

FIP 专业人员知识和技能发展的 参考指南 针对戒烟及其他非传染性疾病的 风险因素

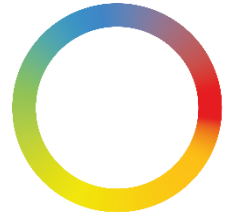
FIP 戒烟和烟草依赖治疗 药师手册

2023



FIP Development Goals

FIP 实践转型
关于非传染性疾病的方案



ADVANCING
PHARMACY
WORLDWIDE

版权所有 2023 年国际药学联合会（FIP）。

国际药学联合会（FIP）

Andries Bickerweg 5

2517 JP The Hague

The Netherlands

www.fip.org

保留所有权利。本出版物的任何部分都不得储存在任何检索系统中，也不得以任何形式或手段--电子、机械、录音或其他方式--转录，除非注明来源。对于因使用本报告中的任何数据和信息而造成的任何损失，FIP 概不负责。已采取一切措施，确保本报告中的数据和信息的准确性。

作者和编辑：

肯尼亚 inSupply Health 公司的 FIP 实习生和助理 Genuine Desireh 博士

Alison Ubong Etukakpan, FIP 教育合作和项目经理，荷兰

Dalia Bajis 博士，荷兰 FIP 提供和伙伴关系负责人

封面图片：

改编自 ©shutterstock.com | Nong2

推荐引文

国际药学联合会（FIP）。FIP 戒烟和非传染性疾病中其他风险因素专业发展的知识和技能参考指南：FIP 支持戒烟和烟草依赖治疗的配套资料：药师手册》。The Hague：国际药学联合会；2023.

翻译

本文由广东省药学会组织从英文翻译而来。如果两个文本之间有任何分歧，将以国际药学会联合会英文原版文件为准。版权归国际药学会联合会所有。

主译：魏 理 主任药师 广州医科大学附属第一医院

喻鹏久 副主任药师 广州医科大学附属第一医院

译者：赵志刚 主任药师 首都医科大学附属北京天坛医院

卞晓岚 主任药师 上海交通大学医学院附属瑞金医院

曾英彤 主任药师 广东省人民医院

周露茜 副主任医师 广州医科大学附属第一医院

万利梅 主治医师 广东药科大学附属第一医院

温炳钦 主管药师 广州医科大学附属第一医院

徐惠茵 药师 广州医科大学附属第一医院

吴耀洲 药师 广州医科附属第一医院

刘紫萱 硕士生 广州医科大学附属第一医院

目录

鸣谢.....	2
1 背景.....	3
2 FIP 全球能力和专业发展框架.....	5
3 药师职业发展：知识和技能参考指南.....	7
3.1 关于指南内容.....	7
3.2 信息是如何组织的？.....	7
3.3 这是为谁准备的？.....	8
3.4 如何使用它？.....	8
3.5 背景情况，以及监管和培训要求.....	8
4 对药师戒烟课程和项目的持续发展提供者的考虑.....	25
4.1 着手采取基于需求的方法来解决教育、持续发展和培训方面的差距.....	25
4.2 促进戒烟培训项目的国内和国际合作.....	26
4.3 培训项目的质量保证和认证.....	26
5 为课程和持续发展提供者提供的 FIP 印章.....	27
6 参考文献.....	28

鸣谢

FIP 感谢作者和审稿人对本出版物的贡献。

FIP 和作者感谢参考小组的成员，他们的名字列在下面，对本参考指南提出了宝贵的意见和建议。

评论员	所属机构和国家
Jamuna Rani Appalasamy 博士	马来西亚莫纳什大学药学院讲师
龙巧明教授	马来西亚双威大学医学和生命科学学院教授
傅东波博士	世界卫生组织健康促进部医疗官员

1 背景

糖尿病、心血管疾病、癌症、慢性呼吸道疾病和其他非传染性疾病（NCDs）是全球致病和致死的主要原因，估计全球每年有 74% 的死亡是由 NCDs 造成的。¹ 根据世界卫生组织（WHO）的数据，非传染性疾病也是中低收入国家 86% 过早死亡的原因。¹ 推动全球非传染性疾病负担的力量被分为环境、遗传、社会人口、医疗和自我管理风险因素。² 在这些类别下的许多因素中，大多数 NCDs 都有四个主要的可改变的风险因素：烟草使用、缺乏运动、有害使用酒精和不健康的饮食。³

过度饮酒和使用烟草在增加患非传染性疾病的风险方面起着重要作用。尽管烟草使用是最可改变的风险因素之一，但它仍然是每年约 800 万死亡和超过 2 亿残疾调整生命年的唯一原因。^{4,5} 此外，过度使用酒精和药物滥用已被证明与八种不同的癌症、高血压、出血性中风、肝病、胰腺炎和糖尿病有因果关系。^{6,7} 还有大量证据表明，几种慢性病与接触二手烟之间存在因果关系。^{8,9} 烟草使用与其他风险因素（高胆固醇血症、糖尿病和高血压）协同作用，导致心血管疾病，因此，随着这些不同风险因素的聚集，心血管疾病的风险成倍增加。因此，烟草使用和其他行为，如过度使用酒精，仍然是可预防疾病和死亡的主要原因。

与吸烟有关的经济负担是巨大的。Xu 及其同事对美国吸烟导致的医疗支出的研究表明，每年的支出超过 2250 亿美元（2010 年至 2014 年），预计这一数字将随着时间的推移逐渐增加。¹⁰ Goodchild 及其同事在全球范围内进行的一项类似研究估计，2012 年吸烟的总经济成本达到了惊人的 14360 亿美元。^{10,11} 这相当于世界年度国内生产总值的 1.8%。就美国吸烟导致的估计生产力损失而言，Shrestha 及其同事发现，2018 年因缺勤、出勤、家庭生产力和无法工作导致的总损失达 1849 亿美元。¹² 虽然这些发现主要集中在美国，但它们有效地指出了更大的潜在困境。例如，2014 年的一项系统审查显示，在许多发达国家和发展中国家，吸烟造成了巨大的经济负担。¹³

毫无疑问，解决这个问题需要采取多方面、多学科的方法，需要所有部门的合作，包括卫生、金融、教育、农业和规划，以减少与非传染性疾病有关的风险，同时也促进预防措施。最重要的是，包括药师在内的医护人员可以通过鼓励戒烟来产生积极的影响。虽然在过去的十年里，包括药师在内的医护人员对戒烟的建议有所增加，但成年吸烟者仍然没有得到适当的戒烟建议。¹⁴ 药师可以帮助识别患者的药物治疗方案、疾病状态和吸烟之间的相互作用，以鼓励在护理点上戒烟。以药师为基础的戒烟计划是有效的，并能节省医疗费用。¹⁵

药师是在启动和维持行为改变方面发挥积极作用的理想人选。这就要求在筛查、咨询和启动促进积极行为改变的药物或行为干预方面采取积极的方法。¹⁶ 药师可以自由地进入他们的社区，并与来到药房的健康和疾病患者积极互动。这意味着他们有很多机会向患者提供建议，帮助他们戒除不良的健康习惯，

同时如果经过培训，还可以提供专业的行为和药物护理。¹⁷此外，药师可以在成瘾行为改变周期的所有阶段提供支持，即考虑前阶段、考虑阶段、准备阶段、行动阶段、维持阶段和复发。¹⁸

国际药学联合会（FIP）已经认识到非传染性疾病对公共卫生的影响，以及药师在管理非传染性疾病、烟草使用和其他非传染性疾病风险因素方面的作用。FIP 关于[建立无烟社区](#)和[管理非传染性疾病](#)的指南重申了这一信息以及其他许多信息。¹⁹⁻²¹FIP 还提供了一些知识和技能参考指南，以协助药师的专业发展，更好地管理 NCDs。²²⁻²⁶

本出版物以 [FIP 《支持戒烟和烟草依赖治疗》为基础：药师手册](#)》，旨在描述提供药师主导的干预措施所需的知识和技能，以支持戒烟并解决其他可改变的非传染性疾病风险因素，即缺乏运动、不健康的饮食和有害使用酒精。这将有助于个人的专业发展，也有助于提供者获得专业发展模块和课程的指导。此外，本出版物提供了一个支持和加强药师持续专业发展（CPD）的结构，同时也分享了 CPD 提供者的主要考虑，以更好地支持药师在戒烟和其他 NCD 风险因素方面的专业发展。

2 FIP 全球能力和专业发展框架

作为药品专家，药师是更广泛的医疗保健团队的关键成员。通过持续发展，药师可以保持和提高他们的执业能力，并对日益复杂的医疗环境和要求做出反应，他们在最近的 COVID-19 大流行中的行动就是证明。FIP 将持续发展定义为 "药师个人有责任系统地保持、发展和扩大知识、技能和态度，以确保在其整个职业生涯中持续具备专业能力"。²⁷ 发展和保持能力的方法之一是接受以能力为基础的培训，这是一种结构化的培训和评估方法，旨在实现特定的结果。因此，必须通过指导、工具包、持续发展或专业发展项目，帮助药师获得技能和知识，使他们在特定条件下按照特定标准完成任务。在基于能力的培训中，要达到的结果是明确的，这样学习者就知道他们必须能够做什么，培训者知道要提供什么样的培训或学习，组织也知道他们的员工需要什么样的技能水平。基于能力的培训强调的是 "执行"（做），而不仅仅是 "知道"。²⁷

随着在卫生专业领域实施以能力为基础的培训和教育被广泛接受，能力框架在组织教育课程、规范职业准入、衡量实践标准和促进专业知识发展方面非常有用。²⁷ FIP 已经制定了两个全球框架，描述了基础和高级药学实践的通用能力。

2020 年更新的 [FIP 全球能力框架](#)（GbCF）是一套能力和核心行为陈述，旨在普遍适用于全世界的药学工作者，尤其是针对早期职业（基础）药师。²⁸ GbCF 包括 124 个行为陈述，分为 23 个能力领域和四个广泛的能力群组：医药公共卫生、医药护理、组织和管理以及专业和个人能力。

[FIP 全球高级发展框架](#)（GADF）是对 2020 年发布的 GbCF 的补充框架。²⁹ GADF 旨在支持药师和制药科学家的专业发展和认可，并在发展能力方面映射出基础广泛的高级实践阶段。GADF 中描述了六个发展能力集群：专业实践专家；与他人合作；领导力；管理；教育、培训和发展；以及研究和评估。

GCF 和 GADF 的目的是作为个人实现有效和持续表现的映射工具，并为高级和专业实践铺平道路。

因此，FIP 建议个人结合 FIP 的能力和框架，使用广泛的知识技能参考指南，以确定与支持他们发展实践有关的知识、技能和行为（见图 1）。药师应利用他们以前获得的知识、技能、态度和价值观，可能与其他能力领域相交，以提供以病人为中心的服务。FIP 参考指南为与特定主题相关的知识和技能提供指导。这鼓励了关键知识和技能的交叉学习和转移。FIP 提供的工具，包括能力框架和知识技能参考指南，为持续发展和实践提供了信息，包括作为注册或许可要求的一部分的自我评估方法、专业发展和自我指导学习，以及为持续发展和培训项目的提供者提供指导。

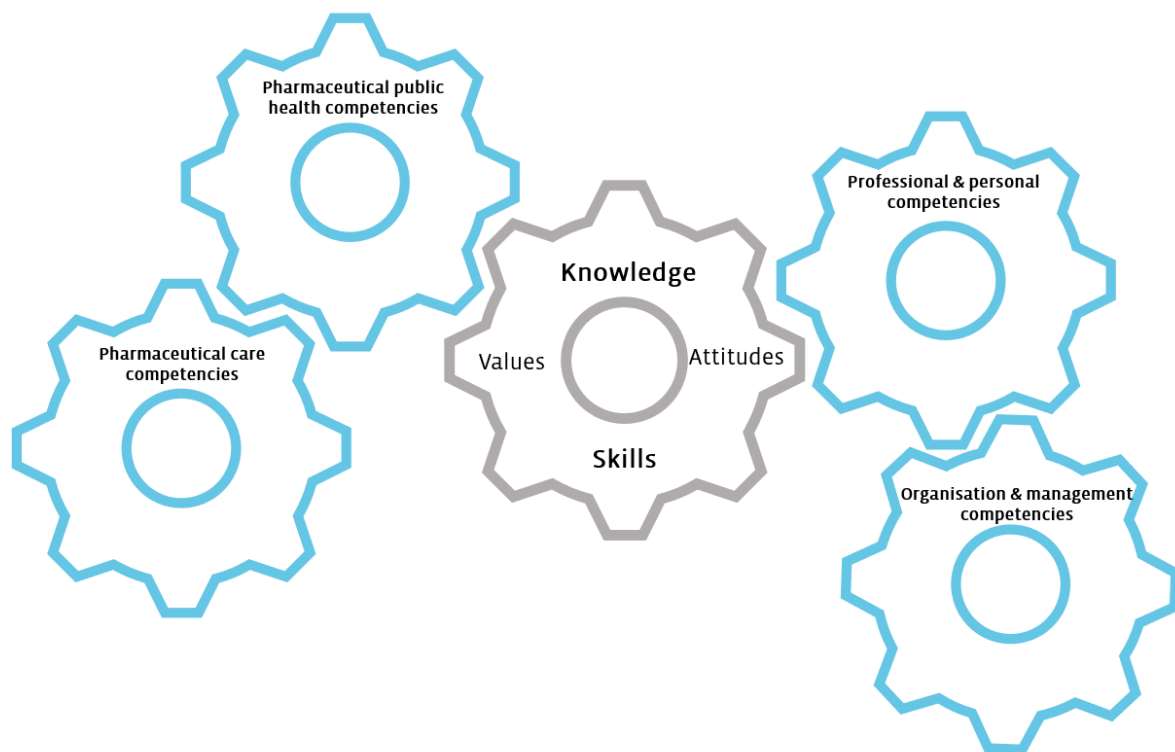


图 1 能力包括一系列的知识、技能、态度和价值观，以实现有效的绩效。能力群组是基于 FIP 全球能力框架。²⁸

3 药师职业发展：知识和技能参考指南

3.1 关于指南内容

本知识与技能指南提供了一份全面的药品及相关护理知识与技能的参考清单，以支持药师发展、提高和更新管理烟草成瘾患者的知识与技能。本指南是对 [FIP《支持戒烟和烟草依赖治疗》](#) 的补充：[本指南是对 FIP《支持戒烟和烟草依赖治疗：药师手册》](#) 的补充，是在与全球参考小组协商后制定的（见致谢）。

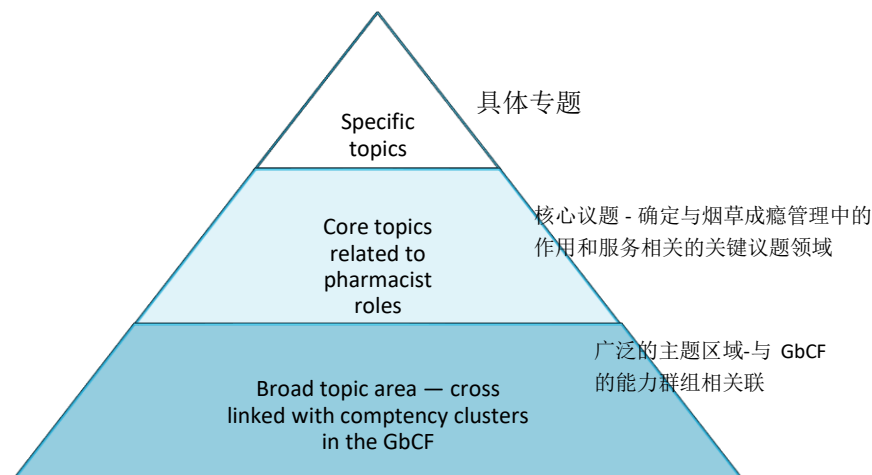
下面的表 1 和表 2 建立在迄今为止现有的 FIP 资源、当前的学习和教学工具、课程以及通过参考小组进行的专家评审的基础上。^{19-21, 30} 由具有戒烟及相关非传染性疾病风险因素专业发展经验的教育工作者和从业人员组成的参考小组审查了表格中的陈述，并就其内容达成一致。

3.2 信息是如何组织的？

该指南分为两部分。

第一部分（参考表 1 和表 2）描述了药师在戒烟角色中所需要的知识，为烟草成瘾患者提供护理，以及管理其他相关的非传染性疾病风险因素。在知识指南中，主题被分为三类（图 2）：

- **广泛的主题领域** - 包括主要类别，如身体系统、药学监护、公共卫生和宣传、伦理和合作。其中许多类别与 GbCF 的能力群组相关联。
- **核心议题** - 确定与烟草成瘾管理中的作用和服务相关的关键议题领域（知识领域）。
- **具体专题** - 描述源自核心专题的具体专题。



第二部分（参考表 3 和表 4）描述了药师在戒烟角色和其他非传染性疾病预防因素管理方面所需的技能。

3.3 这是为谁准备的？

本参考指南旨在指导戒烟和管理其他非传染性疾病预防因素的实践，而不是在所有情况下都必须遵守的规定性清单。它适用于专注于某一（些）实践领域的药师，也可能适用于专业发展的任何阶段，这取决于药师的角色。它旨在支持药师在戒烟和为其他非传染性疾病预防因素提供安全和有效的干预方面发挥作用。它还旨在帮助戒烟和 NCDs 风险因素领域的教育者和 CPD 提供者支持药师的专业发展。

3.4 如何使用它？

本参考指南可供使用：

- 支持药师在戒烟和非传染性疾病预防因素方面的技能提升，并作为其专业和职业发展课程的一部分；
- 帮助有兴趣在其执业领域提供戒烟服务的药师；
- 为持续发展教育提供者设计和提供教育和培训方案提供信息。

3.5 背景情况，以及监管和培训要求

至关重要的是要认识到，药师必须遵守当地、国家和管辖区对培训、认证和监管/专业和道德标准的要求，以履行其特定的角色。这些要求可能包括

- 在烟草成瘾和其他非传染性疾病预防因素的管理方面，接受与他们的执业范围和专业水平相关的适当培训；
- 遵守行为准则和道德规范；
- 参加国家制定的证书培训计划或委员会认证；注册或许可身份；
- 专业组织的成员；
- 遵守有关药师和其他医疗保健专业人员的教育、能力和职责的医疗保健管辖条例。

表 1 药师在戒烟方面的知识指南³¹⁻⁴⁷

治疗领域	
身体系统	显示出对以下方面的知识和理解：
解剖学和生理学	<ul style="list-style-type: none"> 呼吸系统的解剖学和功能。 中枢神经系统的解剖学和功能，包括大脑活动的生理学和牵涉到尼古丁成瘾和行为变化的大脑区域。 内分泌系统的解剖学和功能，包括与使用尼古丁和行为变化有关的荷尔蒙变化。
疾病的具体情况	显示出对以下方面的知识和理解：
尼古丁成瘾	<ul style="list-style-type: none"> 烟草产品的范围和类型，包括尼古丁吸食产品和吸食装置，以及它们对健康的影响。 尼古丁成瘾/依赖的病理生理学。 尼古丁成瘾的三个方面的依赖——身体依赖、心理依赖以及行为和社会依赖。
尼古丁戒断	<ul style="list-style-type: none"> 尼古丁戒断的迹象和症状，包括情绪低落、失眠、易怒、沮丧、愤怒、焦虑、渴望、注意力难以集中、不安、心率下降和食欲增加或体重增加。
吸烟引起的疾病	<ul style="list-style-type: none"> 不同的吸烟引起的疾病，包括癌症、心脏病、中风、肺部疾病、糖尿病和慢性阻塞性肺部疾病，如肺气肿和慢性支气管炎。 与吸烟有关的不同并发症，包括肺结核、某些眼睛疾病和哮喘。 与吸烟有关的自身免疫性疾病，包括类风湿性关节炎。
公共卫生和宣传	
公共卫生战略	显示出对以下方面的知识和理解：
倡导和预防	<ul style="list-style-type: none"> 有效的烟草控制措施，包括六个 MPOWER 战略，即监测烟草使用和预防政策，保护人们免受吸烟危害，提供戒烟帮助，警告烟草的危害，强制禁止烟草广告、促销和赞助，并提高烟草税。 作为提供简短戒烟建议的方法的路标。 吸烟是非传染性疾病的一个可改变的风险因素，以及尼古丁导致非传染性疾病的病理生理学。
筛选和转诊	<ul style="list-style-type: none"> 烟草使用的危险人群，包括糖尿病患者、慢性呼吸道疾病患者、孕妇、精神病患者、癌症患者和心血管疾病患者。 Fagerström 问卷作为尼古丁依赖的筛选工具。 DSM-IV 标准作为尼古丁戒断的筛选工具。 在自己的执业领域内的转诊网络，以及何时将病人转诊到进一步的专业护理。
病人教育	<ul style="list-style-type: none"> 与吸烟和戒烟有关的概念，以便对病人进行适当的教育。 戒烟的好处，包括改善心率，改善血压下降，改善一氧化碳水平，改善血液循环，改善肺功能增加以及减少咳嗽和呼吸短促，减少冠心病、肺癌及其他口腔问题、喉咙、食道、膀胱、宫颈和胰腺癌症的风险。 戒烟方法，包括使用数字工具、电话支持、自助材料、药师评估烟草成瘾的工具、支持戒烟尝试和促进长期烟草戒断的工具。 认为戒烟的障碍，吸烟的诱因和线索，如戒断症状和渴望，压力，对失败的恐惧，同伴和社会压力，以及体重增加。
药学监护	
特殊人口群体	显示出对以下方面的知识和理解：

儿童和青少年	<ul style="list-style-type: none"> • 吸烟对儿童和青少年的精神和社会影响。 • 对抗青少年吸烟的考虑必须包括初级预防和戒烟。 • 对有尼古丁依赖风险的儿童和青少年的循证药物治疗考虑，如个体化和与社会心理和行为干预相结合。 • 以证据为基础的行为和心理干预措施，帮助有吸烟和尼古丁依赖风险的儿童和青少年。 • 电子烟的有害影响。
老年人	<ul style="list-style-type: none"> • 吸烟干预对老年人的精神和社会影响。 • 对于尼古丁依赖风险较高的老年人，基于证据的药物治疗注意事项，如避免使用多种药物和考虑潜在的疾病状况。 • 以证据为基础的行为和心理干预措施，以帮助有患非传染性疾病风险的老年人。
怀孕和哺乳期	<ul style="list-style-type: none"> • 吸烟对孕妇的心理健康和社会影响及其对未出生婴儿的影响。 • 由吸烟引起的或因吸烟而加重的特定妊娠状况，如先兆子痫、妊娠糖尿病、围产期心肌病、产科瘘、产后抑郁症、异位妊娠、流产、死胎、出生缺陷，如腭裂和低出生体重。 • 在处理由吸烟引起的或因吸烟而加重的妊娠特定症状时，基于证据的药物治疗考虑。 • 基于证据的行为和心理干预，促进孕妇戒烟。 • 转诊机制以及何时转诊到更专业的护理。 • 以病人为中心的护理方法，根据病人的需要制定治疗护理计划。
被动吸烟者	<ul style="list-style-type: none"> • 被动吸烟和二手烟对个人的身体、精神和社会影响。
低收入、低文化水平和残疾人士	<ul style="list-style-type: none"> • 对经历经济负担和低文化水平的个人的身体、精神和社会影响。 • 以病人为中心的管理方法，根据病人的需要制定治疗护理计划。 • 转介机制和使用设施的机会。
非药物干预	显示出对以下方面的知识和理解：
个性化的咨询	<ul style="list-style-type: none"> • 基于药房的个性化戒烟咨询方法，包括标准化的戒烟建议。 • 通过自我检查和识别对变化的矛盾心理以及随后的解决导致持续的积极行为变化的方法，提高变化的动机。 • 个性化病人咨询的频率，如在计划戒烟日期前至少 4 周，每周一次。
团体行为治疗	<ul style="list-style-type: none"> • 团体行为治疗方案及其与其他非药物干预的有效性比较。
电话咨询/戒烟热线	<ul style="list-style-type: none"> • 电话咨询可能是促进戒烟的首选干预措施的情况，例如在资源有限的情况下。 • 基于证据的电话咨询实施方法具有更高的影响力，并产生更大的效益。 • 将电话咨询纳入更大的戒烟服务、活动或计划。
自助干预	<ul style="list-style-type: none"> • 自助材料，包括手册传单、录像/DVD、录音或基于互联网的材料或结构化方案，可供个人使用，以促进戒烟。 • 自助材料的目标人群，特别是普通人群中的吸烟者或特殊人群，如有长期疾病或识字率低的人以及残疾人或孕妇。
简要建议/干预	<ul style="list-style-type: none"> • 对准备戒烟的患者进行简短烟草干预的 5As 模式——询问、建议、评估、协助和安排随访。

	<ul style="list-style-type: none"> 对不准备戒烟的病人进行 5Rs 简要激励干预——相关性、风险、益处、障碍和重复。
药理干预	显示出对以下方面的知识和理解：
伐尼克兰	<ul style="list-style-type: none"> 伐尼克兰 用于戒烟时的药代动力学和药效学。 使用伐尼克兰期间的复发管理。 与使用伐尼克兰 有关的可能的不良反应和这些不良反应的管理。 特定人群中的特殊考虑和使用伐尼克兰 的禁忌。
安非他酮	<ul style="list-style-type: none"> 安非他酮用于戒烟时的药代动力学和药效学。 与其他药物相比，安非他酮作为戒烟干预措施的优势和劣势。 患有基础疾病的人中，安非他酮的安全状况。这包括了解可能的不良反应和对这些不良反应的管理。 特定人群中的特殊考虑和使用安非他酮的禁忌症。
尼古丁替代疗法	<ul style="list-style-type: none"> 与其他药物干预措施相比，尼古丁替代疗法的主要好处。
药品信息	显示出对以下方面的知识和理解：
	<ul style="list-style-type: none"> 可信赖的循证医学信息来源，如教科书、数据库、网站、期刊和报告，以及它们的优势和劣势。 提供免费咨询或辅导的帮助热线，以帮助病人戒烟。
组织和管理	
药品供应、供应和可负担性的管理	显示出对以下方面的知识和理解：
	<ul style="list-style-type: none"> 对用于戒烟管理的药品的安全储存和运输的要求，以及如何评估和管理与建议做法的偏差。 戒烟管理的基本药物的可用性和可负担性。 影响药品稳定性的因素，包括与药品包装有关的因素，这些因素与产品保质期的关系，以及药品的稳定性如何受到储存和供应的影响。
专业人员	
多学科管理	显示出对以下方面的知识和理解：
	<ul style="list-style-type: none"> 参与戒烟管理的每个同事和医疗团队成员的专业知识、角色和责任，包括教育专家、心理学家和精神保健提供者。 需要持续的戒烟教育和专业发展，并及时了解当前国家和国际上对戒烟管理的建议。
道德实践	显示出对以下方面的知识和理解：
	<ul style="list-style-type: none"> 药学道德规范及其如何适用于药师与患者的互动、知情同意、获取患者数据和分析这些数据，无论是在科学出版物方面。
政策、法规和准则	
政策、法规和准则	显示出对以下方面的知识和理解：
	<ul style="list-style-type: none"> 支持向有尼古丁依赖风险的人提供服务的相关政策、法规和指南。
药品安全	显示出对以下方面的知识和理解：
	<ul style="list-style-type: none"> 向药物警戒当局报告地方和国家事件的程序以及事件报告的适当性。

	<ul style="list-style-type: none">• 与药品包装和标签有关的常见错误，以及其原因。• 与用于管理戒烟的药物的处方、供应和配药、储存和管理有关的药品风险。
医疗保健系统	显示出对以下方面的知识和理解：
	<ul style="list-style-type: none">• 医疗保健系统条例，以促进不间断地获得治疗和自我管理戒烟及相关并发症所需的药物、设备和用品。

表 2: 药师关于其他非传染性疾病风险因素的知识指南^{2, 48-66}

治疗领域	
身体系统	显示出对以下方面的知识和理解:
解剖学和生理学	<p>肝脏系统的解剖和功能, 包括肝病患者可能出现的药代动力学和药效学变化。</p> <ul style="list-style-type: none"> • 中枢神经系统的解剖和功能, 以及由于药物滥用而可能出现的并发症。 • 血脂异常的病理生理学以及它们与肥胖和超重的关系。 • 药物使用、滥用和成瘾的病理生理学。
相关的并发症	显示出对以下方面的知识和理解:
酒精性肝病	<ul style="list-style-type: none"> • 原因、体征和症状、预防和加重因素。 • 诊断, 包括酒精性肝病的筛查和评估疾病严重程度的评分系统。 • 酒精性肝病的药物干预, 包括通常的剂量、给药途径、在治疗中的地位与指南和证据、作用机制、药代动力学和不良反应。 • 在酒精性肝病的管理中, 药物与药物、药物与病人以及药物与疾病的相互作用, 以及如何提高病人的依从性。 • 临床监测参数, 包括识别、确定优先次序和行动, 以确保适当的监测。 • 已被证明对减少酒精肝疾病有用的非药物干预, 如营养。 • 酒精性肝病的并发症, 即酒精性肝硬化、酒精性肝纤维化以及如何处理出现这些并发症症状的患者。
酒精依赖症	<ul style="list-style-type: none"> • 形成酒精依赖的原因、迹象和症状以及风险因素。 • 诊断, 包括筛选测试和酒精暴露的生理指标。 • 酒精依赖的药物干预, 包括通常的剂量、给药途径、在治疗中的地位与指南和证据、作用机制、药代动力学和不良反应。 • 在管理酒精依赖方面, 药物与药物、药物与病人以及药物与疾病的相互作用, 以及如何提高病人的依从性。 • 酒精依赖和戒断的并发症, 即震颤性谵妄、Wernicke 脑病、肝性脑病和 Korsakoff 综合征。 • 酒精依赖和戒断并发症的体征和症状。 • 已被证明有助于减少酒精依赖的非药物干预措施, 如行为咨询干预、支持小组。 • 临床监测参数, 包括识别、确定优先次序和行动, 以确保适当的监测。
肥胖症	<ul style="list-style-type: none"> • 肥胖症的原因、征兆和症状以及患肥胖症的风险因素。 • 肥胖症的诊断, 包括对肥胖症患者的筛选测试。 • 肥胖症的并发症, 即 2 型糖尿病、胆囊疾病、非酒精性脂肪肝、痛风和癌症, 以及如何管理有这些并发症迹象和症状的患者。 • 肥胖症的药物干预, 包括通常的剂量、给药途径、在治疗中的地位与指南和证据、作用机制、药代动力学和不良反应。 • 在管理肥胖症中, 药物与药物、药物与病人和药物与疾病的相互作用, 以及如何提高病人的依从性。 • 已被证明对管理肥胖症有用的非药物干预措施, 如营养和运动、行为咨询、减肥手术和同伴支持。 • 临床监测参数, 包括识别、确定优先次序和行动, 以确保适当的监测。
血脂紊乱症	<ul style="list-style-type: none"> • 导致血脂异常的原因、症状和危险因素。 • 诊断血脂异常, 包括血脂和脂蛋白的实验室测量。 • 血脂异常的药物干预, 包括通常的剂量、给药途径、在指南和证据方面的治疗位置、作用机制、药代动力学和不良反应。

	<ul style="list-style-type: none"> 管理血脂异常时药物与药物、药物与病人和药物与疾病的相互作用以及如何提高病人的依从性。 已被证明有助于控制血脂异常的非药物干预措施，如生活方式的调整和膳食补充剂。 临床监测参数，包括识别、确定优先次序和行动，以确保适当的监测。 血脂异常的并发症，即心血管疾病、中风和2型糖尿病，以及如何管理有这些并发症迹象和症状的患者。
慢性营养不良	<ul style="list-style-type: none"> 形成慢性营养不良的原因、迹象和症状以及风险因素。 慢性营养不良的诊断，包括筛选和入院指标。 对慢性营养不良的初步治疗和康复进行干预，如饮食治疗、补液、补充维生素A、预防感染，以及康复期间的情感和身体刺激。 临床监测参数，包括识别、确定优先次序和行动，以确保适当的监测。 慢性营养不良的并发症，即低血糖、低体温、贫血和充血性心力衰竭，以及如何处理有这些并发症迹象和症状的病人。
公共卫生和宣传	
预防战略	显示出对以下方面的知识和理解：
风险因素	<ul style="list-style-type: none"> 非传染性疾病的可改变的和不可改变的风险因素，以及每个主要的不可改变的风险因素在引起非传染性疾病方面的病理生理学。 非传染性疾病风险因素的心理健康影响及其对康复过程的影响。
心理和行为干预	<ul style="list-style-type: none"> 基于证据的心理和行为干预，可以在自己的业务领域内实施，例如，动机访谈、行为咨询、个性化的自助戒烟手册、代餐、肥胖咨询。 健康行为改变的多理论模型以及如何利用它来启动和维持行为改变。 可用于增强有患非传染性疾病风险的患者的行为改变过程的数字健康工具。
生活方式干预	<ul style="list-style-type: none"> 基于证据的生活方式干预，已被证明可以预防NCDs的发展，例如，减少体重，增加体育活动。 以证据为基础的营养干预措施，防止非传染性疾病的发展，例如，地中海饮食，减少盐和糖的摄入，减少加工肉类的消费。
倡导	<ul style="list-style-type: none"> 有组织的公共卫生预防方案和运动，以及解决非传染性疾病风险因素的支持小组。 健康的社会和其他决定因素，如老龄化、全球化和城市化，以及它们如何影响非传染性疾病风险因素的普遍性和干预的有效性。
筛选和转诊	<ul style="list-style-type: none"> 国家基于证据的筛查测试和指南。 风险评估和风险预测模型，用于确定那些因非传染性疾病风险因素而出现并发症的高风险人群。 对每个非传染性疾病风险因素进行筛查测试。 多学科转诊系统，包括转诊到营养师、营养学家、运动生理学家、心理学家或结构化小组方案。
自我保健	<ul style="list-style-type: none"> 自我护理及其在非传染性疾病风险因素管理中的重要性。 在管理非传染性疾病风险因素方面的各种基于证据的自我保健做法和系统，如制定自我管理计划、药物提醒系统、饮食提醒系统、自我监测生命体征、体育活动提醒系统，以及压力管理和放松技巧。
沟通	<ul style="list-style-type: none"> 语言策略对核心态度改变、社会认知、对非传染性疾病风险因素的理解、治疗结果和个人的社会心理健康的重要性。

	<ul style="list-style-type: none"> • 适当教育或评估患者对非传染性疾病风险因素信息的需求的提问方法和可用资源，包括共同决策。 • 在与患者沟通非传染性疾病风险因素时需要考虑的各种因素，包括文化和种族、残疾、社会经济、性别、识字和计算能力、行为、时间和紧迫性等因素。 • 教学、实习和研讨会会在促进病人教育过程中的重要性。
药学监护	
药品	显示出对以下方面的知识和理解：
治疗酒精性肝病的药物	<ul style="list-style-type: none"> • 治疗酒精性肝病的常用药物，即纳曲酮、阿坎酸、巴氯芬和双硫仑。 • 在酒精性肝病管理中显示出前景的新的药物治疗方法，如己酮可可碱、糖皮质激素。 • 药品的使用，包括药物与食物的相互作用、治疗目标、根据治疗目标优化治疗，以及药品对发病率和死亡率的影响。 • 需要对病人进行教育或咨询的特定药物考虑。
治疗酒精戒断的药物	<ul style="list-style-type: none"> • 处理酒精戒断的常用药物，即苯二氮卓类药物、β-受体阻滞剂、可乐定、吩噻嗪类药物和抗惊厥药。 • 药品的使用，包括药物与食物的相互作用、治疗目标、根据治疗目标优化治疗，以及药品对发病率和死亡率的影响。 • 需要对病人进行教育或咨询的特定药物考虑。
治疗超重和肥胖的药物	<ul style="list-style-type: none"> • 管理超重和肥胖症的常用药物，即奥利司他、芬特明-托吡酯、安非他酮-纳曲酮、利拉鲁肽、索马鲁肽。 • 药品的使用，包括药物与食物的相互作用、治疗目标、根据治疗目标优化治疗，以及药品对发病率和死亡率的影响。 • 需要对病人进行教育或咨询的特定药物考虑。
治疗血脂异常的药物	<ul style="list-style-type: none"> • 治疗血脂异常的常用药物，即他汀类、树脂类、贝特类、烟酸类。 • 用于治疗血脂异常的新药，如前蛋白转化酶枯草杆菌蛋白酶 Kexin-9、微粒体三酸甘油酯转移蛋白抑制剂。 • 药品的使用，包括药物与食物的相互作用、治疗目标、根据治疗目标优化治疗，以及药品对发病率和死亡率的影响。 • 需要对病人进行教育或咨询的特定药物考虑。
治疗慢性营养不良的药物	<ul style="list-style-type: none"> • 处理慢性营养不良引起的并发症的常用药物，如治疗感染的抗生素、治疗低钾血症的保钾利尿剂和治疗低血糖的胰高血糖素。 • 药品的使用，包括药物与食物的相互作用、治疗目标、根据治疗目标优化治疗，以及药品对发病率和死亡率的影响。 • 需要对病人进行教育或咨询的特定药物考虑。
药品信息	显示出对以下方面的知识和理解：
药师和药房组织的作用	<ul style="list-style-type: none"> • 在回答有关非传染性疾病风险因素的用药咨询时，使用常见的或有背景的信息来源，包括药物的管理、药物的不良反应、替代药物、相互作用、肠外药物的兼容性以及其优点和缺点。 • 可信的循证信息来源，如教科书、数据库、网站、期刊和报告，以及它们的优势和劣势。 • 有效利用病人和照护者的访谈来收集所有相关的背景信息，以确定药品询问的性质，并能够提供最佳和最个性化的答复。
特殊人口群体	显示出对以下方面的知识和理解：

儿童和青少年	<ul style="list-style-type: none"> 非传染性疾病风险因素对儿童和青少年的精神和社会影响。 在初级保健环境中对儿童和青少年进行非传染性疾病风险因素的筛查测试，例如身体质量指数（BMI）、酒精使用障碍识别测试-消费（AUDIT-C）和单一酒精筛查问题（SASQ）。 基于证据的非传染性疾病儿童和青少年的药物治疗考虑。 以证据为基础的行为和心理干预措施，帮助有可能患上非传染性疾病的儿童和青少年。
老年人	<ul style="list-style-type: none"> 非传染性疾病风险因素对老年人的精神和社会影响。 以证据为基础的药物治疗注意事项，适用于患非传染性疾病风险较高的老年人。 以证据为基础的行为和心理干预措施，以帮助有患非传染性疾病风险的老年人。
怀孕和哺乳期	<ul style="list-style-type: none"> 非传染性疾病风险因素对孕妇的心理健康和社会影响，以及这可能对未出生的婴儿产生的影响。 在初级保健环境中对孕妇进行非传染性疾病风险因素的筛查测试，如 BMI、AUDIT-C 和 SASQ。 由非传染性疾病风险因素引起的或因其而加重的怀孕特定情况，如先兆子痫、妊娠糖尿病、围产期心肌病、产科瘻管和产后抑郁症。 在管理怀孕的特殊情况和哺乳期妇女时，基于证据的药物治疗考虑。 基于证据的行为和心理干预措施，以防止孕妇和哺乳期妇女发生非传染性疾病。
组织和管理	
药品供应的管理、供应和可负担性	显示出对以下方面的知识和理解：
	<ul style="list-style-type: none"> 对用于治疗非传染性疾病风险因素并发症的药品安全储存和运输的要求，以及如何评估和管理偏离建议做法的情况。 用于管理非传染性疾病风险因素并发症的基本药物的可用性和可负担性。 影响药品稳定性的因素，包括与药品包装有关的因素，这些因素与产品保质期的关系，以及药品的稳定性如何受到储存和供应的影响。
专业人员	
多学科护理	显示出对以下方面的知识和理解：
	<ul style="list-style-type: none"> 参与管理非传染性疾病风险因素及其并发症的医疗保健团队的每个同事和成员的专业知识、角色和责任，包括教育专家、营养师、营养学家、护士教育者、运动和康复专家以及精神保健提供者。 需要在非传染性疾病风险因素管理方面进行持续的教育和专业发展，并及时了解当前国家和国际上对非传染性疾病风险因素管理的建议
道德实践	显示出对以下方面的知识和理解：
	<ul style="list-style-type: none"> 药学道德规范及其如何适用于药师与患者的互动、知情同意、获取患者数据以及在科学出版物中对这些数据的分析。
政策、法规和准则	
政策、法规和准则	显示出对以下方面的知识和理解：
	<ul style="list-style-type: none"> 相关的政策、法规和准则，以支持向有患 NCDs 风险的人提供服务。

药品安全	显示出对以下方面的知识和理解：
	<ul style="list-style-type: none">• 向药物警戒当局报告地方和国家事件的程序以及事件报告的适当性。• 与药品包装和标签有关的常见错误，以及其原因。• 与用于管理非传染性疾病风险因素及其并发症的药物的处方、供应和配发、储存和管理有关的药品风险。
医疗保健系统	显示出对以下方面的知识和理解：
	<ul style="list-style-type: none">• 医疗保健系统条例，以促进不间断地获得治疗和自我管理非传染性疾病风险因素及相关并发症所需的药品、设备和用品。

表 3:药师在戒烟方面的相关技能。 67, 68

公共卫生和宣传	
倡导和预防	<ul style="list-style-type: none"> 积极监测并鼓励遵守戒烟干预措施。 为患者提供持续的教育，向公众介绍戒烟的好处。 教育患者吸烟的相关风险。 积极参与质量改进计划和戒烟的公共卫生运动。 积极参与并实施烟草控制措施，包括 MPOWER 六项战略，即监测烟草使用和预防政策，保护人们免受烟草烟雾的影响，提供戒烟帮助，警告烟草的危害，执行烟草广告、促销和赞助禁令，以及提高烟草税。 积极支持社区内的戒烟同伴和小组支持计划
病人教育	<ul style="list-style-type: none"> 对患者进行与吸烟和戒烟有关的概念教育。 教育戒烟的好处，包括改善心率、改善血压、改善一氧化碳水平、改善血液循环和改善肺功能，以及减少咳嗽和呼吸短促、冠心病、肺癌和口腔、喉咙、食道、膀胱、宫颈和胰腺癌症的风险。 教育戒烟方法，包括使用数字工具、电话支持、自助材料、药师评估烟草成瘾的工具、支持戒烟尝试和促进长期戒烟的工具。 教育人们认识到戒烟的障碍，吸烟的诱因和线索，如戒断症状和渴望，压力，对失败的恐惧，同伴和社会压力，以及体重增加。 对患者进行促进戒烟的自我护理干预教育。 对患者进行用药依从性测量工具的教育，推广以证据为基础的干预措施，提高用药依从性。
沟通	<ul style="list-style-type: none"> 使用中立的、非评判性的、基于事实的、包容的和以人为本的语言。 使用适当的提问方法来识别和解决被管理的戒烟患者的需求。 在与来自不同背景的病人沟通时，承认并尊重文化多样性。 根据患者的文化、社会经济、残疾、性别、识字、算术、行为、时间和紧迫性等因素，量身定制沟通方式。 在适当的环境下进行所有咨询，尽量减少干扰，并保持语言、听觉和个人隐私。
筛选和转诊	<ul style="list-style-type: none"> 使用基于证据的评估工具识别并全面评估个人的尼古丁依赖风险。 识别需要戒烟干预的患者以及有烟草使用风险的人群，包括糖尿病患者、慢性呼吸道疾病患者、孕妇、精神病患者、癌症患者或心血管疾病患者。 向关键的利益相关者传达人口趋势和筛查结果。 使用 Fagerström 问卷和 DSM-IV 标准筛选病人 将需要进一步治疗的病人转介给适当的全科医生或执业领域的专家。
文化干预	<ul style="list-style-type: none"> 识别和评估文化影响、健康的社会决定因素、健康信仰、宗教、学习偏好和障碍、识字、残疾和计算能力，以相应调整沟通和教育方法。
非药物干预	<ul style="list-style-type: none"> 对患者实施非药物干预，包括个性化的患者咨询、团体行为治疗、电话咨询和戒烟热线、自助干预、健康促进意识和简短疗法。 有效地传达个性化的药房戒烟咨询，包括标准化的戒烟建议。 促进和鼓励行为干预，包括健康行为改变的多理论模式，心理依赖的行为科学、 在咨询过程中执行 5As 框架（询问、评估、建议、协助和安排随访）。 实施 5R 框架（相关性、风险、益处、障碍和重复）。 在咨询过程中识别感知到的戒烟障碍、吸烟诱因和线索。 使用适当的技术进行激励性访谈。 建议患者识别并比较希望（利）和不希望（弊）改变吸烟行为的原因，即决定性的平衡动机策略。 建议患者如何避免接触吸烟行为的特定社会和环境或物理线索，包括改变每日或每周的生活习惯。
病人随访（预防复发）。	<ul style="list-style-type: none"> 确定哪些病人需要随访以及实施随访策略的最佳方式。

	<ul style="list-style-type: none"> 制定一个何时跟进病人的时间表，仔细考虑对病人说什么。 确定何时减少随访，并根据具体情况采取进一步措施，如转诊或成功戒烟。
药品	
用于管理戒烟的药物	<ul style="list-style-type: none"> 运用药物治疗知识，成为管理戒烟的药物治疗专家。 与患者和多学科护理团队合作，简化用药方案，并在确定有需要的情况下寻找成本较低的药物。 彻底评估戒烟处方药，并确定患者是否遇到可能与这些药物有关的任何不良反应。 根据设定的治疗目标，监测病人对这些药物的反应。 识别、讨论并实施解决患者对药物的担忧的策略。 评估并向患者传达戒烟药物的风险和益处。 对患者进行教育和咨询，使其了解其他潜在的非传染性疾病用药的具体注意事项。
药品信息	<ul style="list-style-type: none"> 根据被管理的戒烟患者的需要，识别来源，评估，并提供适当的药物信息。 对接受戒烟管理的患者进行安全合理使用药物和器械的指导，包括药物的使用、禁忌、相互作用、储存、不良反应和副作用。 支持患者使用健康信息技术、数字通信和健康解决方案。 为正在接受戒烟管理的患者提供准确的非药物干预的循证信息。
药品使用和供应	<ul style="list-style-type: none"> 教育患者正确储存药品的条件，以保持药效和保质期。 通过检查最重要的稳定性参数，包括湿度、温度和有效期，确保戒烟药物在药房得到适当的储存。 确保将有关适当的用药途径和时间、剂量、剂型、文件等信息有效地传达给你所护理的每个病人。 彻底评估药品处方的真实性，以及治疗和药物的适当性。 与病人、照顾者或处方者协商，解决处方中发现的任何问题。 监测药品供应链，以确保供应的药品质量、合理使用和安全处置。 在管理注射药物或监督药物剂量时，遵守国家和专业准则。
药品监护计划	
病人风险评估	<ul style="list-style-type: none"> 使用基于证据的风险评估工具识别和全面评估个人发展尼古丁依赖的风险。
制定和实施监护计划	<ul style="list-style-type: none"> 与患者/护理人员共同制定治疗和监测计划，包括为正在接受戒烟管理的患者提供治疗设施，并进行随访，以确保遵守和实现既定治疗目标。
监护计划	<ul style="list-style-type: none"> 根据常规的病人访问或公开的病人需要，安排时间进行护理计划。 有效沟通并记录治疗护理计划过程中的具体责任。 及时与病人分享治疗计划文件。 实施、开展和维护药物警戒的报告系统（例如，报告药物不良反应）。 预防复发的策略，旨在帮助人们避免或应对高风险的吸烟情况。
特殊人口群体	
老年人	<ul style="list-style-type: none"> 有效地向患者和护理人员传达对患有尼古丁依赖症的老年人进行药物和非药物治疗的具体注意事项和考虑。
怀孕和哺乳期	<ul style="list-style-type: none"> 在孕前保健、产前、产中和产后期间，对正在接受尼古丁依赖管理的孕妇进行一般生殖健康方面的教育。 沟通并启动以证据为基础的药物和非药物管理，以促进孕妇戒烟。 适当地预防和处理孕妇戒烟的并发症。 评估给予孕妇和哺乳期妇女的戒烟药物的适当性和安全性，考虑怀孕和哺乳期的禁忌药物。
	<ul style="list-style-type: none"> 筛查儿科和青少年患者及其父母的烟草使用情况 提供一个强有力的、个性化的信息，说明完全戒烟的重要性。 对儿童和青少年进行咨询和使用行为干预，并修改适合其年龄的内容。

儿童和青少年	<ul style="list-style-type: none"> • 当有证据表明存在尼古丁依赖和希望戒烟时，可考虑开具安非他酮缓释剂或尼古丁替代疗法的处方。 • 向家长提供戒烟建议和干预措施，限制儿童接触二手烟。 • 必要时，将有尼古丁依赖的儿童和青少年转介到适当的教育和支持方案和团体。 • 识别正在接受尼古丁依赖治疗的儿童和青少年中与心理健康问题有关的迹象，并将其转介给适当的心理健康专业人士。 • 使用认知行为干预措施，包括改变年轻吸烟者对烟草使用的想法和信念。
被动吸烟/二手烟	<ul style="list-style-type: none"> • 对公众进行被动吸烟和吸入二手烟的风险筛查。 • 就完全戒除被动吸烟和吸入二手烟的重要性提供强有力的、个性化的信息。
专业人员	
多学科护理和跨专业合作	<ul style="list-style-type: none"> • 与同事和其他医护人员建立联系、尊重和信任，同时尊重个人和文化差异。 • 与健康和社会护理人员进行有效沟通；使用非专业术语支持工作人员、病人、护理人员和亲属，并检查理解情况。 • 与其他医护人员合作，找出护理计划中的不足之处，改善患者的治疗效果。 • 作为多学科团队和组织的药物专家，并作为戒烟护理和教育相关主题的资源。 • 认识到药学团队和多学科团队的价值。 • 通过与医护人员、医疗保健利益相关者和患者的联络和适当沟通，减轻药品短缺和缺货的风险。 • 促进和支持学习的机会，以提高同事、药学学生和其他医疗保健专业人士在戒烟管理方面的实践。 • 识别并应对他人在戒烟方面的知识、技能和专业行为的差距。
道德实践	<ul style="list-style-type: none"> • 对病人和其他医护人员保持隐私和保密性。
政策、法规和准则	
政策、法规和准则	<ul style="list-style-type: none"> • 掌握相关政策、法规和指南，支持为接受戒烟管理的患者提供优质医疗服务。 • 参与制定戒烟管理的法规和指南，并支持将这些指南传播给其他医疗机构。
医疗保健系统	<ul style="list-style-type: none"> • 向利益相关者和政策制定者宣传戒烟干预措施和政策对当地的影响。 • 参与建立或实施旨在改善人群戒烟和预防结果的倡议和服务。 • 识别并解决可能阻碍尼古丁依赖患者获得最佳护理的系统性障碍，包括个人因素、文化习俗和经济因素。 • 确定组织和系统的解决方案，为克服坚持用药的障碍提供支持。

表 4:非传染性疾病中其他风险因素的相关技能^{20, 69-76}

公共卫生和宣传	
倡导	<ul style="list-style-type: none"> 积极监测并鼓励坚持用药。 为患者、护理人员和其他医护人员提供疾病和用药教育。 教育患者了解非传染性疾病的可改变的风险因素以及如何减轻这些风险因素。 鼓励以证据为基础的生活方式干预措施，以减轻非传染性疾病风险因素的影响，如低盐和低糖摄入、增加体育活动、减少体重和减少加工肉类的消费。 鼓励启动基于证据的心理和行为干预措施，以协助促进健康行为的改变，如动机访谈和行为咨询。 使用数字健康工具来增强和维持行为变化。 积极参与质量改进计划和公共卫生运动，以应对非传染性疾病的风险因素。
筛选和转诊	<ul style="list-style-type: none"> 使用基于证据的筛查工具来识别和全面评估个人因非传染性疾病风险因素而发生并发症的风险。 在确定的高危人群中进行预防性健康检查，如体重指数、血脂、血压等。 将需要进一步治疗的病人转介给适当的全科医生或自己业务范围内的专家。
文化上合适的干预措施	<ul style="list-style-type: none"> 识别和评估文化对健康的社会决定因素的影响，即文化对健康信念、学习障碍和沟通的影响，以及如何使干预措施适应不同的文化背景，包括弱势社区，如聋哑人和盲人、被侮辱的群体和经济上处于弱势的人群。 在与来自不同背景的病人沟通时，承认并尊重文化和种族多样性。
沟通	<ul style="list-style-type: none"> 在传播有关非传染性疾病风险因素的信息时，使用中立的、非评判性的、基于事实的、包容性的和以人为本的语言，并根据人口的需求来进行。 使用过滤性问题来确定和解决有患非传染性疾病风险的病人的需求。 在适当的场合进行所有咨询，尽量减少干扰，并保持语言、听觉和个人隐私。 在病人教育过程中使用教学法、实习法和研讨会，以提高理解力和知识保持力。
自我管理教育	<ul style="list-style-type: none"> 教育患者自我管理非传染性疾病风险因素的重要性。 向患者传授并演示管理非传染性疾病风险因素的各种循证自我护理方法，如自我监测生命体征。
药品监护	
药品	
治疗酒精性肝病的药物	<ul style="list-style-type: none"> 在酒精性肝病患者的管理中，应用治疗酒精性肝病的常用和已批准的新药知识。 与患者合作，并在多学科护理团队内，简化酒精性肝病的治疗方案并使之合理化，在确定需要的情况下寻找成本较低的药物。 进行药物管理评估，以确定患者是否遇到与治疗酒精性肝病的药物有关的任何不良反应或相互作用。 在适用的情况下，根据既定的治疗目标，有效监测患者对酒精性肝病药物治疗水平的反应。 确定、讨论并实施以患者为中心的策略，解决患者对酒精性肝病药物的担忧。 有效地向患者传达酒精性肝病药物的风险和益处。 在治疗酒精性肝病的过程中，就药物的具体注意事项向患者提供咨询和教育。
治疗酒	<ul style="list-style-type: none"> 在酒精戒断综合征患者的管理中应用常用的和已批准的治疗酒精戒断的新药知识。

精戒断的药物	<ul style="list-style-type: none"> 与患者合作，并在多学科护理团队内，简化和合理化戒酒治疗方案，并在确定有需求的情况下寻找成本较低的药物。 进行药物管理评估，以确定患者是否遇到与戒酒药物有关的任何不良反应或相互作用。 在适用的情况下，根据既定的治疗目标，有效监测患者对戒酒药物治疗水平的反应。 确定、讨论和实施以病人为中心的策略，以解决病人对治疗酒精戒断综合征药物的担忧。 有效地与病人沟通戒酒药物的风险和益处。 在治疗酒精戒断的过程中，就药物的具体注意事项对患者进行咨询和教育。
治疗超重和肥胖的药物	<ul style="list-style-type: none"> 在管理肥胖症患者或超重患者的过程中，应用治疗超重和肥胖症的常用和已批准的新药知识。 与患者合作并在多学科护理团队内工作，以简化和合理化超重或肥胖症的治疗方案，并在确定需要时寻找成本较低的药物。 进行药物管理评估，以确定患者是否遇到与治疗超重和肥胖的药物有关的任何不良反应或相互作用。 在适用的情况下，根据设定的治疗目标，有效监测患者对超重和肥胖症药物治疗水平的反应。 识别、讨论并实施以病人为中心的策略，以解决病人对其超重和肥胖症药物的担忧。 有效地向患者传达治疗超重和肥胖症药物的风险和益处。 在治疗超重和肥胖症的过程中，对患者进行药物特定考虑的咨询和教育。
治疗血脂异常的药物	<ul style="list-style-type: none"> 在血脂异常患者的管理中应用常用的和已批准的治疗血脂异常的新药知识。 与患者合作，并在多学科护理团队内，简化血脂异常的治疗方案并使之合理化，在确定需要的情况下寻找成本较低的药物。 进行药物管理评估，以确定患者是否有任何与治疗血脂异常的药物有关的不良反应或相互作用。 在适用的情况下，根据设定的治疗目标，有效监测患者对血脂异常药物治疗水平的反应。 识别、讨论并实施以患者为中心的策略，以解决患者对治疗血脂异常药物的担忧。 有效地向患者传达治疗血脂异常的药物的风险和益处。 在治疗血脂异常的过程中，对患者进行具体的药物咨询和教育。
治疗慢性营养不良的药物	<ul style="list-style-type: none"> 在慢性营养不良患者的管理中，应用治疗慢性营养不良的常用和已批准的新药知识。 与患者合作并在多学科护理团队内工作，以简化和合理化慢性营养不良的治疗方案，并在确定有需求的情况下寻找成本较低的药物。 进行药物管理评估，以确定患者是否有任何与治疗慢性营养不良的药物有关的不良反应或相互作用。 在适用的情况下，根据设定的治疗目标，有效监测患者对慢性营养不良药物治疗水平的反应。 确定、讨论并实施以病人为中心的策略，以解决病人对其慢性营养不良药物的担忧。 有效地与患者沟通治疗慢性营养不良药物的风险和益处。 在治疗慢性营养不良的过程中，对患者进行药物特定考虑的咨询和教育。
药品信息	<ul style="list-style-type: none"> 根据有患非传染性疾病风险的病人的需要，确定可靠的来源，评价、评估并提供适当的药物信息。 支持患者使用健康信息技术、数字通信和健康解决方案。 提供关于管理非传染性疾病风险因素的非药物干预的准确循证信息。
药品使用和供应	<ul style="list-style-type: none"> 教育患者了解用于治疗非传染性疾病风险因素并发症的药物的正确储存条件，以保持疗效和保质期。 确保用于治疗非传染性疾病风险因素并发症的药品在药房得到适当的储存，检查并保持最重要的稳定性参数，如湿度、温度和有效期限。 有效地与所护理的病人沟通有关适当途径、剂型、给药时间的所有信息，以及处方药品的任何文件。 评估药品处方的真实性，以及治疗和药品的适当性。 与病人、照护者或处方者协商，解决评估处方中发现的任何问题。 监测药品供应链，以确保药品供应的质量、合理使用和安全处置。 在管理注射药物或监督药物剂量时，遵守国家和专业准则。
药学监护计划	
病人	<ul style="list-style-type: none"> 使用基于证据的风险评估工具来识别和全面评估有患非传染性疾病风险的个体。

风险评估	
制定和实施监护计划	<ul style="list-style-type: none"> • 为非传染性疾病风险因素患者与患者/护理人员共同制定以患者为中心的护理计划。 • 对病人及其照顾者进行跟踪，以确保遵守和实现护理计划中的既定治疗目标。
监护计划	<ul style="list-style-type: none"> • 根据常规的病人访问或公开的病人需求，安排时间进行护理计划。 • 有效地沟通并记录治疗护理计划过程中的具体责任。 • 及时与病人分享治疗计划文件。 • 实施、开展和维护药物警戒报告系统。
预防和处理并发症	<ul style="list-style-type: none"> • 识别那些因非传染性疾病风险因素而出现并发症的高风险患者。 • 有效地对有可能因非传染性疾病风险因素而出现并发症的患者进行定期筛查。 • 启动基于证据的非药物干预措施，以预防和管理非传染性疾病风险因素的并发症，例如，饮食调整、行为咨询、手术。 • 适当地进行药物治疗以预防和处理非传染性疾病的并发症。 • 必要时，将出现非传染性疾病相关并发症的患者适当地转诊给普通医生或专家。 • 对心理治疗提出建议，以解决因非传染性疾病风险因素而出现并发症的患者的社会心理问题和担忧。 • 在非传染性疾病风险因素导致并发症的高风险患者中，提供建议、启动和监测基于证据的自我护理干预措施。
特殊人口群体	
儿童和青少年	<ul style="list-style-type: none"> • 有效地向患者和照顾者传达对儿童和青少年非传染性疾病风险因素的药物和非药物管理的考虑。 • 在初级保健环境中有效地对儿童和青少年进行非传染性疾病风险因素的筛查测试。 • 向患者和照顾者传达非传染性疾病风险因素与它们对儿童和青少年的社会心理影响之间的联系。 • 推广基于证据的非药物干预措施，防止儿童和青少年出现非传染性疾病并发症。
老年人	<ul style="list-style-type: none"> • 教育患者和照顾者了解对老年人非传染性疾病风险因素进行药物和非药物管理的特殊考虑。 • 向患者和护理人员传达非传染性疾病风险因素与它们对老年人的社会心理影响之间的因果关系。 • 倡导和推广基于证据的行为和心理干预措施，以帮助有可能患上非传染性疾病的老年人。
怀孕和哺乳期	<ul style="list-style-type: none"> • 明确传达暴露于非传染性疾病风险因素与未出生婴儿的整体福祉之间的因果关系。 • 在初级保健环境中有效地对孕妇进行非传染性疾病风险因素的筛查测试。 • 对孕妇进行教育，使其了解由非传染性疾病风险因素引起的特定妊娠状况，如妊娠糖尿病、先兆子痫、产科瘻管和产后抑郁症。 • 在自己的业务范围内适当处理怀孕的特殊情况，必要时转诊给其他专家。 • 倡导和推广基于证据的行为和心理干预措施，以帮助面临非传染性疾病风险因素的孕妇和哺乳期妇女。 • 评估非传染性疾病并发症的药物治疗对孕妇和哺乳期妇女的适宜性和安全性。
专业人员	
多学科护理	<ul style="list-style-type: none"> • 与同事和其他医护人员建立联系、尊重和信任，同时尊重个人、文化和种族差异。 • 使用简单的语言与健康和社会护理人员、辅助人员、病人、护理人员和亲属进行有效的沟通，并根据具体的需要进行背景分析，检查是否理解。 • 与其他医护人员合作，找出护理计划中的不足之处，改善患者的治疗效果。

和跨专业合作	<ul style="list-style-type: none"> 担任多学科团队和组织的药物专家，并作为与非传染性疾病风险因素、非传染性疾病护理和教育有关的主题资源。 承认并倡导药学团队在 multidisciplinary 团队中的价值。 通过与医护人员、医护人员利益相关者和患者的联络和适当沟通，减轻药品短缺和缺货的风险。 促进和支持学习的机会，以提高同事、药学学生和其他医疗保健专业人士在管理其他非传染性疾病风险因素方面的实践。 识别并应对他人在管理其他非传染性疾病风险因素方面的知识、技能和专业行为的差距。
道德实践	<ul style="list-style-type: none"> 对病人和其他医护人员保持隐私和保密性
政策、法规和准则	
政策、法规和准则	<ul style="list-style-type: none"> 及时了解支持在管理其他非传染性疾病风险因素及其并发症方面提供优质医疗服务的相关政策、法规和指南。 参与制定管理其他非传染性疾病风险因素的法规和指南，并支持向其他医疗机构传播这些指南。
医疗保健系统	<ul style="list-style-type: none"> 向利益相关者和决策者有效地传达非传染性疾病风险因素的影响及其相关的并发症。 参与建立或实施旨在改善非传染性疾病风险因素的人口结果的倡议。 识别并解决可能阻碍有患非传染性疾病风险的患者获得最佳护理的基于系统的障碍，即个人、文化和经济因素。 确定组织和系统的解决方案，为克服坚持用药的障碍提供支持。 积极提高民众对药师在管理非传染性疾病风险因素方面作用的认识。

4 对药师戒烟课程和项目的持续发展提供者的考虑

FIP 认为，药师和药学团队的培训和专业项目在发展和保持管理烟瘾和其他非传染性疾病风险因素的能力以及提供服务方面发挥着关键作用。建议以继续职业发展（CPD）的形式开展培训和专业计划，包括关于药师在戒烟和管理其他 NCDs 风险因素方面的现有和未来角色的教育材料和培训。

在知识和技能参考指南（第 3 章）的支持下，培训项目应重点关注戒烟和管理其他 NCDs 风险因素方面的作用和服务，在培训结束后，从业人员应能展示以下方面的知识和应用技能：

- 倡导和促进健康；
- 筛选、预防和管理尼古丁成瘾的并发症和其他非传染性疾病的风险因素；
- 药学监护；
- 病人教育和以人为本的护理；
- 戒烟和对其他非传染性疾病风险因素的管理；
- 多学科护理和跨专业合作；
- 对药品供应、供应和可负担性的管理；以及
- 政策、法规和准则。

以下考虑将支持制定和实施强有力的培训、指南和变革性的持续发展计划，这些计划的重点是提高从业人员管理烟瘾和其他非传染性疾病风险因素的能力和水平。

4.1 着手采取基于需求的方法来解决教育、持续发展和培训方面的差距

戒烟和管理其他非传染性疾病风险因素方面的持续发展应满足地方和国家的需要，并反映个人的专业发展需要和学习努力。应注意以下几点：

- 由于成本和供应链问题，卫生系统和环境的多样性可能会阻碍人们获得推荐的治疗方法。药师应根据当地和国家的需求，在充分管理戒烟和非传染性疾病的其他风险因素方面发挥关键作用。
- 持续发展是终身的，而且必须与个人的实践领域相关。因此，在戒烟和管理其他非传染性疾病风险因素方面的持续发展应注重满足个人的专业需求，并提供一个全面的方法来获得知识、学习技能和接受态度和价值，使药师能够执行他们的角色。

4.2 促进戒烟培训项目的国内和国际合作

合作开展戒烟和管理其他非传染性疾病风险因素的药师培训项目有以下好处：

- 缩小经济状况不同的国家之间在管理烟草成瘾和非传染性疾病风险因素方面的技能差距；
- 资源共享；
- 提高相关国际组织的参与度，如 WHO、联合国和 FIP，游说主要决策者将训练有素的药师纳入多学科医疗团队，管理有烟瘾和其他非传染性疾病风险因素的患者。

4.3 培训项目的质量保证和认证

戒烟和管理其他非传染性疾病风险因素的持续发展项目需要认证或评估，以证明学习活动达到了监管或专业机构规定的标准和基准。认证可以确保学习的质量，满足药师、雇主和社区的期望。培训课程和项目的认证促进了提高技能所需的关键知识和技能标准化。它还为与其他卫生专业人员一起制定戒烟和管理其他非传染性疾病风险因素的多学科共识指南，以及对相关人员进行专业认证铺平了道路。

5 为课程和持续发展提供者提供的 FIP 印章

FIP 提供和伙伴关系计划提供了一个全球平台，帮助 FIP 成员根据当地和国家的需求和优先事项，解决制药队伍的专业支持和发展。通过为成员和合作伙伴之间的合作和伙伴关系提供一个全球平台，FIP 提供了一个弥补培训和专业发展差距的机会。FIP 可以与会员一起确定转型的机会，加速推动所有部门和角色的药学发展。

2021 年，经过专家咨询和迭代过程，FIP 制定了标准，以确保专业发展和培训计划的质量，以及它们与 FIP 的使命、目标和发展目标的一致性。77FIP 印章是对一项计划的整体质量和一致性的认可。申请表和所要遵循的程序细节可供感兴趣的各方索取，以进行 FIP 印章的自我评估（请发电子邮件至 Dalia Bajis 博士，dalia@fip.org），并可在 FIP 的课程提供者手册中找到。77

6 参考文献

1. World Health Organization. Noncommunicable diseases [Internet]. 2022. updated 16 September 2022. [accessed: 22 February]. Available at: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>.
2. Budreviciute A, Damiati S, Sabir DK et al. Management and Prevention Strategies for Non-communicable Diseases (NCDs) and Their Risk Factors. *Front Public Health*. 2020;8:574111. [accessed: 27 February 2023]. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33324597>.
3. World Health Organization. Noncommunicable diseases [Internet]. 2022. updated 16 September 2022. [accessed: 28 February]. Available at: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>.
4. GBD 2019 Tobacco Collaborators. Spatial, temporal, and demographic patterns in prevalence of smoking tobacco use and attributable disease burden in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet*. 2021;397(10292):2337-60. [accessed: 22 February 2023]. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34051883/>.
5. He H, Pan Z, Wu J et al. Health Effects of Tobacco at the Global, Regional, and National Levels: Results From the 2019 Global Burden of Disease Study. *Nicotine Tob Res*. 2022;24(6):864-70. [accessed: 22 February 2023]. Available at: <https://doi.org/10.1093/ntr/ntab265>.
6. Parry CD, Patra J, Rehm J. Alcohol consumption and non-communicable diseases: epidemiology and policy implications. *Addiction*. 2011;106(10):1718-24. [accessed: 22 February 2023]. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3174337/>.
7. Shield K, Manthey J, Rylett M et al. National, regional, and global burdens of disease from 2000 to 2016 attributable to alcohol use: a comparative risk assessment study. *Lancet Public Health*. 2020;5(1):e51-e61. [accessed: 22 February 2023]. Available at: [https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667\(19\)30231-2/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667(19)30231-2/fulltext).
8. Naeem Z. Second-hand smoke - ignored implications. *Int J Health Sci (Qassim)*. 2015;9(2):V-VI. [accessed: 03 May 2023]. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26308069>.
9. Fischer F, Kraemer A. Meta-analysis of the association between second-hand smoke exposure and ischaemic heart diseases, COPD and stroke. *BMC Public Health*. 2015;15:1202. [accessed: 03 May 2023]. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26627181>.
10. Xu X, Shrestha SS, Trivers KF et al. U.S. healthcare spending attributable to cigarette smoking in 2014. *Preventive Medicine*. 2021;150:106529. [accessed: 22 February 2023]. Available at: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0091743521001134>.
11. Goodchild M, Nargis N, Tursan d'Espaignet E. Global economic cost of smoking-attributable diseases. *Tob Control*. 2018;27(1):58-64. [accessed: 02 May 2023]. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28138063>.
12. Shrestha SS, Ghimire R, Wang X et al. Cost of Cigarette Smoking—Attributable Productivity Losses, U.S., 2018. *Am J Prev Med*. 2022;63(4):478-85. [accessed: 22 February 2023]. Available at: [https://www.ajpmonline.org/article/S0749-3797\(22\)00294-X/fulltext](https://www.ajpmonline.org/article/S0749-3797(22)00294-X/fulltext).
13. Rezaei S, Akbari Sari A, Arab M et al. Economic burden of smoking: a systematic review of direct and indirect costs. *Med J Islam Repub Iran*. 2016;30:397. [accessed: 10 April 2023]. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27579287>.
14. U.S. Department of health and human services. Smoking Cessation: A Report of the Surgeon General. Rockville, MD: [Internet]. 2020. [accessed: 21 May 2023]. Available at: <https://www.hhs.gov/sites/default/files/2020-cessation-sgr-full-report.pdf>.
15. Thavorn K, Chaiyakunapruk N. A cost-effectiveness analysis of a community pharmacist-based smoking cessation programme in Thailand. *Tob Control*. 2008;17(3):177-82. [accessed: 21 May 2023]. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18285385>.
16. La Torre G, Tiberio G, Sindoni A et al. Smoking cessation interventions on health-care workers: a systematic review and meta-analysis. *PeerJ*. 2020;8:e9396. [accessed: 22 February 2023]. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7304418/>.
17. Hayden McRobbie, Andy McEwen. Helping smokers to stop: advice for pharmacists in England. United Kingdom: [Internet]. 2005. [accessed: 22 February 2023]. Available at: <https://www.ncsct.co.uk/usr/pub/helping-smokers-stop-guidance-for-pharmacist-in-england.pdf>.
18. World Health Organization. Pharmacists and action on tobacco. Denmark: [Internet]. 1998. [accessed: 22 February 2023]. Available at: <https://apps.who.int/iris/bitstream/10665/108128/1/E61288.pdf>.
19. International Pharmaceutical Federation (FIP). Establishing tobacco-free communities: A practical guide for pharmacists. The Hague: [Internet]. 2015. [accessed: 23rd February 2022]. Available at: <https://www.fip.org/file/1358>.

20. International Pharmaceutical Federation (FIP). Beating non-communicable diseases in the community: The contribution of pharmacists. The Hague: [Internet]. 2019. [accessed: 20 February 2023]. Available at: <https://www.fip.org/file/4694>.
21. International Pharmaceutical Federation (FIP). Management of non-communicable diseases: Regulatory self-assessment and development tool for transforming pharmacy practice. The Hague: [Internet]. 2022. [accessed: 23 February 2023]. Available at: <https://www.fip.org/file/5334>.
22. International Pharmaceutical Federation (FIP). Knowledge and skills reference guide for professional development in diabetes. [Internet]. 2022. [accessed: 23 February 2023]. Available at: <https://www.fip.org/file/5181>.
23. International Pharmaceutical Federation (FIP). Knowledge and skills reference guide for professional development in mental health care: A companion to the FIP mental health care handbook for pharmacists. The Hague: [Internet]. 2022. [accessed: 23 February 2023]. Available at: <https://www.fip.org/file/5174>.
24. International Pharmaceutical Federation (FIP). Knowledge and skills reference guide for professional development in chronic respiratory diseases: A companion to the FIP chronic respiratory diseases handbook for pharmacists. The Hague: [Internet]. 2022. [accessed: 23 February 2023]. Available at: <https://www.fip.org/file/5231>.
25. International Pharmaceutical Federation (FIP). FIP knowledge and skills reference guide for professional development in cancer care: A companion to the FIP cancer care handbook for pharmacists. The Hague: [Internet]. 2022. [accessed: 23 February 2023]. Available at: <https://www.fip.org/file/5245>.
26. International Pharmaceutical Federation (FIP). FIP knowledge and skills reference guide for professional development in cardiovascular diseases: A companion to the FIP cardiovascular diseases handbook for pharmacists. The Hague: [Internet]. 2022. [accessed: 23 February 2023]. Available at: <https://www.fip.org/file/5252>.
27. Udoh A, Bruno-Tome A, Ernawati DK et al. The development, validity and applicability to practice of pharmacy-related competency frameworks: A systematic review. *Res Social Adm Pharm.* 2021;17(10):1697-718. [accessed: 20 February 2023]. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33640334>.
28. International Pharmaceutical Federation (FIP). FIP global competency framework - supporting the development of foundation and early career pharmacists - Version 2. The Hague: [Internet]. 2020. [accessed: 20 February 2023]. Available at: <https://www.fip.org/file/5127>.
29. International Pharmaceutical Federation (FIP). FIP global advanced development framework handbook: supporting the advancement of the profession - version 1. The Hague: [Internet]. 2020. [accessed: 20 February 2023]. Available at: <https://www.fip.org/file/4790>.
30. International Pharmaceutical Federation (FIP). FIP statement of policy the role of the pharmacist in promoting a tobacco free future. The Hague: [Internet]. 2003. [accessed: 15 March 2023]. Available at: <https://www.fip.org/file/1508>.
31. Baxter N. Getting the basics right: Why a carbon monoxide test is an essential part of a GP and practice nurse's kit. *Primary Care Respiratory UPDATE*; 2016. p. 1.
32. Benowitz NL. Pharmacology of nicotine: addiction, smoking-induced disease, and therapeutics. *Annu Rev Pharmacol Toxicol.* 2009;49:57-71. [accessed: 30 March 2023]. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2946180/>.
33. Brown TJ, Todd A, O'Malley CL et al. Community pharmacy interventions for public health priorities: a systematic review of community pharmacy-delivered smoking, alcohol and weight management interventions. *Southampton: Public Health Research*; 2016.
34. Cathal Cadogan, Judith Strawbridge, Afonso Cavaco et al. Report on the development of a European competency framework for health and other professionals to support behaviour change in the self-management of chronic disease and the associated learning outcomes-based curriculum. [Internet]. 2021. [accessed: 30 March 2023]. Available at: https://www.train4health.eu/resources/casestudies/T4H_IO1%20report_v12_20211229_PUBLIC.pdf.
35. Centers for Disease Control and Prevention. Smoking and tobacco use: Health effect: 2020. updated [accessed: 2nd March]. Available at: https://www.cdc.gov/tobacco/basic_information/health_effects/index.htm#:~:text=Smoking%20causes%20cancer%2C%20heart%20disease,immune%20system%2C%20including%20rheumatoid%20arthritis.
36. Condinho M, Ramalhinho I, Sinogas C. Smoking Cessation at the Community Pharmacy: Determinants of Success from a Real-Life Practice. *Pharmacy (Basel).* 2021;9(3). [accessed: 30 March 2023]. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8396305/>.
37. El Hajj MS, Sheikh Ali SAS, Awaisu A et al. A pharmacist-delivered smoking cessation program in Qatar: an exploration of pharmacists' and patients' perspectives of the program. *Int J Clin Pharm.* 2021;43(6):1574-83. [accessed: 30 March 2023]. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8396305/>.
38. FDA US. Keep Your Air Clear: How Tobacco Can Harm Your Lungs: 2020. updated [accessed: 2 March]. Available at: <https://www.fda.gov/tobacco-products/health-effects-tobacco-use/keep-your-air-clear-how-tobacco-can-harm-your-lungs>.

39. Federal Democratic Republic of Ethiopia Ministry of Health. Guidelines on Clinical and Programmatic Management of Major Non Communicable Diseases. [Internet]. 2016. [accessed: 30 March 2023]. Available at: https://extranet.who.int/ncdccs/Data/ETH_D1_National%20NCD%20Guideline%20June%2010,%202016%20for%20pri nt.pdf.
40. Gobarani RK, Zwar NA, Russell G et al. Smoking cessation intervention in Australian general practice: a secondary analysis of a cluster randomised controlled trial. *Br J Gen Pract*. 2021;71(707):e458-e64. [accessed: 30 March 2023]. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8103929/>.
41. Lertsinudom S, Kaewketthong P, Chankaew T et al. Smoking Cessation Services by Community Pharmacists: Real-World Practice in Thailand. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2021;18(22):11890. [accessed: 30 March 2023]. Available at: <https://www.mdpi.com/1660-4601/18/22/11890>.
42. Marín Armero A, Calleja Hernandez MA, Perez-Vicente S et al. Pharmaceutical care in smoking cessation. *Patient Prefer Adherence*. 2015;9:209-15. [accessed: 30 March 2023]. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4319467>.
43. Odukoya OO, Poluyi EO, Aina B et al. Pharmacist-led smoking cessation: The attitudes and practices of community pharmacists in Lagos state, Nigeria. A mixed methods survey. *Tobacco Prevention & Cessation*. 2016;2(January). [accessed: 30 March 2023]. Available at: <https://doi.org/10.18332/tpc/61546>.
44. Pan American Health Organization. Effective Tobacco Control Measures- MPOWER: 2023. updated [accessed: 30 March 2023]. Available at: https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=1350:medidas-efectivas-control-tabaco&Itemid=0&lang=en.
45. RACGP. Supporting smoking cessation: A guide for health professionals- Pharmacotherapy for smoking cessation: 2023. updated [accessed: 30 March 2023]. Available at: <https://www.racgp.org.au/clinical-resources/clinical-guidelines/key-racgp-guidelines/view-all-racgp-guidelines/supporting-smoking-cessation/pharmacotherapy-for-smoking-cessation>.
46. Sharma M, Khubchandani J, VK.. N. Applying a new theory to smoking cessation: case of multi-theory model (MTM) for health behavior change. *Health Promot Perspect*. 2017;5(2):102-5. [accessed: 30 March 2023]. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5350547>.
47. Tweed JO, Hsia SH, Lutfy K et al. The endocrine effects of nicotine and cigarette smoke. *Trends Endocrinol Metab*. 2012;23(7):334-42. [accessed: 30 March 2023]. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3389568/>.
48. Royal Pharmaceutical Society. Professional knowledge guide. United Kingdom: [Internet]. 2018. [accessed: 26 February 2023]. Available at: <https://www.rpharms.com/LinkClick.aspx?fileticket=CicDJnpBtEg%3D&portalid=0>.
49. Volkow ND, Michaelides M, Baler R. The Neuroscience of Drug Reward and Addiction. *Physiol Rev*. 2019;99(4):2115-40. [accessed: 26 February 2023]. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31507244>.
50. Force USPST, Curry SJ, Krist AH et al. Screening and Behavioral Counseling Interventions to Reduce Unhealthy Alcohol Use in Adolescents and Adults: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *JAMA*. 2018;320(18):1899-909. [accessed: 26 February 2023]. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30422199>.
51. European Association for the Study of the Liver. Electronic address eee, European Association for the Study of the L. EASL Clinical Practice Guidelines: Management of alcohol-related liver disease. *J Hepatol*. 2018;69(1):154-81. [accessed: 26 February 2023]. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29628280>.
52. Wharton S, Lau DCW, Vallis M et al. Obesity in adults: a clinical practice guideline. *CMAJ*. 2020;192(31):E875-E91. [accessed: 26 February 2023]. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32753461>.
53. Mach F, Baigent C, Catapano AL et al. 2019 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: lipid modification to reduce cardiovascular risk. *Eur Heart J*. 2020;41(1):111-88. [accessed: 26 February 2023]. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31504418>.
54. Bergeron G, Castleman T. Program responses to acute and chronic malnutrition: divergences and convergences. *Adv Nutr*. 2012;3(2):242-9. [accessed: 26 February 2023]. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22516735>.
55. Rachdaoui N, Sarkar DK. Pathophysiology of the Effects of Alcohol Abuse on the Endocrine System. *Alcohol Res*. 2017;38(2):255-76. [accessed: 28 February 2023]. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28988577>.
56. Sharma M, Catalano HP, Nahar VK et al. Using multi-theory model to predict initiation and sustenance of small portion size consumption among college students. *Health Promot Perspect*. 2016;6(3):137-44. [accessed: 28 February 2023]. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27579257>.
57. Billingsley HE, Carbone S, Lavie CJ. Dietary Fats and Chronic Noncommunicable Diseases. *Nutrients*. 2018;10(10). [accessed: 1 March 2023]. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30274325>.
58. Frazier TH, Stocker AM, Kershner NA et al. Treatment of alcoholic liver disease. *Therap Adv Gastroenterol*. 2011;4(1):63-81. [accessed: 1 March 2023]. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21317995>.

59. Vuittonet CL, Halse M, Leggio L et al. Pharmacotherapy for alcoholic patients with alcoholic liver disease. *Am J Health Syst Pharm.* 2014;71(15):1265-76. [accessed: 1 March 2023]. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25027533>.
60. Sachdeva A, Choudhary M, Chandra M. Alcohol Withdrawal Syndrome: Benzodiazepines and Beyond. *J Clin Diagn Res.* 2015;9(9):VE01-VE7. [accessed: 1 March 2023]. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26500991>.
61. Carter R, Mouralidarane A, Ray S et al. Recent advancements in drug treatment of obesity. *Clin Med (Lond).* 2012;12(5):456-60. [accessed: 1 March 2023]. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23101148>.
62. Rhee EJ, Kim HC, Kim JH et al. 2018 Guidelines for the management of dyslipidemia. *Korean J Intern Med.* 2019;34(4):723-71. [accessed: 1 March 2023]. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31272142>.
63. Zodda D, Giammona R, Schifilliti S. Treatment Strategy for Dyslipidemia in Cardiovascular Disease Prevention: Focus on Old and New Drugs. *Pharmacy (Basel).* 2018;6(1). [accessed: 1 March 2023]. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29361723>.
64. Williams PCM, Berkley JA. Guidelines for the treatment of severe acute malnutrition: a systematic review of the evidence for antimicrobial therapy. *Paediatr Int Child Health.* 2018;38(sup1):S32-S49. [accessed: 1 March 2023]. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29790840>.
65. Firoz T, Pineles B, Navrange N et al. Non-communicable diseases and maternal health: a scoping review. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2022;22(1):787. [accessed: 1 March 2023]. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/36273124>.
66. Nicolucci A, Maffei C. The adolescent with obesity: what perspectives for treatment? *Ital J Pediatr.* 2022;48(1):9. [accessed: 1 March 2023]. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/35033162>.
67. Perez-Rios M, Santiago-Perez MI, Alonso B et al. Fagerstrom test for nicotine dependence vs heavy smoking index in a general population survey. *BMC Public Health.* 2009;9:493. [accessed: 14 May 2023]. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20042106>.
68. Baker TB, Breslau N, Covey L et al. DSM criteria for tobacco use disorder and tobacco withdrawal: a critique and proposed revisions for DSM-5. *Addiction.* 2012;107(2):263-75. [accessed: 14 May 2023]. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21919989>.
69. Narasimhan M, Auja M, Van Lerberghe W. Self-care interventions and practices as essential approaches to strengthening health-care delivery. *Lancet Glob Health.* 2023;11(1):e21-e2. [accessed: 11 March 2023]. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/36306809>.
70. Arena R, Guazzi M, Lianov L et al. Healthy lifestyle interventions to combat noncommunicable disease—a novel nonhierarchical connectivity model for key stakeholders: a policy statement from the American Heart Association, European Society of Cardiology, European Association for Cardiovascular Prevention and Rehabilitation, and American College of Preventive Medicine. *Eur Heart J.* 2015;36(31):2097-109. [accessed: 12 March 2023]. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26138925>.
71. Dyson PA, Anthony D, Fenton B et al. Successful up-scaled population interventions to reduce risk factors for non-communicable disease in adults: results from the International Community Interventions for Health (CIH) Project in China, India and Mexico. *PLoS One.* 2015;10(4):e0120941. [accessed: 12 March 2023]. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25875825>.
72. Airhihenbuwa CO, Iwelunmor J, editors. Why culture matters in reducing the burden of NCDs and CDs in Africa. Commonwealth Health Partnerships; 2012 Available at: <http://www.commonwealthhealth.org/wp-content/uploads/2012/05/107-111.pdf>.
73. Maimela E, Alberts M, Bastiaens H et al. Interventions for improving management of chronic non-communicable diseases in Dikgale, a rural area in Limpopo Province, South Africa. *BMC Health Serv Res.* 2018;18(1):331. [accessed: 12 March 2023]. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29728147>.
74. Sousa Pinto G, Bader L, Billberg K et al. Beating non-communicable diseases in primary health care: The contribution of pharmacists and guidance from FIP to support WHO goals. *Res Social Adm Pharm.* 2020;16(7):974-7. [accessed: 12 March 2023]. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31668903>.
75. World Health Organization. Global Action Plan for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases 2013-2020. Geneva: [Internet]. 2013. [accessed: 12 March 2023]. Available at: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/94384/9789241506236_eng.pdf.
76. Monaco A, Palmer K, Holm Ravn Faber N et al. Digital Health Tools for Managing Noncommunicable Diseases During and After the COVID-19 Pandemic: Perspectives of Patients and Caregivers. *J Med Internet Res.* 2021;23(1):e25652. [accessed: 12 March 2023]. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33464206>.
77. International Pharmaceutical Federation (FIP). The FIP handbook for providers of programmes - supporting the FIP platform for provision through partnerships -advancing pharmacy worldwide. The Hague: [Internet]. 2022. [accessed: 20 February 2023]. Available at: <https://www.fip.org/file/5109>.

国际药学联合会

Andries Bickerweg 52517
2715 JP The Hague
The Netherlands

T :+31 (0)70 302 19 70

F :+31 (0)70 302 19 99

E :fip@fip.org

www.fip.org

www.fip.org