



I01 Training Materials

RENUNȚAREA LA FUMAT ȘI CONSUMUL DE SUBSTANȚE PENTRU PREGATIREA SARCINII

Cuprins

OBIECTIVE

1. Descriere generală a consumului de substanțe și tutun
 - 1.1. Context. Descriere/definiție a consumului de substanțe și tutun
 - 1.2. Impactul dovedit al consumului de substanțe și tutun asupra sănătății sarcinii/mamei/copilului
 - 1.3. Sursa comportamentului negativ – cum începe un comportament, în general
2. Principalele cercetări/studii privitoare la consumul de substanțe și tutun
 - 2.1. Concluzii privind aspectele negative ale comportamentelor viitorilor părinți legate de consumul de substanțe și tutun și impactul asupra sănătății copiilor
 - 2.2 Concluzii privind comportamentele pozitive legate de consumul de substanțe și tutun și impactul asupra sănătății copiilor
3. Recomandări (OMS) Exemple de intervenții bazate pe dovezi
4. Cum se poate schimba comportamentul – rolul profesioniștilor
5. Educație pentru viitorii părinți/populație pentru un stil de viață sănătos privitor la consumul de substanțe și tutun și în general – rolul programelor educaționale, rolul comunității, al școlilor. Cum poate fi răspândită informația
6. Bibliografie



OBIECTIVE

La finalul modului, participanții vor fi capabili să:

1. Definească consumul de substanțe și tutun
2. Identifice impactul consumului de substanțe și tutun asupra sănătății sarcinii/mamei/copilului
3. Explice și înțeleagă sursa comportamentului negativ – cum începe un comportament, în general
4. Enumere recomandările (OMS) Exemple de intervenții bazate pe dovezi asupra consumului de substanțe și tutun
5. Identifice cum se poate schimba comportamentul legat de consumul de substanțe și tutun
6. Facă educație pentru viitorii părinți/populație pentru un stil de viață sănătos privind consumul de droguri și tutun și în general –
7. Să identifice rolul programelor educaționale, rolul comunității, al școlilor și modul cum poate fi răspândită informația

1. Descriere generală a consumului de droguri și tutun

1.1 Context /Descriere/ definiție a consumului de droguri și tutun

Uzul de substanțe este orice consum de alcool sau droguri (1). Include substanțe precum droguri ilegale (de exemplu, cannabis, marihuana, heroină, metamfetamine, opioide, cocaină), medicamente eliberate pe bază de rețetă, țigări, solvenți și inhalanți (2). Consumul de substanțe poate să nu fie o problemă sau să ducă la abuz sau dependență la unele persoane (3). Consumul de substanțe nu duce întotdeauna la dependență; mulți oameni consumă ocazional alcool sau anumite droguri fără a fi dependenți. Cu toate acestea, consumul de substanțe este însoțit întotdeauna de riscul ca aceasta să ducă la dependență (1). F. Scott Fitzgerald a descris pe scurt povestea unei dependențe: *“Mai întâi iei o băutură, apoi băutura ia o băutură, apoi băutura te ia pe tine.”*



Tutunul se referă la frunzele plantei de tutun care au fost uscate și procesate pentru ca oamenii să le răsucescă și să le fumeze (4). Frunzele tutunului cultivat reprezintă ingredientul principal în țigări și, bineînțeles, în tutunul de mestecat și prizat. Deși istoria fumatului datează din anul 5000 î.e.n. (ritualuri șamanice în America), europenii au descoperit tutunul abia în secolul al XVI-lea. Un alt scriitor, Mark Twain, a subliniat provocarea pe care o poate aduce această dependență: „*Renunțarea la fumat este cel mai ușor lucru din lume. Știu pentru că am făcut-o de mii de ori*”.

Tutunul conține nicotină, un ingredient care poate duce la dependență, motiv pentru care atât de mulți oameni care consumă tutun consideră că este dificil să renunțe la fumat. Există, de asemenea, multe alte substanțe chimice potențial dăunătoare care se găsesc în tutun sau sunt produse prin arderea acestuia (4). Otrăvurile, metalele toxice și agenții cancerigeni (carcinogeni) pătrund în fluxul sanguin cu fiecare fum aspirat. (76). Unele substanțe nocive care pot fi găsite în fumul de țigară sunt: gaze otrăvitoare - cum ar fi monoxidul de carbon sau acidul cianhidric, metale toxice (cadmiu, arsenic) și metale radioactive toxice (plumb). Și aproximativ 70 dintre substanțele chimice conținute în țigări sunt cunoscute ca fiind cauzatoare de cancer (benzen, formaldehidă, clorură de vinil etc.). (77)

1.2. Impactul dovedit al consumului de substanțe și tutun asupra sănătății sarcinii/mamei/copilului

Consumul de substanțe în timpul sarcinii rămâne o problemă semnificativă de sănătate publică, care este legată de mai multe consecințe dăunătoare asupra fătului și mamei (6). Dependența de droguri în timpul sarcinii și postpartum va produce, fără îndoială, efecte asupra sănătății mamei și a copilului. (5). Cea mai frecvent utilizată substanță în timpul sarcinii este tutunul, urmat de alcool, cannabis și alte substanțe ilegale. Daunele produse în timpul sarcinii prin consumul acestor substanțe depind de drogul utilizat și de gradul de utilizare, precum și de punctul de expunere la acesta (6).

Dacă voi, ca viitori părinți, sunteți consumatori de tutun, alcool sau alte substanțe, fiți conștienți de faptul că, drept urmare, copilul dumneavoastră nu va avea de ales și va deveni și el un consumator care va suferi toate consecințele acestor dependențe.

Unii părinți cred că în perioada de pre-concepție comportamentul lor nu dăunează viitorului copil. Chiar dacă vorbim despre un interval de luni sau ani în preajma concepției, stilul de viață al viitorilor părinți ar putea influența mult sănătatea urmașilor lor. Se știe deja că alcoolul și fumatul pot deteriora sperma care este produsă continuu într-un ciclu de 74 de zile; dacă este conceput în acea perioadă, copilul ar putea prezenta un risc crescut de a-i fi afectată sănătatea.



Tutunul: Este deja cunoscut faptul că fumatul în timpul sarcinii dăunează sănătății mamei și nou-născutului, dar toate aceste consecințe ar putea fi prevenite dacă mama își înțelege responsabilitatea și încetează să fumeze cât mai curând posibil. Un scriitor creștin a spus că „fiecare dintre noi ar trebui să se gândească la viitor. Fiecare fum de țigară este ca un alt ticăit al unei bombe cu ceas ce va declanșa consecințe teribile”. Fumatul matern în timpul sarcinii este considerat a fi unul dintre cei mai importanți factori ce determină apariția complicațiilor în timpul sarcinii și este asociat cu un scor nefavorabil la naștere, comparativ cu sarcina la femei nefumătoare. Mai exact, fumatul în timpul sarcinii crește probabilitatea de placentă praevia, abrupție placentară, sarcină ectopică (7) și ruperea prematură a membranelor (PRM) (7-9)). Prin urmare, femeile însărcinate care fumează prezintă un risc crescut de avort spontan (4,8, 10,11).

De asemenea, fumatul în timpul sarcinii transferă către copil monoxid de carbon, nicotină și alte substanțe chimice dăunătoare, astfel încât poate provoca multe disfuncționalități în dezvoltarea copilului nenăscut (12). Este asociat cu limitarea creșterii fetale (8,9) și crește riscul de mortalitate la naștere/perinatală, de naștere prematură sau sugari cu greutate mică la naștere (4,5,7,12) sau cu defecte congenitale (12).

Potențialii tați care fumează pot crește riscul apariției de defecte cardiace congenitale la viitorii lor copii, potrivit unui studiu publicat recent în Jurnalul European de Cardiologie Preventivă, un jurnal al Societății Europene de Cardiologie (ESC). Pentru viitoarele mame, atât fumatul cât și expunerea la fumatul pasiv au fost dăunătoare.

În plus, fumatul poate afecta bebelușii după ce se nasc. Pe măsură ce acești copii cresc, prezintă o gamă largă de probleme de sănătate, inclusiv obezitate, boli respiratorii/astm (8, 10-12), **capacitate pulmonară redusă**, supraponderalitate, dependență de tutun (8, 10,11), tulburarea de hiperactivitate cu deficit de atenție (ADHD), hipertensiune arterială, (4,7), probleme de învățare (4), de comportament (7, 8, 10), tulburări cognitive, viitoare tulburări de fertilitate a sugarilor de sex masculin, anomalii congenitale și autism infantil, în cazul mamelor ce fumează zilnic la începutul sarcinii (7). Există, de asemenea, un risc mai mare de deces din cauza sindromului de moarte subită a sugarului (SIDS) (7,8,12).

Fumatul matern poate dăuna și sănătății mamei. Poate determina apariția bronșitei cronice, a cancerului pulmonar și emfizemului. Crește riscul de boli cardiace, ceea ce poate duce la accident vascular cerebral sau infarct. Fumatul a fost, de asemenea, asociat și cu alte tipuri de cancer, leucemie, cataractă, diabet de tip 2 și pneumonie. Toate aceste riscuri apar în cazul folosirii oricărui produs afumat, inclusiv a tutunului pentru narghilea. Narghilea cuprinde un instrument cu una sau mai multe tije flexibile, destinat vaporizării și fumatului de tutun aromat, și chiar de cannabis sau, câteodată, de opiu, ai carui vapori (sau fum) sunt trecuți printr-un bazin cu apă – adesea



fabricat din sticlă – înainte de inhalare. Tutunul fără fum crește riscul de cancer, în special cel de cancer bucal (4). Expunerea la fumatul pasiv, fie că fumul provine de la capătul care arde al produsului din tutun sau din aerul expirat de către persoana care fumează, poate provoca probleme de sănătate, cum ar fi tuse, flegmă, reducerea funcției pulmonare, pneumonie, bronșită și poate duce la cancer pulmonar și boli cardiace (4).

Alcool: Nu există o cantitate de alcool care să fie considerată sigură pentru consum în timpul sarcinii. Consumul de alcool în această perioadă poate determina nașterea unui copil cu sindrom alcoolic fetal (FASD). Copiii cu FASD pot avea o multitudine de probleme comportamentale, fizice și de învățare (12). Consumul de alcool episodic care implică cel puțin 4 băuturi într-o zi în timpul sarcinii poate crește riscul de apariție a problemelor de sănătate mintală a copilului și a unui nivel scăzut al realizării academice, chiar dacă nivelurile medii zilnice de consum de alcool sunt scăzute (13). Cum se simte o mamă care a băut în timpul sarcinii când se uită la fața copilului ei? Ea va trebui să privească tot restul vieții ei urmările comportamentului ei nesăbuit ...

Droguri ilegale: Utilizarea drogurilor ilegale, cum ar fi metamfetaminele și cocaina, poate genera copii subponderali, defecte congenitale sau simptome de sevraj după naștere (12).

Utilizarea greșită a medicamentelor eliberate pe bază de rețetă: luarea medicamentelor eliberate pe bază de rețetă de către femeile însărcinate, fără respectarea instrucțiunilor furnizorului lor de servicii medicale, poate reprezenta un pericol dacă iau mai multe medicamente decât ar trebui, dacă le folosesc pentru a se droga sau dacă iau medicamentele altcuiva. De exemplu, utilizarea greșită a opioidelor poate provoca sevrajul la copil, defecte congenitale sau chiar pierderea copilului, sau simptome de sevraj după naștere (12).

1.3 Sursa comportamentului negativ – cum începe un comportament, în general

Factori socioculturali: Există mulți factori socio-culturali care influențează consumul de droguri și alcool. Ei tratează impactul culturii și societății asupra adicțiilor. Presiunea anturajului poate influența consumul. Dacă are prieteni care consumă droguri sau beau alcool, cresc semnificativ șansele ca o persoană să facă același lucru (1). Există, de asemenea, segmente ale societății pentru care alcoolul și drogurile sunt văzute ca o evadare. Celebritățile sunt deseori prinse într-un ciclu de dependență de droguri și alcool pe care îl folosesc ca modalitate de a scăpa de presiunea determinată de strădania de a fi perfecte pentru camerele foto (1). De asemenea, condițiile familiale nefavorabile, inclusiv nivelurile scăzute de supraveghere parentală și familiile monoparentale, au fost asociate cu ambele: atât cu inițierea fumatului, cât și cu inițierea consumului de alcool. Condițiile familiale nefavorabile în timpul copilăriei sunt, de asemenea, legate de inițierea consumului ilicit de substanțe, deși mai multe studii au constatat că drogurile ilicite care circulă în



grupurile de colegi sunt asociate în cea mai mare măsură cu inițierea consumului ilicit de substanțe (14).

Factori psihodinamici: Pe lângă factorii socioculturali care influențează dependența, există și factori psihodinamici care contribuie la dependența unei persoane. Factorii psihodinamici sunt trecutul persoanei, problemele emoționale și tulburările psihologice. Trecutul persoanei și problemele emoționale sunt adesea legate între ele. O persoană care a suferit abuzuri, de exemplu, s-ar putea simți neputincioasă și speriată. Ar putea apela apoi la droguri sau alcool pentru a face față acestor sentimente (1). Adesea, factorii psihodinamici sunt subconștienți. Adică, o persoană nu realizează că folosește droguri și alcool pentru a face față problemelor pe care le are cu trecutul. De fapt, o persoană s-ar putea să nu-și dea seama că are probleme cu trecutul său! (1). De asemenea, o sarcină nedorită a fost asociată cu fumatul de țigări în timpul sarcinii, dar nu și cu alte forme de consum de substanțe (15). În plus, un scurt profil al personalității de risc, Scala profilului de risc pentru utilizarea substanțelor, a constatat că lipsa de speranță, impulsivitatea și vânătoria de senzații au fost în mod pozitiv legate de consumul actual și viitor de substanțe; în timp ce una, sensibilitatea la anxietate, a fost legată negativ (16).

2 Principalele cercetări/studii privitoare la consumul de substanțe și tutun

2.1. Concluzii privind aspectele negative ale comportamentelor viitorilor părinți legate de consumul de substanțe și tutun și impactul asupra sănătății copiilor

Consumul prenatal de substanțe este o problemă importantă de sănătate publică asociată cu mai multe efecte nocive asupra mamei și a fătului. Cea mai utilizată substanță în timpul sarcinii este tutunul, urmat de alcool, canabis și alte substanțe ilegale (6).

Fumatul

O mare meta-analiză din 2011 de la University College of London privind efectele fumatului matern asupra fătului, a folosit o sută șaptezeci și două de articole (a inclus studii observaționale care au fost publicate între anii 1959-2010): un total de 173 687 cazuri de malformații și 11 674 332 de controale neafectate. S-au găsit asociații pozitive semnificative cu fumatul matern și pentru defecte cardiovasculare/cardiace, defecte musculo-scheletale, defecte de scurtare a membrilor, degete lipsă/suplimentare, picior strâmb, craniosinostoză, defecte faciale, defecte oculare, fisuri orofaciale, defecte gastro-intestinale, gastroschisis, atrezie anală, hernie testiculară și testicule necoborâte (17).

O altă cercetare, realizată de Wehby G. L., Prater K.K., McCarthy A.M. și colab., (2011), a evaluat efectele fumatului matern din timpul sarcinii asupra neurodezvoltării copilului între 3 și 24 de luni și interacțiunile cu statutul socio-economic (SES). Acesta a inclus 1.584 de copii cu vârste cuprinse între 3 și 24 de luni care au participat la 24 studii clinice pediatrie în Argentina (671 sugari), Brazilia (525 sugari) și Chile (388 sugari) pentru îngrijirea de rutină a copiilor în 2005 și 2006.



Rezultatele au arătat că fumatul are efecte adverse mari asupra neurodezvoltării, cu efecte mai mari în eșantionul SES scăzut. Astfel, fumatul matern în timpul sarcinii poate reduce semnificativ neurodezvoltarea timpurie a copilului (18).

În plus, un studiu a examinat dacă efectul fumatului matern din timpul sarcinii asupra greutateii la naștere a descendenților a fost mediat de modificările induse de fumat la metilarea ADN-ului în sângele din cordonul ombilical. Mai întâi s-a folosit sânge din cordonul ombilical de la 129 de copii olandezi expuși fumatului matern, comparativ cu 126 neexpuși fumatului matern și patern (53% bărbați) care au participat la cohorta de naștere GECKO Drenthe. Metilarea ADN-ului a fost măsurată folosind Illumina Human Methylation 450 Beadchip. Analiza funcțională a rețelei de studii a sugerat un rol în activarea sistemului imunitar. În plus, s-a observat un potențial rol mediator al metilării ADN-ului în asocierea dintre fumatul matern în timpul sarcinii și greutatea la naștere a descendenților. În final, această rețea de date și studiul detaliat al informațiilor au indicat faptul că fumatul la mamă poate induce un răspuns imun celular la făt. În concluzie, fumatul matern în timpul sarcinii a fost asociat cu diferențe de metilare a sângelui din cordonul ombilical (19).

Consumul de substanțe

Impactul consumului matern de substanțe este reflectat în Ancheta Națională 2002-2003 privind Consumul de Droguri și Sănătate. Dintre femeile însărcinate din grupa de vârstă 15-44 ani, 4,3%, 18% și 9,8% au consumat droguri ilicite, tutun și, respectiv, alcool. Efectele din perioada neonatală includ o scădere a parametrilor de creștere și amplificări ale semnalelor sistemului nervos central și ale sistemului nervos autonom, precum și înmulțirea sesizărilor către Agențiile de protecție a copilului. În copilărie, efecte cognitive și comportamentale sunt observate după expunerea prenatală la cocaină; alcoolul și tutunul au efecte separate și specifice. Consumul constant de alcool și tutun de către îngrijitor afectează comportamentul din copilărie. Prin urmare, ar trebui depuse eforturi pentru a preveni și trata problemele de comportament, dar și pentru a limita apariția consumului de droguri la copiii adolescenți născuți din femeile care consumă droguri în timpul sarcinii (20).

S-a realizat un studiu retrospectiv cu grup de control, intraspitalicesc, pe 280 de cazuri ADHD (tulburare de hiperactivitate cu deficit de atenție) și grup de control non-ADHD de 242 de copii aparținând ambelor sexe. Copiii cu ADHD și cei din grupul de control, precum și rudele acestora, au fost evaluați sistematic cu interviuri de diagnostic structurate. Rezultatele au arătat că ADHD (tulburarea de hiperactivitate cu deficit de atenție) poate fi o altă consecință dăunătoare asociată cu expunerea prenatală la alcool, independentă de asocierea dintre expunerea prenatală la nicotină și produse afumate și de alți factori de risc familial pentru boală (21).

O altă cercetare a implicat interviuarea femeilor care au născut în spitalele din Washington DC în 1992. Rezultatele arată că istoricul de avort indus a fost asociat cu un risc crescut pentru



consumul matern de substanțe sub diferite forme, întrucât alte forme de pierdere perinatală (avort spontan și moarte la naștere) nu au fost legate de consumul de substanțe (15).

Baily B.A, McCook J.G., Hodge A. și Mc Grady L. (2011) au examinat impactul consumului de tutun în timpul sarcinii, în raport cu consumul de droguri ilicite, asupra rezultatelor nașterii. Femeile ($n = 265$) au fost recrutate la intrarea în perioada de îngrijire prenatală, informațiile despre istoric și consumul de substanțe fiind colectate în timpul sarcinii. Dintre femeile care au fumat, medie ajustată a creșterii greutateii la naștere a fost de 163 g pentru cele care nu consumă droguri ilicite tari, și de 352 g pentru cele care nu fumează. În rândul femeilor însărcinate care consumă substanțe, renunțarea la fumat poate avea un impact mai mare asupra greutateii la naștere decât eliminarea consumului ilicit de droguri (22).

În plus, *Shankaran S., Das A., Bauer C.R., Henrietta S. Bada H. S. și colab. (2004)*, în cercetările lor, au determinat efectele tiparelor de consum de droguri pe durata sarcinii până la termen asupra parametrilor de creștere a copilului la naștere. Un total de 241 de femei expuse la cocaină și 410 femei non-expuse la cocaină au participat la studiu. În grupul expus la cocaină, 90% au consumat tutun, 75% au consumat alcool și 53% au consumat marijuana; în grupul non-expus la cocaină, 57% au consumat alcool, 34% au consumat tutun și 19% au consumat marijuana. Greutatea la naștere, lungimea la naștere și circumferința capului au fost semnificativ mai mari în rândul sugurilor născuți de femei care nu consumau droguri, comparativ cu femeile care au consumat, în orice cantitate, cocaină, opiacee, alcool, tutun sau marijuana, și, de asemenea, au fost mai mari în rândul sugurilor născuți de mamele care nu au consumat cocaină, comparativ cu cele consumatoare de cocaină. În concluzie, obiceiul de a consuma tutun în timpul sarcinii afectează lungimea, greutatea la naștere și circumferința capului, în timp ce cocaina afectează greutatea la naștere și mărimea capului, când se fac ajustări pentru alte variabile inclusiv consumul multi-drog (23).

Canabisul este cel mai uzual drog ilicit consumat de către femeile însărcinate. Expunerea intrauterină la cannabis poate induce riscuri pentru fătul în curs de dezvoltare. A fost demonstrată importanța creșterii intrauterine asupra dezvoltării psihologice și comportamentale ulterioare a copilului (24). În plus, un studiu pe eșantion extras din populație a examinat relația dintre consumul matern de cannabis și creșterea fetală până la naștere. Aproximativ 7.452 de mame s-au înscris în timp ce erau însărcinate și au furnizat informații despre consumul de substanțe și creșterea fetală. Consumul matern de cannabis în sarcină s-a constatat că se asociază cu restricții de creștere în stadiile mijlocii și târzii ale sarcinii și cu greutate mai mică la naștere. Această reducere a creșterii a fost mai pronunțată pentru feteșii expuși la consumul continuu de cannabis matern pe durata sarcinii. Greutatea fetală la feteșii expuși la cannabis a arătat o reducere a creșterii de -14,44 g/săptămână (interval de încredere de 95% -22,94 până la -5,94, $p = 0,001$) și circumferința capului



(-0,21 mm/săptămână, interval de încredere de 95% -0,42 până la 0,02, $p = 0,07$), comparativ cu feteșii non-expuși. Consumul matern de canabis în timpul sarcinii a dus la o restricție de creștere mai pronunțată decât consumul matern de tutun. Consumul patern de canabis nu a fost asociat cu limitarea creșterii fetale. În concluzie, consumul matern de canabis, chiar și pentru o perioadă scurtă de timp, poate fi asociat cu mai multe efecte adverse asupra creșterii fetale intrauterine (24).

2.2 Concluzii privind comportamentele pozitive legate de consumul de substanțe și tutun și impactul asupra sănătății copiilor

Rezultatele combinate ale studiilor de intervenție comportamentală indică faptul că tratamentul a redus numărul de nașteri premature și proporția de sugari născuți cu greutate redusă la naștere, comparativ cu îngrijirea obișnuită (25). Această concluzie este susținută de o analiză a rezultatelor combinate din studii privind gravide fumătoare dezavantajate economic, care au constatat că stimulentele bazate pe voucher au îmbunătățit creșterea fetală estimată sonografic, greutatea la naștere, procentul nașterilor cu greutate mică la naștere și durata alăptării (26,27).

3 Recomandări (OMS) Exemple de intervenții bazate pe dovezi Consumul de substanțe și tutun – de evitat

Consumul de tutun - Exemple de intervenții bazate pe dovezi

Oferirea de scurte îndrumări privind renunțarea la tutun, farmacoterapie (inclusiv terapie de înlocuire a nicotinei) și servicii intensive de consiliere comportamentală

Tratamentele eficiente, incluzând atât terapii comportamentale, cât și medicamente aprobate de către FDA (Food and Drug Administration), pot duce la renunțarea permanentă la fumat. Cercetările indică faptul că fumătorii care primesc o combinație de tratament comportamental asociat cu medicamente renunță la fumat în proporție mai mare decât cei care primesc o intervenție minimală (28). Intervențiile de tipul **sfaturilor succinte privind renunțarea la tutun** primite de la un lucrător în domeniul sănătății, de tipul liniilor telefonice de asistență, de tipul mesajelor text automatizate și al materialor tipărite de auto-ajutorare pot facilita, de asemenea, renunțarea la fumat (29). Intervențiile care utilizează dispozitive mobile și rețelele sociale arată, de asemenea, promițător în ce privește stimularea renunțării la tutun (30). Este important ca tratamentul consacrat renunțării la fumat să fie cât mai individualizat posibil, deoarece unii oameni fumează pentru a evita efectele negative ale sevrajului, în timp ce alții sunt mai motivați de aspectul de recompensă al fumatului (31).



Tratamente comportamentale. Tratamentele comportamentale utilizează o varietate de metode pentru a ajuta oamenii să renunțe la fumat, de la materiale de auto-ajutorare până la consiliere. Aceste tratamente îi învață pe oameni să recunoască situațiile cu risc ridicat și să dezvolte strategii pentru a le face față. De exemplu, persoanele care stau împreună cu alți fumători au mai multe șanse să fumeze și este mai puțin probabil să renunțe (4). **Consilierea comportamentală** este oferită, în mod curent, de către specialiști în renunțarea la fumat, timp de patru până la opt sesiuni (32). Atât consilierea personală cât și cea telefonică s-au dovedit benefice pentru pacienții care primesc, de asemenea, medicație antifumat (33).

Un studiu a urmărit să sintetizeze dovezile referitoare la eficacitatea intervențiilor în amplificarea măsurilor de îngrijire, în vederea renunțării la fumat, din spitale. Lucrarea a identificat studii relevante publicate între anii 1994 și 2006. Meta-analiza testelor controlate a demonstrat un efect semnificativ al intervenției pentru acordarea de asistență și consiliere în vederea renunțării la fumat (diferență de risc combinată = 16,6, CI = 4,9-28,3), dar nu pentru evaluarea stadiului de adicție, sfătuirea pentru renunțare, furnizarea celor necesare sau discuția despre NRT (nicotine replacement therapy). Intervențiile pot fi eficiente în creșterea acordării de rutină a asistenței medicale, în scopul renunțării la fumat, în spital (34).

Serviciile UK Stop Smoking Services (SSS) oferă acces la ajutor gratuit la punctul de consum pentru a renunța la fumat. Consilieri instruiți oferă sprijin și consiliere și pot prescrie o varietate de medicamente împotriva fumatului. Aceste servicii au fost înființate în 1999 pentru a reduce decesele, în special pe cele datorate cancerului și bolilor coronariene. Peste 724.247 de persoane au accesat serviciile din Anglia între aprilie 2012 și martie 2013, astfel încât serviciile Stop Smoking au prevenit peste 18.000 de decese premature într-un singur an. Clienții au fost foarte mulțumiți de servicii conform unui sondaj de urmărire a gradului de satisfacție al clienților. Cele mai mari șanse de succes provin din frecventarea specialiștilor care sunt instruiți să ofere cel mai bun sprijin. Unii fumători au nevoie de acest ajutor suplimentar pentru a renunța la fumat, astfel încât investițiile continue în aceste servicii sunt vitale pentru ca mai mulți oameni să renunțe la fumat definitiv (35).

Terapia cognitiv-comportamentală (TCC) - TCC ajută pacienții să identifice factorii declanșatori - oamenii, locurile și lucrurile care stimulează comportamentul - și îi învață abilități de prevenire a recăderii (de exemplu, tehnici de relaxare) și strategii eficiente de adaptare pentru a evita să fumeze ca reacție în fața unor triggeri și a situațiilor stresante (36). Un studiu care a făcut o comparație între TCC și educația de bază pentru sănătate a observat că ambele intervenții au redus dependența de nicotină (37).

Interviul motivațional (MI) - În IM, consilierii îi ajută pe pacienți să exploreze și să-și rezolve ambivalența cu privire la renunțarea la fumat și sporește motivația acestora de a face schimbări



sănătoase. IM este axat pe pacient și nonagresiv, iar practicienii scot în evidență discrepanțele dintre valorile sau obiectivele pacienților și comportamentele lor curente. Ei se adaptează la rezistența pacienților la schimbare și încurajează autoeficacitatea și optimismul (36). Studiile privind IM au sugerat că această intervenție are ca rezultat rate mai mari de renunțare decât sfaturile esențiale vizând oprirea fumatului sau îngrijirea obișnuită (38).

Mindfulness - În tratamentele pentru renunțarea la fumat bazate pe mindfulness, pacienții învață să-și crească nivelul de conștientizare a gândurilor și detașarea de acestea, precum și de senzațiile și poftele care pot duce la recidivă (39). Interesul pentru tratamentele bazate pe mindfulness a crescut în ultimul deceniu, iar studiile arată că această abordare aduce beneficii sănătății mentale per ansamblu și poate ajuta la prevenirea recăderilor (40).

Mesajele text, serviciile bazate pe web și suportul social media - Tehnologia, inclusiv telefoanele mobile, internetul și platformele de socializare, pot fi utilizate pentru a oferi intervenții în direcția renunțării la fumat. Aceste tehnologii au puterea de a spori accesul la asistență prin extinderea activității consilierilor și depășirea barierelor geografice care pot împiedica oamenii să intre în tratament (4).

Un studiu al literaturii despre intervențiile de renunțare la fumat bazate pe tehnologie (computer personal, internet și telefon mobil) a constatat că aceste modalități de sprijin pot crește probabilitatea ca adulții să renunțe la fumat, comparativ cu lipsa intervenției sau cu folosirea doar a informațiilor de auto-ajutorare, și pot reprezenta un adjuvant eficace al altor tratamente, cu un cost avantajos (41). O tehnologie nu trebuie neapărat să fie recentă sau foarte sofisticată pentru a contribui la creșterea numărului de persoane care au renunțat la fumat. De exemplu, studiul sugerează că adulții care primesc încurajări, sfaturi și mici trucuri secrete privind renunțarea la fumat prin mesaje text - o funcție care există chiar și pe cele mai elementare dispozitive mobile - prezintă rate de renunțare îmbunătățite în comparație cu loturile de control (42).

Un studiu sistematic și o meta-analiză a studiilor randomizate publicate despre intervenții bazate pe tehnologie - inclusiv internet, programe de calculator, telefon și mesagerie text - pentru renunțarea la fumat în rândul acestei populații au constatat că cele menționate mai anterior au crescut abținerea de 1,5 ori mai mult decât a crescut cea a subiecților de comparație (2) .

Terapia de înlocuire a nicotinei: Terapiile de înlocuire a nicotinei (NRT) au fost primele medicamente pe care Administrația SUA pentru Alimente și Medicamente (FDA) le-a aprobat pentru utilizarea în terapia antifumat (4). Produsele NRT furnizează suficientă nicotină pentru a ajuta la ameliorarea simptomelor de sevraj. Produsele actuale NRT aprobate de FDA includ gumă de mestecat (o gumă de mestecat care oferă o doză de nicotină pe cale orală și de obicei efectul durează aproximativ 30 de minute), plasture transdermic (un plasture de nicotină se aplică direct



pe piele și oferă niveluri stabile de nicotină toată ziua), spray-uri nazale (pulverizate în nări la fiecare 1-2 ore, oferind niveluri de vârf rapide de nicotină), inhalatoare (dispozitive care emit puff-uri, absorbind nicotina în gură și în gât) și pastile (similare gumei de nicotină, pastilele administrează nicotină pe cale orală) (44). NRT-urile furnizează o doză controlată de nicotină pentru ameliorarea simptomelor de sevraj în perioada în care persoana se străduiește să se lase de fumat (4,44).

Un program de renunțare la fumat a fost conceput cu scopul de a crește ratele de renunțare la fumat la populațiile vulnerabile, dezavantajate. Programul a folosit instrucțiuni bazate pe dovezi, terapia de înlocuire a nicotinei (NRT), asistența și urmărirea individualizată și a fost implementat într-o clinică gratuită. Factorii care declanșau dorința de a fuma la participanți au inclus stresul, emoțiile negative, obiceiurile și dificultatea de a renunța. Participanții au fost satisfăcuți de resursele, sprijinul și comoditatea programului de renunțare la fumat și au preferat plasturi de nicotină în locul gumei de nicotină. (45).

Alte medicamente: Bupropionul (Zyban®) și Vareniclina (Chantix®) sunt două medicamente ce nu conțin nicotină aprobate de FDA, care au ajutat oamenii să renunțe la fumat. Aceștia vizează receptorii de nicotină din creier, ușurând simptomele de sevraj și blocând efectele nicotinei dacă oamenii încep să fumeze din nou (43,44).

Combinatii de medicamente - O meta-analiză a constatat că o combinație de Vareniclină și NRT (în special, asigură un platură de nicotină înainte de a renunța la fumat) a fost mai eficientă decât Vareniclina singură (46).

Abordarea terapeutică „5A” (întrebați, sfătuiți, evaluați, asistați, aranjați - ask, advise, assess, assist, arrange) O abordare terapeutică „5 A” poate fi pusă în aplicare într-o perioadă scurtă de timp în ambulatorii și discută despre utilizarea terapiei de substituție a nicotinei (47).

Combinatie de tratament fiziologic și psihologic

Un studiu dezvoltă și evaluează rezultatele unui program de renunțare la fumat care oferă o combinație de tratament fiziologic și psihologic în contextul unui grup de sprijin pe termen scurt. În acest studiu, zece fumători adulți au fost recrutați prin intermediul unor reclame difuzate la televiziunea locală pe o perioadă de șapte zile și a o mie de pliante care au promovat oferta de asistență gratuită pentru a renunța la fumat. Programul de trei luni a constatat din trei sesiuni lunare de grup, plasturi gratuită cu nicotină, consiliere telefonică de către asistenții medicali din domeniul sănătății publice și interviuri telefonice efectuate de către voluntari din domeniul sănătății comunitare. La controlul de la 9 luni, cinci din cei zece participanți (50%) erau abstinenți, iar trei (30%) au scăzut consumul de țigări cu cel puțin 49% față de nivelurile lor de la testarea



preliminară. Prin urmare, 80% dintre participanți și-au schimbat comportamentul în domeniul fumatului (48).

Renunțarea la fumat în cazul femeilor gravide Femeile însărcinate care fumează dezvoltă un risc considerabil pentru copiii lor - și acest risc crește în funcție de numărul de țigări fumate zilnic. Întrucât, în mod ideal, femeile nu ar trebui să primească niciun medicament în timpul sarcinii, au fost concepute numeroase programe de renunțare la fumat care sunt bazate exclusiv pe acordarea de consiliere femeilor. Datele obținute în 37 de studii, incluzând 16.916 femei, oferă motive pentru a fi optimiști: o reducere semnificativă a fumatului (renunțarea la fumat) a fost obținută prin consiliere medicală în 34 de studii (OR = 0,53; IC: 0,47-0,60), iar procentul de femei care au continuat să fumeze a fost redus cu 6,4% (49). În 8 studii cu renunțare la fumat validată, consiliere intensivă și criterii de evaluare foarte stricte, procentul femeilor care au continuat să fumeze a scăzut cu 8,1% (OR = 0,53; IC: 0,44-0,63) (49). Subsetul de studii cuprinzând informații despre efectele asupra fătului a relevat reduceri ale numărului de cazuri de greutate scăzută la naștere (OR = 0,80; IC: 0,67-0,95) și de naștere prematură (OR = 0,83; IC: 0,69-0,99) precum și o creștere a greutateii medii la naștere de 28 g (9-49 g). Prin urmare, în final, aceste tehnici pot fi considerate utile pentru reducerea mortalității perinatale (50).

Un alt studiu a arătat că tratamentele comportamentale sunt eficiente, în timp ce farmacoterapiile au doar un succes de mică anvergură (51). O combinație de stimulente și consiliere comportamentală este cea mai eficientă pentru femeile însărcinate (52). Adăugarea de vouchere la îngrijirea de rutină (care a inclus terapie gratuită de înlocuire a nicotinei timp de 10 săptămâni și patru apeluri telefonice de asistență săptămânale) a făcut să se dubleze numărul de cazuri de renunțare la fumat în timpul sarcinii, ba chiar mai mult (53). Rezultatele combinate ale studiilor de intervenție comportamentală indică faptul că tratamentul a redus nașterile premature și proporția de sugari născuți cu greutate mică la naștere, comparativ cu îngrijirea obișnuită (25,26).

Consumul de substanțe psihoactive – Exemple de intervenții bazate pe dovezi

Parteneriat asistentă-familie: Un program axat pe copiii cu vârste mai mici de 5 ani - *Parteneriatul asistentă-familie* a arătat reduceri semnificative ale consumului de alcool în anii adolescenței în comparație cu cei care nu au primit intervenția (54). Acest program de prevenire selectivă folosește asistenți medicali instruiți pentru a oferi o intervenție intensivă de vizitare la domiciliu pe durata sarcinii pentru mamele cu risc, aflate la prima sarcină. Această intervenție oferă educație continuă și sprijin pentru a îmbunătăți sănătatea sugarului, evoluția și urmările sarcinii și dezvoltarea, consolidând în același timp abilitățile parentale.

Raising Healthy Children (Crescând copii sănătoși): programul *Raising Healthy Children* (cunoscut și sub numele de Seattle Social Development Project) este un program școlar elementar,



cu componente multiple, care implică atât școli, cât și părinți și este eficient în prevenirea abuzului de substanțe. Acesta vizează clasele I-a până la a VI-a și combină învățarea socială și emoțională, instruirea în clasă și formarea în management pentru profesori, cât și instruirea pentru părinți, condusă de coordonatorii școală-casă, care lucrează cu copiii în școală și cu părinții acasă, concentrându-se asupra rezolvării problemelor la domiciliu și asupra organizării de ateliere similare. Studiile acestui program au arătat reduceri ale consumului excesiv de alcool la vârsta de 18 ani (6 ani după intervenție) (55, 56) și al frecvenței consumului de alcool și marijuana (56).

Programul de urmărire rapidă: un alt program de prevenire selectiv și universal multicomponent este programul de urmărire rapidă, o intervenție intensivă de 10 ani care a fost implementată în patru locații din Statele Unite pentru copii cu niveluri ridicate de agresivitate în clasa I. Programul include componente universale și selective pentru îmbunătățirea competențelor sociale la școală, îndrumare timpurie în domeniul lecturilor și vizite la domiciliu, precum și grupuri de sprijin pentru părinți până la clasa a X-a. Monitorizarea de control la vârsta de 25 de ani a arătat că persoanele care au primit intervenția în perioada adolescenței au scăzut consumul abuziv de alcool și alte substanțe, cu excepția consumului de marijuana (57).

Programe școlare: Un program bine fundamentat și utilizat pe scară largă este *LifeSkills Training*, un program școlar furnizat pe o perioadă de 3 ani (58). Cercetările au arătat că această instruire a întârziat consumul timpuriu de alcool, tutun și alte substanțe și a redus ratele de utilizare a tuturor substanțelor până la 5 ani de la încheierea intervenției. Un model multicultural, de tipul ”*fi realist*”, folosește videoclipuri și relatări concepute de studenți și a produs efecte pozitive asupra consumului de substanțe în rândul tinerilor mexicani-americani din sud-vestul Statelor Unite (59) nurturing

Programe familiale: *Programul de consolidare a familiilor (SFP)* este o intervenție pentru părinți și tineri cu vârste între 10-14 ani, care a demonstrat efecte preventive substanțiale asupra consumului de substanțe. Este un program universal în șapte sesiuni, axat pe familie, folosit pe scară largă, care îmbunătățește abilitățile parentale - stabilirea limitelor, îndeosebi îngrijirea și comunicarea - precum și abilitățile adolescenților de a refuza consumul de substanțe. În cadrul mai multor studii efectuate în comunitățile rurale ale Statelor Unite, SFP a arătat reduceri ale consumului de tutun, alcool și droguri până la 9 ani după intervenție (adică până la vârsta de 21 de ani) comparativ cu tinerii care nu au fost incluși în programul SFP (60,61). SFP a determinat și reduceri ale folosirii abuzive a medicamentelor eliberate pe bază de rețetă până la 13 ani de la intervenție (adică până la vârsta de 25 de ani), atât ca intervenție de sine stătătoare, cât și atunci când este asociat cu o prevenție școlară eficientă axată pe dezvoltarea de abilități (62).

Coping Power este un program de 16 luni pentru copiii din clasele a V-a și a VI-a care au fost expuși la agresiuni în mica copilărie. Programul, care este conceput pentru a dezvolta abilități de



rezolvare a problemelor și de autoechilibrare, are două componente – una legată de părinte și una legată de copil - și reduce consumul timpuriu de substanțe (63).

Programe bazate pe internet: „*I Hear What You're Saying*” („*Aud ce-mi spui*”) este o intervenție bazată pe computer și pe internet care are, de asemenea, rezultate pozitive în prevenirea consumului de substanțe. Presupune nouă sesiuni de 45 de minute destinate pentru a îmbunătăți comunicarea, a stabili regulile în familie și a gestiona conflictele. Concentrate în mod special pe mame și fiice, rezultatele monitorizării au arătat proporții mai mici de consum de substanțe într-un eșantion etnic divers (64).

Programe pentru studenți: O analiză a examinat 41 de studii cu 62 de intervenții individuale sau de grup și a constatat că beneficiarii intervențiilor au experimentat o reducere a consumului de alcool și mai puține probleme legate de alcool până la patru ani după intervenție (65). Un exemplu de scurtă intervenție motivațională cu rezultate pozitive privind reducerea consumului de alcool este *Brief Alcohol Screening and Intervention for College Students (BASICS) - Succint screening și intervenție pentru alcool destinate studenților de la Facultate*. BASICS este conceput pentru a ajuta elevii să reducă consumul abuziv de alcool și consecințele negative ale consumului de băuturi alcoolice. Cuprinde două interviuri de o oră, cu o scurtă evaluare online după prima sesiune. Primul interviu adună informații despre tiparele consumului de alcool și convingerile personale despre alcool, oferind în același timp instrucțiuni pentru auto-monitorizarea consumului de alcool între sesiuni. Al doilea interviu folosește datele din evaluarea online pentru a elabora un feedback personalizat, normativ, care analizează consecințele negative și factorii de risc, clarifică riscurile percepute și beneficiile consumului de băuturi alcoolice și oferă opțiuni pentru reducerea consumului de alcool și a consecințelor acestuia. Studiile ulterioare ale studenților care au folosit BASICS au arătat reduceri ale cantității de băuturi alcoolice consumate în populația generală a colegiului, în rândul membrilor frățiilor, în care erau băutori înveterați ce s-au oferit voluntar să utilizeze BASICS și în rândul celor care au fost obligați să se angajeze în program de către organele disciplinare ale colegiului (66).

4. Cum se poate schimba comportamentul – rolul profesioniștilor

Furnizorii de servicii medicale din Maine sunt esențiali pentru prevenirea și tratamentul abuzului de tutun și substanțe. Aceștia oferă îndrumare, resurse, medicamente și opțiuni care ajută utilizatorii să obțină sprijin și autocontrol (44).

Rolul furnizorului include:

- Să vorbească cu pacienții despre consumul de tutun și substanțe
- Să pună la dispoziție etapele adecvate de intervenții și sprijin
- Asistență în crearea planurilor de renunțare și/sau reducere a consumului



- Identificarea preocupărilor privind consumul de substanțe în rândul pacienților cu boli cronice
- Dezvoltarea și implementarea unor intervenții eficiente pentru a preveni consumul de tutun, alcool și droguri în rândul tinerilor (44).

Asistentul social: dovezile arată că un consum problematic de substanțe este un comportament care poate fi schimbat. Cu sprijinul și motivația potrivite, oamenii își pot schimba consumul și chiar o fac. Asistenții sociali pot sprijini oamenii să își identifice motivația pentru schimbare. Cadrele strategice subliniază noțiunile de „recuperare” din sfera consumului problematic de substanțe și se concentrează pe schimbarea pe termen lung, susținută de familie, colegi și de comunitatea în care trăiește persoana. Având în vedere cadrul holistic și ecologic care stă la baza practicii de asistență socială, asistenții sociali sunt bine poziționați pentru a determina cine și ce este dispus să facă, pentru a oferi persoanei sprijin relevant și pozitiv pentru schimbare (67).

Următoarele trei roluri cheie reprezintă punctul de plecare pentru asistenții sociali în raport cu consumul de substanțe:

1. Să se implice, pe tema consumului de substanțe, ca parte a datoriei lor de îngrijire pentru a-și sprijini utilizatorii de servicii, familiile lor și persoanele care depind de ei (67).
2. Să motiveze oamenii să ia în considerare schimbarea comportamentului lor problematic de consum de substanțe și să-i susțină (pe ei, pe familiile și pe îngrijitorii lor) în eforturile lor de a face acest lucru (67).
3. Să sprijine oamenii în eforturile lor de a face și menține schimbări în consumul lor de substanțe. Modul în care acestea sunt aplicate fiecărui domeniu de specialitate al practicii de asistență socială va varia.

Rolurile vor varia, de asemenea, în funcție de nivelul de experiență și vechime al asistentului social, precum și de rolul, mediul de serviciu și modelul de serviciu. Pe măsură ce asistenții sociali devin mai experimentați și avansează în roluri de conducere și mentorat, cunoștințele și abilitățile lor ar fi de așteptat să se dezvolte și ei să înceapă să ofere sprijin și supraveghere personalului mai puțin experimentat. Asistenții sociali și managerii avansați și principali ar trebui, de asemenea, să preia un rol strategic de conducere, asigurându-se că răspunsurile la consumul de substanțe sunt incluse în organizație (67).

Profesioniștii din domeniul medical au de jucat un rol semnificativ în screening-ul pentru consumul de droguri al pacienților lor adolescenți, oferind intervenții scurte, recomandându-i pentru tratament pentru abuzul de substanțe, dacă este necesar, și asigurând monitorizare și urmărire continuă. Screeningul și intervențiile scurte nu trebuie să fie consumatoare de timp și pot fi integrate în setările medicale generale (68).

Rolul clinicienilor și moașelor în tratarea femeilor însărcinate

Femeile însărcinate, care au primit consiliere scurtă cu privire la efectele consumului de tutun, alcool și alte droguri asupra copilului lor nenăscut, sunt mai dispuse să se abțină. Medicii trebuie să discute despre consumul de tutun și substanțe la prima vizită prenatală și să continue pe tot parcursul sarcinii. Există intervenții eficiente pentru cei dependenți de tutun și alte substanțe, inclusiv medicamente sigure pentru femeile însărcinate (44).



Moașa are un rol important în schimbarea comportamentului femeilor însărcinate, pentru că ea poate fi primul profesionist pe care îl va vizita o femeie însărcinată cu probleme de abuz de substanțe atunci când solicită îngrijiri de maternitate. Vizita de înregistrare, atunci când femeia intră pentru prima dată în contact cu serviciile de maternitate, este cea mai importantă. Moașa face, în mod normal, o anamneză medicală și socială detaliată. Când femeia este trimisă de asistentul social, acest proces de înregistrare este mai puțin complicat. Toate moașele ar trebui să fie la curent cu facilitățile locale disponibile pentru aceste femei și să le facă recomandările potrivite. Este extrem de important ca întrebările să fie adresate în mod corect, astfel încât acestea să nu pară amenințătoare pentru femeie și să construiască o relație de încredere cu aceasta. În calitate de furnizori de servicii medicale care aleg să fie alături de femeie, moașele trebuie să fie atât de partea clientului dependent, cât și de partea ei? (5).

O moașă specializată în legătură cu drogurile ar contribui la reducerea stigmatizării asociate cu tratamentul femeilor însărcinate care consumă droguri, ar facilita accesul la îngrijire al femeilor gravide dependente și ar ajuta la menținerea căilor de îngrijire, odată stabilite. (69). De asemenea, se sugerează că funcția ar facilita o mai bună comunicare și relații mai bune de lucru în rândul personalului profesional implicat în îngrijirea acestei categorii de pacienți. Moașa specializată în legătură cu drogurile, în calitate de șef de echipă, va crea și coordona o echipă de moașe comunitare capabile să aibă grijă în mod eficient de gravidele care au probleme cu abuzul de substanțe (5).

În comunitate, vizitele clientelor gravide ar trebui să fie programate mai frecvent, chiar și săptămânal, deoarece relațiile pozitive formate între femei și moașe oferă o oportunitate de a folosi o abordare a gestionării cazurilor pentru îngrijire (70). Moașele ar trebui, de asemenea, să colaboreze îndeaproape cu asistentul social și să fie temeinic informate cu privire la aceste subiecte, prin dezvoltare profesională continuă, zile de studiu sau vorbitori invitați din centrele de tratament, spre exemplu (5). Autoritățile din domeniul sănătății conferă profesioniștilor din același domeniu competența de a încerca să convingă femeile să-și schimbe stilul de viață. Moașele se află într-o poziție unică, în sensul că au posibilitatea de a stabili și menține o relație cu femeile pe o perioadă lungă de timp (5).



5. Educație pentru viitorii părinți/populație pentru un stil de viață sănătos privitor la consumul de substanțe și tutun și în general – rolul programelor educaționale, rolul comunității, al școlilor. Cum poate fi răspândită informația

Rolul școlii și al programelor educaționale în prevenirea abuzului de droguri:

Școala poate influența abilitățile prin predare, transmitere de cunoștințe, stabilirea unei baze solide de valori în legătură cu sănătatea și consumul de droguri și întărirea unor atitudini care, la rândul lor, pot influența consumul de droguri. Evaluarea programului ar trebui să se concentreze asupra nivelului de cunoștințe, atitudini, valori și abilități al clasei, care ilustrează impactul imediat al programului. Evaluare informală sau judecată profesională (71). Școlile au posibilitatea de a lucra cu părinții, cu profesioniștii din domeniul sănătății și cu oficialii comunității pentru a utiliza programe cu eficacitate dovedită, pentru a identifica elevii care prezintă riscuri comportamentale pentru probleme legate de droguri și pentru a face trimiteri către medicul de familie al elevului (72).

Educația școlară pentru prevenirea abuzului de droguri:

Educația pentru prevenirea abuzului de droguri în școli poate fi definită ca programele educaționale, procedurile, politicile și alte experiențe care contribuie la realizarea unor obiective mai ample de sănătate privind prevenirea consumului și abuzului de droguri. Educația pentru prevenirea abuzului de droguri ar trebui considerată a include atât programe de sănătate informale, cât și formale, crearea unui mediu școlar sigur și sănătos, furnizarea de sprijin și servicii adecvate pentru sănătate, precum și implicarea familiei și a comunității în planificare și livrarea de programe (71).

Recomandări pentru programele școlare în vederea prevenirii consumului de tutun și a dependenței

Pentru a asigura cel mai mare impact în prevenirea consumului de tutun în rândul tinerilor, școlile ar trebui să pună în aplicare toate cele șapte recomandări menționate în cele ce urmează. Aceste recomandări se bazează pe o revizuire aprofundată a cercetărilor, teoriei și practicilor actuale în domeniul prevenirii consumului de tutun în mediul școlar. Liniile directoare menționate recomandă tuturor școlilor:

1. Dezvoltați și puneți în aplicare politici școlare privind consumul de tutun.
2. Oferiți instrucțiuni cu privire la consecințele fiziologice și sociale negative pe termen scurt și lung ale consumului de tutun, influențele sociale asupra consumului de tutun, normele colegiale privind consumul de tutun și abilitățile de refuz.
3. Oferiți instruire specifică programului pentru profesori.
4. Sprijiniți eforturile elevilor de a renunța la fumat cât și pe cele ale întregului personal al școlii care consumă tutun.



5. Oferiți educație pentru prevenirea consumului de tutun de la grădiniță până în clasa a XII-a; această instruire ar trebui să fie deosebit de intensivă în clasele primare sau gimnaziu și ar trebui să fie consolidată în liceu.
6. Implicați părinții sau familiile în sprijinul programelor școlare pentru prevenirea consumului de tutun.
7. Evaluați programul de prevenire a consumului de tutun la intervale regulate (73).

Programele școlare de sănătate privind prevenirea consumului de tutun ar putea deveni una dintre cele mai eficiente strategii naționale de reducere a poverii cheltuielilor fizice, emoționale și monetare pe care le implică consumul de tutun (73). Pentru a atinge o eficiență maximă, aceste programe trebuie să fie atent planificate și implementate sistematic. Programele școlare planificate cu atenție pot fi eficiente în reducerea consumului de tutun în rândul elevilor dacă liderii școlii și ai comunității își iau angajamentul de a implementa și susține astfel de programe (73).

În programele universale, antrenamentul de autocontrol, formarea abilităților de rezolvare a problemelor și tehnici aparținând terapiei cognitiv-comportamentale s-au dovedit benefice pentru majoritatea elevilor. În cadrul programelor pentru elevii cu risc ridicat, programele cu o abordare vizând influențele sociale, antrenamentul pentru formarea abilităților de refuz și educația pentru sănătate au fost asociate cu reacții adverse la majoritatea acestor elevi. Cu toate acestea, pentru majoritatea strategiilor de prevenire a consumului de substanțe s-au constatat efecte diferențiate pentru diferite etape de dezvoltare. Multe dintre aceste descoperiri pot fi atribuite schimbărilor în dezvoltarea biologică, cognitivă, emoțională și socială, precum și schimbărilor în mediul psihic și social care au loc în copilărie și adolescență. Analizele programelor universale au arătat că programele generice, ce îi învață pe elevi comportamentele sănătoase și abilitățile de bază, cum ar fi abilitățile sociale, abilitățile de autocontrol și cele de rezolvare a problemelor, sunt cele mai benefice pentru elevii de școală primară (74).

Etapa mijlocie a adolescenței este o perioadă extrem de dificilă pentru prevenirea consumului de substanțe. Elevii cu risc crescut beneficiază cel mai mult de programele bazate pe principiile terapiei cognitiv-comportamentale, ce îi învață să facă față stresului și anxietății. Deși constatările atestă faptul că este posibilă schimbarea comportamentală în adolescența mijlocie, acest lucru pare realizabil doar cu indivizii care sunt dispuși să se schimbe dintre cei care deja consumă substanțe (sau au probleme în acest sens) (74).

Adolescenții aflați în etapa târzie, contrar adolescenților din etapa timpurie și mijlocie, primesc beneficii de pe urma programelor universale bazate pe o abordare ce vizează influențele sociale și le dezvoltă abilitățile de refuz. Deoarece adolescenții târzii sunt mai puțin orientați către nevoile,



așteptările și opiniile colegilor lor, este logic că programele care utilizează o abordare vizând influențele sociale și predarea abilităților de refuz sunt eficiente în această perioadă specifică de dezvoltare. În această perioadă, adolescenții vor să-și dezvolte propria identitate. Programele care îi ajută să facă acest lucru sunt, prin urmare, susceptibile să funcționeze bine. Educația pentru sănătate ce pune accentul pe interferența consumului de substanțe cu obiectivele personale este, de asemenea, o strategie eficientă de prevenire a consumului de substanțe în programele universale, strategie care este în conformitate cu orientarea viitoare a tinerilor aflați în adolescența târzie. În plus, formarea abilităților de bază, cum ar fi autocontrolul și rezolvarea problemelor sau formarea abilităților de luare a deciziilor, par eficiente, de asemenea, și sunt în concordanță cu necesitatea dobândirii abilităților necesare pentru tranziția la maturitate. În sfârșit, implicarea părinților poate avea urmări și mai benefice, ea fiind în concordanță cu nevoia de a îmbunătăți relația părinte-adolescent. Este foarte posibil ca la adolescenții târzii cu risc ridicat, care deja au experimentat intens acest comportament dăunător, consumul de substanțe să devină parte a identității lor (74).

Strategii de predare - Predarea interactivă și abordarea abilităților pentru viață. Abordarea abilităților pentru viață este un mod de predare și interacțiune cu tinerii, care are potențialul de a produce rezultate mai bune ale procesului de învățare despre sănătate și despre prevenirea abuzului de droguri, și poate influența, în cele din urmă, consumul de droguri de către elevi. Abilitățile de viață sunt cel mai bine predate prin metode interactive și au cea mai mare eficiență atunci când sunt aplicate și practicate în situații potențiale de consum de droguri relevante și semnificative pentru situațiile sociale ale elevilor (71). Abordarea abilităților de viață este mai eficientă atunci când profesorii sau facilitatorii au capacitatea de a spori sentimentul de auto-valorizare al elevilor iar atmosfera din clasă nu crează impresia de amenințare și judecată (71).

Implicarea comunității în prevenirea abuzului de droguri: Școlile pot solicita ajutorul comunității mai largi în prevenirea abuzului de droguri prin: Implicarea comunității școlare (elevii, persoanele care lucrează la școală, familiile și comunitatea deservită de școală în ansamblul ei) în evenimente locale și naționale vizând sănătatea, în activități desfășurate în folosul tinerilor și al comunității și în grupuri de acțiune locală; Implicarea comunității în activități legate de buletine informative, broșuri, site-uri web, comitete, zile ale porților deschise, în activități pentru elevi tip “temă pentru acasă”, forumuri, seri de informare; Implicarea comunității în desfășurarea de activități pentru elevi din categoria “Nu drogurilor”; Implicarea comunității în revizuirea declarațiilor și programelor vizând politicile școlare; Angajarea comunității în sponsorizarea educației pentru programe de prevenire a abuzului de droguri în școli; Implicarea comunității în ateliere de formare a profesorilor; Implicarea comunității în lucrul cu grupurile de tineri din școli. SCHOOLS – educația școlară pentru prevenirea abuzului de droguri reflectă grijă, înțelegere și implicare (71).



Rolul părinților: Un studiu integrativ al literaturii a fost efectuat pentru a examina ce elemente ale legăturii dintre părinți și copii și ale comunicării specifice consumului de substanțe sunt eficiente în consumul de alcool, tutun și droguri la adolescenți. Au fost examinate 42 de articole recenzate în limba engleză. Comunicarea deschisă are loc în contextul unei conexiuni ridicate între părinți și copiii lor. Conversațiile despre riscurile pentru sănătate sunt asociate cu niveluri mai scăzute ale consumului de substanțe, în timp ce conversațiile mai frecvente, cele despre consumul propriu al părinților, mesajele permissive și consumul permis fără consecințe sunt asociate cu niveluri mai ridicate de consum. Există diferențe în ceea ce privește conversațiile despre utilizarea fiecărei substanțe: alcoolul și tutunul sunt subiecte mai ușor de abordat în conversație, în timp ce despre consumul de droguri se discută rar. Consumul de alcool și tutun din partea părinților poate influența credibilitatea comunicării lor cu copilul lor. Părinții ar trebui încurajați să aibă conversații deschise, constructive, credibile, bilaterale/reciproc avantajoase, cu adolescenții lor despre consumul de substanțe. Intervențiile pentru îmbunătățirea abilităților de comunicare ale părinților în ceea ce privește consumul de substanțe, în special consumul de droguri, ar trebui să includă tipurile de abordări și mesaje evidențiate în acest studiu și, acolo unde este posibil, aceste intervenții ar trebui să includă toți membrii familiei (75).

BIBLIOGRAFIE [NLM (National Library of Medicine)]

1. Boyd N. Substance Use, Abuse, and Dependence: Definition and Causes of Substance Disorders, Chapter 18 / Lesson 1; [Internet]; (cited 2013). Available at: <https://study.com/academy/lesson/substance-use-abuse-and-dependence-definition-and-causes-of-substance-disorders.html>
2. Haines-Saah RJ, Kelly MT, Oliffe JL, Bottorff JL. Picture Me Smoke free: A qualitative study using social media and digital photography to engage young adults in tobacco reduction and cessation, J Med Internet Res. 2015; 26;17(1):27
3. Crozer Keystone Health system. Substance Use, Abuse and Dependence [Internet]; 2017. Available at: <https://www.crozerkeystone.org/news/news-releases/2017/substance-use-abuse-and-dependence/>
4. National Institute on Drug Abuse. Cigarettes and Other Tobacco Products [Internet] Revised January 2020 , Available at :<https://www.drugabuse.gov/publications/drugfacts/cigarettes-other-tobacco-products>



5. Economidou E, Klimi A, Vivilaki VG. Caring for substance abuse pregnant women: The role of the midwife. Health Sc J [Internet]. Last revised: March 2020
<http://www.hsj.gr/medicine/caring-for-substance-abuse-pregnant-women-the-role-of-the-midwife.php?aid=5297>
6. Forray A. Substance use during pregnancy [Internet]. Published online 2016 May, Page last updated on 3 January 2020; Topic last reviewed: 3 January 2017. Available at:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4870985/>
7. Loukopoulou A, Evangelopoulou V, Behrakis P. Smoking and pregnancy. *Pneumon*. 2010; 2(23): 161-167.
8. Murin S, Rafii R, Bilello K. Smoking and smoking cessation in pregnancy. *Clinics in Chest Medicine*. 2011;32(1):75–91
9. Zhang L, González-Chica DA, Cesar JA, Mendoza-Sassi RA, Beskow B, Larentis N. Maternal smoking during pregnancy and anthropometric measurements of newborns: a population-based study in southern of Brazil. *Cadernos de Saude Publica*. 2011;27(9):1768–1776
10. Matijasevich A, Brion MJ, Menezes A M, Barros AJ, Santos IS, Barros FC. Maternal smoking during pregnancy and offspring growth in childhood: 1993 and 2004 Pelotas cohort studies. *Archives of Disease in Childhood*. 2011;96(6):519–525
11. Brion MJ, Victora C, Matijasevich A, Horta B, Anselmi L, Steer C, Menezes AB, Lawlor DA, Smith GD. Maternal smoking and child psychological problems: disentangling causal and noncausal effects. *Pediatrics*. 2010;126(1):57–65.
12. Medline Plus. Pregnancy and Drug Use [Internet]. Page last updated on 3 January 2020; Topic last reviewed: 3 January 2017. Available at:
<https://medlineplus.gov/pregnancyanddruguse.html>
13. Sayal K, Heron J, Draper E, Alati R, Lewis SJ, Fraser R, Barrow M, Golding J, Emond A, Smith GD, Gray R. Prenatal exposure to binge pattern of alcohol consumption: mental health and learning outcomes at age 11. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2014; 23(10):891-89
14. Galea S, Nandi A, Vlahov. The Social Epidemiology of Substance Use. *Epidemiologic Reviews* . 2004; 26 (1): 36–52
15. Coleman PK, Reardon DC, Cogle JR. Substance use among pregnant women in the context of previous reproductive loss and desire for current pregnancy. [Internet]. *British J of*



Health Psychology. First published:31 December 2010. Available at:
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1348/135910705X25499>)

16. Krank^a M, Stewart^{bc} SH, O'Connor^d R, Woicik^e PB, Wall^f , AM, Conrod^g PJ. Structural, concurrent, and predictive validity of the Substance Use Risk Profile Scale in early adolescence. *Addictive Behaviours*. 2011; 36 (1-2) :37-46
17. Hackshaw A, Rodeck C, Boniface S. Maternal Smoking in Pregnancy and Birth Defects: A Systematic Review Based on 173 687 Malformed Cases and 11.7 Million Controls. *Hum Reprod Update*. 2011;17 (5), 589-604
18. Wehby G L, Prater KK, McCarthy AM, Castilla EE, Murray JC. The Impact of Maternal Smoking during Pregnancy on Early Child Neurodevelopment. *J Hum Cap*. 2011; 5 (2): 207-254
19. Kupers LK, Xu X, Jankipersadsing SA, Vaez A, van Gemert S B, Scholtens S, Nolte IM, Richmond RC, Relton CL, Felix JF . DNA methylation mediates the effect of maternal smoking during pregnancy on birthweight of the offspring, *Intern J of Epidemiology*. 2015; 1224–1237
20. Shankaran^{ab} S, Lester^c BM, A, Bauer^c CR, Bada^f HS, Lagasse^g L, Higgins^h R. Impact of maternal substance use during pregnancy on childhood outcome. *Semin Fetal Neonatal Med*"[jour]. 2007; 12(2): 143-150
21. Mick E, Biederman J, Faraone SV, Sayerb J, Kleinmanm S. Case-Control Study of Attention-Deficit Hyperactivity Disorder and Maternal Smoking, Alcohol Use, and Drug Use During Pregnancy. *J of the Am Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2002;41(4):378-384
22. Bailey BA, McCook JG, McGrady L. Infant Birth Outcomes Among Substance Using Women: Why Quitting Smoking During Pregnancy is Just as Important as Quitting Illicit Drug Use. *Maternal and Child Health J*. 2012; 16: 414–422
23. Shankaran S, Das A, Bauer CR, Henrietta S, Bada HS, Lester B, Wright LL, Smeriglio V. Association Between Patterns of Maternal Substance Use and Infant Birth Weight, Length, and Head Circumference'. *Pediatrics*.2004, 114 (2): 226-234
24. Marroun HE, Tiemeier H, Steegers EA, Jaddoe WV, Hofman A, Verhulst FC, Brink W, Huizink AC. Intrauterine Cannabis Exposure Affects Fetal Growth Trajectories: The Generation R Study. *J of the AmAcademy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2009; 48 (12): 1173-1181
25. Chamberlain C, O'Mara-Eves A, Porter J, Coleman T, Perlen SM, Thomas J, McKenzie JE . Psychosocial interventions for supporting women to stop smoking in pregnancy. [Internet]. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;2. Available at:



https://www.cochrane.org/CD001055/PREG_psychosocial-interventions-supporting-women-stop-smoking-pregnancy

26. Higgins ST, Washio Y, Heil SH, Solomon LJ, Gaalema DE, Higgins TM, Bernstein IM. Financial incentives for smoking cessation among pregnant and newly postpartum women. *Prev Med.* 2012;55 Suppl:S33-S40.
27. Heil SH, Linares Scott T, Higgins ST. An overview of principles of effective treatment of substance use disorders and their potential application to pregnant cigarette smokers. *Drug Alcohol Depend.* 2009;104 Suppl 1:S106-S114.
28. Stead LF, Perera R, Bullen C, Mant D, Hartmann-Boyce J, Cahill K., Lancaster T. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012;11:CD000146.
29. West R, Raw M, McNeill A, Stead L, Aveyard P, Bitton J, Stapleton J, McRobbie H, Pokhrel S, Lester-George A & Borland R. Health-care interventions to promote and assist tobacco cessation: a review of efficacy, effectiveness and affordability for use in national guideline development. *Addict Abingdon Engl.* 2015;110(9):1388-1403.
30. Prochaska JJ, Benowitz NL. The Past, Present, and Future of Nicotine Addiction Therapy. *Annu Rev Med.* 2016;67:467-4
31. National Institute on Drug Abuse. Tobacco, Nicotine and E- Cigarettes [Internet]. last updated January 2020. Available at: [:https://www.drugabuse.gov/publications/research-reports/tobacco-nicotine-e-cigarettes/what-are-treatments-tobacco-dependence](https://www.drugabuse.gov/publications/research-reports/tobacco-nicotine-e-cigarettes/what-are-treatments-tobacco-dependence)
32. Stead LF, Lancaster T. Combined pharmacotherapy and behavioural interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012;10:CD008286.
33. Stead LF, Koilpillai P, Lancaster T. Additional behavioural support as an adjunct to pharmacotherapy for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015;(10):CD009670.
34. Freund¹ M, Campbell E, Paul C, Sakrouge R., McElduff P, Walsh RA, Wiggers J, Knight J, Girgis A. Increasing Smoking Cessation Care Provision in Hospitals: A Meta-Analysis of Intervention Effect. *Nicotine Tob Re.* 2009;11 (6), 650-62
35. Minary L, Hervé Martini H, Wirth N, Francine Thouvenot F, Acouetey DS, Martinet Y, Bohadana A, Zmirou-Navier D, Alla F, TABADO: Evaluation of a smoking cessation program among Adolescents in Vocational Training Centers: Study protocol. *BMC Public Health.* 2009; 9 (411) :44
36. Jhanjee S. Evidence based psychosocial interventions in substance use. *Indian J Psychol Med.* 2014;36(2):112-118.



37. Raja M, Saha S, Mohd S, Narang R, Reddy LV, Kumari M. Cognitive Behavioural Therapy versus Basic Health Education for Tobacco Cessation among Tobacco Users: A Randomized Clinical Trial. *J Clin Diagn Res JCDR*. 2014;8(4):47-49.
38. Lindson-Hawley N, Thompson TP, Begh R. Motivational interviewing for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015;(3):CD006936
39. Witkiewitz K, Bowen S, Harrop EN, Douglas H, Enkema M, Sedgwick C. Mindfulness-based treatment to prevent addictive behavior relapse: theoretical models and hypothesized mechanisms of change. *Subst Use Misuse*. 2014;49(5):513-524.
40. de Souza IC, de Barros VV, Gomide HP, Mendes Miranda T C, de Paula Menezes V, Kozasa E H, and Noto A R, . Mindfulness-based interventions for the treatment of smoking: a systematic literature review. *J Altern Complement Med N Y N*. 2015;21(3):129-140.
41. Chen YF, Madan J, Welton N, Madan J, Welton N, Yahaya I, Aveyard P, Bauld L, Wang D, Fry-Smith A, Munafò MR. Effectiveness and cost-effectiveness of computer and other electronic aids for smoking cessation: a systematic review and network meta-analysis. *Health Technol Assess Winch Engl*. 2012;16(38):1-205, iii - v.
42. Hall AK, Cole-Lewis H, Bernhardt JM. Mobile text messaging for health: a systematic review of reviews. *Annu Rev Public Health*. 2015;36:393-415.
43. Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ, Dorfman SF, Goldstein MG, Gritz ER, ... Rockville MD. Treating Tobacco Use and Dependence: Clinical Practice Guideline. Rockville, MD: US Dept of Health and Human Services, Public Health Service; June 2000.
44. Prevention For ME. Health care Professional. [Internet] 2020 [cited at 2020]; Available at: <https://preventionforme.org/healthcare-professional/>
45. Hoskey C, Howell E. Evaluation of a Free Smoking Cessation Program in North Omada. 2014
46. Chang PH, Chiang CH, Ho WC, Wu PZ, Tsai JS, Guo FR. Combination therapy of varenicline with nicotine replacement therapy is better than varenicline alone: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *BMC Public Health*. 2015;15:689
47. Nakamura M, 'Effective Intervention for Smoking Cessation —Practical guidance for medical facilities including smoking cessation clinics'— *JMAJ*. 2004; 47(2): 97–104



48. Huang CL. Evaluating the Program of a Smoking Cessation Support Group for Adult Smokers: A Longitudinal Pilot Study. *J Nurs Re.* 2005;13 (3): 197-205
49. White AR, Resch KL, Ernst E. Randomized trial of acupuncture for nicotine withdrawal symptoms. *Arch Intern Med.* 1998;158(20):2251–2255
50. Lumley J, Chamberlain C, Dowswell T, Oliver S, Oakley L, Watson L. Interventions for promoting smoking cessation during pregnancy (Cochrane Review). *Pub Med Cochrane Database Syst Rev.* 2009; (3) :CD001055. Available at:
<https://www.ncsct.co.uk/usr/pub/interventions-for-promoting-smoking-cessation-during-pregnancy.pdf>
51. Cressman AM, Pupco A, Kim E, Koren G, Bozzo P. Smoking cessation therapy during pregnancy. *Can Fam Physician Med Fam Can.* 2012;58(5):525-527.
52. Leung LW, Davies GA. Smoking Cessation Strategies in Pregnancy. *J Obstet Gynecol Can JOGC.* 2015;37(9):791-797
53. Tappin D, Bauld L, Purves D, Boyd K, Sinclair L, MacAskill S, McKell J, Friel B, McConnachie A, de Caestecker L, Tannahill C, Radley A, Coleman T. Financial incentives for smoking cessation in pregnancy: randomised controlled trial. *BMJ.* 2015;350:h134.
54. Kitzman HJ, Olds DL, Cole RE, Hanks CA, Anson EA, Arcoleo KJ, Holmberg JR. Enduring effects of prenatal and infancy home visiting by nurses on children: follow-up of a randomized trial among children at age 12 years. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine.* 2010;164(5):412–418
55. Hawkins JD, Kosterman R, Catalano RF, Hill KG, Abbott RD. Promoting positive adult functioning through social development intervention in childhood: Long-term effects from the Seattle Social Development Project. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine.* 2005;159(1):25–31
56. Brown EC, Catalano RF, Fleming CB, Haggerty KP, Abbott RD. Adolescent substance use outcomes in the Raising Healthy Children project: A two-part latent growth curve analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology.* 2005;73(4):699–710
57. Dodge KA, Bierman KL, Coie JD, Greenberg MT, Lochman JE, McMahon RJ, Pinderhughes EE. Impact of early intervention on psychopathology, crime, and well-being at age 25. *American Journal of Psychiatry.* 2014;172(1):59–70



58. Botvin GJ, Griffin KW, Nichols TD. Preventing youth violence and delinquency through a universal school-based prevention approach. *Prevention Science*. 2006;7(4):403–408
59. Hecht ML, Marsiglia FF, Elek E, Wagstaff DA, Kulis S, Dustman P, Miller-Day M. Culturally grounded substance use prevention: An evaluation of the keepin'it REAL curriculum. *Prevention Science*. 2003;4(4):233–248.
60. Brody GH, Chen Y-F, Kogan SM, Murry VM, Brown AC. Long-term effects of the Strong African American Families program on youths' alcohol use. *J of Consulting and Clinical Psychology*. 2010;78(2):281–285).
61. Spoth R, Trudeau L, Guyll M, Shin C, Redmond C. Universal intervention effects on substance use among young adults mediated by delayed adolescent substance initiation. *J of Consulting and Clinical Psychology*. 2009;77(4):620–632.
62. Spoth R, Trudeau L, Shin C, Ralston E, Redmond C, Greenberg M, Feinberg M. Longitudinal effects of universal preventive intervention on prescription drug misuse: Three randomized controlled trials with late adolescents and young adults. *Am J of Public Health*. 2013;103(4):665–672
63. Lochman JE, Wells KC. Effectiveness of the Coping Power Program and of classroom intervention with aggressive children: Outcomes at a 1-year follow-up. *Behavior Therapy*. 2003;34(4):493–515.
64. Schinke SP, Fang L, Cole KC. Preventing substance use among adolescent girls: 1-year outcomes of a computerized, mother–daughter program. *Addictive Behaviors*. 2009;34(12):1060–1064.
65. Scott-Sheldon LA, Carey KB, Elliott JC, Garey L, Carey MP. Efficacy of alcohol interventions for first-year college students: A meta-analytic review of randomized controlled trials. *J of Consulting and Clinical Psychology*. 2014;82(2):177–188.
66. Terlecki MA, Buckner JD, Larimer ME, Copeland AL. Randomized controlled trial of brief alcohol screening and intervention for college students for heavy-drinking mandated and volunteer undergraduates: 12-month outcomes. *Psychology of Addictive Behaviors*. 2015;29(1):2–16.
67. Galvani S. Funded by Public Health England Alcohol and other Drug Use: The Roles and Capabilities of Social Workers. [Internet] .The University for World-Class Professionals . (cited 2015 March). Available at:
<https://www2.mmu.ac.uk/media/mmuacuk/content/documents/hpsc/research/Alcohol-and-other-dr>



68. National Institute on Drug Abuse. Principles of Adolescent Substance Use Disorder Treatment: A Research-Based Guide Advancing Addiction Science. [Internet] ;last updated January 2014. Available at: <https://www.drugabuse.gov/publications/principles-adolescent-substance-use-disorder-treatment-research-based-guide/principles-adolescent-substance-use-disorder-treatment>
69. Scully M, Geoghegan N, Corcoran P, Tiernan M, Keenan E. Specialized drug liaison midwife services for pregnant opioid dependent women in Dublin Ireland. *J of Substance Abuse Treatment*. 2004;26:(1):27-33.)
70. Dowdell JA, Fenwick J, Bartu A, Sharp J. Midwives' descriptions of the postnatal experiences of women who use illicit substances: A descriptive study, *Midwifery*. 2005;25(3) : 295-306.
71. United Nations Office on Drugs and Crime 2004 'SCHOOLS school-based education for drug abuse prevention' [Internet]; 2004. Available at: https://www.unodc.org/pdf/youthnet/handbook_school_english.pdf
72. Pediatrics. The Role of Schools in Combating Illicit Substance Abuse, Council on School Health and Committee on Substance Abuse. [Internet]. *Official J of the Am Academy of pediatrics*.2007;120 (6) 1379-1384. Available at: <https://pediatrics.aappublications.org/content/120/6/1379>)
73. MMWR Recommendations and Reports. Guidelines for School Health Programs to Prevent Tobacco Use and Addiction. [Internet]; (cited at February 25, 1994:/43(RR-2);1-18. Available at: <https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/00026213.htm>
74. Onrust SA, Otten^b R, J Lammers^a J, Smit^{acd}F. School-based programmes to reduce and prevent substance use in different age groups: What works for whom? Systematic review and meta-regression analysis. *CI Psychology Review*. 2016; 44:45-59
75. Carver H, Elliott L, Kennedy C, & Hanley J. Parent–child connectedness and communication in relation to alcohol, tobacco and drug use in adolescence: An integrative review of the literature. [Internet]. Published online: 26 Sep 2016 ;Pages 119-133, Available at: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/09687637.2016.1221060>
- 76 Centers for Disease Control and Prevention. Chemistry and Toxicology of Cigarette Smoke and Biomarkers of Exposure and Harm. In: *How Tobacco Smoke Causes Disease: The Biology and Behavioral Basis for Smoking-Attributable Disease: A Report of the Surgeon General*. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention (US); 2010.
- 77 National Cancer Institute. Harms of Cigarette Smoking and Health Benefits of Quitting. Updated December 19, 2017.

