të rënda kardiale, me rrezik të lartë të goditjes në tru dhe individët me presion të rritur intrakranial.

11.3 Gama Hidroksibutirat (GHB)*

Gama Hidroksibutirat (GHB) është një depresant i sistemit nervor qendror i cili vepron kryesisht në receptorët GABA, por gjithashtu ushtron efekte në serotoninën, dopaminën dhe neurotransmetimin kolinergjik.

Përdorimi i tij mund të nxitet pjesërisht nga efektet e tij relaksuese, euforike dhe stimuluese seksuale në doza të ulëta. GHB përgjithësisht shitet në shishe të vogla dhe është një lëng pa ngjyrë, pa erë me shije të hidhur. Në përgjithësi gëlltitet (më së shpeshti hollonhet në pije), por mund të injektohet ose futet gjithashtu në mënyrë rektale.

Efektet e dëshiruara të intoksikimit	Euforia, rritja e dëshirës seksuale
Efektet negative të intoksikimit	Episode të amnezisë, ngathtësisë, somnolencë, dridhje, bradikardi, çrregullime gastrointestinale, urinare.
Mbidoza	Frymëmarrje e cekët ose e parregullt, konfuzion ose agjitim, halucinacione, errësirë, humbje e vetëdijës dhe vdekje. Shënim: Rreziku i mbidozimit dhe vdekjes rritet nëse përdoret me depresantët e tjerë të sistemit nervor qendror, si alkooli ose benzodiazepinat. Kur përdoren së bashku me stimuluesit rrezikojnë rritje e konvulsioneve.
Varësi	Përdorim ditor- disa herë gjatë ditës, zgjimi gjatë natës për të përdorur medikamente të tjera për të parandaluar simptome brenda natës.

Në ofrimin e shërbimeve të abstinencës së GHB për klientët, klinikistët duhet të marrin parasysh:

- Mjedisin.
- Sindromën e abstinencës dhe komplikimet e mundshme.
- Vlerësuesit.
- Planifikimin e kujdesit për abstinencë.
- Kujdesin për abstinencë.
- Planifikimin pas abstinencës.
- Grupet me nevojë të veçanta.

11.3.1 Sindroma e abstinencës së GHB

Ekzistenca e sindromit të abstinencës GHB është e njohur njëzet vitet e fundit përmes raporteve të rasteve dhe serive të vogla të rasteve (McDonough et al, 2004). Personat që janë të varur nga GHB duhet të këshillohen që të mos ndërpresin papritur përdorimin ose të tentojnë detoksifikimin e pambikëqyrur, pasi që janë raportuar komplikime potencialisht kërcënuese për jetën të rastet e varësisë së rëndë.

Simptomat e abstinencës janë shumë të ngjashme me ato të abstinencës së alkoolit, por me një fillim më të papritur (midis 1-24 orësh; Shih tabelën në vijim:

Abstenimi	Fillimi < 24 orët	Fillimi > 24 orë dhe në zhdukje deri në 14 ditë)	Komplikimet e mundëshme	Efektet e mundshme
-----------	-------------------	--	-------------------------	--------------------

			Afatgjatë (javë deri në muaj)
Somnolencë, ankth, shqetësim dridhje, djersitje, takikardi, nauze, vjellje	Takikardi kalimtare dhe hipertensionit, agjitim, halucinacione, vizuale, dëgjimore, nuhatëse, prekëse, paqëndrueshmëri, konvulsione, iluzion ,paranoj, delirium	Hipertermia, rabdomioliza intravaskulare të koagulimit, aritmi, çrregullime të elektrolitëve të cilat mund të rezultojnë në vdekjen e klientit	Somnolencë, Ankthi, simptome depresive, Dridhje,dëmtim

Hidroksibutirat Gama (GHB) - janë bërë shumë pak (afërsisht aspak) hulumtime për efektet e përdorimit të GHB-së në shtatëzani apo fetus.

Kanabinoidet Sintetike gjatë shtatëzanisë - kanabinoidet sintetike mund t'a kalojnë placentën dhe t'a afektojnë negativisht zhvillimin nervorë të embrionit.

Oksidi i azotit gjatë shtatëzanisë - përdorimi i oksidit të azotit gjatë shtatëzanisë rrit rrezikun e abortit spontan, lindje të parakoshme dhe keqformim të fetusit.

XII. Standardet e Auditueshme

Vlerësimi i numrit të përdoruesve të alkoolit dhe drogave tjera monitorohet në baza vjetore përmes indikatorëve të më poshtëm:

- Numri i personave që kanë qenë në trajtimin e kujdesit parësor shëndetësor gjatë një viti kalendarik dhe të cilët janë pyetur nga profesionisti shëndetësor për problemet që lidhen me përdorimin e alkoolit dhe drogave tjera.
- Numri i personave që injektojnë drogë që marrin terapi zëvendësuese të opioideve.
- Përqindja e personave në nivel të popullatës që kanë vdekur gjatë një viti kalendarik nga cirroza alkoolike e mëlçisë.
- Përqindja e familjeve me probleme me alkoolin ose drogat tjera në të cilat një ose më shumë anëtarë të familjes (p.sh. adoleshentë, të rritur) kanë marrë këshillim gjatë një viti kalendarik.

XIII. Procesi i Adaptimit të Udhërrëfyesit

Gjatë procesit të analizës dhe shqyrtimit të disa Udhërrëfyesve, grupi punues është përcaktuar në adaptimin e të dhënave më të reja nga udhëzuesi i OBSH-së "mhGAP Intervention Guide Mental Health Gap Action Programme Version 2.0" dhe Udhërrëfyesit "Alcohol and other drug withdrawal guidelines" 2018.

Procesi i adaptimit të Udhërrëfyesit është realizuar përmes mbajtjes të takimeve të rregullta virtuale /online dhe fizike të grupit punues.

Mbajtja e takimeve është dokumentuar me procesverbalet e takimeve të mbajtura.

Grupi punues ka përzgjedhur recenzentët që mirren me fushën specifike, të cilët kanë ofruar mendimet e tyre profesional lidhur me përmbajtjen e Udhërrëfyesit Klinik.

Udhërrëfyesi i është nënshtruar vlerësimit nga komisioni recensent në përbërje të:

1. Dr. Samira Gashi Braina, Psikiatër
2. Dr. Bujar Berisha, Psikiatër

Sa i përket vlerësimit të udhërrëfyesit nga recenzentët, nuk ka pasur komente për ndryshime në kontekstin përmbajtësor të udhërrëfyesit, recenzentët kanë ofruar mendimin e tyre profesional se ky udhërrëfyes i plotëson kriteret për procedim të mëtutjeshëm.

Formatizimi/dizajni i udhërrëfyesit klinik është punuar nga MSc. Niman Bardhi, PhDc., Psikolog; Kryesues i Sekretarisë për procesin e zhvillimit të Udhërrëfyesve dhe Protokolleve Klinike, MSh.

Udhërrëfyesi klinik është publikuar në web faqe të MSh-së sipas procedurave të parapara në Udhëzimi Administrative për "Udhërrëfyes dhe Protokole Klinike". Nr.12/2010 dhe ka qenë i hapur për komente nga të gjitha palët e përfshira dhe grupet e interesit.

Udhërrëfyesi i miratuar do të shpërndahet dhe prezantohet tek të gjithë profesionistët shëndetësorë të cilët bazuar në kompetencat e tyre të përcaktuara do t'a bëjnë zbatimin e tij në praktik.

Gjatë hartimit të Udhërrëfyesit janë marrë për bazë gjithashtu edhe bisedat e zhvilluara me pacientët nga Klinika e Psikiatrisë, të cilët kanë plotësuar pyetësorët me pyetje specifike nga ky udhërrëfyes.

XIV. Aplikim dhe Zbatimi i UK-së në rrethana tona

Udhërrëfyeni u dedikohet profesionistëve shëndetësor që mirren me menaxhimin dhe trajtimin e personave të varur nga alkooli dhe drogat tjera.

Udhërrëfyeni, do të jetë në dispozicion për të gjithë profesionistët shëndetësor në institucione shëndetësore në Kosovë. Udhërrëfyeni duhet të gjejë zbatim në të gjitha Institucionet ku ka burime të mjaftueshme përfshirë, burimet njerëzore dhe infrastrukturën relevante për trajtimin e rekomanduara në udhërrëfyeni.

Përparësi në zbatimin e këtij udhërrëfyeni janë resurset e mjaftueshme njerëzore, materiale dhe infrastruktura. Rastet shqyrtohen nga konziliumi mjekësor dhe që shumica e medikamenteve që nevojiten dhe rekomandohen nga ky udhërrëfyeni janë të përfshira në listën esenciale të barnave. Medikamentet sigurohen përmes Ministrisë së Shëndetësisë [MSh] dhe Shërbimit Spitalor Klinik Universitar të Kosovës [ShSKUK], nga buxheti i Republikës së Kosovës.

Nevojat përcaktohen nga Institucionet relevante.

Medikamentet si: (Baklofen, Mirtazapine, Metoklopramide, Ondansetron, Lorazepam, Alprazolam, Metadone, Buprenorfine, Loperamid, Paracetamol, Ibuprofen, Buscopan (Hyoscine), Oxycodone, Fentanyl dhe Tramadol), që janë përmendur në këtë udhërrëfyeni janë në listën esenciale të barnave.

Ndërsa me fusnot * janë paraqitur medikamentet që nuk janë në listën esenciale të barnave (Acamprosate,*Naltrexone,*Disulfiram,*Topiramate,*Prometazine,*Temazepam,*Oksazepam,*Nitrazepam,*Clonazepam,*Zolpidem,*Zopiclone,*Amfetaminën,*Deksamfetamina,Tiamin*
*Metafetamina *

Zbatimi i këtij udhërrëfyeni do të monitorohet përmes auditeve klinike. Institucionet që trajtojnë klientët do të obligohen që të bëjnë audite klinike periodike dhe të raportojnë lidhur me zbatimin e praktikës së mirë mjekësore. Sfidat gjatë procesit të zbatimit do të adresohen në mënyrë konkrete dhe specifike dhe do të merren parasysh gjatë procesit të revidimit të udhërrëfyenit.

XV. Referencat

- Alcohol and other drug withdrawal guidelines 2018.
- Allsop, D. J., Norberg, M. M., Copeland, J., Fu, S., & Budney, A. J. (2011). The Cannabis Withdrawal Scale development: patterns and predictors of cannabis withdrawal and distress.
Drug & Alcohol Dependence, 119(1), 123-129. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2011.06.003. Epub 2011 Jul 2.
- Addolorato, G., Leggio, L., Abenavoli, L., Agabio, R., Caputo, F., Colombo, G., & Gasbarrini, G. (2006). Baclofen in the treatment of alcohol withdrawal syndrome: A comparative study vs diazepam. American Journal of Medicine, 119(3). e13-18. doi:10.1016/j.amjmed.2005.08.042.
- Allsop, D. J., Lintzeris, N., Copeland, J., Dunlop, A., & McGregor, I. S. (2015). Cannabinoid replacement therapy (CRT): Nabiximols (Sativex) as a novel treatment for cannabis withdrawal. Clinical Pharmacology & Therapeutics, 97(6), 571-574. doi: 10.1002/cpt.109. Epub 2015 Apr 17.
- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th edition (DSM-V; American Psychiatric Association).
- Anthenelli, R. M., Benowitz, N. L., West, R. W., St Aubin, L., McRae, T., Lawrence, D.,... & Eden Evins, A. (2016). Neuropsychiatric safety and efficacy of varenicline, bupropion, and nicotine patch in smokers with and without psychiatric disorders (EAGLES): A double-blind, randomised, placebocontrolled clinical trial. The Lancet, 387(10037), 2507-2520. doi:10.1016/ S0140-6736(16)30272-0
- Anthenelli, R. M., Morris, C., Ramsey, T. S., Dubrava, S. J., Tsilkos, K., Russ, C., & Yunis, C. (2013). Effects of varenicline on smoking cessation in adults with stably treated current or past major depression: A randomized trial. Annals of Internal Medicine, 159(6), 390-400. doi: 10.7326/0003-4819-159- 6-201309170-00005
- Ashton, H. (2005). The diagnosis and management of benzodiazepine dependence. Current Opinion in Psychiatry, 18(3), 249-255. doi: 10.1097/01.yco.0000165594.60434.84.
- Brensilver, M., Heinzerling, K. G., & Shoptaw, S. (2013). Pharmacotherapy of amphetamine-type stimulant dependence: An update. Drug and Alcohol Review, 32(5), 449-460. doi:10.1111/dar.12048.
- Brett, J., & Murnion, B. (2015). Management of benzodiazepine dependence. Australian Prescriber, 38(1), 152-155. Brewer, T. L., & Collins, M. (2014). A Snapshot of Synthetic Substances: Nursing Implications for Patients Suspected of Psychoactive Drug Use. College of Nursing and Health Faculty Publications.
Retrieved from http://corescholar.libraries.wright.edu/nursing_faculty/238
- Bruneau K., Ahamad, K., Goyer, M. E., Poulin, G., Selby, P., Fischer, B., Wild, T. C., & Wood, E. (2018). Management of opioid use disorders: a national clinical practice guideline. CMAJ, 190(9), 247-257. doi: 10.1503/cmaj.170958.

- Brunt, T. M., Poortman, A., Niesink, R. J., & van den Brink, W. (2011). Instability of the ecstasy market and a new kid on the block: Mephedrone. *Journal of Psychopharmacology*, 25(11), 1543-1547. doi:10.1177/0269881110378370
- Brunt, T., Van Amsterdam, J., & Van den Brink, W. (2014). GHB, GBL and 1, 4-BD addiction. *Current Pharmaceutical Design*, 20(25), 4076-4085. doi:10.2174/13816128113199990624
- Busto, U. E., Sykora, K. & Sellers E. M. (1989). A clinical scale to assess benzodiazepine withdrawal. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 9(6), 412-416.
- Ciketic, S., Hayatbakhsh, M. R., Doran, C. M., Najman, J. M., & McKetin, R. (2012). A review of psychological and pharmacological treatment options for methamphetamine dependence. *Journal of Substance Use*, 17(4), doi:10.3109/14659891.2011.592900.
- Cohn A. M., Hunter-Reel D., Hagman B. T., & Mitchell. J. (2011). Promoting behavior change from alcohol use through mobile technology: The future of ecological momentary assessment. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 35(12), 2209–2215. doi: 10.1111/j.1530-0277.2011.01571.x. Epub 2011 Jun 20.
- Coller, J. K., Barratt, D. T., & Somogyi, A. A. (2016). Clinically significant interactions with anti-addiction agents. In M. W. Jann, S. R. Penzak, & L. J. Cohen (Eds.) *Applied Clinical Pharmacokinetics And Pharmacodynamics of Psychopharmacological Agents*. Auckland, New Zealand: Adis.
- De Crespigny, C., Gronkjaer, M., Liu, D., Moss, J., Cairney, I., Procter, N., Posselt, M., Jebaraj, H. S. F., Schultz, T., Banders, A., King, R., Lee, D., & Galletly, C. A. (2015). Service provider barriers to treatment and care for people with mental health and alcohol and other drug comorbidity in a metropolitan region of South Australia. *Advances in Dual Diagnosis*, 8(3), 120-128. doi:10.1108/ADD-05-2015-0007
- Darke, S.G., Ross, J., Mills, K., Teesson, M., Williamson, A., Havard, A. Benzodiazepine use among heroin users: baseline use, current use and clinical outcome. (2010). *Drug and Alcohol Review*, 29(3), 250–255.
- Nicholas, R., Roche, A., Lee, N., Bright, S., & Walsh, K. (2015). Preventing and reducing alcohol- and other drug-related harm among older people: A practical guide for health and welfare professionals. National Centre for Education and Training on Addiction (NCETA), Flinders University: Adelaide, South Australia.
- NPSMedicineWise.(2001).Bupropion.,*AustralianPrescriber*,24,20-23.
doi:10.18773/austprescr.2001.012
- NSW Department of Health. (2006) National clinical guidelines for the management of drug use during pregnancy, birth and the early development years of the newborn.
- NSW: NSW Department of Health. (2008a). NSW Drug and Alcohol Withdrawal Clinical Practice Guidelines. NSW: NSW Department of Health.
- Reece-Stremtan, S., Marinelli, K., & The Academy of Breastfeeding Medicine. ABM clinical protocol #21: Guidelines for breastfeeding and substance use or substance use disorder. (2015). *Breastfeeding Medicine*, 10(3), 135-141. doi: 10.1089/bfm.2015.9992
- Rees, H. M., Morgan, C. J. A., & Curran, H. V. (2006). Delusional symptoms in ketamine users. *Journal of Psychopharmacology*, 20, 53.

- Tanum, L., Solli, K. K., Benth, J. S., Opheim, A., Sharma-Haase, K., Krajci, P., & Kunoe, N. (2017). Effectiveness of Injectable Extended-Release Naltrexone vs Daily Buprenorphine-Naloxone for Opioid Dependence: A Randomized Clinical Noninferiority Trial. *JAMA Psychiatry*, 74(12), 1197-1205. doi:10.1001/jamapsychiatry.2017.320
- Welle-Strand, G. K., Skurtveit, S., Jones, H. E., Waal, H., Bakstad, B., Bjarkø, L., & Ravndal, E. (2013). Neonatal outcomes following in utero exposure to methadone or buprenorphine: a National Cohort Study of opioid-agonist treatment of Pregnant Women in Norway from 1996 to 2009. *Drug & Alcohol Dependence*, 127(1), 200-206. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2012.07.001.
- World Health Organisation. (2008). Principles of drug dependence treatment. Vienna: United Nations Office on Drugs and Crime. Retrieved from <https://www.unodc.org/documents/drug-treatment/UNODC-WHO-Principles-ofDrug-Dependence-Treatment-March08.pdf>
- Youth Support and Advocacy Service (YSAS). (2016). Adolescent withdrawal guidelines. Melbourne, Victoria: Author. Retrieved from World Health Organization.
- WHO Report on the meeting on indicators for monitoring alcohol, drugs and other psychoactive substance use, substance attributable harm and societal response.
- "OBShmhGAP Intervention Guide Mental Health Gap Action Programme Version 2.0 pg.130.
- Statistikat nga Klinika Psikiatrike, Prishtinë 2021.

XVI. Shkurtesat

A&D	Alkool dhe Drogat tjera
AA	Alkoolist Anonim
ATS	Amphetamine-Type Stimulants
BD	Dy herë në ditë
DSM	Manuali Diagnostik dhe Statistikor i Çrregullimeve Mendore
GHB	Gamma-Hydroxybutyric Acid
HBV	Virusi i hepatitit B
HCV	Virusi i hepatitit C
HIV	Virusi i Imunodeficiencës Humane
IMAO	Antidepresiv treciklik (inhibitor të monoamine oxidazës)
MSH	Ministria e Shëndetësisë
OBSh	Organizata Botërore e Shëndetësisë
OJQ	Organizatat Jo - Qeveritare
PID	Përdorues injektues të Drogave
QID	Katër herë në ditë
QKUK	Qendra Klinike Universitare e Kosovës
QShM	Qendrat e Shëndetit Mendor
RSV	Reparti i Sëmundjeve të Varësisë
SNQ	Sistemi Nervor Qendror
SSRI	Antidepresiv treciklik (Selective serotonin reuptake inhibitors)
ShSUK	Shërbimi Spitalor Universitar i Kosovës
TDS	Tri herë në ditë
TMM	Terapia Mbajtëse me Metadon

XVII. Shtojca

Shtojca 1 – Pyetësi: Abstenimi subjektiv i Opiateve



Në përgjigje të simptomeve, bazuar në përvojat e mëposhtme, shkruani një numër nga 0-4 që korrespondon me atë se si ndiheni për secilën TANI.

- 0 = aspak
- 1 = pak
- 2 = mesatarisht
- 3 = pak a shumë
- 4 = jashtëzakonisht

Data:						
Koha:						
Nr.	Simptomet	Shkalla	Shkalla	Shkalla	Shkalla	Shkalla
1.	Ndihem i shqetësuar					
2.	Ndjehem sikur po gogësojë					
3.	Po djersitem					
4.	Sytë më përloten					
5.	Më rrjedh hunda					
6.	Kam rënqethje					
7.	Unë dridhem					
8.	Unë kam të nxehtë					
9.	Kam skuqe nga të nxehtit					
10.	Kam skuqe nga të ftoftit					
11.	Më dhembin muskujt dhe kockat					
12.	Ndihemi i nervozuar i shqetësuar					
13.	Ndihem konfuz					
14.	Më vjen të vjellë					
15.	Më dridhen/lëvizin muskujt					
16.	Kam ngërçe në stomak					
17.	Ndjejë dëshirë ta përdor tani					
Pikët totale						

Shtojca 2 – Pyetësi: Abstenimi i benzodiazepinës - Shkalla e Vlerësimit sipas pikëve (CIWA-B)

	0	1	2	3	4
Ndiheni nervoz?					
Ndiheni të lodhur?					
Ndiheni të tensionuar?					
Keni vështërsi të përqëndroheni?					
Keni humbje të oreksit?					
Keni ndonjë mpirje ose djegie në fytyrë, duar ose këmbë?					
A ndjeni të rrahurat e zemrës (palpitationet)?					
A ndjeni kokën e mbushur ose dhembje?					
Ndjeni dhimbje muskulore apo ngurtësi?					
Ndiheni në ankth, nervoz apo shqetësim?					
Ndiheni i mërzhitur?					
Sa i qetë ka qenë gjumi juaj mbrëmë?					
Keni ndonjë shqetësim në shikim? (ndjeshmëria ndaj dritës, shikimi i paqartë)?					
A keni frikë?					
Jeni shqetësuar për fatkeqësitë e mundshme kohët e fundit?					
Observimi/Vëzhgimi Klinik					
Vëzhgoni klientin për djersitje, shqetësim ose agjitim.					
Vëzhgojnë dridhjet.					
Vëzhgoni ndjesinë e shuplakave (pëllëmbëve).					

Shtojca 3 – Pyetësi: Abstinimi i Amfetaminës

Gjatë 24 orëve të fundit: (rrethoni një përgjigje për pyetje)

		Aspak (0)	Shumë pakë (1)	Pakë (2)	Shumë (3)	Shumë Shumë (4)
1.	Keni pasur dëshirë për amphetaminë apo metamfetamina?					
2.	Jeni ndier i trishtuar?					
3.	Keni humbur interesin për gjërat apo nuk kënaqeni më me to?					
4.	Jeni ndjerë në ankth?					
5.	A keni ndjerë sikur lëvizjet tuaja janë të ngadalta?					
6.	Jeni ndjerë i shqetësuar?					
7.	Jeni ndjerë i lodhur?					
8.	Ju është rritur oreksi apo jeni duke ngrënë shumë?					
9.	A keni pasur ndonjë ëndërr të pakëndshme?					
10.	Keni pasur mall/dëshirë për gjumë apo keni fjetur shumë?					

Shtojca 4 - Vlerësimi i abstinencës së Kanabisit – Shkalla

Përshkruajnë se si jeni ndjerë gjatë 24 orëve të fundit, ju lutemi rrethoni numrin që paraqet gjendjen tuaj. Për çdo deklaratë, ju lutemi vlerësoni ndikimin e kanabisit tij sipas shkallëve (0 = aspak në 10 = jashtëzakonisht), duke shkruar numrin në kolonë.

		Aspak	Moderuar	Jashtëzakonisht	Ndikim negativ në aktivitete ditore
1.	E vetmja gjë për të cilën mund të mendoja ishte pirja e kanabisit				
2.	Kisha dhimbje koke				
3.	Nuk kisha oreks				
4.	Ndjeva të përzier (si të vjella)				
5.	U ndjeve i nervozuar				
6.	Kam pasur disa shpërthime zemërimi				
7.	Kam pasur luhatje të humori				
8.	Ndihesha i dëshpëruar				
9.	Irritohesha lehtë/shpejtë				
10.	Kisha imagjinuar të isha i goditur me gurë				
11.	Ndihesha i shqetësuar				
12.	Zgjohesha herët				
13.	Kisha dhimbje barku				
14.	Kam pasur ankthe dhe/ose ëndrra të çuditshme				
15.	Jeta dukej e vështirë				
16.	U zgjova natën duke djersitur				
17.	Kisha vështirësi për të fjetur natën				

18.	U ndjeva fizikisht i tensionuar				
19.	Kam pasur afshe				

Shtojca 5 - Fagerström - Varësia nga Nikotina - Shkalla

Vlerësimi:

- 7 deri në 10 pikë = shumë i varur;
- 4 deri në 6 pikë = mesatarisht i varur;
- më pak se 4 pikë = varen minimalisht.

Pyetjet	Përgjigjet	Rezultati /Pikët
Pasi zgjoheni, sa shpejtë, (mbrenda sa minutave) e pini cigaren tuaj të parë?	Brenda 5 minutave 6-30 minuta 31-60 minuta	3 2 1
A e keni të vështirë të përmbaheni nga pirja e duhanit në vendet ku është e ndaluar (p.sh., në institucione fetare, në bibliotekë, në kinema)?	PO JO	1 0
Në cilën kohë (gjatë ditës) cigaren do të urreni më shumë ta largoni?	Të parën në mëngjes, apo tjetrën	1 0
Sa cigare i pini në ditë?	0 ose më pak 11-20 21-30 31 ose më shumë	0 1 2 3
A pini duhan më shpesh në orët e para të mëngjesit / pas zgjimit sesa gjatë pjesës tjetër të ditës?	PO JO	1 0
A pini duhan nëse jeni aq i sëmure që pjesën më të madhe të ditës e kaloni në shtrat	PO JO	1 0