



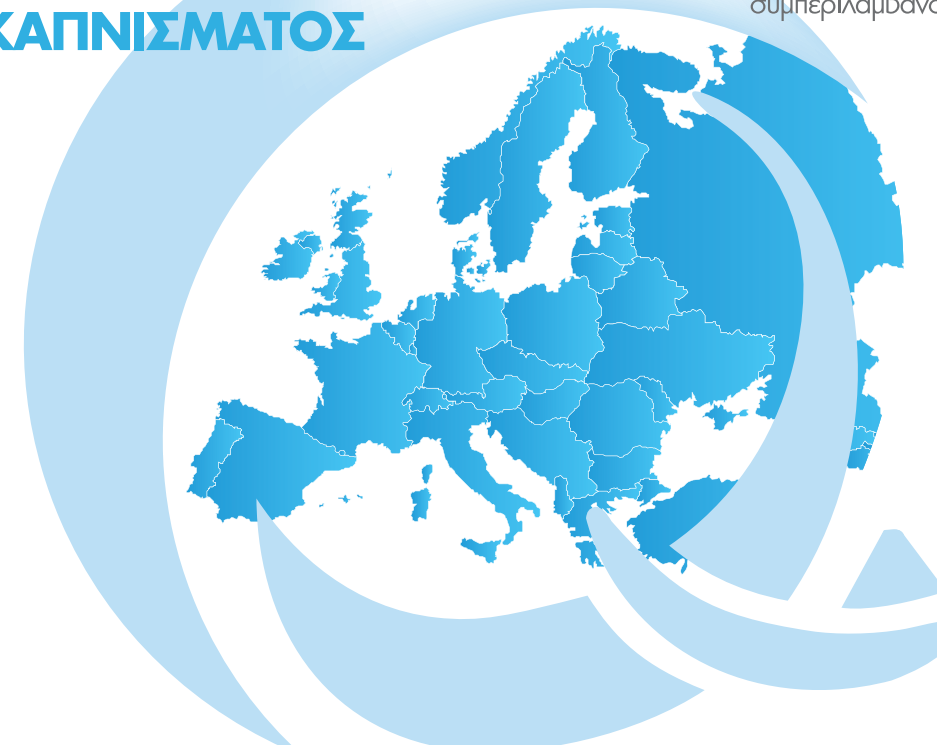
European Network for Smoking and Tobacco Prevention  
is a recipient of  
World Health Organization  
"World No Tobacco Day 2011" Award



ΕΥΡΩΠΑΪΚΕΣ ΚΑΤΕΥΘΥΝΤΗΡΙΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΑΚΟΠΗ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ



## ΕΥΡΩΠΑΪΚΕΣ ΚΑΤΕΥΘΥΝΤΗΡΙΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΑΚΟΠΗ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ



Έγκυρος οδηγός για την κατανόηση των επιπτώσεων της κατανάλωσης καπνού και την εφαρμογή των θεραπευτικών μέσων και στρατηγικών για την επίτευξη της διακοπής του καπνίσματος, συμπεριλαμβανομένων των ποιοτικών προδιαγραφών.

# ENSP<sup>QS</sup>



## Συγχρηματοδότηση του Προγράμματος Υγείας της Ευρωπαϊκής Ένωσης

Το παρόν πρόγραμμα, ενισχύεται οικονομικά από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή στα πλαίσια του Ευρωπαϊκού Προγράμματος για τη ημόσια Υγεία 2008-2013. Τόσο το Ευρωπαϊκό ίκτυο για την Πρόληψη του Καπνίσματος (ENSP) και η Ευρωπαϊκή Επιτροπή, όσο και κάθε πρόσωπο που δρα κατ' εντολή τους, ουδεμία ευθύνη φέρουν για την οποιαδήποτε χρήση και εφαρμογή των πληροφοριών που περιέχονται στο παρόν κείμενο.

Η σύνταξη του παρόντος κειμένου, έχει εκπαιδευτικό χαρακτήρα και επιχορηγήθηκε προς αυτή την κατεύθυνση, ανευ περιορισμών, από τις Pfizer Limited και Servier Pharma. Το παρόν κείμενο δεν αντανakλά απαραίτητως τις απόψεις των Pfizer Limited και Servier Pharma, ενώ τόσο το περιεχόμενο όσο και οι συστάσεις, αναφέρονται στη συντακτική επιτροπή του ENSP και δεν επιχειρούν την υποστήριξη των φαρμακευτικών εταιριών.



**Ευρωπαϊκές κατευθυντήριες οδηγίες για τη διακοπή του καπνίσματος:  
Έγκυρος οδηγός για την κατανόηση των επιπτώσεων και την εφαρμογή των μέσων και  
στρατηγικών για τη θεραπεία της εξάρτησης από τον καπνό.  
1η έκδοση, Οκτώβριος 2012**



ISBN: 978-2-9600708-1-1

© 2012 European Network for Smoking and Tobacco Prevention aisbl (ENSP)

Responsible Publisher: Panagiotis K. Behrakis, President ENSP  
European Network for Smoking and Tobacco Prevention aisbl (ENSP)  
Chaussée d'Ixelles 144  
B-1050 Brussels, Belgium  
Tel. : +32 2 2306515  
Fax: +32 2 2307507  
E-mail: info@ensp.org  
Internet: www.enso.org

## ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

Ευχαριστίες.....	12
Βιογραφικά σημειώματα .....	13
Δακήρυξη ενδιαφέροντος .....	16
Ισχύς ενδείξεων των συστάσεων που αναφέρονται στις κατευθυντήριες οδηγίες .....	17
ΠΡΟΛΟΓΗΣΕΙΣ .....	18
Πρόλογος.....	19
Συντακτική επιτροπή .....	20
Γενικές επιδιώξεις και συναφείς ενέργειες .....	23
Βιβλιογραφία.....	24
<b>ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ: ΑΝΑΓΝΩΡΙΖΟΝΤΑΣ ΤΗΝ ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗ ΚΑΠΝΟΥ ΚΑΙ ΤΗΝ ΕΞΑΡΤΗΣΗ ΑΠΟ ΤΟΝ ΚΑΠΝΟ ΣΤΗ ΓΕΝΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΡΑΚΤΙΚΗ</b> .....	25
1. Εκτίμηση/διάγνωση της κατανάλωσης καπνού και της εξάρτησης από τον καπνό .....	26
1.1 Η κατανάλωση καπνού αποτελεί νόσο .....	26
1.2. Ορισμοί, ταξινόμηση, ορολογία και ειδικές επεξηγήσεις .....	28
1.2.1 Εξάρτηση από τον καπνό: μια επαγγελματική νόσος .....	28
1.2.2 Μηχανισμοί εισαγωγής στην εξάρτηση από τον καπνό .....	28
1.2.3 Η νικοτίνη δεν αποτελεί τη μόνη ουσία, υπεύθυνη για την εξάρτηση από τον καπνό .....	30
1.2.4 Η εξάρτηση από τη νικοτίνη, με βάση τα δεδομένα του ΠΟΥ .....	30
Αποχή από τη/ον νικοτίνη/καπνό (διακοπή καπνίσματος).....	32
Σύνδρομο στέρησης από τη νικοτίνη.....	32
Καπνιστική συνήθεια .....	33
1.3. Το κάπνισμα, αποτελεί χρόνια υποτροπιάζουσα νόσο .....	33
1.3.1 Φυσική ιστορία της εξάρτησης από τον καπνό.....	33
1.3.2 Θεραπεία της εξάρτησης από τον καπνό, μετά τη διακοπή καπνίσματος .....	34
1.4. Επιτακτικότητα της αναγνώρισης των καπνιστών στη σύγχρονη, καθημερινή κλινική πράξη .....	35
1.5 Εκτίμηση/διάγνωση της κατανάλωσης καπνού και της συνοδού εξάρτησης.....	36
1.5.1. Κλινική διάγνωση της κατανάλωσης καπνού και της συνοδού εξάρτησης.....	36
1.5.2. Ανάλυση προηγούμενων προσπαθειών διακοπής καπνίσματος.....	38
1.5.3. Κίνητρα για τη διακοπή καπνίσματος.....	38
1.5.4. Ιατρικό ιστορικό, μη σχετιζόμενο με ψυχοπαθολογία.....	41
1.5.5. Ιστορικό αγχωδών διαταραχών ή κατάθλιψης.....	41
1.5.6. Αντισύλληψη.....	42
1.5.7. Εργαστηριακή διάγνωση της εξάρτησης από τον καπνό.....	42
Μονοξείδιο του άνθρακα.....	42
Κοτινίνη.....	44
Εφαρμογές των βιοδεικτών .....	45
Βιβλιογραφία.....	45
2.Γενικές συστάσεις για τη θεραπεία της κατανάλωσης καπνού και της συνοδού εξάρτησης.....	47
2.1 Κατανάλωση καπνού.....	47

2.2 Νόσος εξάρτησης από τον καπνό.....	47
2.3 Διακοπή καπνίσματος.....	48
2.3.1. Εκπαίδευση του ασθενούς.....	48
2.3.2. Συμπεριφορική υποστήριξη (CBT).....	48
2.3.3. Διαθέσιμα θεραπευτικά σκευάσματα.....	49
2.3.4. Διακοπή καπνίσματος.....	49
2.4. Θεραπεία της εξάρτησης από τον καπνό, μετά τη διακοπή καπνίσματος .....	49
2.5. Πρόληψη υποτροπών.....	50
3. Σύντομη συμβουλευτική για τη διακοπή κατανάλωσης καπνού .....	51
3.1. Γενικές συστάσεις.....	51
3.2. Σχέδιο παρέμβασης για το ιατρικό προσωπικό που εμπλέκεται στην υποστήριξη των καπνιστών .....	51
3.3. Συστάσεις για τον οικογενειακό ιατρό .....	52
3.4. Συστάσεις για νοσηλευόμενους ασθενείς .....	53
3.5. Συστάσεις για τις εγκύους.....	53
3.6. Συστάσεις για ασθενείς, υποβληθέντες σε χειρουργική επέμβαση.....	53
Βιβλιογραφία.....	54
<b>ΜΕΡΟΣ ΕΥΤΕΡΟ: ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΕΞΑΡΤΗΣΗΣ ΑΠΟ ΤΟΝ ΚΑΠΝΟ</b> .....	55
4. Τυπικές θεραπευτικές παρεμβάσεις .....	56
4.1. Θεραπευτικές παρεμβάσεις για την κατανάλωση καπνού και τη συνοδό εξάρτηση: βασικά ορόσημα.....	56
4.1.1. Κλασική προσέγγιση της διακοπής καπνίσματος.....	56
Κάθε επαγγελματίας υγείας μπορεί να συνεισφέρει .....	56
Εκτίμηση της αποφασιστικότητας του ασθενούς για τη διακοπή καπνίσματος.....	57
Τα 5Α.....	57
Ανάλυση της αποφασιστικότητας του ασθενούς για τη διακοπή καπνίσματος .....	59
Η στρατηγική των 5Rs.....	60
Υποστήριξη σε μη κινητοποιημένους καπνιστές για να διακόψουν το κάπνισμα.....	61
Ελάττωση του καπνίσματος.....	61
«Παραιτηθέντες» καπνιστές .....	62
Ασθενείς που δεν έχουν καταναλώσει ποτέ προϊόντα καπνού .....	62
Συστάσεις .....	62
4.1.2. Αποτελεσματικότητα θεραπείας της κατανάλωσης καπνού και της συνοδού εξάρτησης.....	63
Διαθέσιμες θεραπευτικές παρεμβάσεις.....	63
Αποτελεσματικότητα των διαθέσιμων φαρμάκων .....	65
4.1.3. Συμμόρφωση με τη θεραπεία .....	67
4.1.4. Προσέγγιση των συστημάτων υγείας στην κατανάλωση καπνού και τη συνοδό εξάρτηση .....	68
4.1.5. Κριτήρια αποχής από το κάπνισμα για επιστημονική εφαρμογή .....	69
Ορισμός για την επιστημονική αξιολόγηση.....	69
Ορισμοί για την κλινική πράξη.....	70
Συστάσεις .....	70
4.1.6. Η θεραπευτική παρέμβαση με στόχο τη διακοπή καπνίσματος είναι επιβεβλημένη.....	71
Συστάσεις .....	72
4.1.7. Τύποι θεραπευτικών παρεμβάσεων για τη διακοπή του καπνίσματος .....	73
4.1.7.1. Ελάχιστη παρέμβαση (σύντομη συμβουλευτική).....	73



4.1.7.2. Θεραπεία της εξάρτησης από τον καπνό, από το γενικό ιατρό ή άλλους, μη ειδικούς ιατρούς ...	73
4.1.7.3. Ειδικές εξατομικευμένες παρεμβάσεις για τη διακοπή του καπνίσματος .....	73
4.1.7.4. Ειδικές ομαδικές παρεμβάσεις για τη διακοπή του καπνίσματος .....	76
Βιβλιογραφία .....	76
4.2. Φαρμακευτική θεραπεία της εξάρτησης από τον καπνό .....	79
4.2.1. Θεραπεία με NTR .....	79
4.2.1.1. Μηχανισμοί δράσης .....	79
4.2.1.2. Κλινικές ενδείξεις που τεκμηριώνουν την αποτελεσματικότητα των NRT .....	81
Μετανάλυση της σύμπραξης Cochrane .....	81
Μετανάλυση του Michael C. Fiore .....	83
4.2.1.3. Συνδυασμός NRT –φαρμακοθεραπείας .....	83
4.2.1.4. Ενδείξεις .....	83
4.2.1.5. Ελάττωση του καπνίσματος με υποκατάστατα νικοτίνης .....	83
4.2.1.6. Κλινικές εφαρμογές .....	85
Υποκατάστατα νικοτίνης με τη μορφή επιδερμικών επιθεμάτων .....	85
Από του στόματος υποκατάστατα νικοτίνης .....	88
Βιοδιαθεσιμότητα των από του στόματος σκευασμάτων νικοτίνης .....	88
Ρινικοί ψεκασμοί .....	91
4.2.1.7. Οδηγίες συνταγογράφησης .....	91
Επιλογή της αρχικής δόσης θεραπείας υποκατάστασης της νικοτίνης .....	91
Συνάφεια των υποκατάστατων νικοτίνης .....	92
Ρύθμιση της δόσης μετά από 24-72 ώρες .....	93
Σημεία υπερδοσολογίας .....	93
Σημεία υποδοσολογίας .....	93
4.2.1.8. Αντενδείξεις .....	94
4.2.1.9. Ανεπιθύμητες ενέργειες, προφυλάξεις, προειδοποιήσεις, αλληλεπιδράσεις φαρμάκων .....	94
Κίνδυνος εξάρτησης από τα χορηγούμενα από του στόματος υποκατάστατα .....	94
Κίνδυνοι της θεραπείας υποκατάστασης της νικοτίνης .....	96
Ανεπιθύμητες ενέργειες της θεραπείας, σε σύγκριση με τα συμπτώματα που σχετίζονται με τη διακοπή καπνίσματος .....	97
Συστάσεις .....	97
4.2.2. Θεραπεία με Βουπροπιόνη SR .....	97
Μηχανισμοί δράσης .....	98
Κλινικές ενδείξεις που τεκμηριώνουν την αποτελεσματικότητα της Βουπροπιόνης .....	98
Ενδείξεις .....	99
Κλινική εφαρμογή .....	100
Οδηγίες συνταγογράφησης .....	100
Αντενδείξεις .....	101
Ανεπιθύμητες ενέργειες, προφυλάξεις, προειδοποιήσεις, αλληλεπιδράσεις φαρμάκων .....	101
Κύριες ανεπιθύμητες ενέργειες .....	101
Άλλες ανεπιθύμητες ενέργειες .....	102
Προφυλάξεις για τη χορήγησή της .....	102
Ενδείξεις διακοπής της θεραπείας με Βουπροπιόνη .....	103

Σχέση κόστους-οφέλους της θεραπείας με Βουπροπιόνη .....	103
Συστάσεις .....	103
4.2.3. Θεραπεία με Βαρενικλίνη .....	104
4.2.3.1. Μηχανισμοί δράσης .....	104
4.2.3.2. Κλινικές ενδείξεις που τεκμηριώνουν την αποτελεσματικότητα της Βαρενικλίνης .....	105
Αποτελεσματικότητα σε καπνιστές χωρίς συννοσηρότητα .....	105
Αποτελεσματικότητα μακροχρόνιας θεραπείας .....	107
Αποτελεσματικότητα σε ασθενείς με ΧΑΠ .....	108
Αποτελεσματικότητα σε ασθενείς με καρδιοπάθειες .....	108
Αποτελεσματικότητα σε ασθενείς με HIV λοίμωξη .....	106
Αποτελεσματικότητα σε ασθενείς με ψυχοπαθολογία .....	109
Αποτελεσματικότητα στη διακοπή κατανάλωσης καπνού άνευ καύσης .....	109
4.2.3.3. Η Βαρενικλίνη ως συνιστώσα συνδυασμένης φαρμακοθεραπείας .....	110
4.2.3.4. Βαρενικλίνη και συμβουλευτική .....	111
4.2.3.5. Ενδείξεις .....	111
4.2.3.6. Κλινική εφαρμογή .....	111
4.2.3.7. Προφυλάξεις που απαιτούνται για τη χορήγηση Βαρενικλίνης .....	112
Ασθενείς με νεφρική ανεπάρκεια .....	112
Ασθενείς, οδηγοί οχημάτων και χειριστές βαρέων μηχανημάτων .....	112
Ασθενείς με νευρολογικά νοσήματα .....	112
4.2.3.8. Ανοχή και ασφάλεια .....	113
Ναυτία .....	113
Αϋπνία .....	113
Καρδιαγγειακό .....	114
Ψυχικές διαταραχές .....	115
Άλλες ανεπιθύμητες ενέργειες .....	115
Συστάσεις .....	116
4.2.4. Θεραπεία με κλονιδίνη .....	116
Προφυλάξεις, προειδοποιήσεις, αντενδείξεις, ανεπιθύμητες ενέργειες .....	117
Υποδείξεις για κλινική χρήση .....	117
Συστάσεις .....	117
4.2.5. Θεραπεία με νορτρυπιλίνη .....	117
Αντικαταθλιπτική δράση .....	117
Αποτελεσματικότητα .....	118
Ανεπιθύμητες ενέργειες .....	118
Δοσολογία .....	119
Πρακτικά σημεία για τη χρήση της νορτρυπιλίνης .....	119
Συστάσεις .....	120
4.2.6. Κυτιζίνη .....	124
4.2.7. Ηλεκτρονικό τσιγάρο .....	126
Βιβλιογραφία .....	127
4.3. Μη φαρμακολογική θεραπεία της κατανάλωσης καπνού και της συνοδού εξάρτησης .....	128
Συστάσεις .....	128



Βιβλιογραφία.....	128
4.3.1. Τηλεφωνική υποστήριξη και εργαλεία αυτοβοήθειας .....	128
4.3.1.1. Τηλεφωνική υποστήριξη .....	128
Αποτελεσματικότητα των γραμμών υποστήριξης διακοπής καπνίσματος .....	129
4.3.1.2. Εργαλεία αυτοβοήθειας .....	130
Παραδείγματα καταλόγων ελέγχου και ερωτήσεων για αυτοβοήθεια .....	131
Αποτελεσματικότητα του εκπαιδευτικού υλικού που παρέχεται στους ασθενείς .....	135
4.3.1.3. Διαδικτυακή υποστήριξη .....	136
Βιβλιογραφία.....	137
4.3.2. Συνέντευξη παρακίνησης(MI) του ασθενούς .....	138
Τι είναι η συνέντευξη παρακίνησης;.....	138
Βασικές αρχές της MI .....	138
Μερικά σημαντικά χαρακτηριστικά της MI.....	139
Η MI στην κλινική πράξη .....	140
Ενδείξεις αποτελεσματικότητας .....	141
Συστάσεις .....	142
Βιβλιογραφία.....	142
4.3.3. Εξατομικευμένη γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία (CBT) .....	142
Βασικές αρχές της CBT .....	142
Αποτελεσματικότητα της CBT.....	143
Διαχείριση συμπεριφορών εθισμού στον καπνό.....	145
Συστάσεις .....	145
Βιβλιογραφία.....	146
4.3.4. Ψυχολογική υποστήριξη των καπνιστών .....	146
Συστάσεις .....	149
Βιβλιογραφία.....	150
4.4. Συνδυασμοί συμβουλευτικής και φαρμακοθεραπείας.....	150
Συστάσεις .....	151
Βιβλιογραφία.....	151
4.5. Εξατομικευμένα θεραπευτικά σχήματα.....	151
4.5.1. Συνδυασμός φαρμακευτικών σκευασμάτων .....	152
4.5.1.1. Γενικές αρχές της συνδυασμένης φαρμακοθεραπείας .....	152
4.5.1.2. Συνδυασμοί θεραπειών υποκατάστασης της νικοτίνης (NRT).....	153
NRT + παροξετίνη .....	153
Επιδερμικό επίθεμα νικοτίνης + από του στόματος νικοτίνη.....	153
Επιδερμικό επίθεμα νικοτίνης + νικοτίνη μέσω ψεκασμού .....	153
Επιδερμικό επίθεμα νικοτίνης + εισπνεόμενη νικοτίνη .....	153
Επιδερμικό επίθεμα νικοτίνης + Βουπροπιόνη.....	154
NRT + Βουπροπιόνη .....	154
Νορτριπιλίνη + NRT .....	155
Βαρενικλίνη + NRT .....	155
Συστάσεις .....	157
Βαρενικλίνη + Βουπροπιόνη SR.....	157

4.5.2. Διαθέσιμες ενδείξεις για άλλες παρεμβάσεις προς την υποστήριξη της διακοπής καπνίσματος ...	157
Εμβόλια .....	158
Φάρμακα.....	158
Μη φαρμακευτικές παρεμβάσεις .....	159
4.5.3. Συστάσεις για μακροχρόνια θεραπεία .....	160
Μακροχρόνια θεραπεία υποκατάστασης της νικοτίνης.....	161
Μακροχρόνια θεραπεία με Βαρενικλίνη.....	161
Μακροχρόνια θεραπεία με Βουπροπιόνη.....	162
Βιβλιογραφία.....	162
4.6. Συστάσεις για θεραπευτικούς χειρισμούς σε ειδικές καταστάσεις και σε υψηλού κινδύνου πληθυσμούς ασθενών .....	165
4.6.1. Συστάσεις για θεραπευτικές παρεμβάσεις σε εγκύους.....	165
4.6.2. Συστάσεις για θεραπευτικές παρεμβάσεις σε νέους κάτω των 18 ετών .....	166
Συμβουλευτική και θεραπείες διακοπής καπνίσματος που συστήνονται για εφαρμογή σε νέους κάτω των 18 ετών .....	167
Προγράμματα σχεδιασμένα ειδικά για εφήβους .....	168
Τηλεφωνική συμβουλευτική.....	168
Φαρμακοθεραπεία στους εφήβους.....	169
Συστάσεις .....	171
4.6.3. Συστάσεις για θεραπευτικές παρεμβάσεις σε καπνιστές με αναπνευστικά και καρδιαγγειακά νοσήματα, ψυχοπαθολογία, κακοήθη νεοπλασμάτα ή άλλη συνοσηρότητα.....	171
Καρδιαγγειακά νοσήματα.....	171
Αναπνευστικά νοσήματα.....	172
ΧΑΠ .....	173
Συστάσεις .....	175
Άσθμα .....	175
Συστάσεις .....	175
Φυματίωση .....	176
Κακοήθη νεοπλασμάτα.....	176
Ψυχικά νοσήματα, χρήστες ουσιών.....	177
Ασθενείς με HIV λοίμωξη.....	179
4.6.4. Συστάσεις για την προσέγγιση της αύξησης του σωματικού βάρους μετά τη διακοπή καπνίσματος .....	180
Συστάσεις .....	181
Βιβλιογραφία.....	182
4.7. Θεραπευτικοί χειρισμοί για την πρόληψη της υποτροπής (επανάαρξης του καπνίσματος).....	186
Βιβλιογραφία.....	187
4.8. Ομαδική συμβουλευτική για τη διακοπή καπνίσματος.....	188
Βιβλιογραφία.....	190
4.9. Συστάσεις για την προσέγγιση της ελάττωσης του καπνίσματος.....	191
Συστάσεις .....	191
Βιβλιογραφία.....	191

5. Συστάσεις για την ερευνητική και επιστημονική μεθοδολογία - αξιολόγηση της διακοπής του καπνίσματος .....	192
5.1. Κριτήρια διακοπής καπνίσματος για την κλινική έρευνα .....	192
5.2. Σχέση κόστους-οφέλους θεραπειών για την αντιμετώπιση της εξάρτησης από τον καπνό.....	193
Βιβλιογραφία.....	195
5.3. Συστάσεις για την εφαρμογή των κατευθυντήριων οδηγιών για τη διακοπή καπνίσματος .....	196
Βιβλιογραφία.....	197
5.4. Συνιστώμενη επιστημονική βιβλιογραφία για τη διακοπή καπνίσματος.....	198
<b>ΜΕΡΟΣ ΤΡΙΤΟ: ΕΥΡΩΠΑΪΚΕΣ ΠΡΟΙΑΓΡΑΦΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΔΙΑΠΙΣΤΕΥΣΗ ΤΩΝ ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΙΑΚΟΠΗΣ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΑΝΤΙΣΤΟΙΧΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ</b>	
6. Συστάσεις για την εκπαίδευση επαγγελματιών υγείας στη θεραπεία της κατανάλωσης καπνού και της συνοδού εξάρτησης και προδιαγραφές ποιότητας για τους ειδικούς και τις υπηρεσίες διακοπής καπνίσματος .....	202
6.1. Συστάσεις για τα κριτήρια εκπαίδευσης των ειδικών στη διακοπή του καπνίσματος.....	203
6.2. Συστάσεις για τη συγκρότηση διδακτέας ύλης αφορούσης στη διακοπή καπνίσματος για τους φοιτητές ευρωπαϊκών ιατρικών σχολών.....	205
Επιχειρηματολογία.....	205
Περιεχόμενο του εκπαιδευτικού προγράμματος .....	206
Διδακτικές μέθοδοι.....	206
6.3. Συστάσεις για τη συγκρότηση διδακτέας ύλης αφορούσης στη διακοπή καπνίσματος στα πλαίσια Ευρωπαϊκών μεταπτυχιακών προγραμμάτων.....	210
Επιχειρηματολογία.....	210
Στόχοι των εκπαιδευτικών προγραμμάτων .....	210
Διδακτικές μέθοδοι.....	211
Λεπτομέρειες που αφορούν τα δια ζώσης εκπαιδευτικά προγράμματα.....	211
Αξιολόγηση .....	211
Εκπαιδευτικά προγράμματα για τις ιατρικές ειδικότητες του θώρακα .....	211
Βιβλιογραφία.....	212
6.4. Συστάσεις για τη συγκρότηση διδακτικού υλικού αναφορικά με τη διακοπή καπνίσματος, προς εφαρμογή από άλλες κατηγορίες εμπλεκόμενων επαγγελματιών: ψυχολόγων, νοσηλευτών, συντακτών προγραμμάτων πολιτικής υγείας.....	213
Συστάσεις .....	213
Βιβλιογραφία.....	214
6.5. Προδιαγραφές εκπαίδευσης κλινικών ιατρών στη διακοπή του καπνίσματος .....	214
Υπόβαθρο.....	214
Περιεχόμενο της εκπαίδευσης .....	214
Απαιτούμενη διδακτέα ύλη.....	215
Περιεχόμενο βασικής εκπαίδευσης (1η και 2η ημέρα).....	216
Περιεχόμενο συνεχιζόμενης εκπαίδευσης (3η ημέρα) .....	216
Αξιολόγηση της εκπαίδευσης.....	216
Υλικό που χρησιμοποιείται στην εκπαίδευση.....	216
Εξουσιοδότηση για τη διεξαγωγή εκπαιδευτικών προγραμμάτων με αντικείμενο τη διακοπή του καπνίσματος.....	217

Επισημάνσεις .....	217
Βιβλιογραφία.....	217
6.6. Ποιοτικές προδιαγραφές της θεραπείας της εξάρτησης από τον καπνό.....	217
Ορισμός.....	217
Ρόλος και ευθύνες του ειδικού στη θεραπεία της εξάρτησης από τον καπνό .....	218
Εξάρτηση από τον καπνό – υπάρχουσα γνώση και εκπαίδευση.....	218
Συμβουλευτικές ικανότητες .....	219
Συνέντευξη εκτίμησης του ασθενούς .....	219
Προγραμματισμός θεραπευτικών χειρισμών .....	220
Φαρμακοθεραπεία .....	220
Πρόληψη υποτροπής.....	221
Προσέγγιση απαιτητικών/ειδικών κατηγοριών καπνιστών.....	222
Τεκμηρίωση και αξιολόγηση.....	222
Επαγγελματικές πηγές .....	222
Νομικό πλαίσιο και κανόνες δεοντολογίας.....	223
Επαγγελματική εξέλιξη .....	223
Βιβλιογραφία.....	223
6.7. Διαπιστευτήρια ειδικών υπηρεσιών διακοπής καπνίσματος .....	223
6.7.1. Τα τρία επίπεδα υπηρεσιών διακοπής καπνίσματος .....	224
Ειδικές μονάδες διακοπής καπνίσματος(STCU).....	224
Ειδικό επαγγελματίες ασχολούμενοι με τη διακοπή του καπνίσματος(TCSP) .....	224
Κέντρα συμβουλευτικής για τη διακοπή του καπνίσματος(TCCC) .....	224
6.7.2. Διαπιστευτήρια των ειδικών μονάδων διακοπής καπνίσματος .....	225
Ανθρώπινο δυναμικό .....	226
Υλικοτεχνική υποδομή .....	227
Κατηγορίες καταναλωτών καπνού προς παραπομπή στις υπηρεσίες διακοπής καπνίσματος .....	228
Υγειονομικές δραστηριότητες.....	229
Εκπαιδευτικές δραστηριότητες .....	231
Ερευνητικές δραστηριότητες .....	232
Ο ρόλος των υπηρεσιών διακοπής καπνίσματος στην προώθηση της δημόσιας υγείας .....	232
Κατάλογος πινάκων.....	234
Κατάλογος εικόνων.....	234

## Ευχαριστίες

Το ENSP, θα ήθελε να ευχαριστήσει τα μέλη της συντακτικής επιτροπής για την ευγενή συνεισφορά τους:

**Panagiotis K. Behrakis**, MD, PhD (McGill), FCCP, President of ENSP, is Associate Professor of Respiratory Physiology at Athens University and Adjunct Professor at Harvard University;

**Nazmi Bilir**, Professor of Public Health, Hacettepe University, Faculty of Medicine, Department of Public Health, Ankara, Turkey;

**Luke Clancy**, BSc, MB, MD, PhD, FRCPI, FRCP (Edin), FCCP, FFOM, respiratory physician and Director General, TobaccoFree Research Institute Ireland (TFRI);

**Bertrand Dautzenberg**, Professor of Chest Medicine at Pitié-Salpêtrière hospital, Paris and Chair of Office français de prévention du tabagisme (OFT), Paris, France;

**Andrey Konstantinovich Demin**, M.D., D.Polit.Sci., is a physician at the Medical and Rehabilitation Centre under the Ministry of Health of the Russian Federation, Professor of Public Health at I.M. Sechenov 1st Moscow State Medical University and N.I. Pirogov National Medical Surgical Centre, and President of Russian Public Health Association, Moscow, Russia;

**Hans Gilljam**, MD, Professor of Public Health, Karolinska Institute, Stockholm, Sweden;

**Antigona Trofor**, M.D. Ph.D., Associate Professor of Pulmonology at the University of Medicine and Pharmacy Gr. T. Popa, Iași and Respiratory Physician at the Clinic of Pulmonary Diseases, Iași, Romania.

Επίσης, το ENSP, θα ήθελε να ευχαριστήσει τα μέλη της επιτροπής αναθεώρησης, για την ευγενή συνεισφορά τους:

**Sofia Cattaruzza**, head of UNITAB, Sapienza University, Rome, Italy;

**Florin Dumitru Mihălțan**, Professor of Pneumology, M. Nasta National Institute of Pneumology, President of the Romanian Society of Pneumology, Bucharest, Romania;

**Manfred Neuberger**, O. Univ.-Prof. M.D., Vienna, Austria;

**Biagio Tighino**, President of the Società Italiana di Tabaccologia (SITAB), co-ordinator of the working group on SITAB Guidelines, head of the Smoking Cessation Centre, ASL Monza e Brianza, Italy;

**Paulo D. Vitória**, Psychologist, PhD, Professor of Preventive Medicine at Faculdade de Ciências da Saúde – Universidade da Beira Interior. Member of the Coordination Team at Portuguese Quitline. Member of the Steering Board at Portuguese Society of Tabacology (SPT), Portugal;

**Vincenzo Zagà**, editor-in-chief of Tabaccologia, Società Italiana di Tabaccologia (SITAB), Bologna, Italy.

**Witold A. Zatoński**, Professor, M.D., PhD. Director Division of Epidemiology and Cancer Prevention, Director WHO Collaborating Centre, Warsaw, Poland.

Η συντακτική επιτροπή των ENSP-ESCG, θα ήθελε να ευχαριστήσει την **Πνευμονολογική Εταιρία της Ρουμανίας** και τη συντακτική της επιτροπή, για την παραχώρηση της άδειας χρήσης των Romanian Smokers Assistance and Smoking Cessation Guidelines (RSASCG – www.srp.ro), σαν κείμενο αναφοράς για την παρούσα δημοσίευση.

Το ENSP είναι ευγνώμον στον **Cornel Radu-Loghin**, ιευθυντή Πολιτικής και Στρατηγικών του γραμματειακού τμήματος του ENSP, για την έναρξη αλλά και τη διαχείριση και περάτωση του παρόντος πονήματος.

Η παρούσα δημοσίευση, επίσης καταρτίστηκε και αναθεωρήθηκε από τον **Michael Forrest**, Γραμματέα επικοινωνίας του ENSP.

## Βιογραφικά Σημειώματα

**Panagiotis K. Behrakis**, MD, PhD (McGill), FCCP, Πρόεδρος του ENSP, Αναπληρωτής Καθηγητής Φυσιολογίας της Αναπνοής, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αναπληρωτής Καθηγητής Φυσιολογίας της Αναπνοής, Πανεπιστήμιο Harvard, Σχολή ημόσιας Υγείας. Είναι ιατρός (Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών), και διδάκτωρ των πανεπιστημίων Αθηνών και McGill. Κατέχει τίτλους τριών ιατρικών ειδικοτήτων (παθολογίας, πνευμονολογίας και εντατικολογίας). Σήμερα, διατελεί επιστημονικός διευθυντής του Κέντρου Έρευνας Καπνίσματος και Καρκίνου του Πνεύμονα της Ελληνικής Αντικαρκινικής Εταιρίας και ερευνητής στο Ίδρυμα Ιατροβιολογικών Ερευνών της Ακαδημίας Αθηνών (IEBEAA). Επίσης, είναι πρόεδρος της Εθνικής Επιτροπής για τον Έλεγχο του Καπνίσματος και Κύριος Ερευνητής του προγράμματος HEART (μια συνεργασία των Πανεπιστημίων Harvard, Ελληνικής Αντικαρκινικής Εταιρίας και Ελληνικών Υπουργείων Παιδείας και Υγείας, με σκοπό τον έλεγχο του καπνίσματος στην Ελλάδα). Είναι επίσης μέλος του Παγκόσμιου Ιοικητικού Συμβουλίου, αλλά και της Επιτροπής του Αμερικανικού Κολλεγίου Ιατρών του Θώρακα (ACCP). Στο παρελθόν, έχει υπηρετήσει σαν, ελεγκτής πολλών σημαντικών Ευρωπαϊκών προγραμμάτων (COPHIT, SIMBIO, BLOODSIM, BIOMED, AIM και άλλα), συντάκτης σε οκτώ επιστημονικά περιοδικά και επτά βιβλία φυσιολογίας στην Ελλάδα. Έχει επίσης διατελέσει επιβλέπων σε περισσότερες από 30 διδακτορικές διατριβές και έχει συμμετάσχει στη συγγραφή 172 ολοκληρωμένων εργασιών (89 διεθνείς και 83 στα Ελληνικά) και 350 περιλήψεων (130 διεθνείς και 220 στα Ελληνικά), κατέχοντας συνολικά 1420 παραθέσεις (citations). Έχει διατελέσει επίσης κύριος οργανωτής περισσότερων από 20 διεθνών επιστημονικών εκδηλώσεων (συναντήσεις, συνέδρια, σεμινάρια), ενώ πρόσφατα, έχει δημοσιεύσει τη μονογραφία: The Greek Tobacco Epidemic, 2011, Harvard Publications.

**Nazmi Bilir**. Είναι ιατρός και καθηγητής ημόσιας υγείας στο πανεπιστήμιο Hacettepe, τμήμα ιατρικής, τομέας ημόσιας υγείας, Άγκυρα, Τουρκία. Έλαβε πτυχίο Ιατρικής το 1970 ολοκλήρωσε την ειδικότητα της Παθολογίας το 1974 και της ημόσιας Υγείας το 1976. Έχει εργαστεί το πεδίο του ελέγχου καπνίσματος για περισσότερα από 30 χρόνια, διεξάγοντας αρκετά προγράμματα αναφορικά με την επιδημιολογία και την πρόληψη της κατανάλωσης καπνού. Είναι ιδρυτής της Εθνικής Ένωσης για τον Καπνό και την Υγεία και έχει διατελέσει πρόεδρος της επί πέντε έτη. Έχει λάβει μέρος σε επιτροπές του τουρκικού κοινοβουλίου, με την ιδιότητα του ειδικού προσκεκλημένου, σε εθνικές συζητήσεις για το νομοθετικό πλαίσιο που διέπει τον έλεγχο του καπνίσματος το 1996, αλλά και κατά την αναθεώρηση του νόμου το 2008. Έχει συμμετάσχει στην παγκόσμια στατιστική καταγραφή των ενηλίκων καπνιστών (GATS) του 2008, αλλά και την αναθεώρηση αυτής το 2012. Έχει διεξάγει πρόγραμμα σχετικά με τα αποτελέσματα της εφαρμογής του νόμου έλεγχου του καπνίσματος μεταξύ των 2008 μια 2010. Έχει διατελέσει επίσης μέλος της ομάδας προετοιμασίας και περάτωσης επιδημιολογικών μελετών για την κατανάλωση καπνού από τους επαγγελματίες υγείας, που διεξήχθησαν το 1997 και το 2011. Επίσης, έχει διατελέσει μέλος της Ευρωπαϊκής Συμβουλευτικής Επιτροπής για τη ιακοπή του Καπνίσματος. Είναι μέλος της συγγραφικής



ομάδας της εργασίας: Tobacco Control in Turkey; Story of Commitment and Leadership, η οποία δημοσιεύτηκε από τον WHOEurope. Σήμερα, εργάζεται ως καθηγητής στο Hacettepe University, Ankara.

**O Luke Clancy**, BSc, MB, MD, PhD, FRCPI, FRCP (Edin), FCCP, FFOM, είναι γενικός διευθυντής του Αντικαπνιστικού Ερευνητικού Ινστιτούτου Ιρλανδίας (TFRI). Είναι πνευμονολόγος, με ερευνητικό ενδιαφέρον που στρέφεται στην ατμοσφαιρική ρύπανση, τη φυματίωση και το άσθμα και, επί του παρόντος, επικεντρώνεται στην πρόληψη και τη θεραπεία ασθενειών που σχετίζονται με το κάπνισμα μέσα από την έρευνα, τη θεραπεία της εξάρτησης από τα προϊόντα καπνού και μέσω εκστρατειών. <?>ς πρόεδρος του διοικητικού συμβουλίου της ASH Ιρλανδίας (ράση για το Κάπνισμα και την Υγεία), έπαιξε σημαντικό ρόλο στην εισαγωγή της νομοθεσίας κατά του καπνίσματος στην Ιρλανδία. Διετέλεσε πρόεδρος του Ευρωπαϊκού ικτύου για την Πρόληψη του Καπνίσματος (ENSP) και πρόεδρος της Επιτροπής Ελέγχου του Καπνίσματος της Ευρωπαϊκής Πνευμονολογικής Εταιρείας. Είναι γενικός διευθυντής της TFRI, η οποία υποστηρίζει την ανάπτυξη μιας κοινωνίας χωρίς τσιγάρο, συμμετέχοντας σε έρευνες που αφορούν όλες τις πτυχές του ελέγχου του καπνίσματος. Ήταν εταίρος σε μια σειρά από έργα χρηματοδοτούμενα από την ΕΕ, όπως τα IMPASHS, IMCA PESCE, APHEA, Aphasis και ENHIS και συντονιστής του έργου PRACTE του προγράμματος για την έρευνα FP7 της Ευρωπαϊκής Επιτροπής (Τιμολογιακή Πολιτική και Έλεγχος των Προϊόντων Καπνού στην Ευρώπη) το οποίο περιελάμβανε μία μείζονα κοινοπραξία διεθνών εμπειρογνομόνων από τη Φινλανδία, τη Γαλλία, την Ιταλία, την Ισπανία, το Ηνωμένο Βασίλειο, το Βέλγιο και τις ΗΠΑ.

**O Bertrand Dautzenberg** είναι καθηγητής Πνευμονολογίας στο νοσοκομείο Pitié- Salpêtrière (Παρίσι, Γαλλία), υπεύθυνος για τη μονάδα διακοπής καπνίσματος. Έχει εμπλακεί ερευνητικά με τη θεραπεία του καρκίνου του πνεύμονα, στο δίκτυο θεραπείας της ΧΑΠ, στη θεραπεία της φυματίωσης και στην πρόληψη και θεραπεία για τη διακοπή του καπνίσματος. Είναι πρόεδρος του Γαλλικού Γραφείου για την Πρόληψη του Καπνίσματος (OFT), Paris Sans Tabac (PST). Είναι μέλος του διοικητικού συμβουλίου της Γαλλικής Συμμαχίας κατά του Καπνίσματος και του διοικητικού συμβουλίου του Ευρωπαϊκού ικτύου για την Πρόληψη του Καπνίσματος (ENSP). Ηγείται του επιστημονικού τμήματος καπνίσματος της Ευρωπαϊκής Πνευμονολογικής Εταιρείας (ERS). Ήταν ο επικεφαλής του έργου ESCCAN για τα κέντρα διακοπής καπνίσματος. Έχει λάβει μετάλλιο από τον ΠΟΥ για το έργο του στον τομέα του ελέγχου του καπνίσματος. Είναι συγγραφέας πολλών βιβλίων σχετικά με το κάπνισμα και μιας έκθεσης σχετικά με το παθητικό κάπνισμα για το Υπουργείο Υγείας της Γαλλίας.

**O Andrey Konstantinovich Demin**, M.D., D.Polit.Sci. είναι ιατρός στο Ιατρικό Κέντρο Αποκατάστασης του Υπουργείου Υγείας της Ρωσικής Ομοσπονδίας, καθηγητής ημόσιας Υγείας στο Πρώτο Κρατικό Ιατρικό Πανεπιστήμιο Μόσχας I.M. Sechenov και στο Εθνικό Ιατρικό Χειρουργικό Κέντρο NI Pirogov και πρόεδρος της Ένωσης ημόσιας Υγείας της Ρωσίας (Μόσχα, Ρωσία). Έχει συμμετάσχει σε

δραστηριότητες πρόληψης και ελέγχου της χρήσης προϊόντων καπνού σε εθνικό και διεθνές επίπεδο από το 1992. Συμμετείχε σε συναντήσεις του ιακυβερνητικού Σώματος ιαπραγματεύσεως της Σύμβασης-Πλαισίου για τον Έλεγχο των Προϊόντων Καπνού και έχει επιτελέσει έργο τεχνογνωσίας για τον ΠΟΥ, τις αρμόδιες αρχές της Ρωσικής Ομοσπονδίας και άλλες χώρες της Κοινοπολιτείας Ανεξάρτητων Κρατών. Έχει υπάρξει επικεφαλής πολυάριθμων έργων, συμπεριλαμβανομένης της έρευνας GYTS στη Ρωσία, της εκτίμησης κατανάλωσης καπνού και διακοπής του καπνίσματος, της παρακολούθησης και επιτήρησης της καπνοβιομηχανίας και της ανάπτυξης πολιτικών. Το 2002 ίδρυσε το Συνασπισμό «για μια Ρωσία χωρίς τσιγάρο». Ήταν συνεργάτης του Ιδρύματος Fulbright στο GWU (Ουάσινγκτον, Π.Κ.) και επισκέπτης ερευνητής στο LSHTM (Λονδίνο, Ηνωμένο Βασίλειο). Οι δημοσιεύσεις του περιλαμβάνουν τρία σχετικά βιβλία και μια έκθεση εθνικής πολιτικής, σε έναν ολοκληρωμένο τόμο, με τίτλο Russia: Deal is Tobacco. Investigation of Mass Killing, 2012.

**O Hans Gilljam**, είναι Καθηγητής ημόσιας Υγείας στο Ινστιτούτο Καρολίνσκα (Στοκχόλμη, Σουηδία). Το κλινικό έργο του έχει προσανατολιστεί κυρίως στην πνευμονολογία (1971-1995). Έχει δημοσιεύσει εργασίες σχετικά με την κυστική ίνωση και το άσθμα. Από το 1989 έχει υπάρξει επικεφαλής του Κέντρου για την Πρόληψη του Καπνίσματος της Στοκχόλμης και ιδρυτής και επικεφαλής της σουηδικής γραμμής για τη διακοπή του καπνίσματος. Είναι συνιδρυτής και πρόεδρος των Ιατρών ΜΚΟ Κατά του Καπνίσματος. Έχει υπηρετήσει ως εμπειρογνώμονας για όλες τις σχετικές σουηδικές αρχές, την Ευρωπαϊκή Επιτροπή, το Συμβούλιο Ιατρικής Έρευνας του Ηνωμένου Βασιλείου, το νορβηγικό Κέντρο Γνώσης για τις Υπηρεσίες Υγείας και το Κέντρο Έρευνας ημόσιας Υγείας Folkhälsan της Φινλανδίας. Έχει γράψει και συγγράψει αρκετά βιβλία σχετικά με την πρόληψη του καπνίσματος και έχει συνεργαστεί σε 10 κλινικές δοκιμές για τη διακοπή του καπνίσματος.

**H Antigna Trofor** είναι αναπληρώτρια καθηγήτρια Πνευμονολογίας στο Πανεπιστήμιο Gr. T. Popa του Ιασίου, στον τομέα Ιατρικής και Φαρμακευτικής και εργάζεται ως πνευμονολόγος στην Κλινική Νοσημάτων Θώρακος στο Ιάσιο της Ρουμανίας, υπεύθυνη για ασθενείς που πάσχουν από φυματίωση, καρκίνο, άσθμα, ΧΑΠ και άλλες αναπνευστικές νόσους. Έχει υλοποιήσει μεθόδους διακοπής του καπνίσματος σε τρέχουσες δραστηριότητές της στην Κλινική Νοσημάτων Θώρακος του Ιασίου, διδάσκει ένα μεταπτυχιακό μάθημα σχετικό με τη διακοπή του καπνίσματος και έχει συμμετάσχει σε διάφορες δραστηριότητες ελέγχου των προϊόντων καπνού στη Ρουμανία, ως πρόεδρος του τμήματος ελέγχου των προϊόντων καπνού της Κοινωνίας Πνευμονολόγων της Ρουμανίας, εθνικός συντονιστής του προγράμματος διακοπής του καπνίσματος των εφήβων στη Ρουμανία, συντονιστής των Κατευθυντήριων Γραμμών για τη διακοπή του Καπνίσματος Ρουμανίας και πρόεδρος πολλών εθνικών διασκέψεων για τον έλεγχο των προϊόντων καπνού. Ήταν μέλος της Επιτροπής Ελέγχου των Προϊόντων Καπνού της Ευρωπαϊκής Πνευμονολογικής Εταιρείας (ERS) και γραμματέας της ομάδας Προϊόντων Καπνού, Ελέγχου του Καπνίσματος και Αγωγής Υγείας εντός της ERS.

## Δηλώσεις Συμφερόντων

Τα μέλη της Συντακτικής Επιτροπής των Κατευθυντήριων Γραμμών για τη Ιακότητα του Καπνίσματος του Ευρωπαϊκού Ικτύου για την Πρόληψη του Καπνίσματος (ENSP - SCG) δηλώνουν ότι κατά την περίοδο 2010-2012 συνεργάστηκαν με τις ακόλουθες φαρμακευτικές εταιρείες :

- **Ο Παναγιώτης Κ. Μπεχράκης** δηλώνει ότι δεν έχει καμία σύγκρουση συμφερόντων με οποιαδήποτε φαρμακευτική εταιρεία.
- **Ο Nazmi Bilir** δηλώνει ότι δεν έχει καμία σύγκρουση συμφερόντων με οποιαδήποτε φαρμακευτική εταιρεία,
- **Ο Luke Clancy** δηλώνει ότι το ινστιτούτο του έλαβε ερευνητική επιχορήγηση από την Pfizer το 2010, αμοιβές συμβούλων από την Pfizer και την Pierre Fabre κατά τα έτη 2010, 2011 και 2012 και αμοιβές διαλέξεων από την Pfizer και τη Novartis κατά τα έτη 2010, 2011 και 2012.
- **Ο Bertrand Dautzenberg** έχει συνεργαστεί τα τελευταία τρία χρόνια με την Pfizer, την GlaxoSmithKline και την Pierre Fabre Santé, αλλά αρνήθηκε οποιαδήποτε προσωπική αμοιβή από αυτές.
- **Ο Andrey Konstantinovich Demin** δηλώνει ότι δεν έχει καμία σχέση με τη φαρμακευτική βιομηχανία.
- **Ο Hans Gilljam** δηλώνει ότι δεν έχει καμία σχέση με τη φαρμακευτική βιομηχανία.
- **Η Antígona Trofor** έχει λάβει τακτική χρηματοδότηση συμβουλευτικής κλινικής έρευνας από τη Novartis Pharma Services Romania SRL, την CROM Research Org. SRL, την INC Research και την GlaxoSmithKline κατά τη διάρκεια του 2011-2012 και έχει λάβει αμοιβές για περιστασιακές διαλέξεις από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή, την AstraZeneca, τη Servier Pharma SRL, την GlaxoSmithKline και την Pierre-Fabre κατά τη διάρκεια του 2011-2012.

Όσον αφορά τη μεθοδολογία εκπόνησης και το περιεχόμενο, αυτές οι κατευθυντήριες γραμμές καταρτίστηκαν χωρίς καμία επιρροή από οποιαδήποτε φαρμακευτική εταιρεία.

### Επίπεδο των αποδεικτικών στοιχείων των συστάσεων των κατευθυντήριων γραμμών

Πίνακας 1: Ο οδηγός αυτός διαχωρίζει τα αποδεικτικά στοιχεία σε τρεις κατηγορίες ανάλογα με το είδος, την ποιότητα και τον αριθμό των μελετών που αναφέρονται.

Επίπεδο των αποδεικτικών στοιχείων		
Επίπεδα Αποδεικτικών Στοιχείων	Πηγές Στοιχείων	Ορισμοί
A	Ελεγχόμενες και τυχαιοποιημένες μελέτες (CRT). Εκτενής βάση δεδομένων.	Ελεγχόμενες και τυχαιοποιημένες μελέτες (CRT). Εκτενής βάση δεδομένων.
B	Ελεγχόμενες και τυχαιοποιημένες μελέτες. Περιορισμένη βάση δεδομένων.	Μελέτες με περιορισμένο μέγεθος δείγματος, post-hoc αναλύσεις, αναλύσεις υποομάδων των CRT ή μεταναλύσεις των CRT. Οι τυχαιοποιημένες μελέτες είναι λίγες, αφορούν διαφορετικές ομάδες πληθυσμών και επιδεικνύουν αντιφατικά αποτελέσματα.
C	Μη τυχαιοποιημένες μελέτες. Μελέτες περιγραφικής επιδημιολογίας. Συμφωνία ειδικών περί του θέματος.	Στοιχεία από μη ελεγχόμενες, μη τυχαιοποιημένες μελέτες, ή μελέτες περιγραφικής επιδημιολογίας

## Διακήρυξη 10.329 Ελλήνων Φοιτητών για το Παθητικό Κάπνισμα ως Θέμα Ανθρώπινων Δικαιωμάτων

Το παθητικό κάπνισμα στους κλειστούς δημόσιους χώρους είναι μια εκτεταμένη μορφή βίας, που στρέφεται κυρίως εναντίον μικρών παιδιών και αδύναμων πληθυσμιακών ομάδων, όπως είναι οι πάσχοντες από αναπνευστικά ή καρδιαγγειακά νοσήματα.

Ιδιαίτερο είναι το πρόβλημα των εγκύων γυναικών και των εργαζομένων στους χώρους αυτούς, που χωρίς δυνατότητες άμυνας υποβάλλονται σε υποχρεωτικό κάπνισμα και υφίστανται βαριές συνέπειες σε ατομικό, οικογενειακό και κοινωνικό επίπεδο.

Η κατάσταση στην Ελλάδα εμφανίζεται ανεξέλεγκτη, καθώς οι νόμοι του ίδιου μας του κράτους (Ν. 3730/08 και Ν.3868/10) δεν εφαρμόζονται, και οι Διεθνείς Συμφωνίες ( World Health Organisation, Framework Convention on Tobacco Control, Article 8, Guidelines on Protection from Exposure to Tobacco Smoke) καταπατούνται, προκειμένου να μη θιγούν συγκεκριμένα οικονομικά συμφέροντα.

Εμείς, ως ακαδημαϊκοί πολίτες της χώρας αυτής, παρεμβαίνουμε αποφασιστικά και ζητούμε από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή και από το European Network for Smoking and Tobacco Prevention (ENSP) την ανάληψη πρωτοβουλίας προς κάθε κατεύθυνση, για την ανάδειξη και επίσημη αναγνώριση του παθητικού καπνίσματος ως μείζονος παγκόσμιου θέματος παραβίασης ανθρωπίνων δικαιωμάτων υγείας, εργασίας και προστασίας της γυναίκας και του παιδιού.

## ΠΡΟΛΟΓΟΣ

*Αγαπητέ αναγνώστη,*

*Το όραμα του Ευρωπαϊκού ικτύου για την Πρόληψη του Καπνίσματος (ENSP) είναι ένα μέλλον όπου οι Ευρωπαίοι συμπολίτες μας δε θα υποφέρουν από τα προβλήματα υγείας και τον πρόωρο θάνατο που οφείλονται στο κάπνισμα. Θέλουμε τα παιδιά και τους νέους να είναι σε θέση να μεγαλώσουν χωρίς να στοχοποιούνται από μηνύματα που επιδιώκουν να τους παρασύρουν σε μια ζωή εθισμού. Θέλουμε όλοι οι Ευρωπαίοι να μπορούν να αναπνέουν καθαρό αέρα, αμόλυντο από τον καπνό του τσιγάρου. Θέλουμε να βοηθήσουμε τους καπνιστές να ξεφύγουν από μια θανάσιμη παγίδα. Θέλουμε να βάλουμε ένα τέλος στην επιδημία του καπνίσματος.*

*Το ENSP έθεσε έτσι το φιλόδοξο στόχο να απαλλαχθεί εντελώς η Ευρώπη από τον καπνό έως το 2040. Είναι σημαντικό να ορίσουμε μια ημερομηνία και είναι εξίσου σημαντικό να επαναλαμβάνουμε αυτήν την επιδίωξη με κάθε ευκαιρία, προκειμένου να καταστεί ο στόχος αυτός πραγματικότητα κατά τη διάρκεια της ζωής μας.*

*Συνεχίζουμε να επενδύουμε τις προσπάθειές στην υποστήριξη της Σύμβασης - Πλαίσιο του ΠΟΥ για τον Έλεγχο των Προϊόντων Καπνού (WHO FCTC), η οποία, είμαστε πεπεισμένοι, είναι το πιο αποδοτικό εργαλείο για την επίτευξη των στόχων μας. Επειδή στόχος μας είναι η δημιουργία μεγαλύτερης συνοχής μεταξύ των δραστηριοτήτων για την πρόληψη του καπνίσματος και η προώθηση ολοκληρωμένων πολιτικών για τον έλεγχο των προϊόντων καπνού, τόσο σε εθνικό όσο και σε ευρωπαϊκό επίπεδο, είναι έτσι λογικό και σύμφωνο με το άρθρο 14 της Σύμβασης-Πλαισίου για τον Έλεγχο των Προϊόντων Καπνού, να ενισχύσουμε τη δέσμευση του ENSP να βοηθήσει τους καπνιστές να σταματήσουν το κάπνισμα με την ανάπτυξη αυτών των Ευρωπαϊκών Κατευθυντήριων Γραμμών για τη Ιακοπή του Καπνίσματος. Οι εν λόγω Κατευθυντήριες Γραμμές είναι το αποτέλεσμα πολύπλοκης και εκτεταμένης εργασίας της Συντακτικής Επιτροπής, στην οποία το ENSP είναι εξαιρετικά ευγνώμον.*

*Πιστεύουμε ότι οι Ευρωπαϊκές Κατευθυντήριες Γραμμές για τη Ιακοπή του Καπνίσματος θα παρέχουν στους επαγγελματίες υγείας και στους καπνιστές ένα πλήρες φάσμα εργαλείων για την υποστήριξη των στρατηγικών τους για τη διακοπή του καπνίσματος και ανυπομονούμε να δούμε περισσότερες ζωές καπνιστών να σώζονται χάρη σε αυτές.*

Panagiotis K. Behrakis  
President

Francis Grogna  
Secretary General



## Συντακτική Επιτροπή

Το ENSP υποστηρίζει σθεναρά το άρθρο 168 της ΣΛΕΕ, το οποίο ορίζει ότι: Κατά τον καθορισμό και την εφαρμογή όλων των πολιτικών και δράσεων της Κοινότητας, εξασφαλίζεται υψηλού επιπέδου προστασία της υγείας του ανθρώπου. [...] Το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο και το Ευρωπαϊκό Συμβούλιο, αποφασίζοντας σύμφωνα με τη συνήθη νομοθετική διαδικασία και μετά από διαβούλευση με την Οικονομική και Κοινωνική Επιτροπή και την Επιτροπή των Περιφερειών, μπορούν επίσης να θεσπίζουν μέτρα ενθάρρυνσης της προστασίας και της βελτίωσης της υγείας του ανθρώπου και ιδίως για την καταπολέμηση των σοβαρών ασθενειών με διασυννοριακή διάσταση, την επαγρύπνηση κατά σοβαρών διασυννοριακών απειλών κατά της υγείας, την κήρυξη συναγερμού σε παρόμοιες περιπτώσεις και την καταπολέμηση τους, καθώς και μέτρα που έχουν ως άμεσο στόχο τους την προστασία της δημόσιας υγείας από το κάπνισμα και την κατάχρηση οινόπνευματων, αποκλειόμενης οιασδήποτε εναρμόνισης των νομοθετικών και κανονιστικών διατάξεων των κρατών μελών<sup>1</sup>.

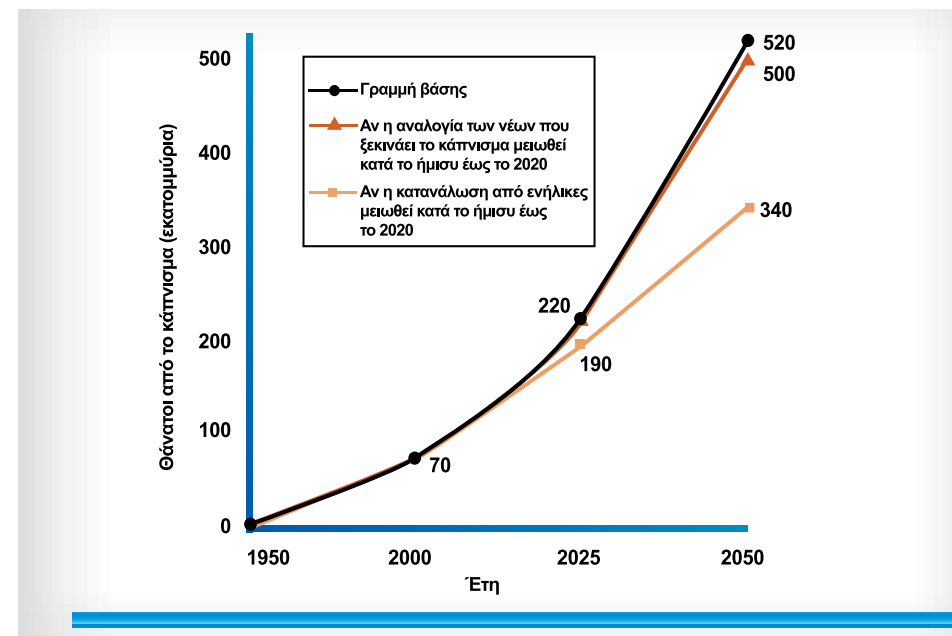
Η σημασία του ρόλου της ΕΕ για την πολιτική υγείας υπογραμμίστηκε εκ νέου στη μεταρρυθμιστική συνθήκη που εγκρίθηκε από τους αρχηγούς κρατών και κυβερνήσεων της ΕΕ στις 19 Οκτωβρίου 2007 στη Λισαβόνα και η οποία προτείνει την ενίσχυση της πολιτικής σημασίας της υγείας. Αναμένεται να τεθεί νέος γενικός στόχος για την προαγωγή της καλής κατάστασης της υγείας των πολιτών και να ενθαρρυνθεί η συνεργασία μεταξύ των κρατών μελών σε θέματα υγείας και υπηρεσιών υγείας. Η ανάληψη δράσης για θέματα υγείας σε κοινοτικό επίπεδο έχει προστιθέμενη αξία για τις ενέργειες των κρατών μελών, ιδιαίτερα στον τομέα της πρόληψης των ασθενειών περιλαμβανομένης [...] της καταπολέμησης του καπνίσματος, [...]<sup>2</sup>

Σύμφωνα με έρευνα του Ευρωβαρόμετρου που δημοσιεύθηκε το 2012<sup>3</sup>, πάνω από ένας στους τέσσερις πολίτες καπνίζει (28%) και το 37% της ηλικιακής ομάδας 25 έως 39 είναι καπνιστές. Ο καπνός σκοτώνει το 50% των τακτικών καταναλωτών του, δηλαδή 500.000 Ευρωπαίους κάθε χρόνο.

Σε αυτό το πλαίσιο, υπάρχει μια αυξανόμενη συναίνεση ότι η εξάρτηση από τον καπνό είναι μια νόσος που πρέπει να αντιμετωπίζεται από τους επαγγελματίες υγείας. Κάθε ιατρός και επαγγελματίας υγείας πρέπει να αναγνωρίζει την κατανάλωση καπνού ως νόσο και όχι ως συνήθεια, ελάττωμα, ευχαρίστηση, τρόπο ζωής κλπ. Είναι επείγον να δράσουμε.

Οι παρεμβάσεις για την απεξάρτηση έχουν περισσότερο μεσοπρόθεσμο αντίκτυπο στον αριθμό των θανάτων και πρέπει συνεπώς να ενθαρρύνονται. Όπως εξηγείται στην έκθεση: «Η αναχαίτιση της επιδημίας: Οι κυβερνήσεις και τα οικονομικά της καταπολέμησης της κατανάλωσης καπνού» της Παγκόσμιας Τράπεζας, αν η έναρξη του καπνίσματος μειωθεί κατά 50% έως το 2020, ο αριθμός των θανάτων από το κάπνισμα θα μειωθεί από 520 σε 500 περίπου εκατομμύρια το 2050. Από την άλλη πλευρά, αν οι μισοί από τους σημερινούς καπνιστές σταματούσαν το κάπνισμα έως το 2020, ο αριθμός των θανάτων από το κάπνισμα θα μειωνόταν από 520 σε 340 εκατομμύρια το 2050 (Εικόνα 1).

Εικόνα 1: Οι θάνατοι εξαιτίας του καπνίσματος θα αυξηθούν δραματικά μέσα στα επόμενα 50 χρόνια, εκτός αν οι ενεργοί καπνιστές διακόψουν την κατανάλωση προϊόντων καπνού. Εκτιμώμενοι συνολικοί θάνατοι κατά τα έτη 1950-2050 με διαφορετικές στρατηγικές παρέμβασης. (Πηγή: Παγκόσμια Τράπεζα)



Το άρθρο 14 της Σύμβασης - Πλαίσιο του ΠΟΥ για τον Έλεγχο των Προϊόντων Καπνού (WHO FCTC) ορίζει ότι:

Κάθε συμβαλλόμενο μέρος αναπτύσσει και διαδίδει κατάλληλες, διεξοδικές και ολοκληρωμένες κατευθυντήριες οδηγίες που βασίζονται σε επιστημονικά στοιχεία και σε βέλτιστες πρακτικές, λαμβάνοντας υπόψη τις εθνικές συνθήκες και προτεραιότητες, και λαμβάνει αποτελεσματικά μέτρα για να προωθήσει τη διακοπή της κατανάλωσης καπνού και την ενδεδειγμένη θεραπεία για την εξάρτηση από τον καπνό. Κατευθυντήριες οδηγίες για την εφαρμογή του άρθρου 14<sup>5</sup>

- i. τα συμβαλλόμενα μέρη ενθαρρύνονται να ενισχύσουν ή να δημιουργήσουν μια βιώσιμη υποδομή που θα παρακινεί τις προσπάθειες διακοπής του καπνίσματος, θα εξασφαλίζει ευρεία πρόσβαση σε υπηρεσίες υποστήριξης για τους χρήστες προϊόντων καπνού που επιθυμούν να σταματήσουν το κάπνισμα και θα παρέχει βιώσιμους πόρους για να εξασφαλιστεί ότι η στήριξη αυτή είναι διαθέσιμη,

- ii. προσδιορίζονται τα βασικά, αποτελεσματικά μέτρα που απαιτούνται για την προώθηση της διακοπής του καπνίσματος και ενσωματώνεται η θεραπεία της εξάρτησης από τον καπνό στα εθνικά προγράμματα ελέγχου του καπνίσματος και στα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης,
- iii. τα συμβαλλόμενα μέρη παροτρύνονται να ανταλλάξουν εμπειρίες και να συνεργαστούν προκειμένου να διευκολύνουν την ανάπτυξη ή την ενίσχυση της υποστήριξης της διακοπής του καπνίσματος και της θεραπείας της εξάρτησης από τον καπνό. [...]

Ορισμένα στοιχεία υποδομής είναι αναγκαία για την προώθηση της διακοπής του καπνίσματος και την παροχή αποτελεσματικής θεραπείας για την εξάρτηση από τον καπνό. Μεγάλο μέρος αυτής της υποδομής (όπως ένα σύστημα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας) υπάρχει ήδη σε πολλές χώρες. Προκειμένου να προωθηθεί η διακοπή του καπνίσματος και να αναπτυχθεί η θεραπεία της εξάρτησης όσο το δυνατόν ταχύτερα και με το χαμηλότερο δυνατό κόστος, τα συμβαλλόμενα μέρη θα πρέπει να χρησιμοποιήσουν στο έπακρο τους υφιστάμενους πόρους και τις υποδομές και να διασφαλίσουν ότι οι καπνιστές λαμβάνουν τουλάχιστον σύντομη συμβουλευτική για τη διακοπή της κατανάλωσης προϊόντων καπνού. [...]

Τα συμβαλλόμενα μέρη θα πρέπει να αναπτύξουν και να διαδώσουν διεξοδικές κατευθυντήριες οδηγίες θεραπείας της εξάρτησης από τον καπνό, βασισμένες στα καλύτερα διαθέσιμα επιστημονικά στοιχεία και στις βέλτιστες πρακτικές, λαμβάνοντας υπόψη τις εθνικές συνθήκες και προτεραιότητες. Αυτές οι κατευθυντήριες οδηγίες θα πρέπει να περιλαμβάνουν δύο κύριες συνιστώσες: (1) μια εθνική στρατηγική διακοπής για την προώθηση της διακοπής του καπνίσματος και την παροχή θεραπείας της εξάρτησης από τον καπνό, που θα απευθύνεται κυρίως στους υπεύθυνους για τη χρηματοδότηση και την υλοποίηση πολιτικών και προγραμμάτων και (2) εθνικές κατευθυντήριες οδηγίες θεραπείας, που θα στοχεύουν κυρίως σε εκείνους που θα αναπτύξουν, θα διαχειριστούν και θα παράσχουν υποστήριξη για τη διακοπή του καπνίσματος στους καταναλωτές προϊόντων καπνού.

Η εθνική στρατηγική για τη διακοπή του καπνίσματος και οι εθνικές κατευθυντήριες οδηγίες θεραπείας της εξάρτησης από τον καπνό, θα πρέπει να έχουν τα ακόλουθα βασικά χαρακτηριστικά:

- θα πρέπει να βασίζονται σε αποδεικτικά στοιχεία,
- η ανάπτυξή τους θα πρέπει να προστατεύεται από τυχόν υπάρχουσες και ενδεχόμενες συγκρούσεις συμφερόντων,
- θα πρέπει να αναπτύσσονται σε συνεργασία με βασικούς παράγοντες, που περιλαμβάνουν - αλλά δεν περιορίζονται- στους επιστήμονες της υγείας, τις επαγγελματικές οργανώσεις υγείας, τους εργαζόμενους στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης, τους εκπαιδευτικούς, τους παιδαγωγούς και τους μη κυβερνητικούς οργανισμούς με εξειδίκευση σε αυτόν τον τομέα,
- θα πρέπει να ανατίθενται ή να καθοδηγούνται από την κυβέρνηση, αλλά με την ενεργό συνεργασία και μετά από διαβούλευση με τους υπόλοιπους ενδιαφερόμενους· ωστόσο, εάν άλλοι οργανισμοί

κινήσουν τη διαδικασία ανάπτυξης κατευθυντήριων οδηγιών θεραπείας, θα πρέπει να το πράξουν με ενεργή συνεργασία με την κυβέρνηση,

- θα πρέπει να περιλαμβάνουν ένα σχέδιο διάδοσης και εφαρμογής, να τονίζουν τη σημασία όλων των παρόχων υπηρεσιών (εντός ή εκτός του τομέα της υγειονομικής περίθαλψης) που θα δίνουν το καλό παράδειγμα με το να μην καταναλώνουν προϊόντα καπνού, και θα πρέπει να αναθεωρούνται και ενημερώνονται περιοδικά, υπό το φως της εξέλιξης των επιστημονικών αποδεικτικών στοιχείων, και σύμφωνα με τις υποχρεώσεις που θεσπίζονται με το άρθρο 5.1 της Σύμβασης FCTC του ΠΟΥ.

Πρόσθετα βασικά χαρακτηριστικά των εθνικών κατευθυντήριων οδηγιών θεραπείας:

- θα πρέπει να υιοθετηθούν ευρέως σε εθνικό επίπεδο, συμπεριλαμβανομένων των επαγγελματικών οργανώσεων και / ή των ενώσεων υγείας,
- θα πρέπει να περιλαμβάνουν όσο το δυνατόν μεγαλύτερο εύρος μεθόδων παρέμβασης, όπως το συστηματικό εντοπισμό των ανθρώπων που καταναλώνουν καπνό, την παροχή βασικών συμβουλών, τηλεφωνικές γραμμές για τη διακοπή του καπνίσματος, την πρόσωπο με πρόσωπο συμπεριφορική υποστήριξη, παρεχόμενη από υπαλλήλους που έχουν εκπαιδευτεί κατάλληλα για να την παρέχουν, συστήματα για την εύκολη και δωρεάν, ή σε προσιτό κόστος, πρόσβαση σε φάρμακα, καθώς και συστήματα υποστήριξης των βασικών βημάτων για την υποβοήθηση των ατόμων να σταματήσουν την κατανάλωση καπνού, συμπεριλαμβανομένης της αναφοράς στην καπνιστική συνήθεια σε όλες τις ιατρικές σημειώσεις,
- θα πρέπει να καλύπτουν όλες τις ρυθμίσεις και όλους τους παρόχους, τόσο εντός όσο και εκτός του τομέα της υγειονομικής περίθαλψης.

Η έκθεση EQUIPP και η έκθεση e.SCCAN (2010)<sup>7</sup> παρέχουν τη βάση για το τρέχον επίπεδο υπηρεσιών για τη διακοπή του καπνίσματος σε διάφορες ευρωπαϊκές χώρες. Επιπλέον, η Γραμματεία του ENSP στις Βρυξέλλες έχει συλλέξει περαιτέρω σχετικά δεδομένα βάσει μίας έρευνας μεταξύ των μελών του ENSP.

### **Γενικοί στόχοι και σχετικές δράσεις**

Αυτό το έργο στοχεύει στην υποστήριξη των δραστηριοτήτων διακοπής του καπνίσματος και στην ενίσχυση του αντίκτυπού τους:

- παρέχοντας στους επαγγελματίες υγείας ένα ευρωπαϊκό πρότυπο με οδηγίες και βέλτιστες πρακτικές για τη διακοπή του καπνίσματος,
- παρέχοντας στην κοινότητα ελέγχου της χρήσης των προϊόντων καπνού εργαλεία παρακολούθησης και διαπίστευσης.

## Βιβλιογραφία

- 1 Consolidated Version of the Treaty on the Functioning of the European Union, <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2008:115:0047:0199:en:PDF>
- 2 White Paper Together for Health: A Strategic Approach for the EU 2008-2013, COM(2007) 630 final, [http://ec.europa.eu/health/ph\\_overview/Documents/strategy\\_wp\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_overview/Documents/strategy_wp_en.pdf)
- 3 Eurobarometer 385, Attitudes of Europeans Towards Tobacco, European Commission, May 2012 [http://ec.europa.eu/health/tobacco/docs/eurobaro\\_attitudes\\_towards\\_tobacco\\_2012\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/tobacco/docs/eurobaro_attitudes_towards_tobacco_2012_en.pdf)
- 4 <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//TEXT+TA+20091126+ITEMS+DOC+XML+V0//FR&language=FR>
- 5 WHO Framework Convention on Tobacco Control: guidelines for implementation, 2011 [http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501316\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501316_eng.pdf)
- 6 Bridgehead International, EQUIPP: Europe Quitting: Progress and Pathways, London, 2011 [http://www.ensp.org/sites/default/files/uploads/EQUIPP\\_report.pdf](http://www.ensp.org/sites/default/files/uploads/EQUIPP_report.pdf)
- 7 European Smoking Cessation Clinic Assessment and Networking project (e.SCCAN) <http://ofta-asso.fr/esccan/>

Εξάρτηση από →

τον Καπνό →

ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ

Αναγνωρίζοντας  
την κατανάλωση καπνού και  
την εξάρτηση από τον καπνό  
στη γενική κλινική πρακτική



# 1.0

## Εκτίμηση/διάγνωση της κατανάλωσης καπνού και της εξάρτησης από τον καπνό

### 1.1 Η κατανάλωση προϊόντων καπνού αποτελεί νόσο

Το κάπνισμα και η κατανάλωση προϊόντων καπνού άνευ καύσης, είναι σημαντικές αιτίες νοσηρότητας, αναπηρίας και θανάτου σε όλο τον κόσμο (σύμφωνα με την FCTC). Είναι γεγονός ότι το προσδόκιμο ζωής ενός καπνιστή είναι δέκα χρόνια μικρότερο από εκείνο ενός μη καπνιστή· οι μισοί από τους καπνιστές χάνουν 20 χρόνια υγιούς ζωής πριν πεθάνουν από μία νόσο σχετική με το κάπνισμα<sup>1</sup>. Ο καπνός σκοτώνει περίπου 500.000 ανθρώπους ετησίως στην ΕΕ<sup>2</sup>.

Η υπό συζήτηση κατάσταση, χρειάζεται να οριοθετηθεί σωστά: το κάπνισμα και η χρήση καπνού. Το κάπνισμα προωθήθηκε από την καπνοβιομηχανία ως μια ελεύθερη επιλογή και τρόπος ζωής, αλλά το κάπνισμα είναι νόσος και εθισμός. Η εξάρτηση από τον καπνό είναι η νόσος στην οποία οφείλεται η συντριπτική πλειοψηφία της κατανάλωσης καπνού στους ενήλικες. Η εξάρτηση από τον καπνό σχετίζεται με τη μακροπρόθεσμη, καθημερινή χρήση προϊόντων με βάση τον καπνό (τσιγάρα, πίπες, πούρα, τσιγάρα bidī, ναργιλές, καπνός για μάσηση, κλπ.). Οι περισσότεροι καπνιστές δεν είναι σε θέση να σταματήσουν το κάπνισμα κατά βούληση. Με ιατρικούς όρους, το χρόνιο κάπνισμα ορίζεται ως εξής: εξάρτηση από τον καπνό, εξάρτηση από τη νικοτίνη, εθισμός στον καπνό ή εθισμός στη νικοτίνη<sup>3</sup>.

Για το λόγο αυτό, οι ιατροί και οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να λάβουν υπόψη ότι η εξάρτηση από τον καπνό αποτελεί νόσο και όχι συνήθεια, ελάττωμα, ευχαρίστηση, ελευθερία ή τρόπο ζωής, όπως μεθοδευμένα περιγράφεται από την καπνοβιομηχανία. Ο κύριος αιτιολογικός παράγοντας της νόσου της εξάρτησης από τον καπνό είναι η νικοτίνη. Η νικοτίνη είναι ένα ιδιαίτερα εθιστικό ναρκωτικό που περιέχεται στον καπνό και καθορίζει την εξάρτηση σε εκείνους που κάνουν χρόνια χρήση προϊόντων καπνού. Οποιοδήποτε είδος κατανάλωσης καπνού είναι επιζήμιο για την υγεία. Παρόλο που, ανάλογα με την ένταση, τη διάρκεια χρήσης και το είδος του προϊόντος καπνού που καταναλώνεται, δεν εντάσσονται όλοι οι χρήστες καπνού στο ίδιο μοτίβο κινδύνου, η απάντηση των επαγγελματιών υγείας στην κατανάλωση καπνού πρέπει να είναι μία: η χωρίς καθυστέρηση θεραπεία της εξάρτησης από τον καπνό. Εφόσον η εξάρτηση από τον καπνό αποτελεί νόσο, θα πρέπει να διαγιγνώσκεται και να αντιμετωπίζεται με τον ίδιο τρόπο όπως άλλα χρόνια νοσήματα.

Ένας επαγγελματίας υγείας έχει το καθήκον να παρεμβαίνει και να εκκινεί τη διαδικασία διακοπής του καπνίσματος. Η έγκαιρη έναρξη της θεραπείας για την εξάρτηση από τον καπνό είναι μια καλή πρακτική εκ μέρους των ιατρών και των επαγγελματιών υγείας, αφού η συνεχιζόμενη, αμείωτη κατανάλωση

Αναγνωρίζοντας την κατανάλωση καπνού και την εξάρτηση από τον καπνό στη γενική κλινική πρακτική

καπνού, οφείλεται κυρίως στην εξάρτηση από τον καπνό: μόνο σε πολύ εξαιρετικές περιπτώσεις το κάπνισμα αποτελεί ελεύθερη επιλογή τρόπου ζωής του καπνιστή. Είναι κακή πρακτική η μη θεραπεία ή η μη μέριμνα για μελλοντική θεραπεία των ασθενών που εξαρτώνται από τον καπνό. Μια ελάχιστη παρέμβαση είναι η βασική συμβουλευτική, η οποία αποτελεί μια ουδέτερη πρακτική (πρόληψη κακής πρακτικής) (Σχήμα 2).

Εικόνα 2: Ο αλγόριθμος των 5 Α για να την υποβοήθηση των καπνιστών να διακόψουν το κάπνισμα



Από τη στιγμή που η χρήση και η εξάρτηση από τον καπνό γίνουν σωστά αντιληπτές ως νόσος, οι εξαρτημένοι καπνιστές χρειάζονται ιατρική βοήθεια από έναν επαγγελματία υγείας προκειμένου να σταματήσουν το κάπνισμα, η οποία παρέχεται μέσα από τη θεραπεία της εξάρτησης από τον καπνό. Η εν λόγω ιατρική βοήθεια, ξεκινά με τη διάγνωση της χρόνιας χρήσης καπνού και της εξάρτησης από τον καπνό και ακολουθείται από τακτική θεραπεία για τη μείωση της κατανάλωσης καπνού και θεραπεία της χρόνιας εξάρτησης από τον καπνό, όπως συμβαίνει και με κάθε άλλη χρόνια νόσο.

Εν κατακλείδι, με το κάπνισμα τα άτομα όχι μόνο μούν το ίδιο τους το σώμα στη νικοτίνη και διατηρούν ή αυξάνουν την εξάρτηση από τον καπνό, αλλά και εκθέτουν τον εαυτό τους σε πολλές σοβαρές ασθένειες, πολλές από τις οποίες είναι θανάσιμες και προκαλούνται από τις τοξίνες που περιέχονται στον καπνό. Όσο νωρίτερα αντιμετωπίζεται η εξάρτηση από τον καπνό, τόσο νωρίτερα ο ασθενής σταματά το κάπνισμα ή άλλη μορφή κατανάλωσης καπνού και τόσο περισσότερα είναι τα οφέλη για την υγεία του. Η εξάρτηση από τον καπνό πρέπει να αντιμετωπίζεται χωρίς καθυστέρηση σε όλους τους καπνιστές, έως ότου διακόψουν την κατανάλωση καπνού.





## 1.2. Ορισμοί, ταξινόμηση, ορολογία και ειδικές επεξηγήσεις

### 1.2.1 Εξάρτηση από τον καπνό: μια επίκτητη επαγγελματική νόσος

Η εξάρτηση από τον καπνό είναι ένας εθισμός στον καπνό που προκαλείται από το ναρκωτικό νικοτίνη. Ο καπνιστής που πάσχει από εξάρτηση από τον καπνό δεν μπορεί να σταματήσει τη χρήση της ουσίας, παρά το γεγονός ότι τον/ την βλάπτει. Ενώ η νικοτίνη που περιέχεται στον καπνό είναι αυτή που προκαλεί την εξάρτηση, οι τοξικές επιδράσεις οφείλονται κυρίως σε άλλες ουσίες που περιέχονται στον καπνό του τσιγάρου.

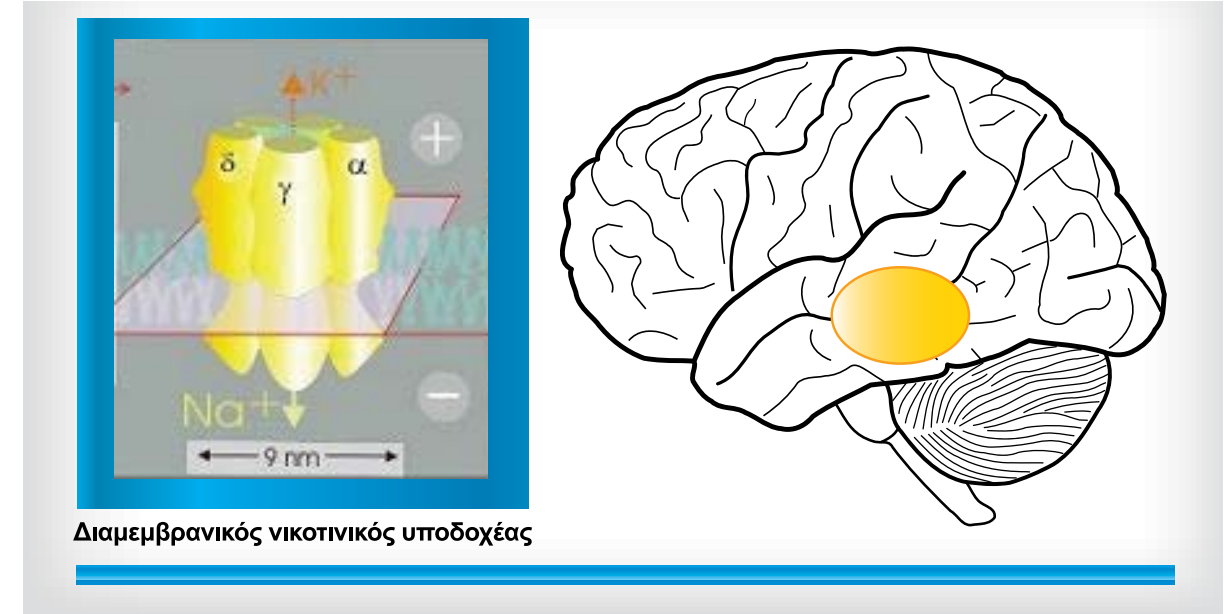
Ο λόγος για τον οποίο τα άτομα που καταναλώνουν καπνό σε καθημερινή βάση για τουλάχιστον αρκετές εβδομάδες και δεν μπορούν να σταματήσουν εύκολα το κάπνισμα, είναι η εξάρτηση κυρίως από τη νικοτίνη που περιέχεται στον καπνό. Η εισπνεόμενη νικοτίνη είναι γνωστή ως ναρκωτικό που μπορεί να προκαλέσει εθισμό τουλάχιστον τόσο ισχυρό όσο εκείνον της ηρωίνης ή της κοκαΐνης.

Οι καταναλωτές προϊόντων καπνού που ξεκίνησαν να καπνίζουν ως έφηβοι, είναι συνήθως πιο εξαρτημένοι από εκείνους που ξεκίνησαν ως ενήλικες. Η νικοτίνη, μια ουσία με ψυχοδραστικές ιδιότητες, δημιουργεί την έντονη επιθυμία για τσιγάρο, πούρο, πίπα, κλπ. καθιστώντας τους καπνιστές ανίκανους να σταματήσουν εύκολα το κάπνισμα και η στέρησή της, προκαλεί σωματικά και ψυχολογικά συμπτώματα όταν ο καπνιστής απέχει από το κάπνισμα.

### 1.2.2 Μηχανισμοί εισαγωγής στην εξάρτηση από τον καπνό

Η εισπνεόμενη νικοτίνη φθάνει στην αρτηριακή κυκλοφορία του εγκεφάλου μέσω των πνευμόνων σε επτά δευτερόλεπτα.

Η νικοτίνη προσδένεται σε ειδικούς υποδοχείς ακετυλοχολίνης (κυρίως στους υποδοχείς νικοτίνης  $\alpha 4/\beta 2$ ) στο κεντρικό νευρικό σύστημα (ΚΝΣ) και, συγκεκριμένα, στη λειτουργική περιοχή που ονομάζεται ντοπαμινεργική ζώνη ανταμοιβής (Εικόνα 3).



Διαμεμβρανικός νικοτινικός υποδοχέας

**Εικόνα 3: Ο υποδοχέας νικοτίνης στην κυτταρική μεμβράνη των νευρώνων του επικλινή πυρήνα: ο επικλινής πυρήνας του εγκεφάλου και η δομή του διαμεμβρανικού νικοτινικού υποδοχέα**

Κάθε τσιγάρο μειώνει αμέσως την έντονη επιθυμία αλλά, ταυτόχρονα, απευαισθητοποιεί τους υποδοχείς νικοτίνης και αυξάνει τον αριθμό τους, αυξάνοντας έτσι την επιθυμία για το επόμενο τσιγάρο. Αυτή η διέγερση που προκαλείται από τη χρήση του καπνού πυροδοτεί τη χρόνια κατανάλωση<sup>4</sup>.

Μετά την εισπνοή της νικοτίνης, συντελείται μία αύξηση της συγκέντρωσης νοραδρεναλίνης στον επικλινή πυρήνα και στον υπομέλαινα τόπο (εικόνα 3), προκαλώντας αίσθημα ψυχογνωστικής διέγερσης, το οποίο το άτομο αντιλαμβάνεται ως απόλαυση, ειδικά όταν η εμπειρία λάβει χώρα πριν την επέλευση της έντονης επιθυμίας ( να σημειωθεί ωστόσο, ότι η πρώτη επαφή με το τσιγάρο είναι συνήθως δυσάρεστη εμπειρία).

Κατά τη φάση της έναρξης της εξάρτησης από τον καπνό, ο καπνιστής θα πρέπει να αυξήσει την ποσότητα της νικοτίνης που λαμβάνει, προκειμένου να αναδημιουργήσει την ίδια έντονη εμπειρία. Μετά την αρχική περίοδο προσαρμογής, ο καπνιστής χρειάζεται τη δική του, προσαρμοσμένη στις απαιτήσεις



του, δόση νικοτίνης ώστε να αισθάνεται ότι βρίσκεται σε μια ουδέτερη κατάσταση και να αποτρέπει τα συμπτώματα στέρησης. Αυτή η μορφολογική λιπεμβρανικός νικοτινικός υποδοχέας προσαρμογή που συντελείται στο κεντρικό νευρικό σύστημα, αντιστοιχεί στην ανάπτυξη μιας φυσικής εξάρτησης<sup>5</sup>.

### 1.2.3 Η νικοτίνη δεν αποτελεί τη μόνη ουσία, υπεύθυνη για την εξάρτηση από τον καπνό

Επιπλέον, εκτός από τη φυσική εξάρτηση, η επαναλαμβανόμενη κατανάλωση προϊόντων καπνού μπορεί να γίνει συνήθεια. Οι κοινωνικές επαφές και οι καταστάσεις που σχετίζονται με μια συγκεκριμένη καθημερινή ρουτίνα μπορεί να ενθαρρύνουν την κατανάλωση καπνού. Μετά από λίγο, αυτή η συμπεριφορά παγιώνεται στην καθημερινή ζωή. Όταν, για διάφορους λόγους, δεν είναι δυνατό να ικανοποιηθεί η ανάγκη για κάπνισμα, επέρχονται συμπτώματα συνδρόμου στέρησης από τη νικοτίνη, όπως νευρικότητα, ανησυχία ή ακόμα και επιθετικότητα. Τέτοιες αντιδράσεις είναι αποτέλεσμα της σωματικής αλλά και της ψυχολογικής εξάρτησης. Έτσι, εξάρτηση από τη νικοτίνη έχει δύο συνιστώσες: τη φυσική εξάρτηση και την ψυχολογική εξάρτηση<sup>6</sup>.

Το σύνδρομο στέρησης από τη νικοτίνη χρειάζεται να υποστηριχθεί τόσο από φαρμακευτική αγωγή για την ανακούφιση των σωματικών συμπτωμάτων, όσο και από συμπεριφορική θεραπεία που θα έχει ως στόχο να αλλάξει τη στάση του ασθενούς απέναντι στο κάπνισμα.

### 1.2.4 Η εξάρτηση από τη νικοτίνη με βάση τα δεδομένα του ΠΟΥ

Ένα άτομο θεωρείται εξαρτημένο από τη νικοτίνη όταν παρουσιάζει ιστορικό χρόνιας κατανάλωσης, με τα ακόλουθα χαρακτηριστικά: κατάχρηση της ουσίας, συνέχιση της αυτοχορήγησής της, παρά τις αρνητικές επιπτώσεις που γίνονται αντιληπτές, υψηλή ανοχή προς την ουσία και εκδήλωση συμπτωμάτων στέρησης όταν προσπαθεί να σταματήσει τη χρήση<sup>7</sup>.

Η εξάρτηση από τη νικοτίνη έχει μία πολυδιάστατη φύση, με κύριο χαρακτηριστικό την επιθυμία του ατόμου να βιώσει τις φαρμακολογικές επιδράσεις της νικοτίνης και να αποφύγει τα πιθανά φαινόμενα συνδρόμου στέρησης και εξάρτησης, είτε θετικά (η νικοτίνη παράγει ψυχοδραστική διέγερση) είτε αρνητικά (η απουσία της νικοτίνης οδηγεί σε δυσφορία)<sup>8</sup>.

Σύμφωνα με τα κριτήρια που υιοθετήθηκαν από τον ΠΟΥ στη ιεθνή Στατιστική Ταξινόμηση Νόσων, η εξάρτηση από τον καπνό περιλαμβάνεται στις «Ψυχικές διαταραχές και διαταραχές συμπεριφοράς οφειλόμενες στη χρήση καπνού» και έχει τον κωδικό νόσου F17 (Πίνακας 2).

## Πίνακας 2: Κατάταξη της εξάρτησης από τον καπνό στην ταξινόμηση νόσων ICD10CM, ΠΟΥ (εφαρμόζονται στις ΗΠΑ από τον Οκτώβριο του 2013, δεν έχουν ακόμη εγκριθεί στην ΕΕ)

Εξάρτηση από τη νικοτίνη F17	διαδικτυακός τόπος αναφοράς: <a href="http://www.icd10data.com">http://www.icd10data.com</a>
Εξαιρούνται (άλλοι ειδικοί κωδικοί)	
• ιστορικό εξάρτησης από τον καπνό (Z87.891)	
• NOS κατανάλωση καπνού (Z72.0)	
• κατανάλωση καπνού (κάπνισμα) κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, του τοκετού και την επιλόχεια περίοδο (O99.33-)	
• τοξικές επιδράσεις της νικοτίνης (T65.2-)	
<b>F17 Εξάρτηση από τη νικοτίνη</b>	
F17.2 Εξάρτηση από τη νικοτίνη	
F17.20 εξάρτηση από τη νικοτίνη, που δεν ταξινομείται αλλού	
F17.200 ..... χωρίς επιπλοκές	
F17.201 ..... σε ύφεση	
F17.203 ..... εξάρτηση από τη νικοτίνη που δεν ταξινομείται αλλού, με συμπτώματα στέρησης	
F17.208 ..... με άλλες, σχετιζόμενες με τη νικοτίνη, διαταραχές	
F17.209 ..... με αταξινόμητες, σχετιζόμενες με τη νικοτίνη, διαταραχές	
F17.21 Εξάρτηση από τη νικοτίνη, τσιγάρα	
F17.210 ..... χωρίς επιπλοκές	
F17.211 ..... σε ύφεση	
F17.213 ..... με συμπτώματα στέρησης	
F17.218 ..... με άλλες, σχετιζόμενες με τη νικοτίνη διαταραχές	
F17.219 ..... με αταξινόμητες, σχετιζόμενες με τη νικοτίνη διαταραχές	
F17.22 Εξάρτηση από τη νικοτίνη, μάσηση καπνού	
F17.220 ..... χωρίς επιπλοκές	
F17.221 ..... σε ύφεση	
F17.223 ..... με συμπτώματα στέρησης	
F17.228 ..... με άλλες, σχετιζόμενες με τη νικοτίνη διαταραχές	
F17.229 ..... με αταξινόμητες, σχετιζόμενες με τη νικοτίνη διαταραχές	
F17.29 εξάρτηση από τη νικοτίνη, άλλο προϊόν καπνού	
F17.290 ..... χωρίς επιπλοκές	
F17.291 ..... σε ύφεση	
F17.293 ..... με συμπτώματα στέρησης	
F17.298 ..... με άλλες, σχετιζόμενες με τη νικοτίνη διαταραχές	
F17.299 ..... με αταξινόμητες, σχετιζόμενες με τη νικοτίνη διαταραχές	





Τα σύνδρομα εξάρτησης, αναφέρονται στην έκφραση ενός συμπλέγματος σωματικών, ψυχολογικών, συμπεριφορικών και γνωσιακών φαινομένων, όπου η κατανάλωση μιας ουσίας (εν προκειμένω του καπνού) αποτελεί προτεραιότητα για τον ενδιαφερόμενο, ο οποίος αποφεύγει άλλες συμπεριφορές που στο παρελθόν είχαν μεγαλύτερη αξία για τον ίδιο. (βλ. 1.5.1).

### **Αποχή από τη/ον νικοτίνη/καπνό (διακοπή καπνίσματος)**

Ως αποχή από τον καπνό θεωρείται μια ελάχιστη περίοδος έξι εβδομάδων, χωρίς καμία κατανάλωση καπνού (από την ημερομηνία παύσης). Με άλλα λόγια, αν ο καπνιστής έχει ορίσει μια ημερομηνία διακοπής του καπνίσματος, όταν αυτός / αυτή κατάφερε να σταματήσει εντελώς το κάπνισμα, η περίοδος υπολογίζεται από την ημερομηνία αυτή. Μετά την διακοπή του καπνίσματος, ως υποτροπή, ορίζεται το κάπνισμα  $\geq 7$  τσιγάρων για επτά συνεχόμενες ημέρες ή για δύο συνεχόμενες εβδομάδες. Το κάπνισμα λιγότερων τσιγάρων ορίζεται ως παρέκκλιση. Μία αξιολόγηση ρουτίνας μετά από εξάμηνη αποχή, συνιστάται για να αξιολογήσει τη διακοπή και την πρώιμη υποτροπή (επανάραξη του καπνίσματος).

### **Σύνδρομο στέρησης από τη νικοτίνη**

Ενώ η χορήγηση νικοτίνης στο ανθρώπινο σώμα, κυρίως με την εισπνοή, οδηγεί σε εξάρτηση από τη νικοτίνη, αντιστρόφως, όταν η νικοτίνη δε λαμβάνεται πλέον από ένα εξαρτημένο από τη νικοτίνη άτομο, επέρχεται το σύνδρομο στέρησης από τη νικοτίνη.

Τα συμπτώματα συνδρόμου στέρησης από τη νικοτίνη προκαλούνται από την αιφνίδια διακοπή παροχής νικοτίνης. Το σύνδρομο στέρησης από τη νικοτίνη μπορεί να εκδηλωθεί μέσα στις πρώτες τέσσερις έως δώδεκα ώρες μετά τη διακοπή του καπνίσματος. Τα συμπτώματα περιλαμβάνουν:

- οξεία / ανεξέλεγκτη ανάγκη για κάπνισμα (λαχτάρα),
- ευερεθιστότητα,
- ανησυχία, θυμό, αισθήματα άγχους,
- κόπωση,
- αυξημένη όρεξη, ειδικά για γλυκά, και επακόλουθη αύξηση του σωματικού βάρους,
- προβλήματα συγκέντρωσης και εστίασης μνήμης,
- κατάθλιψη,
- κεφαλαλγία,
- αϋπνία,
- ζάλη.

Αυτά τα συμπτώματα ποικίλλουν ανάλογα με το άτομο: κάποιοι καπνιστές αισθάνονται το σύνδρομο στέρησης πιο έντονα από άλλους. Όλες αυτές οι εκδηλώσεις είναι παροδικές, φθάνουν στη μέγιστη ένταση κατά τις πρώτες 24 έως 72 ώρες και η έντασή τους μειώνεται μέσα στις επόμενες τρεις έως τέσσερις εβδομάδες.

Τα συμπτώματα συνδρόμου στέρησης από τη νικοτίνη αντιπροσωπεύουν το σύνολο όλων των μεταβολών που προκαλούνται από την απότομη διακοπή της κατανάλωσης νικοτίνης, η οποία είναι ιδιαίτερα δύσκολο να επιτευχθεί κατά τις πρώτες δύο έως έξι εβδομάδες και πρέπει να συνοδεύεται από εξειδικευμένη ιατρική βοήθεια και ψυχολογική υποστήριξη. Έτσι, η καλύτερη στρατηγική που συνιστάται από όλες τις κατευθυντήριες οδηγίες διακοπής του καπνίσματος για τη θεραπεία της εξάρτησης από τη νικοτίνη, είναι να συνδυάζονται η φαρμακευτική αγωγή με την συμπεριφορική θεραπεία<sup>10</sup>.

### **Καπνιστική συνήθεια**

Η καπνιστική συνήθεια είναι ένας τρόπος ταξινόμησης των ατόμων με βάση τη στάση τους απέναντι στο κάπνισμα. Κάποιες συνήθειες ερωτήσεις που θεωρούνται χρήσιμες για την εκτίμηση της καπνιστικής συνήθειας είναι οι εξής:

1. Έχετε καπνίσει ποτέ;
2. Πόσα τσιγάρα έχετε καπνίσει στη ζωή σας; Είναι περισσότερα ή λιγότερα από 100; (80 τσιγάρα = 100 γραμμάρια καπνού εφόσον 1 τσιγάρο περιέχει 0,8 γραμμάρια καπνού)
3. Καπνίζετε κάθε μέρα / ορισμένες ημέρες / σε συγκεκριμένες περιστάσεις; Ποιες είναι αυτές οι περιστάσεις;
4. Πόσα χρόνια καπνίζετε;
5. Πόσα τσιγάρα (ή άλλα προϊόντα καπνού, π.χ. πίπες, πούρα, κ.λπ.) καπνίζετε συνήθως την ημέρα;
6. Πόσα χρόνια / μήνες έχετε διακόψει το κάπνισμα;

Μια λειτουργική μέθοδος καθορισμού της καπνιστικής συνήθειας των ασθενών:

- **Τακτικός καπνιστής** είναι ένα άτομο που καπνίζει σε καθημερινή βάση για τουλάχιστον τρεις μήνες.
- **Περιστασιακός καπνιστής** είναι ένα άτομο που καπνίζει, αλλά όχι σε καθημερινή βάση.
- **Μη καπνιστής** είναι ένα άτομο που δεν έχει καπνίσει περισσότερα από 100 τσιγάρα στη ζωή του/της (ή 100 γραμμάρια καπνού για την πίπα, το πούρο και άλλα προϊόντα καπνού).
- **Πρώην καπνιστής** είναι ένα άτομο που έχει διακόψει το κάπνισμα εδώ και τουλάχιστον έξι μήνες.

## **1.3. Το κάπνισμα αποτελεί χρόνια υποτροπιάζουσα νόσο**

### **1.3.1 Φυσική ιστορία της εξάρτησης από τον καπνό**

Όπως επιδεικνύεται ανωτέρω, το κάπνισμα, που ορίζεται ως χρόνια κατανάλωση καπνού (ισοδύναμοι όροι: εξάρτηση από τον καπνό ή εξάρτηση από τη νικοτίνη), είναι μια νόσος και όχι μια συνήθεια. Επιπλέον, η εξάρτηση από τη νικοτίνη / τον καπνό είναι μια χρόνια παθολογική κατάσταση, με υποτροπιάζουσα φύση, η οποία εγκαθίσταται ως επί το πλείστον κατά τη διάρκεια της εφηβείας. Η εξάρτηση από τον καπνό έχει πολλά χαρακτηριστικά μιας χρόνιας νόσου: οι περισσότεροι καπνιστές

επιμένουν στην κατανάλωση καπνού για χρόνια ή και δεκαετίες και υποτροπιάζουν, παρά το γεγονός ότι μπορεί να έχουν καταφέρει στο παρελθόν να διακόψουν το κάπνισμα για σύντομα ή μεγαλύτερα χρονικά διαστήματα (Εικόνα 4).

**Εικόνα 4: Φυσική ιστορία της κατανάλωσης προϊόντων καπνού και της εξάρτησης από τον καπνό. Η έναρξη της κατανάλωσης προϊόντων καπνού ξεκινά στην εφηβεία· μετά από μερικούς μήνες ή χρόνια, επέρχεται η εξάρτηση από τον καπνό και παραμένει πιθανότατα εφ' όρου ζωής· μπορεί να επέλθει διακοπή του καπνίσματος, ωστόσο ο καπνιστής δε γίνεται μη καπνιστής, αλλά παραμένει πρώην καπνιστής**



### 1.3.2 Θεραπεία της εξάρτησης από τον καπνό μετά τη διακοπή του καπνίσματος

Η εξάρτηση από τον καπνό μπορεί να χρειαστεί επίμονες και επαναλαμβανόμενες θεραπευτικές παρεμβάσεις, καθώς και μακροπρόθεσμη παρακολούθηση έως ότου θεραπευθεί<sup>11</sup>. Η κατανόηση του χρόνιου χαρακτήρα της εξάρτησης, απαιτεί μακροχρόνια παρατήρηση και όχι απλά παρεμβάσεις που λαμβάνουν χώρα κατά τα κρίσιμα στάδια. Πολλές φαρμακολογικές θεραπείες μπορεί, επομένως, να χρειαστούν μετά την υποτροπή, μερικές φορές με την εναλλαγή φαρμάκων, καθώς και την εκπαίδευση των ασθενών και την προσφορά ψυχοσυμπεριφορικής υποστήριξης, για να αποφευχθεί ο κίνδυνος της υποτροπής, που μπορεί να

Αναγνωρίζοντας την κατανάλωση καπνού και την εξάρτηση από τον καπνό στη γενική κλινική πρακτική

αποθαρρύνει ή να εμποδίσει τυχόν νέες προσπάθειες διακοπής του καπνίσματος. εν έχει ακόμα προσδιορισθεί αποτελεσματική θεραπεία της εξάρτησης από τον καπνό για τους καπνιστές που απέχουν από το κάπνισμα. Το να είναι απλά κάποιος πρώην καπνιστής, δεν εξασφαλίζει το τέλος της εξάρτησης από τον καπνό (Εικόνα 4).

Αν και πολλοί κλινικοί ιατροί είναι σε θέση να παρέχουν θεραπεία σε ασθενείς με χρόνια νοσήματα, όπως σακχαρώδη διαβήτη, αρτηριακή υπέρταση, χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια, κ.λπ., αισθάνονται λιγότερο άνετα όταν πρόκειται για τη θεραπεία της εξάρτησης από τον καπνό, επειδή αγνοούν το γεγονός ότι η εξάρτηση από τον καπνό αποτελεί χρόνια νόσο. Η προσέγγιση του καπνίσματος ως χρόνια νόσο, επιταχύνει την θεραπευτική διαδικασία, αυξάνει το ποσοστό επιτυχίας της φαρμακευτικής αγωγής για τη διακοπή του καπνίσματος και μειώνει τις υποτροπές. Συνιστούμε σε όλους τους επαγγελματίες ιατρούς που βοηθούν ασθενείς οι οποίοι προσδιορίζονται ως καπνιστές, να προσεγγίζουν την κατανάλωση προϊόντων καπνού και την εξάρτηση από τον καπνό ως χρόνια υποτροπιάζουσα διαταραχή και να την ορίζουν με ιατρικούς όρους ως εξάρτηση από τον καπνό.

### 1.4 . Επιτακτικότητα της αναγνώρισης των καπνιστών στη σύγχρονη, καθημερινή κλινική πράξη

Για να επιτευχθούν τα βέλτιστα ποσοστά διακοπής του καπνίσματος, όλοι οι καπνιστές θα πρέπει να αναγνωρίζονται συστηματικά, σε οποιαδήποτε επαφή με τον ιατρό, είτε ο ασθενής βρίσκεται σε συνεδρία για μια ασθένεια που σχετίζεται με το κάπνισμα, είτε όχι. Τις καλύτερες ευκαιρίες για το σκοπό αυτό αποτελούν οι περιστασιακές ή οι ετήσιες ιατρικές επισκέψεις, καθώς οι περισσότεροι πολίτες επισκέπτονται το δικό τους οικογενειακό ιατρό ή έναν γενικό ιατρό τουλάχιστον μία φορά το χρόνο, ή επισκέπτονται τακτικά / περιστασιακά έναν οδοντίατρο ή άλλο ιατρό ή επαγγελματία υγείας για διάφορους λόγους. Όλοι οι ιατροί, ανεξαρτήτως ειδικότητας, οφείλουν να χρησιμοποιούν τις ευκαιρίες αυτές για να εντοπίζουν τους καπνιστές και να προγραμματίζουν θεραπεία για τη διακοπή του καπνίσματος. Η κλινική αξιολόγηση της κατανάλωσης προϊόντων καπνού, είναι μια επιτακτική ιατρική πράξη και πρέπει να νομιμοποιηθεί ως παρέμβαση ρουτίνας.

Η καπνιστική συνήθεια και η άλλου είδους κατανάλωση καπνού, όπως συνιστάται από αυτές τις κατευθυντήριες οδηγίες για τη διακοπή του καπνίσματος, θα πρέπει να καταγράφεται στα ιατρικά αρχεία του ασθενή: π.χ. εισαγωγή σε νοσοκομείο ή απαλλακτικά έγγραφα, παραπομπές, εργαστηριακές εκθέσεις κ.λπ. Αυτή η σύσταση, βασίζεται στη μετανάλυση εννέα τυχαιοποιημένων μελετών για τις επιπτώσεις της κατανάλωσης προϊόντων καπνού, με διαλογή των ποσοστών διακοπής του καπνίσματος. Επίσης, σε μελέτη που δημοσιεύθηκε το 2009, οι McCullough και συν., έδειξαν ότι ο αριθμός των εγγεγραμμένων ασθενών για λήψη συμβουλευτικής για τη διακοπή του καπνίσματος ήταν υψηλότερος όταν οι ιατροί ρωτούσαν συστηματικά για την κατανάλωση καπνού και κατήριζαν ένα σχέδιο διακοπής του καπνίσματος.



## 1.5 Εκτίμηση/διάγνωση της κατανάλωσης καπνού και της συνοδού εξάρτησης

Η εκτίμηση της καπνιστικής συνήθειας είναι μια διαδικασία που αποτελείται από κλινική και βιολογική εκτίμηση της έκθεσης στον καπνό, εκτίμηση της εξάρτησης από τον καπνό, εκτίμηση του ψυχο-συμπεριφορικού προφίλ και των επιπτώσεων της κατανάλωσης προϊόντων καπνού στην υγεία.

### 1.5.1. Κλινική διάγνωση της κατανάλωσης καπνού και της συνοδού εξάρτησης

Η κλινική διάγνωση βασίζεται στα εξής:

#### Καπνιστική συνήθεια

Η καπνιστική συνήθεια, στοιχειοθετείται από τις κατηγορίες: μη καπνιστής, πρώην καπνιστής, περιστασιακός καπνιστής, τακτικός καπνιστής, καταναλωτής καπνού με άλλες, από του στόματος μορφές, όπως παρουσιάζεται στο κεφάλαιο 4.

#### Τύπος προϊόντος καπνού που καταναλώνεται

Το προϊόν καπνού που καταναλώνεται δίνει μια ιδέα για το επίπεδο της εξάρτησης, εφόσον, η εξάρτηση από τη νικοτίνη όσων καταναλώνουν τσιγάρα είναι πιο σοβαρή σε σύγκριση με εκείνους που καταναλώνουν πούρα, πίπες, ναργιλέ, ηλεκτρονικά τσιγάρα ή καπνό που λαμβάνεται από το στόμα με άλλες μορφές.

#### Η κατανάλωση καπνού

Η κατανάλωση καπνού μπορεί να οριστεί ως:

- ο αριθμός των τσιγάρων που καταναλώνονται ημερησίως,
- ο αριθμός των πακέτων τσιγάρων-ετών (αρ. πακέτων-ετών, ΡΥ). Αυτό είναι το αποτέλεσμα του πολλαπλασιασμού του αριθμού των πακέτων τσιγάρων που καταναλώνονται ανά ημέρα, με τον αριθμό των ετών καπνίσματος (π.χ. αν κάποιος καπνίζει 15 τσιγάρα την ημέρα για 15 χρόνια, αυτό ισούται με  $15 \times 15 / 20 = 11,2$  ΡΥ).

#### Εκτίμηση του βαθμού εξάρτησης από τον καπνό

Η εξάρτηση από τον καπνό θα μπορούσε να διαγνωστεί σύμφωνα με τον ορισμό του ΠΟΥ. Η εξάρτηση από τον καπνό προσδιορίζεται από την παρουσία τουλάχιστον τριών από τα επτά κριτήρια καθορισμού, εάν αυτά εκδηλώνονται οποιαδήποτε στιγμή κατά τη διάρκεια των τελευταίων 12 μηνών

- έντονη επιθυμία για κάπνισμα,
- δυσκολία στον έλεγχο της ποσότητας,
- συμπτώματα στέρησης κατά τη μείωση ή διακοπή της κατανάλωσης καπνού,
- συνέχιση της κατανάλωσης, παρά τις προφανείς επιζήμιες επιπτώσεις,
- προτεραιότητα στο κάπνισμα σε σχέση με άλλες δραστηριότητες,
- υψηλή ανοχή,
- σωματικά συμπτώματα στέρησης λόγω της διακοπής του καπνίσματος.

Στην καθημερινότητα, η εξάρτηση από τη νικοτίνη / το τσιγάρο αξιολογείται κυρίως με βάση το τεστ

Αναγνωρίζοντας την κατανάλωση καπνού και την εξάρτηση από τον καπνό στη γενική κλινική πρακτική

εκτίμησης βαθμού εξάρτησης από το κάπνισμα (κλίμακα Fagerström) (Πίνακας 3), η οποία παρέχει όχι μόνο απαντήσεις τύπου ναι/όχι, αλλά και ένα τελικό, αθροιστικό αποτέλεσμα(score), το οποίο είναι πολύτιμο στην κλινική πρακτική.

### Πίνακας 3: Τεστ εκτίμησης βαθμού εξάρτησης από το κάπνισμα (κλίμακα Fagerström) (FTND)12

1. Πόσο σύντομα αφού ξυπνήσετε καπνίζετε το πρώτο σας τσιγάρο;

- Μέσα στα πρώτα 5 λεπτά (3)
- Μέσα στα πρώτα 6-30 λεπτά (2)
- Μέσα στα πρώτα 31-60 λεπτά (1)
- Μετά τα 60 λεπτά (0)

2. Είναι δύσκολο να μην καπνίσετε σε μέρη όπου το κάπνισμα απαγορεύεται; (π.χ. εκκλησία, κινηματογράφος, τρένο, εστιατόριο, κλπ.);

- Ναι (1)
- Όχι (0)

3. Ποιο τσιγάρο σας είναι πιο δύσκολο να μην καπνίσετε;

- Το πρώτο της ημέρας (1)
- Οποιοδήποτε άλλο (0)

4. Πόσα τσιγάρα καπνίζετε την ημέρα;

- 10 ή λιγότερα (0)
- 11-20 (1)
- 21-30 (2)
- 31 ή περισσότερα (3)

5. Καπνίζετε πιο συχνά κατά τις πρώτες ώρες μετά το ξύπνημα από ό, τι στο υπόλοιπο της ημέρας;

- Ναι (1)
- Όχι (0)

6. Καπνίζετε ακόμη και όταν μια ασθένεια σας αναγκάζει να μείνετε κλινήρης κατά το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας;

- Ναι (1)
- Όχι (0)

Ο ασθενής μπορεί να συμπληρώσει απευθείας το ερωτηματολόγιο. Το εύρος της βαθμολογίας κυμαίνεται μεταξύ 0 και 10. Αυτό επιτρέπει την ακριβή εκτίμηση της εξάρτησης από τη νικοτίνη, πάνω στην οποία θα βασιστεί η θεραπεία:

Αποτέλεσμα 0-3: καθόλου ή χαμηλή εξάρτηση από τον καπνό  
Αποτέλεσμα 4-6: μέση εξάρτηση από τον καπνό  
Αποτέλεσμα 7-10: υψηλή εξάρτηση από τον καπνό







Όσο υψηλότερο είναι το αποτέλεσμα, τόσο μεγαλύτερη είναι η εξάρτηση ενός ατόμου από τη νικοτίνη. Αποτελέσματα τεσσάρων βαθμών και άνω, υποδεικνύουν την ανάγκη για παροχή φαρμακευτικής αγωγής και προμηνύουν μια πιο έντονη εκδήλωση του συνδρόμου στέρησης.

Τα βασικότερα ερωτήματα είναι τα ερωτήματα 1 και 4: ο αριθμός των τσιγάρων που καταναλώνονται καθημερινά και το χρονικό διάστημα που μεσολαβεί μεταξύ της πρωινής αφύπνισης και του πρώτου τσιγάρου. Αυτά τα δύο ερωτήματα μπορεί να τεθούν από τον ιατρό κατά τη διάρκεια μιας συνεδρίας και αποτελούν τη σύντομη εκδοχή του τεστ, βαθμολογούμενα από 0 έως 6, με τις ίδιες τιμές βαθμολόγησης όπως στο τεστ FTND.

Για την εις βάθος εκτίμηση του συνδρόμου εξάρτησης από τη νικοτίνη, είναι σημαντικό να καταγραφούν, όσο το δυνατόν ακριβέστερα, όλες οι πτυχές και οι μεμονωμένοι μηχανισμοί που παρωθούν την εξάρτηση, όπως η ανοχή, η θετική και αρνητική ενίσχυση, η αντίθετη διαδικασία, το αποτέλεσμα της ανταμοιβής, οι κοινωνικές δεξιότητες. Ωστόσο τέτοιου είδους εκτιμήσεις δε διεξάγονται στην καθημερινότητα, παρά μόνο από εξειδικευμένα κέντρα.

Μια τέτοιου είδους αξιολόγηση, είναι δυνατή με τη χρήση διαφόρων εργαλείων, όπως η κλίμακα NDSS (εκτίμηση του συνδρόμου εξάρτησης από τη νικοτίνη)<sup>13</sup> και το ερωτηματολόγιο για την Εξάρτηση από τον Καπνό του Ουισκόνσιν (WIRTD).

Ο Πίνακας Εξάρτησης από τον Καπνό (TDT), είναι μια άλλη κλίμακα αυτόνομης μέτρησης, σχεδιασμένη για το χαρακτηρισμό των κριτηρίων APA–DSM IV2 για την εξάρτηση από τον καπνό. Σύμφωνα με τον πίνακα, η τιμή 0 δεν υποδηλώνει κανένα συμπτώματα εξάρτησης από τον καπνό και η τιμή 1 πιστοποιεί τα κριτήρια της εξάρτησης από τον καπνό.

### 1.5.2 Ανάλυση προηγούμενων προσπαθειών διακοπής καπνίσματος

Η ανάλυση των προηγούμενων προσπαθειών διακοπής του καπνίσματος, συνεπάγεται μια σειρά από ερωτήσεις σχετικές με τον αριθμό των προσπαθειών αυτών, τη μεγαλύτερη περίοδο αποχής από το κάπνισμα που έχει επιτευχθεί, οποιαδήποτε προηγούμενη θεραπεία διακοπής του καπνίσματος και από τι συνίστατο η εν λόγω θεραπεία, τυχόν ιστορικό συμπτωμάτων στέρησης, τυχόν παράγοντες κινδύνου υποτροπής και τις θετικές πτυχές που υπήρξαν κατά τη διάρκεια της αποχής. Αυτά τα χαρακτηριστικά παίζουν σημαντικό ρόλο, αφού προβλέπουν την επιτυχία της θεραπείας ή τους παράγοντες κινδύνου αποτυχίας, καθώς και το επίπεδο συμμόρφωσης με τη θεραπεία και την ικανότητα του ασθενούς να ξεπεράσει το σύνδρομο στέρησης.

### 1.5.3 Κίνητρα για τη διακοπή καπνίσματος

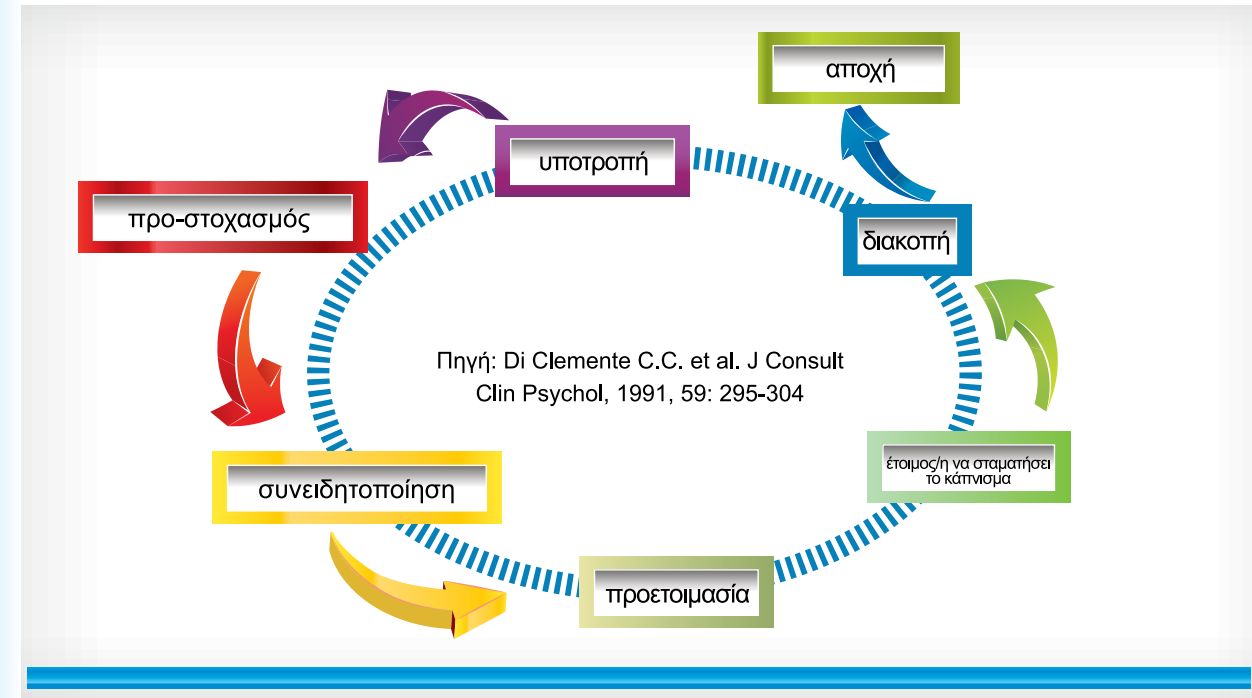
Η θέληση ενός καπνιστή να διακόψει το κάπνισμα είναι πάντα ευπρόσδεκτη και όλοι οι επαγγελματίες υγείας μπορούν να εκτιμήσουν το κίνητρο των ασθενών θέτοντας άμεσες ερωτήσεις (βλ. πίνακα 4):

### Πίνακας 4: Παράδειγμα άμεσων ερωτήσεων για την εκτίμηση του κινήτρου διακοπής του καπνίσματος

- Θέλετε να σταματήσετε το κάπνισμα (τώρα);
- Αν αποφασίσετε να σταματήσετε το κάπνισμα, πιστεύετε ότι θα μπορέσετε να το επιτύχετε; Ποιες πιθανότητες επιτυχίας δίνετε στον εαυτό σας;
- Ποιοι είναι οι λόγοι που θέλετε να σταματήσετε το κάπνισμα;
- Πόσο σημαντικό είναι για σας να σταματήσετε το κάπνισμα;

Για ερευνητικούς σκοπούς μπορεί να χρησιμοποιηθεί μία έγκυρη κλίμακα, όπως η κλίμακα RFQ. Σύμφωνα με το κλασικό μοντέλο ποσοτικοποίησης του κινήτρου των J.O. Prochaska και C.C. DiClemente, η ψυχολογική διαδικασία της διακοπής του καπνίσματος περνά μέσα από διάφορα στάδια

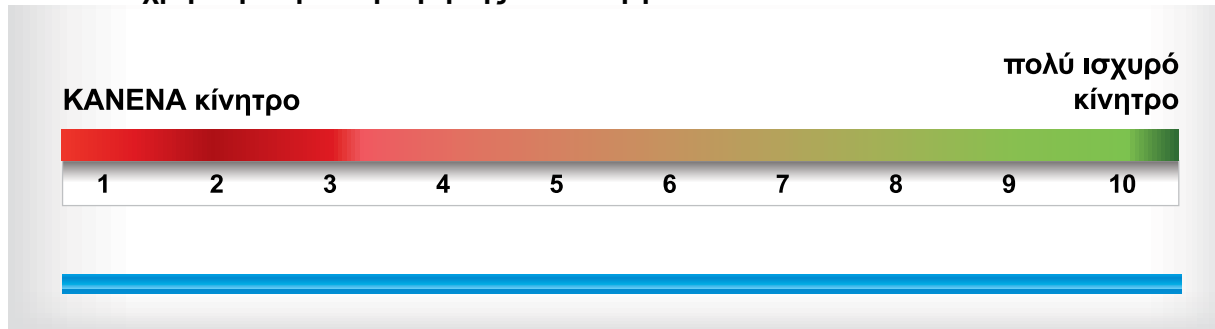
### Εικόνα 5: Στάδια προετοιμασίας για την αλλαγή, σύμφωνα με το μοντέλο Prochaska (1991)





- Προ-στοχασμός: ο ασθενής είναι πλήρως ικανοποιημένος από την καπνιστική συμπεριφορά του / της και δεν αισθάνεται καμία ανάγκη για αλλαγή, 2 APA - DSM IV: Ψυχιατρική Εταιρία - Ψιγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο των Ψυχικών Ξιαταραχών
- Συνειδητοποίηση: ο ασθενής αισθάνεται την ανάγκη για μια αλλαγή, αλλά αυτή δεν είναι τόσο ισχυρή ώστε να πείσει τον εαυτό του / της να ενεργήσει ή να καταστρώσει ένα σχέδιο δράσης
- Προετοιμασία: ο ασθενής έχει αποφασίσει να προσπαθήσει να αλλάξει την καπνιστική συμπεριφορά του / της και είναι έτοιμος / -η για αυτήν την αλλαγή στο εγγύς μέλλον
- Δράση: ο ασθενής ξεκινά την προσπάθεια διακοπής του καπνίσματος. Η διακοπή του καπνίσματος, όσον αφορά τους εξαρτημένους καπνιστές, πρέπει να ξεκινά από έναν επαγγελματία ιατρό σε κάθε περίπτωση. εν υπάρχουν ακριβή εργαλεία για τη μέτρηση του κινήτρου, αλλά μια κλίμακα, χάριν στην οποία, οι ασθενείς μπορούν να εκτιμήσουν οι ίδιοι πού ακριβώς βρίσκονται, από το 1 έως το 10, με βάση τις δικές τους απαντήσεις σε ερωτήματα σχετικά με τα κίνητρα διακοπής του καπνίσματος, μπορεί να αποδειχθεί πολύ χρήσιμη (βλ. Εικόνα 6). Υπάρχουν μερικά δημοσιευμένα εργαλεία μέτρησης του κινήτρου διακοπής π.χ. το ερωτηματολόγιο RMQSQ (Ετοιμότητα και Κίνητρα διακοπής του Καπνίσματος) που αποτελείται από 11 σημεία.

**Εικόνα 6 : Εύχρηστη κλίμακα μέτρησης του κινήτρου**



Στην περίπτωση των καπνιστών με συνοδά νοσήματα και των ασθενών με εξάρτηση από τον καπνό, ο επαγγελματίας υγείας πρέπει να ενημερώσει τον ασθενή για την απόφαση να θεραπεύσει την εξάρτηση από τον καπνό για την επίτευξη της διακοπής του καπνίσματος. Όπως ισχύει για όλες τις ιατρικές αποφάσεις, ο ασθενής παραμένει ελεύθερος /-η να αρνηθεί τη θεραπεία, αλλά ο επαγγελματίας υγείας οφείλει να προτείνει θεραπεία διακοπής του καπνίσματος έχοντας την ίδια πεποίθηση, όπως όταν προτείνει θεραπεία για το διαβήτη ή την υπέρταση.

Μόνο στην περίπτωση των καπνιστών ή των καταναλωτών προϊόντων καπνού που δεν εμφανίζουν εξάρτηση από τον καπνό, ο ιατρός μπορεί να αφήσει τη θεραπευτική επιλογή στον ασθενή και να παρέχει μόνο συμβουλευτική, προσαρμόζοντας αργά αλλά σταθερά την αρχική απόφαση του ασθενούς και ωθώντας τον / την προς την απόφαση να σταματήσει το κάπνισμα.

Κατά περίπτωση και, ανάλογα με τους διαθέσιμους πόρους, η κλινική αξιολόγηση του καπνιστή θα πρέπει να συμπληρωθεί από μια ψυχολογική συνέντευξη και μια συνέντευξη παρακίνησης. Αυτά τα λειτουργικά εργαλεία, παρέχουν συμπληρωματικά στοιχεία για το ψυχο-συμπεριφορικό προφίλ του ασθενή, αυξάνοντας έτσι το ποσοστό επιτυχίας, με την ίδια τη συνέντευξη παρακίνησης να αποτελεί μέρος της θεραπείας.

#### 1.5.4 Ιατρικό ιστορικό, μη σχετιζόμενο με ψυχοπαθολογία

Το ιατρικό ιστορικό του ασθενούς είναι σημαντικό για την επιλογή της θεραπευτικής αγωγής, αναφορικά με οποιαδήποτε αλληλεπίδραση φαρμάκων ή οποιαδήποτε ασυμβατότητα που δημιουργείται εξαιτίας μιας παράλληλης διαταραχής / συνοδού νοσήματος. Καρδιαγγειακές, τραυματικές, δερματολογικές, λοιμώδεις και άλλες διαταραχές, μπορούν επίσης να επιβάλουν προσοχή στη συνταγογράφηση φαρμακευτικής αγωγής για τη διακοπή του καπνίσματος· υπάρχει έτσι ανάγκη να σημειώνονται οι παραπάνω νοσολογικές οντότητες στα ιατρικά αρχεία του καπνιστή.

#### 1.5.5 Ιστορικό αγχώδων διαταραχών ή κατάθλιψης

Σε γενικές γραμμές, η κατάθλιψη και οι αγχώδεις διαταραχές είναι οι πιο συχνές καταστάσεις που συνοδεύουν το βαρύ κάπνισμα. Πολύ συχνά, αυτά τα σύνδρομα επιβάλλουν ιδιαίτερη προσοχή στην εκτίμηση των ανεπιθύμητων ενεργειών της φαρμακευτικής αγωγής για τη διακοπή του καπνίσματος. Για την καλύτερη αντιμετώπιση των καπνιστών με κατάθλιψη, ο ιατρός μπορεί να ποσοτικοποιήσει την κατάθλιψη και τη δυσφορία με τη βοήθεια των δύο απλών, παρακάτω ερωτήσεων:

- Έχετε αισθανθεί κατάθλιψη, ή λυπημένος / -η, ή απελπισμένος/-η τον περασμένο μήνα;
- Είχατε την αίσθηση ότι κάνετε πράγματα χωρίς ευχαρίστηση αλλά ούτε και ενδιαφέρον τον τελευταίο μήνα;

Μια θετική απάντηση και στις δύο ερωτήσεις μπορεί να ερμηνευθεί ως ένα ισχυρό σημάδι κατάθλιψης. Ένας άλλος, πιο γρήγορος τρόπος για να ποσοτικοποιηθεί η κατάθλιψη, μπορεί να είναι μόνο το ερώτημα:

- Αισθανθήκατε λυπημένος / -η τις περισσότερες ημέρες κατά τις τελευταίες δύο εβδομάδες; Εάν η απάντηση είναι ναι και πάλι, μπορούμε να θεωρήσουμε ότι ο καπνιστής έχει κατάθλιψη. Αυτή η κατάσταση, συναντάται περισσότερο σε ασθενείς που καπνίζουν και έχουν ιστορικό αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου. Περισσότερο διεξοδικά τεστ αξιολόγησης του επίπεδου της κατάθλιψης, είναι επίσης γνωστά, όπως:
- Η Κλίμακα Άγχους και Κατάθλιψης,
- Η Κλίμακα Κατάθλιψης του Hamilton<sup>14</sup>,
- Το ερωτηματολόγιο PRIME-MD (Ανίχνευση Ψυχικών Ιαταραχών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας) και το ερωτηματολόγιο του Beck (Beck Depression Inventory).



### 1.5.6 Αντισύλληψη

Είναι επίσης πολύ σημαντικό να ελέγχεται το γυναικολογικό ιστορικό (εγκυμοσύνη, θηλασμός, μέθοδοι αντισύλληψης, κλπ.) ώστε να οργανώνεται αποτελεσματικά η διαδικασία διακοπής του καπνίσματος.

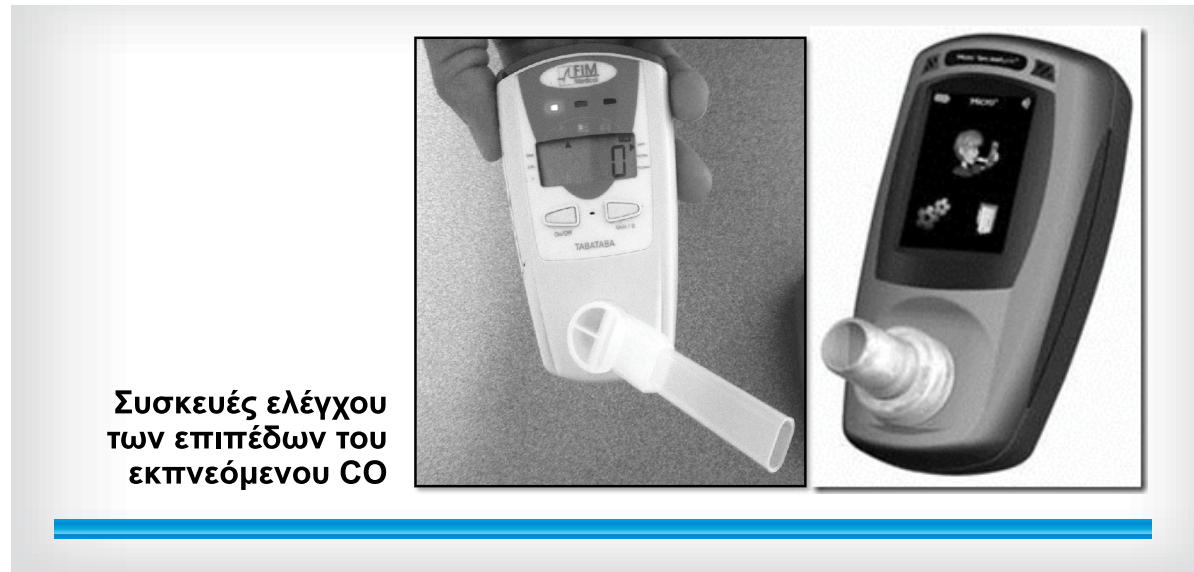
### 1.5.7. Εργαστηριακή διάγνωση της εξάρτησης από τον καπνό

Η καπνιστική συνήθεια, όπως ορίζεται με βάση κλινικά κριτήρια, αξιολογείται επίσης από βιοχημικές, εργαστηριακές δοκιμασίες, για την εκτίμηση της κατάστασης των βιολογικών δεικτών μετά από έκθεση στον καπνό, όπως τη συγκέντρωση μονοξειδίου του άνθρακα στον εκπνεόμενο αέρα και οι συγκεντρώσεις της κοτινίνης (ως αποτέλεσμα της διαδικασίας μεταβολισμού της νικοτίνης).

#### Μονοξείδιο του άνθρακα (CO)

Το μονοξείδιο του άνθρακα είναι ο βιοδείκτης που μπορεί να ελεγχθεί ευχερέστερα· με την απουσία μονοξειδίου του άνθρακα στο περιβάλλον, μπορεί να μετρηθεί η κατανάλωση καπνού. Η συγκέντρωση μονοξειδίου του άνθρακα στο σώμα ενός καπνιστή μπορεί να προσδιοριστεί ζητώντας από τον καπνιστή να εκπνεύσει σε έναν αναλυτή μονοξειδίου του άνθρακα. Το μονοξείδιο του άνθρακα μετράται σε ppm (μέρη ανά εκατομμύριο), μια μονάδα μέτρησης που μπορεί να μετατραπεί σε ισοδύναμο της ανθρακυλαιμοσφαιρίνης (COHb), με εξοπλισμό που χρησιμοποιείται σήμερα (Εικόνα 7).

#### Εικόνα 7: Συσκευές μέτρησης του εκπνεόμενου μονοξειδίου του άνθρακα (CO)



**Συσκευές ελέγχου των επιπέδων του εκπνεόμενου CO**

Φυσιολογικά, η συγκέντρωση του μονοξειδίου του άνθρακα στον εκπνεόμενο αέρα ενός μη καπνιστή, δεν πρέπει να υπερβαίνει τα 4 ppm. Αντιθέτως, η συγκέντρωση του μονοξειδίου του άνθρακα στον εκπνεόμενο αέρα ενός καπνιστή μπορεί να φθάσει τα 10-20 ppm (με αντίστοιχη τιμή ανθρακυλαιμοσφαιρίνης =2-5%). Οι περισσότεροι μη καπνιστές εμφανίζουν τιμές εκπνεόμενου CO  $\leq$  5 ppm, ενώ οι περισσότεροι καπνιστές, τιμές μεγαλύτερες των 10 ppm, αριθμός που αυξάνεται ανάλογα με την ένταση του καπνίσματος (Εικόνα 8). Η τιμή αναφοράς για το διαχωρισμό καπνιστών και μη καπνιστών είναι τα 7 ppm. Η μέτρηση αυτή είναι πολύ χρήσιμη για την αντικειμενική εκτίμηση της αποχής από το κάπνισμα κατά τη διάρκεια της παρακολούθησης, π.χ. εάν ένας ασθενής που λαμβάνει φαρμακευτική αγωγή για τη διακοπή του καπνίσματος δηλώνει ότι δεν έχει καπνίσει τις προηγούμενες ημέρες, αλλά η συγκέντρωση μονοξειδίου του άνθρακά του είναι μεγαλύτερη από 3 ppm, αυτό μπορεί να σημαίνει πρόσφατη έκθεση στον καπνό ή το γεγονός ότι ο ασθενής δεν είναι ειλικρινής σχετικά με την καπνιστική του / της συμπεριφορά.

Μια πρόσφατη μελέτη (2011), προτείνει την επιλογή μίας ακόμα χαμηλότερης τιμής αναφοράς, συγκεκριμένα τα 5 ppm, όταν πρόκειται για περιοχές με αυστηρούς νόμους, που απαγορεύουν το κάπνισμα<sup>15</sup>.

Για την ακριβή ερμηνεία του αποτελέσματος αυτής της δοκιμασίας, αξίζει να σημειωθεί ότι ο χρόνος ημιζωής του μονοξειδίου του άνθρακα είναι περίπου 4-6 ώρες· ταυτόχρονα, το επίπεδο του μονοξειδίου του άνθρακα επηρεάζεται και από τη σωματική κόπωση. Ακόμη, μέσα σε 24 ώρες από το τελευταίο σιγάρο που καταναλώθηκε, το μονοξείδιο του άνθρακα φθάνει σε φυσιολογικές τιμές στον εκπνεόμενο αέρα. Αυτό εξηγεί το γεγονός ότι η συγκέντρωση του μονοξειδίου του άνθρακα είναι συνήθως χαμηλότερη κατά τις πρωινές ώρες (μετά από αρκετές ώρες ύπνου χωρίς κάπνισμα). Αυτός είναι ο λόγος για τον οποίο συνιστάται η μέτρηση του επιπέδου του μονοξειδίου του άνθρακα κατά τις απογευματινές ώρες, οπότε και αντιπροσωπεύει έναν πιο πιστό βιοδείκτη έκθεσης στον καπνό.

Στην κλινική πράξη, οι υψηλές τιμές συγκέντρωσης μονοξειδίου του άνθρακα θα πρέπει να επιδεικνύονται στον ασθενή, ως απόδειξη των επιπτώσεων του καπνίσματος στην καρδιαγγειακή του λειτουργία, ενώ οι φυσιολογικές τιμές μονοξειδίου του άνθρακα, αποδεικνύουν ότι ο ίδιος ο οργανισμός του καπνιστή είναι σε θέση να καθαρίσει από την τοξίνη αυτή.

Η γρήγορη επαναφορά του μονοξειδίου του άνθρακα σε φυσιολογικές τιμές, ενθαρρύνει τον καπνιστή στην προσπάθειά του να απέχει από το κάπνισμα και έχει ως αποτέλεσμα την ένδειξη χαμηλότερων τιμών μονοξειδίου του άνθρακα σε κάθε επίσκεψη παρακολούθησης, κάτι που ενισχύει την προσπάθεια διακοπής του καπνίσματος.

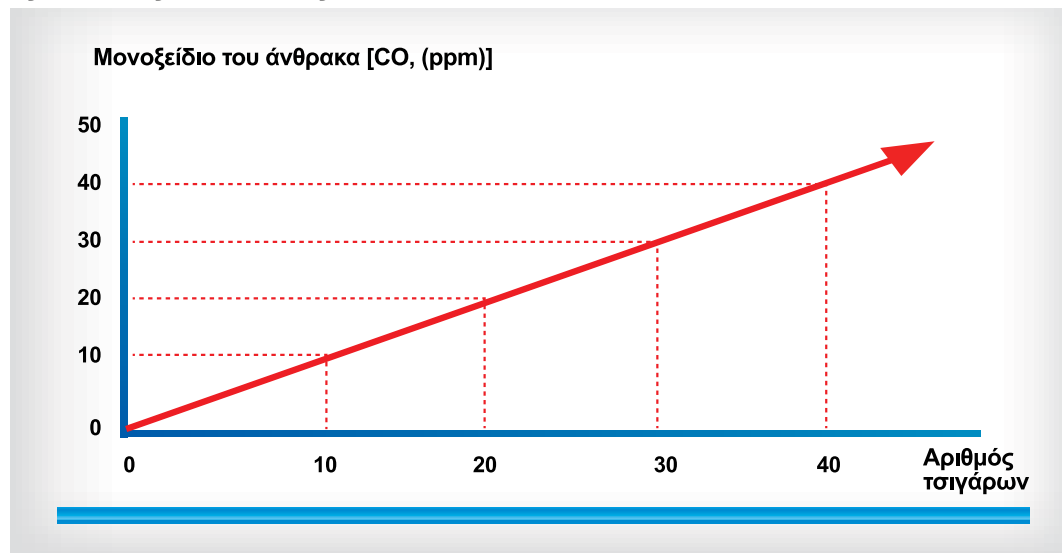
Από την άλλη πλευρά, υπάρχουν περιπτώσεις κατά τις οποίες η συγκέντρωση του μονοξειδίου του άνθρακα μπορεί να είναι μεγαλύτερη από την αναμενόμενη, όπως στην περίπτωση των καπνιστών με χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια (ΧΑΠ). Σε αυτούς τους ασθενείς, οι υψηλότερες τιμές εκπνεόμενου μονοξειδίου του άνθρακα, είτε εξηγούνται από την παραγωγή μονοξειδίου του άνθρακα ως αποτέλεσμα της χρόνιας φλεγμονής των αεραγωγών, ή οφείλονται απλά στην πιο έντονη καπνιστική συνήθεια.

Στο σημείο αυτό, πρέπει να τονιστεί ότι, οι ασθενείς με ΧΑΠ, τείνουν να καπνίζουν περισσότερο και ότι



έχουν επίσης έναν συγκεκριμένο τρόπο που εισπνέουν, στον οποίο αποδίδονται τα υψηλότερα επίπεδα μονοξειδίου του άνθρακα στον εκπνεόμενο αέρα<sup>16</sup>.

**Εικόνα 8: Σχέση μεταξύ του αριθμού των τσιγάρων και του εκπνεόμενου μονοξειδίου του άνθρακα (αποτελέσματα από την εκστρατεία HELP της ΕΕ· σημειώσατε ότι υπάρχουν σημαντικές ατομικές αποκλίσεις)**



Η μέτρηση των επιπέδων μονοξειδίου του άνθρακα έχει μεγάλη σημασία στο θεραπευτικό πεδίο, επειδή ο ασθενής μπορεί να εκτιμήσει πώς η διακοπή του καπνίσματος μειώνει τη δηλητηρίαση από το μονοξείδιο του άνθρακα, βελτιώνει την οξυγόνωση του οργανισμού (μέσω της ελάττωσης της HbCO) και αυξάνει τη συμμόρφωση στη θεραπεία, ενώ ο επαγγελματίας υγείας μπορεί να διαμορφώσει τη θεραπευτική του παρέμβαση επαληθεύοντας την τήρηση του προγράμματος θεραπείας από τον ασθενή. Επομένως, είναι απαραίτητο, για κάθε κέντρο διακοπής του καπνίσματος, να είναι εξοπλισμένο με έναν αναλυτή του εκπνεόμενου μονοξειδίου του άνθρακα<sup>17</sup>.

### Κοτινίνη

Η κοτινίνη είναι το κύριο προϊόν του μεταβολισμού της νικοτίνης. Με παρακολούθηση της συγκέντρωσής της στο σώμα, μπορεί κανείς να αξιολογήσει την έκθεση ενός ατόμου στον καπνό του τσιγάρου και άλλων προϊόντων καπνού. Ο χρόνος ημιζωής της νικοτίνης είναι περίπου δύο ώρες· ωστόσο τα επίπεδα συγκέντρωσης νικοτίνης μπορεί να ποικίλουν ανάλογα με τη στιγμή της ημέρας κατά την οποία καταναλώθηκε το τελευταίο τσιγάρο. Η κοτινίνη έχει χρόνο ημιζωής 15-20 ώρες. Μπορεί να μετρηθεί στο

Αναγνωρίζοντας την κατανάλωση καπνού και την εξάρτηση από τον καπνό στη γενική κλινική πρακτική

αίμα, την τρίχα, το σίελο και τα ούρα. Συγκέντρωση κοτινίνης <15 νανογραμμάρων / मिलीलीτρο στο πλάσμα, θεωρείται ως απόδειξη της ιδιότητας του μη-καπνιστή. Στους καπνιστές, η κοτινίνη στο πλάσμα είναι περίπου 200 νανογραμμάρια / मिलीलीτρο, αλλά μπορεί να φθάσει μέχρι και 1000 νανογραμμάρια / मिलीलीτρο ανάλογα με την ένταση του καπνίσματος

Η προσαρμογή της θεραπείας στα επίπεδα κοτινίνης δεν είναι πιο αποτελεσματική από την παρακολούθηση των κλινικών συμπτωμάτων για την προσαρμογή της δοσολογίας της θεραπευτικής αγωγής<sup>18</sup>. Η εκτίμηση των επιπέδων κοτινίνης, ως εκ τούτου, δε χρησιμοποιείται ως εργαλείο παρακολούθησης για την επιτήρηση της διαδικασίας διακοπής του καπνίσματος στην κοινή κλινική πρακτική.

### Εφαρμογές των βιοδεικτών

Η παρακολούθηση των παραπάνω βιοδεικτών κατά την πορεία ελάττωσης του καπνίσματος, αξίζει να εκτιμηθεί ως προς την κλινική της αξιοπιστία. Βάσει μίας ανάλυσης 13 δοκιμών, με στόχο τη μείωση του αριθμού των τσιγάρων που καπνίζονται ανά ημέρα, χρησιμοποιώντας θεραπεία υποκατάστασης της νικοτίνης στις περισσότερες περιπτώσεις, συνήχθη το συμπέρασμα ότι η ελάττωση του μονοξειδίου του άνθρακα και της κοτινίνης στον οργανισμό, δεν είναι ανάλογη με τον αριθμό των τσιγάρων που ελαττώνονται ανά ημέρα.

Η παρατήρηση αυτή οδήγησε σε δύο συμπεράσματα:

1. η ελάττωση του καπνίσματος δεν μπορεί να παρακολουθείται με συνοχή, με βάση αποκλειστικά τις μετρήσεις μονοξειδίου του άνθρακα και κοτινίνης·
2. όταν χρησιμοποιούνται υποκατάστατα νικοτίνης για να βοηθήσουν τους καπνιστές να σταματήσουν το κάπνισμα, η ερμηνεία των επιπέδων κοτινίνης είναι ασαφής, λόγω της συμβολής της συμπληρωματικής νικοτίνης, μέσω της θεραπείας υποκατάστασης.

### Βιβλιογραφία

- 1 Doll R, Peto R, Boreham J, Sutherland I. Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors *BMJ* 2004, doi:10.1136/bmj.38142.554479.A
- 2 [http://www.otc.ie/uploads/Publications\\_Towards\\_a\\_Tobacco\\_free\\_society\\_low\\_res\\_version.pdf](http://www.otc.ie/uploads/Publications_Towards_a_Tobacco_free_society_low_res_version.pdf)
- 3 *Noțiuni generale de tabacologie – supliment al ghidului GREFA, Tehnopress Iași, 2008, www.srp.ro*
- 4 Cornuz J., Humair J.P., Zellweger J.P., Desaccoutumance au tabac, *Schwiz Med Forum*, 2004; 4:334339
- 5 Cornuz J., Humair J.P., Zellweger J.P., Desaccoutumance au tabac, *Schwiz Med Forum*, 2004; 4:334339
- 6 Cannon D.S., Baker T.B., Piper M.E., Scholand M.B., Lawrence D.L., Drayna D.T., McMahon W.M., Villegas G.M., Caton T.C., Coon H., Leppert M.F., Association between phenylthiocarbamide gene polymorphisms and cigarette smoking, *Nicotine Tob.Res.*, 2005 Dec., 7(6), 8538
- 7 Trofor A., RaduLoghin C., *Fumatul de la obicei la boala 101 întrebări despre fumat – ediția a 2a revăzută și adăugită, Editura Tehnopress 2005*





- 8 Benowitz N.L., Brunetta P.G. *Smoking Hazard and Cessation in Murray & Nadel's Textbook of Respiratory Medicine* Mason Broaddus Murray, Nadel, 2005
- 9 <http://www.icd10data.com/>
- 10 Kawakami N, Takatsuka N, Inaba S, Shimizu H. Development of a screening questionnaire for tobacco/nicotine dependence according to ICD10, DSMIII-R, and DSMIV. *Addictive Behaviors*. 1999;24:155–166
- 11 Kawakami N, Takatsuka N, Inaba S, Shimizu H. Development of a screening questionnaire for tobacco/nicotine dependence according to ICD10, DSMIII-R, and DSMIV. *Addictive Behaviors*. 1999;24:155–166
- 12 Fagerstrom KO, Schneider N. Measuring nicotine dependence: a review of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. *J Behav Med* 1989; 12: 159–182
- 13 Shiffman S., Waters A., Hickcox A., The nicotine dependence syndrome scale: a multidimensional measure of nicotine dependence, *Nicotine Tob.Res.*, 2004, Apr., 6(2), 327-48
- 14 Moroni L, Bettinardi O, Vidotto G, et al. Scheda ansia e depressione forma ridotta: norme per l'utilizzo in ambito riabilitativo. [Anxiety and Depression Short Scale: norms for its use in rehabilitation.]. *Monaldi Arch Chest Dis* 2006; 66: 255–263
- 15 Marrone GF, Shakleya DM, Scheidweiler KB, Singleton EG, Huestis MA, Heishman SJ. Relative performance of common biochemical indicators in detecting cigarette smoking. *Addiction*. 2011 Jul;106(7):1325-34. doi: 10.1111/j.1360-0443.2011.03441.x. Epub 2011 May 27
- 16 Javors MA, Hatch JP, Lamb R. Cut-off levels for breath carbon monoxide as a marker for cigarette smoking. *Addiction* 2005; 100: 159–167
- 17 Zagà V, Mura M, Invernizzi G. Monossido di Carbonio e fumo di tabacco/ Carbon Monoxide and tobacco smoke. *Tabaccologia* 2007; 4: 27-33
- 18 Berlin I, Jacob N, Coudert M, Perriot J, Schultz L, Rodon N. Adjustment of nicotine replacement therapies according to saliva cotinine concentration: the ADONIS\* trial - a randomized study in smokers with medical comorbidities. *Addiction*. 2011 Apr;106(4):833-43 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21205047>

# 2.0

## Γενικές συστάσεις για τη θεραπεία της κατανάλωσης καπνού και της συνοδού εξάρτησης

Αυτό το κεφάλαιο παρουσιάζει συνοπτικά τις συστάσεις για την θεραπεία της κατανάλωσης καπνού και της συνοδού εξάρτησης.

### 2.1 Κατανάλωση καπνού

Η χρόνια, συνεχής και αμείωτη κατανάλωση προϊόντων καπνού, οφείλεται κυρίως στην εξάρτηση από τον καπνό, μια χρόνια διαταραχή που εγκαθίσταται κατά κύριο λόγο κατά τη διάρκεια της εφηβείας. Όλοι οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να θεωρούν το σύνολο της κατανάλωσης προϊόντων καπνού (κάπνισμα ή μάσηση καπνού) ως κίνδυνο για την υγεία, ακόμη και αν δεν υπάρχει εξάρτηση από τον καπνό. Λίγοι ενήλικες καπνίζουν μόνο στα πλαίσια μιας συμπεριφοράς, χωρίς να παρουσιάζουν εξάρτηση από τον καπνό. Συνήθως δε, οι μη εξαρτημένοι καπνιστές ξεκινούν να καπνίζουν σε μεγαλύτερη ηλικία. Οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να ενημερώνουν τους ασθενείς αυτούς σχετικά με τους κινδύνους για την υγεία τους και πρέπει να τους συμβουλεύουν να μην καταναλώνουν προϊόντα καπνού, παρόλο που δεν είναι απαραίτητη η ιατρική θεραπεία για αυτόν τον μικρό αριθμό περιστατικών. Οι επαγγελματίες υγείας, οφείλουν μόνο να ενημερώσουν και να παρέχουν συμβουλευτικές υπηρεσίες για την πρόληψη της επικείμενης εξάρτησης. Έτσι, οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να δρουν περισσότερο προληπτικά στην περίπτωση των εφήβων που καπνίζουν χωρίς να παρουσιάζουν εξάρτηση από τον καπνό, επειδή η κατανάλωση προϊόντων καπνού κατά τη διάρκεια της εφηβείας γίνεται εξάρτηση από τον καπνό προς το τέλος της εφηβείας.

### 2.2 Νόσος εξάρτησης από τον καπνό

Όλοι σχεδόν οι ενήλικες καπνιστές, οδηγούνται στο συστηματικό κάπνισμα από μια νόσο που εγκαταστάθηκε κατά τη διάρκεια της εφηβείας, την εξάρτηση από τον καπνό, η οποία είναι μια χρόνια νόσος χωρίς πλήρη θεραπεία, αν και η κατανάλωση καπνού μπορεί να διακοπεί για ένα σύντομο χρονικό διάστημα ή εφ' όρου ζωής με πλούσια οφέλη για την υγεία.

Οι καπνιστές που εξαρτώνται από τον καπνό ανάβουν περισσότερα τσιγάρα όταν το επίπεδο της νικοτίνης έχει μειωθεί στον εγκέφαλο, δηλαδή, κατά μέσο όρο, 30 έως 60 λεπτά μετά το τελευταίο τσιγάρο. Η κατανάλωση καπνού δεν καθοδηγείται από το φλοιό του εγκεφάλου, αλλά μάλλον από ένα μη συνειδητό μέρος του εγκεφάλου, που δεν ελέγχεται από τη βούληση (επικλινής πυρήνας).

Όπως συμβαίνει με όλες τις νόσους, η απόφαση για τη θεραπεία της νόσου είναι απόφαση του



επαγγελματία υγείας μετά από διάγνωση και εκτίμηση. Ο ασθενής μπορεί να αρνηθεί τη θεραπεία, αλλά οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να δρουν για να θεραπεύσουν τον ασθενή από μια νόσο που σκοτώνει τους μισούς από τους ασθενείς που πάσχουν από αυτήν. Ακριβώς όπως οι επαγγελματίες υγείας υποβάλουν τον ασθενή σε θεραπεία για το σακχαρώδη διαβήτη, την υπέρταση ή οποιαδήποτε άλλη χρόνια νόσο, με τον ίδιο τρόπο, οφείλουν να θεραπεύουν την εξάρτηση από τον καπνό μετά τη σχετική διάγνωση. Η θεραπεία διακοπής του καπνίσματος έχει μελετηθεί σε βάθος και υπάρχουν εργαλεία για την υποβοήθηση των καπνιστών και των καταναλωτών άλλων προϊόντων καπνού να σταματήσουν το κάπνισμα. Η θεραπεία της χρόνιας εξάρτησης από τον καπνό μετά τη διακοπή της κατανάλωσής του, έχει εκτιμηθεί σε σημαντικό βαθμό σε πρώην καπνιστές. εν υπάρχουν, ωστόσο, διαπιστευμένα εργαλεία για τον εντοπισμό των πρώην καπνιστών με υψηλό κίνδυνο υποτροπής και έτσι, δεν προτείνονται διαπιστευμένες θεραπείες, εκτός από τη συνέχιση της θεραπείας διακοπής του καπνίσματος και τη γνωσιακή-συμπεριφοριστική θεραπεία (CBT), για την πρόληψη υποτροπών σε περιπτώσεις υψηλού κινδύνου υποτροπής. Νέες μελέτες απαιτούνται για την ανάπτυξη νέων στρατηγικών για τη θεραπεία της εξάρτησης από τον καπνό στους πρώην καπνιστές και για την πρόληψη της υποτροπής.

### 2.3 Διακοπή καπνίσματος

Τα βασικά συστατικά της επιτυχημένης διακοπής (ύφεση της νόσου), είναι, ο συνδυασμός της εκπαίδευσης του ασθενή, της συμπεριφορικής υποστήριξης και της φαρμακευτικής αγωγής, αλλά οι πιθανότητες επιτυχίας επηρεάζονται από την προετοιμασία και το κίνητρο για τη διακοπή του καπνίσματος, την ηλικία, τη συνοσηρότητα και πολλούς άλλους προσωπικούς παράγοντες.

#### 2.3.1 Εκπαίδευση του ασθενούς

- Επεξήγηση της νόσου εξάρτησης από τον καπνό
- Επεξήγηση των λόγων για τους οποίους ανάβουμε τσιγάρο
- Επεξήγηση των συνεπειών του καπνίσματος στην υγεία
- Επεξήγηση τα οφελών από τη διακοπή του καπνίσματος
- Επεξήγηση της θεραπείας διακοπής καπνίσματος
- Επεξήγηση της διαχείρισης της χρόνιας εξάρτησης από τον καπνό για την πρόληψη της υποτροπής
- Παρουσίαση των εργαλείων για τη διακοπή του καπνίσματος, που είναι διαθέσιμα σε τοπικό επίπεδο.

#### 2.3.2 Συμπεριφορική υποστήριξη-θεραπεία (CBT)

- Εντοπισμός των αιτιών της καπνιστικής συμπεριφοράς, μακροπρόθεσμη και άμεση ευαισθητοποίηση.
- Αύξηση του κινήτρου διακοπής του καπνίσματος και μείωση του φόβου μπροστά στη διακοπή του καπνίσματος και στην ιδιότητα του μη καπνιστή.
- Εκμάθηση χειρισμού συναισθημάτων.

#### 2.3.3 Διαθέσιμα θεραπευτικά σκευάσματα

- Θεραπευτικά υποκατάστατα της νικοτίνης είναι διαθέσιμα σε διαδερμική μορφή (επιθέματα), σε μορφές από του στόματος χορήγησης (τσίκλα, παστίλιες για τον λαιμό, υπογλώσσια δισκία, συσκευές εισπνοής) και, σε ορισμένες χώρες, σε μορφή ρινικών ψεκασμών. Σε σύγκριση με το παρελθόν, η δοσολογία είναι πιο προσαρμόσιμη, σπάνια χρησιμοποιούνται σταθεροί συνδυασμοί, ενώ χρησιμοποιούνται σε μεγάλο βαθμό οι συνδυασμοί επιθέματος και θεραπευτικού σκευάσματος που λαμβάνεται από το στόμα για την αύξηση της δόσης της νικοτίνης, ώστε να φθάσει πιο κοντά στο επίπεδο της νικοτίνης που λαμβάνεται από το κάπνισμα του τσιγάρου.
- Η βαρενικλίνη είναι ένα ειδικός αγωνιστής του υποδοχέα άλφα4/βήτα2 της νικοτίνης και χρησιμοποιείται ως μονοθεραπεία για τη διακοπή του καπνίσματος με αποτελεσματικότητα έναντι του εικονικού φαρμάκου που φθάνει την αποτελεσματικότητα της συνδυασμένης υψηλής δοσολογίας της θεραπείας υποκατάστασης της νικοτίνης.
- Η βουπροπιόνη είναι ένα θεραπευτικό σκεύασμα που χρησιμοποιείται πρωτίστως για την αντιμετώπιση ψυχιατρικών διαταραχών, αλλά έχει δείξει αποτελεσματικότητα στη διακοπή του καπνίσματος. Αυτό το θεραπευτικό σκεύασμα μπορεί να συνδυαστεί με τη θεραπεία υποκατάστασης της νικοτίνης.
- Η νορτριπυλίνη και η κιτιζίνη είναι φθηνά θεραπευτικά σκευάσματα διαθέσιμα σε ορισμένες χώρες.

#### 2.3.4 Διακοπή καπνίσματος

Ο αρχικός στόχος της θεραπείας είναι η διακοπή του καπνίσματος.

- Παραιτηθείς (quitter), είναι ο καπνιστής που οικειοθελώς δεν έχει καπνίσει ούτε ένα τσιγάρο για τουλάχιστον 24 ώρες.
- Η αποχή πρέπει να ελέγχεται, όταν είναι δυνατό, με την παρακολούθηση του εκπνεόμενου μονοξειδίου του άνθρακα.
- Το μέγιστο συνιστώμενο επίπεδο εκπνεόμενου μονοξειδίου του άνθρακα (CO) που απαιτείται για την επιβεβαίωση της αποχής, είναι τα 7 ppm.

### 2.4 Θεραπεία της εξάρτησης από τον καπνό μετά τη διακοπή καπνίσματος

Η εξάρτηση από τον καπνό είναι μια χρόνια διαταραχή με υψηλό κίνδυνο υποτροπής μετά τη διακοπή του καπνίσματος. Το ήμισυ των νέων πρώην καπνιστών υποτροπιάζουν μέσα στο επόμενο έτος. Το ποσοστό υποτροπής είναι υψηλότερο κατά τις πρώτες εβδομάδες από τη διακοπή, έτσι συνιστάται στην κλινική πρακτική μακροχρόνια παρακολούθηση για τουλάχιστον έξι μήνες και, κατά προτίμηση, για 12 μήνες, ώστε να επιβεβαιωθεί η αποχή και να καλυφθεί η περίοδος με τον υψηλότερο κίνδυνο υποτροπής.

Ακόμη και μετά από αρκετά χρόνια αποχής, ο κίνδυνος υποτροπής παραμένει σε υψηλά επίπεδα. Περαιτέρω μελέτες απαιτούνται για να προσδιορίσουν τα άτομα με υψηλό κίνδυνο υποτροπής. Η έντονη επιθυμία (λαχτάρα), είναι ένας σημαντικός παράγοντας υποτροπής. Η ανεξέλεγκτη επιθυμία, πρέπει να αντιμετωπιστεί με τη βελτίωση της συμβουλευτικής υποστήριξης ή / και τη μεγιστοποίηση της





φαρμακευτικής αγωγής. Η έντονη επιθυμία και τα στερητικά συμπτώματα πρέπει να αξιολογούνται σε κάθε επαφή με τον ιατρό. Για την αντιμετώπιση της έντονης επιθυμίας, θα μπορούσαν να συνδυαστούν αμέσου δράσης θεραπευτικά σκευάσματα υποκατάστασης νικοτίνης με τις καθιερωμένες θεραπείες, αλλά απαιτούνται νέες μελέτες για την αξιολόγησή τους και νέες αποτελεσματικές θεραπευτικές παρεμβάσεις για την αντιμετώπιση του φαινομένου. Ωστόσο, τα στοιχεία δείχνουν ότι οι υπάρχουσες παρεμβάσεις πρόληψης της υποτροπής είναι ιδιαίτερα αποδοτικές.

### 2.5 Πρόληψη υποτροπών

Μετά την διακοπή του καπνίσματος, ως υποτροπή ορίζεται η κατανάλωση  $\geq 7$  τσιγάρων για επτά συνεχείς ημέρες ή για δύο συνεχόμενες εβδομάδες. Η κατανάλωση λιγότερων τσιγάρων ορίζεται ως παρέκκλιση. (Για πιο συγκεκριμένους ορισμούς για την κλινική πρακτική, παρακαλούμε ανατρέξτε στο Κεφάλαιο 4.1.5 Κριτήρια αποχής από το κάπνισμα για επιστημονική εφαρμογή.)

Μετά την ημερομηνία διακοπής, η θεραπεία θα πρέπει να προσαρμοστεί στο επίπεδο της έντονης επιθυμίας και του κινδύνου υποτροπής. Υπάρχει επείγουσα ανάγκη για μελέτες σχετικά με τη διαπίστευση εργαλείων και θεραπειών για τον σκοπό αυτό. Ένα υψηλόαποτέλεσμα κατά τη μέτρηση της έντονης επιθυμίας είναι σημαντικός παράγοντας για την πρόβλεψη του κινδύνου υποτροπής.

Επί παρεκκλίσεων, οι ακόλουθες παρεμβάσεις μπορούν να προλάβουν ή να θεραπεύσουν την υποτροπή:

- η αύξηση των συνεδριών γνωσιακής-συμπεριφοριστικής θεραπείας σε όρους χρόνου, μορφής και αριθμού που στηρίζει την αποτελεσματικότητα της θεραπείας,
- η χρήση επιθεμάτων νικοτίνης για περισσότερο από 14 εβδομάδες με παράλληλη χορήγηση αμέσου δράσης θεραπευτικών σκευασμάτων υποκατάστασης νικοτίνης, όταν χρειάζεται,
- η παράταση της χορήγησης βαρενικλίνης από 12 ως 24 εβδομάδες,
- η παράταση της χορήγησης της βουπροπριόνης,
- ο συνδυασμός φαρμακευτικών σκευασμάτων.

# 3.0

## Σύντομη/ελάχιστη συμβουλευτική για τη διακοπή κατανάλωσης καπνού

Είναι υποχρεωτικό για όλους τους επαγγελματίες υγείας να παρέχουν μία ελάχιστη συμβουλευτική για τη διακοπή του καπνίσματος ή ειδικές συμβουλές σε συγκεκριμένους ασθενείς. Η μη αντιμετώπιση του ζητήματος της κατανάλωσης προϊόντων καπνού σε έναν ασθενή που καπνίζει, είναι κακή πρακτική και μπορεί να επιδεινώσει την εξάρτηση του ασθενούς από τον καπνό.

### 3.1 Γενικές συστάσεις

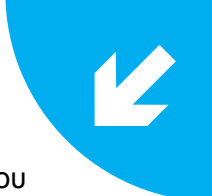
- Όλοι οι ιατροί θα πρέπει να συστήνουν τη διακοπή της κατανάλωσης προϊόντων καπνού σε όλους τους καταναλωτές προϊόντων καπνού. Επιστημονικά στοιχεία δείχνουν ότι η συμβουλή ενός ιατρού αυξάνει σημαντικά τα ποσοστά αποχής από το κάπνισμα (επίπεδο τεκμηρίωσης Α)<sup>1</sup>.
- Η αποτελεσματικότητα της ελάχιστης συμβουλευτικής είναι υψηλότερη επί διάρκειας ιατρικής παρέμβασης 3-5 λεπτών, η οποία οδηγεί μακροπρόθεσμα σε αυξημένη αναλογία αποχής από το κάπνισμα (επίπεδο τεκμηρίωσης Α).

Τα ποσοστά αποχής από το κάπνισμα αυξάνονται σημαντικά όταν παρέχεται ξεκάθαρη, αλλά συνοπτική συμβουλευτική για τη διακοπή του καπνίσματος, από οποιονδήποτε πάροχο ιατρικών υπηρεσιών. Η εκτίμηση της διάρκειας του χρόνου επαφής μεταξύ ιατρού και ασθενούς για το σκοπό αυτό, υποδεικνύει ότι η ελάχιστη συμβουλευτική που προσφέρεται από διάφορους κλινικούς ιατρούς, αυξάνει την αναλογία της μακροπρόθεσμης αποχής από το κάπνισμα. Η ελάχιστη, συνοπτική συμβουλευτική έχει σημαντικό αντίκτυπο στη δημόσια υγεία, λόγω του μεγάλου αριθμού των καπνιστών που επισκέπτονται έναν κλινικό ιατρό κάθε χρόνο. Αφορά όλους τους επαγγελματίες υγείας, π.χ. τους ιατρούς γενικής ιατρικής, τους οικογενειακούς ιατρούς, τους ιατρούς εργασίας, τους ειδικευμένους ιατρούς, τους χειρουργούς, τους νοσηλευτές, τις μαίες, τους οδοντίατρους. Έχει αποδειχθεί, για παράδειγμα, ότι οδοντίατροι και οδοντοτεχνίτες, μπορούν να είναι αποτελεσματικοί στην αξιολόγηση και την παροχή συμβουλών στους καπνιστές για τη διακοπή του καπνίσματος.

### 3.2 Σχέδιο παρέμβασης για το ιατρικό προσωπικό που εμπλέκεται στην υποστήριξη των καπνιστών

- Αξιολόγηση της καπνιστικής συνήθειας, για κάθε ασθενή, σε κάθε ιατρική επίσκεψη.
- Υποβοήθηση όλων των καπνιστών που επιθυμούν να σταματήσουν το κάπνισμα.
- Παροχή εξειδικευμένης συμβουλευτικής σε όλους όσους είναι πρόθυμοι να σταματήσουν το κάπνισμα.
- Όποτε και όπου είναι δυνατόν, παραπομπή των καπνιστών σε μια εξειδικευμένη υπηρεσία διακοπής.

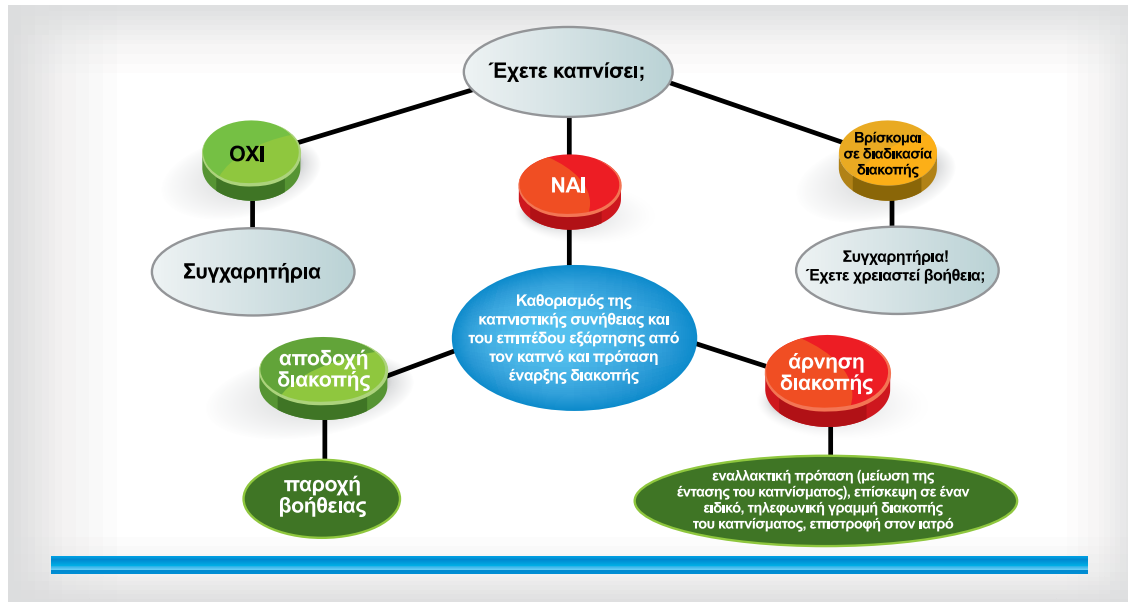




του καπνίσματος ή τηλεφωνική γραμμή για τη διακοπή του καπνίσματος.

- Συστάσεις χρήσης υποκατάστατων νικοτίνης στους εξαρτημένους από τον καπνό ασθενείς, που είναι πρόθυμοι να σταματήσουν το κάπνισμα ή συνταγογράφηση θεραπευτικού σκευάσματος, καθώς επίσης και στοχευμένη πληροφόρηση σχετικά με τη θεραπεία και τη συμβουλευτική για τη διακοπή του καπνίσματος.

**Εικόνα 9: Ελάχιστη συμβουλευτική στη γενική κλινική πρακτική**



### 3.3 Συστάσεις για τον οικογενειακό ιατρό

- Όλοι οι γενικοί ή οικογενειακοί ιατροί θα πρέπει να συμβουλεύουν τακτικά τους ασθενείς που καπνίζουν να διακόψουν το κάπνισμα και να συστήνουν υποκατάστατα νικοτίνης ή άλλα θεραπευτικά σκευάσματα για την επίτευξη του στόχου αυτού. Συνιστάται να σημειώνεται η καπνιστική συμπεριφορά του ασθενούς στα ιατρικά αρχεία του/της και, αν χρειαστεί, να παραπέμπονται οι ασθενείς για εξειδικευμένη θεραπεία και συμβουλευτική (επίπεδο τεκμηρίωσης Α).
- Οι οικογενειακοί ιατροί και οι νοσηλευτές πρέπει να έχουν τόσο θεωρητικές όσο και πρακτικές δεξιότητες, ώστε να είναι σε θέση να προσφέρουν ένα ελάχιστο επίπεδο συμβουλευτικής ως προς τη διακοπή του καπνίσματος, αλλά και να υποβοηθήσουν μια προσπάθεια διακοπής, όπως επίσης και να συστήσουν κατάλληλη θεραπεία (επίπεδο τεκμηρίωσης Α).
- Οι καπνιστές που δεν μπορούν να διακόψουν το κάπνισμα μόνο με πρωτογενή ενέργεια (με τη δική

τους θέληση, ή μετά από σύντομη ιατρική συμβουλή), θα πρέπει να λαμβάνουν εξειδικευμένη θεραπεία σε ένα δεύτερο στάδιο. Η στρατηγική αυτή δεν εφαρμόζεται ακόμη ομόφωνα στην τρέχουσα πρακτική, αλλά ένα πρόγραμμα συμβουλευτικής για τη διακοπή του καπνίσματος θα πρέπει να ενταχθεί καταρχάς στην πρωτοβάθμια φροντίδα και θα να συνεχιστεί με παρεμβάσεις δεύτερης γραμμής σε ένα εξειδικευμένο κέντρο (επίπεδο τεκμηρίωσης Γ).

- Η σύντομη συμβουλευτική δίνει στους καπνιστές ένα κίνητρο υπέρ της διακοπής του καπνίσματος όταν δεν υπάρχει κανένα και, ταυτόχρονα, έχει αποδειχθεί ότι αυξάνει τα ποσοστά διακοπής του καπνίσματος. Πολλοί καπνιστές δεν μπορούν να σταματήσουν το κάπνισμα χωρίς ιατρική βοήθεια: πρόκειται ως επί το πλείστον για τους βαρείς καπνιστές που διατρέχουν υψηλότερο κίνδυνο ανάπτυξης νόσων που σχετίζονται με το κάπνισμα και έχουν τη μεγαλύτερη ανάγκη για ειδική θεραπεία.

### 3.4 Συστάσεις για νοσηλευόμενους ασθενείς

- Συνιστάται ότι, όλες οι κατηγορίες του ιατρικού προσωπικού στα νοσοκομεία, θα πρέπει να εκτιμούν την καπνιστική συνήθεια και θα πρέπει να παρέχουν ελάχιστη συμβουλευτική για τη διακοπή του καπνίσματος σε όλους τους νοσηλευόμενους ασθενείς. Οι ασθενείς θα πρέπει να ενημερώνονται σχετικά με την απαγόρευση του καπνίσματος στα νοσοκομεία (επίπεδο τεκμηρίωσης Γ).
- Συνιστάται η παροχή ειδικής ιατρικής βοήθειας για τη διακοπή του καπνίσματος στους ενεργούς καπνιστές, οι οποίοι νοσηλεύονται (επίπεδο τεκμηρίωσης Α).

### 3.5 Συστάσεις για τις εγκύους

- Συνιστάται ότι, όλες οι κατηγορίες του ιατρικού προσωπικού που ασχολούνται με τις εγκύους (γυναικολόγοι, μαίες, νοσηλευτικό προσωπικό και ιατροί άλλων ειδικοτήτων), θα πρέπει να εκτιμούν την καπνιστική συνήθεια και να παρέχουν ελάχιστη συμβουλευτική για τη διακοπή του καπνίσματος σε όλες τις έγκυες γυναίκες που καπνίζουν. Στην περίπτωση αυτή, είναι ζωτικής σημασίας για τη μέλλουσα μητέρα να διακόψει το κάπνισμα, αφού οι ισχυρότερες αρνητικές επιπτώσεις του καπνίσματος τελούνται κατά τη διάρκεια του δεύτερου και του τρίτου τριμήνου της κύησης (επίπεδο τεκμηρίωσης Γ).

### 3.6 Συστάσεις για ασθενείς, υποβληθέντες σε χειρουργική επέμβαση

- εδομένου ότι το κάπνισμα διπλασιάζει ή τριπλασιάζει τον κίνδυνο επιπλοκών, όπως επιπλοκές κατά την επούλωση του χειρουργικού τραύματος, λοίμωξη του τραύματος και άλλες ανεπιθύμητες ενέργειες, η διακοπή του καπνίσματος 6-8 εβδομάδες πριν από τη χειρουργική επέμβαση μειώνει αυτόν τον κίνδυνο. Έχει επίσης αποδειχθεί ότι η διακοπή του καπνίσματος μετά από μια κρίσιμη

επέμβαση και η διατήρηση της αποχής από το κάπνισμα για 6 εβδομάδες, μειώνει τον κίνδυνο επιπλοκών σχεδόν κατά το ήμισυ<sup>2</sup>

- Είναι απαραίτητο να ενημερώνονται όλοι οι ασθενείς για την αναγκαιότητα της διακοπής του καπνίσματος έως το τέλος της διαδικασίας επούλωσης του χειρουργικού τραύματος (τρεις εβδομάδες για ελάχισονα χειρουργική επέμβαση και τρεις μήνες για ορθοπεδική επέμβαση), προκειμένου να ξεπεράσουν και άλλους κινδύνους που σχετίζονται με τη μετεγχειρητική νοσηρότητα.

#### Βιβλιογραφία

1. Lancaster T, Stead L. *Physician advice for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev 2004:CD000165.*
2. Nâsell H, Adami J, Samnegård E, Tønnesen H, Ponzer S. *Effect of smoking cessation intervention on results of acute fracture surgery: a randomized controlled trial. J Bone Joint Surg Am. 2010 Jun;92(6):1335-42.*



## ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ

### Θεραπεία της Εξάρτησης από τον Καπνό

# 4.0

## Τυπικές θεραπευτικές παρεμβάσεις

### 4.1. Θεραπευτικές παρεμβάσεις για την κατανάλωση καπνού και τη συνοδό εξάρτηση: βασικά ορόσημα

#### 4.1.1 Κλασική προσέγγιση της διακοπής καπνίσματος

##### Αφορά όλους τους επαγγελματίες υγείας

Οι καταναλωτές προϊόντων καπνού πρέπει να συνειδητοποιήσουν το γεγονός ότι τα οφέλη από τη διακοπή του καπνίσματος είναι σημαντικότερα για την υγεία και ότι η διακοπή του καπνίσματος μειώνει τον κίνδυνο της εμφάνισης νόσων που σχετίζονται με την κατανάλωση προϊόντων καπνού, επιβραδύνει την εξέλιξη της υπάρχουσας νόσου που σχετίζεται με την κατανάλωση προϊόντων καπνού και βελτιώνει το προσδόκιμο ζωής κατά 10 έτη, κατά μέσο όρο<sup>1</sup>.

Μια ανασκόπηση των διαθέσιμων κατευθυντήριων οδηγιών για τη διακοπή του καπνίσματος<sup>2</sup> έδειξε ότι, συνιστάται ομόφωνα σε όλους τους ιατρούς και τους επαγγελματίες υγείας να εντοπίζουν συστηματικά τους καπνιστές και να σημειώνουν την καπνιστική ιδιότητα των ασθενών στα ιατρικά αρχεία τους, ως διαδικασία ρουτίνας, σε κάθε επίσκεψη. Υπάρχουν πολλαπλές προκλήσεις στο πεδίο της κλινικής θεραπείας της εξάρτησης από τον καπνό.

Πολλοί κλινικοί ιατροί εξασκούν κακή πρακτική, δεν επιδεικνύουν συνέπεια στην παροχή θεραπείας για τη διακοπή του καπνίσματος στους καπνιστές ασθενείς τους<sup>3</sup> και μόνο το 20% περίπου των καπνιστών είναι έτοιμοι να προσπαθήσουν να διακόψουν το κάπνισμα ανά πάσα στιγμή<sup>4</sup>.

Επιπλέον, πολύ συχνά, οι καπνιστές δε χρησιμοποιούν θεραπείες που βασίζονται σε αποδεικτικά στοιχεία και περίπου το 90% έως 95% των μη ενισχυόμενων προσπαθειών για τη διακοπή του καπνίσματος καταλήγουν σε αποτυχία. Τέλος, είναι συχνή η μη συμμόρφωση με τη φαρμακευτική αγωγή και τη συμβουλευτική, κάτι που μειώνει την πιθανότητα για επιτυχή διακοπή του καπνίσματος. Οι ασθενείς συνήθως λαμβάνουν μόνο το 50% της συνιστώμενης δοσολογίας των φαρμακευτικών σκευασμάτων και συχνά ολοκληρώνουν λιγότερες από τις μισές προγραμματισμένες συνεδρίες συμβουλευτικής<sup>5</sup>.

Παρ' όλα αυτά, είναι δυνατό οι μη υποβοηθούμενες προσπάθειες να είναι επιτυχείς και οιατροί δεν πρέπει να αποθαρρύνουν τους καπνιστές που διαθέτουν ισχυρή βούληση να διακόψουν το κάπνισμα χωρίς βοήθεια<sup>6</sup>. Επαρκεί, να καλούνται οι ασθενείς να επιστρέψουν μετά από μερικές εβδομάδες για να αναφέρουν κατά πόσο έχουν επιτύχει στην προσπάθειά τους αυτή, ή για να αναλύσουν τυχόν

δυσκολίες που συνάντησαν στην έναρξη μιας μη υποβοηθούμενης προσπάθειας διακοπής του καπνίσματος.

##### **Εκτίμηση της αποφασιστικότητας του ασθενούς για τη διακοπή καπνίσματος**

Εν συνεχεία, ο ιατρός θα πρέπει να συμβουλεύει τον ασθενή να διακόψει το κάπνισμα, να εκτιμά την αποφασιστικότητα του ασθενή να διακόψει το κάπνισμα και να βοηθά τον ασθενή κατά τη διάρκεια της προσπάθειας να διακόψει το κάπνισμα, είτε μόνος (αν αυτός / αυτή έχει εκπαιδευτεί αναλόγως), είτε με παραπομπή σε κάποια εξειδικευμένη υπηρεσία διακοπής του καπνίσματος<sup>7</sup>.

Πριν από τριάντα χρόνια περιγράφηκαν αρκετά θεωρητικά μοντέλα συμπεριφοράς με στάδια (Σχήμα 3): προ-στοχασμός (καμία πρόθεση για διακοπή του καπνίσματος), συνειδητοποίηση (σκέψεις σχετικά με τη διακοπή του καπνίσματος), προετοιμασία (σχεδιάζω να διακόψω το κάπνισμα μέσα στις επόμενες 30 ημέρες), δράση (επιτυχής διακοπή μέχρι και 6 μήνες), συντήρηση (καθόλου κατανάλωση προϊόντων καπνού για περισσότερο από έξι μήνες).

Εκείνη την εποχή, διδασκόταν ότι τα άτομα στο στάδιο προ-στοχασμού ή συνειδητοποίησης χρειάζονται διαφορετικά είδη παρεμβάσεων, σε σύγκριση με εκείνα στο στάδιο της προετοιμασίας ή της δράσης. Οι παρεμβάσεις που υποστηρίζουν τα άτομα στην προσπάθεια διακοπής του καπνίσματος, θα πρέπει να είναι προσαρμοσμένες στο στάδιο ετοιμότητας που διανύουν και θα πρέπει να είναι σχεδιασμένες, ώστε να μετακινούν τα άτομα κατά μήκος αυτών των σταδίων αποφασιστικότητας, με στόχο την επιτυχή διακοπή του καπνίσματος.

Ωστόσο, οι καπνιστές που δεν είναι έτοιμοι να διακόψουν το κάπνισμα θα πρέπει να υποβάλλονται σε θεραπεία για την εξάρτηση από τον καπνό. Βάσει μιας μετανάλυσης της συμβουλευτικής βάσει σταδίων, σε αντιδιαστολή με τη συμβουλευτική που δε βασίζεται σε στάδια ή παρεμβάσεις αυτοβοήθειας, σε 31 δοκιμές, οι Cahill και συν., βρήκαν συγκρίσιμα επίπεδα αποτελεσματικότητας.

Έτσι, όλοι οι καπνιστές που εξαρτώνται από το κάπνισμα πρέπει να λαμβάνουν θεραπεία για τη διακοπή του καπνίσματος από τους επαγγελματίες υγείας, ανεξάρτητα από το στάδιο προετοιμασίας που διανύουν για να διακόψουν το κάπνισμα. Αναλόγως, δεν αποτελεί λύση για τον ιατρό να μην παρέχει θεραπεία σε έναν ασθενή που υποφέρει από καρκίνο ή σακχαρώδη διαβήτη, λέγοντας ότι ο ασθενής χρειάζεται να υποκινηθεί πριν ο ιατρός αρχίζει τη θεραπεία. Η παροχή πρακτικής ιατρικής υποστήριξης είναι πιο αποτελεσματική από ότι η κανενός είδους υποστήριξη και τα αποδεικτικά στοιχεία δεν κλίνουν υπέρ της παροχής ενθάρρυνσης και θεραπείας μόνο για εκείνους τους καπνιστές που βρίσκονται στα στάδια προετοιμασίας-δράσης<sup>7</sup>.

##### **Τα 5A(Ask, Advise, Assess, Assist, Arrange follow-up)**

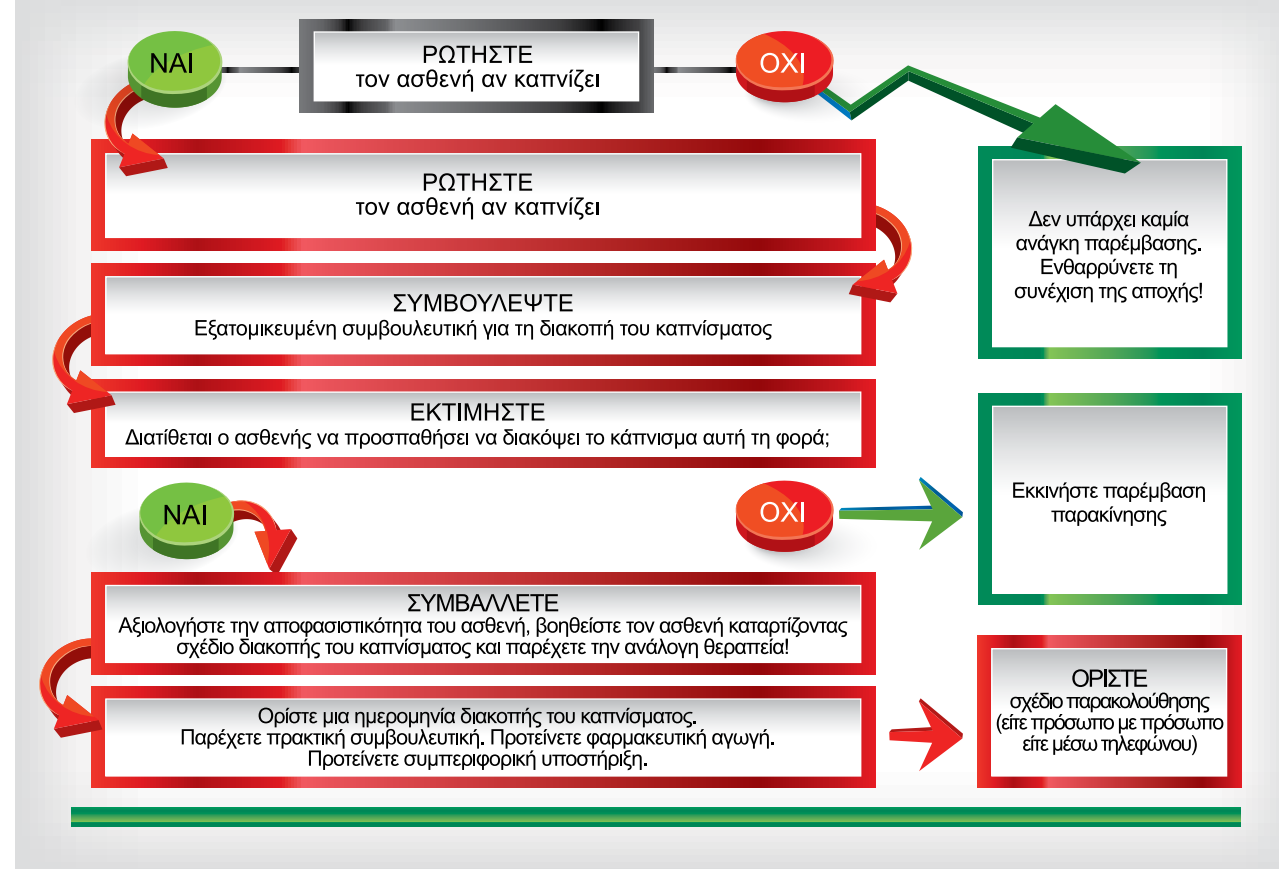
Πριν από είκοσι χρόνια, απλά βήματα, γνωστά ως: ερώτηση, συμβουλή, εκτίμηση, βοήθεια, ορισμός και οργάνωση της παρακολούθησης, όριζαν ένα πρακτικό σχέδιο δράσης και τη βάση για μια αποτελεσματική προσέγγιση, εντός μιας τυπικής στρατηγικής για τη διακοπή του καπνίσματος. Η μεθοδολογία των 5A έχει χρησιμοποιηθεί σε όλους τους τύπους παρεμβάσεων για τη διακοπή του





καπνίσματος- από τη σύντομη συμβουλευτική πρώτου βαθμού έως την πιο διεξοδική συμβουλευτική, όπως ατομική ή ομαδική εξειδικευμένη συμβουλευτική (Εικόνα 10).

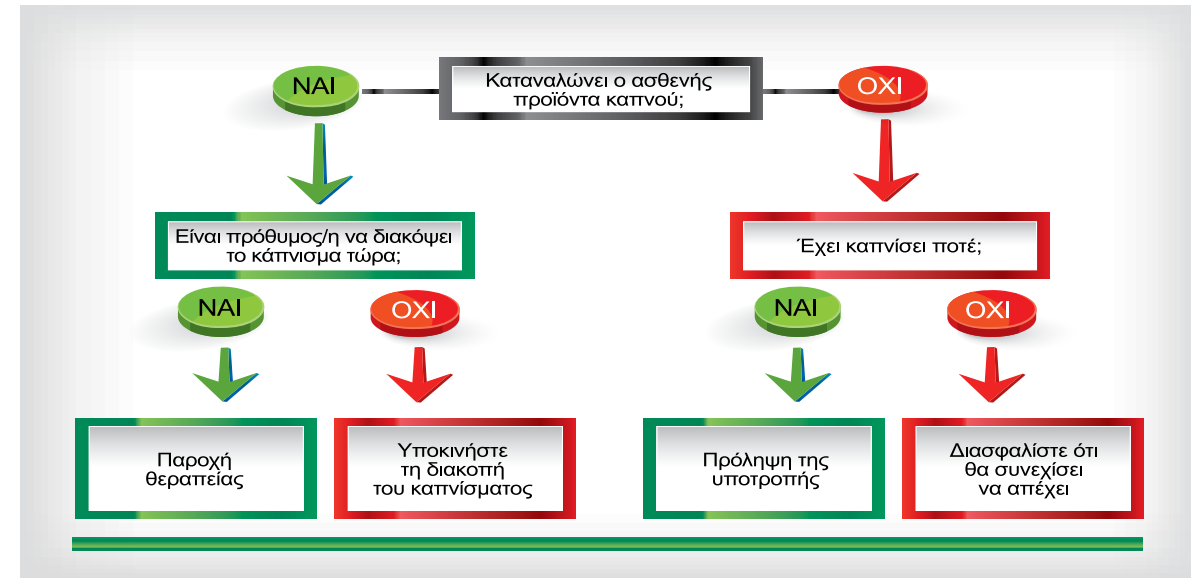
**Εικόνα 10: Ο αλγόριθμος των 5Α για την υποβοήθηση των καπνιστών να διακόψουν το κάπνισμα**



**Εκτίμηση της αποφασιστικότητας του ασθενούς για τη διακοπή καπνίσματος**

Οι επαγγελματίες υγείας θα να μεριμνούν για όλους τους καπνιστές, είτε είναι αποφασισμένοι, είτε όχι: όλοι οι ασθενείς θα πρέπει να λαμβάνουν ιατρική βοήθεια για να διακόψουν το κάπνισμα. Τέσσερις περιπτώσεις συναντώνται πιο συχνά στην τρέχουσα πρακτική, όπως φαίνεται στο σχήμα της εικόνας 11, ανάλογα με την καπνιστική συνήθεια και το στάδιο αποφασιστικότητας.

**Εικόνα 11: Η διακοπή του καπνίσματος στην τρέχουσα πρακτική - περισσότερο συχνές καταστάσεις**



Για κάθε μία από αυτές, δίνεται παρακάτω μία κατάλληλη λύση:

1. Για τους καταναλωτές προϊόντων καπνού που επιθυμούν να διακόψουν το κάπνισμα κατά τη στιγμή της εκτίμησης, συνιστάται η άμεση παροχή φαρμακευτικής αγωγής και γνωσιακής -συμπεριφορικής συμβουλευτικής.
  2. Για τους καταναλωτές προϊόντων καπνού που δεν επιθυμούν να διακόψουν το κάπνισμα κατά τη στιγμή της εκτίμησης, συνιστάται η στρατηγική της συνέντευξης παρακίνησης προκειμένου: να ενθαρρυνθεί η διακοπή του καπνίσματος / να δημιουργηθεί κίνητρο υπέρ της διακοπής / να επιστευθεί η απόφαση για την διακοπή του καπνίσματος το συντομότερο δυνατό στο άμεσο μέλλον.
- Μια μετανάλυση 14 τυχαιοποιημένων μελετών, έδειξε ότι, σε σύγκριση με τη συνοπτική συμβουλευτική ή τη συνήθη μέριμνα, η συνέντευξη παρακίνησης αύξησε τα ποσοστά διακοπής σε βάθος έξι μηνών κατά περίπου 30% . Τα ποσοστά διακοπής στις δύο μελέτες στις οποίες συμμετείχαν ιατρικοί σύμβουλοι (που έλαβαν, ως εΐθισται, ≥ από 2 ώρες εκπαίδευσης) ήταν περίπου 8% με τη συνέντευξη παρακίνησης σε αντίθεση με το 2% που επιτεύχθηκε με συνοπτική συμβουλευτική ή συνήθη μέριμνα<sup>8</sup>. Επίσης, τα ποσοστά διακοπής ήταν υψηλότερα στους καπνιστές που έλαβαν δύο ή περισσότερες συνεδρίες συμβουλευτικής αντί για μία συνεδρία και όταν οι συνεδρίες διήρκεσαν περισσότερο από 20 λεπτά. Οι ειδικά σχεδιασμένες παρεμβάσεις για αυτή την κατηγορία των ασθενών, αποδείχθηκαν αποτελεσματικές για την ενίσχυση του κινήτρου διακοπής του καπνίσματος. Στις κατευθυντήριες οδηγίες για τις Υπηρεσίες ημόσιας Υγείας των ΗΠΑ (2008)<sup>9</sup> χρησιμοποιήθηκαν παράγοντες της συνέντευξης



παρακίνησης για να αναπτυχθεί μια πιο εύχρηστη και συντετηγμένη παρέμβαση. Αυτή η στρατηγική συμβουλευτικής των 5Rs επικεντρώνεται στους προσωπικούς λόγους διακοπής του καπνίσματος, τους κινδύνους που συνδέονται με τη συνέχιση του καπνίσματος, τα οφέλη από τη διακοπή και τα εμπόδια της επιτυχούς διακοπής, με την επανάληψη της συμβουλευτικής στις επισκέψεις παρακολούθησης. Σε μια τυχαίοποιημένη μελέτη, τέτοιου είδους συμβουλευτική (σε συνδυασμό με μεταγενέστερη παροχή θεραπείας υποκατάστασης νικοτίνης) φάνηκε ότι αύξησε τα ποσοστά διακοπής σε βάθος έξι μηνών (24% έναντι 4% στην ομάδα ελέγχου).

### Η στρατηγική των 5Rs

Η στρατηγική των 5Rs, όπως εφαρμόζεται στην περίπτωση ενός καπνιστή που δε διατίθεται να διακόψει άμεσα το κάπνισμα, αποτελείται από:

- **Συνάφεια (Relevance):** Κατά τη συζήτηση με τον ασθενή, ο ιατρός θα πρέπει να προσπαθήσει να δώσει απάντηση στο ερώτημα: «Γιατί είναι για εσάς σημαντική η διακοπή του καπνίσματος σε ένα προσωπικό σχέδιο;»
- **Κίνδυνοι (Risks):** Ο ιατρός θα πρέπει να προσπαθήσει να προσδιορίσει εξατομικευμένους πιθανούς κινδύνους για την υγεία του καπνιστή και να διαχωρίσει, τόσο τους κρίσιμους (επιδείνωση ΧΑΠ), όσο και τους μακροπρόθεσμους (στεριότητα, καρκίνος) κινδύνους.
- **Απολαβές (Rewards):** Ο ιατρός θα πρέπει να δείξει στον ασθενή τα προσωπικά οφέλη από τη διακοπή του καπνίσματος.
- **Εμπόδια (Road-blocks):** Ο ιατρός θα πρέπει να ζητήσει από τον ασθενή να εντοπίσει τα εμπόδια ή τις δυσκολίες που θα μπορούσαν να παρακωλύσουν την επιτυχία μιας προσπάθειας διακοπής.
- **Επανάληψη (Repetition):** Οι παρεμβάσεις για τη διακοπή του καπνίσματος θα πρέπει να επαναλαμβάνονται, κάθε φορά που ο ιατρός διαπιστώνει ο ασθενής δεν είναι διατεθειμένος / αρκετά έτοιμος να διακόψει το κάπνισμα.

Παρεμβάσεις που στοχεύουν στην αύξηση των κινήτρων για διακοπή του καπνίσματος<sup>10</sup>, γενικά παραπέμπουν σε μεθόδους συνέντευξης παρακίνησης, όπως:

- Έκφραση ενσυναίσθησης, μέσα από ανοιχτές ερωτήσεις που διερευνούν τη στάση απέναντι στο κάπνισμα («Πόσο σημαντική πιστεύετε ότι είναι η διακοπή του καπνίσματος για εσάς προσωπικά;»)
- Χρήση της τεχνικής της ενεργητικής ακρόασης («Νομίζετε λοιπόν ότι το κάπνισμα βοηθά στη διατήρηση του βάρους σας;»)
- Υποστήριξη του δικαιώματος του ασθενή να απορρίψει την αλλαγή («Καταλαβαίνω ότι δεν είστε έτοιμος/-η να σταματήσετε το κάπνισμα τώρα. Όταν θελήσετε να δοκιμάσετε, θα είμαι εδώ για να σας βοηθήσω.»)
- Επισήμανση ανακολουθιών μεταξύ της τρέχουσας συμπεριφοράς του ασθενή και των προσωπικών του αξιών («Λέτε η οικογένειά σας έχει μεγάλη σημασία για εσάς. Πώς νομίζετε ότι το κάπνισμά σας επηρεάζει τη γυναίκα και τα παιδιά σας;»)
- Οικοδόμηση της δέσμευσης για αλλαγή («Θα σας βοηθήσει να αποφύγετε την καρδιακή προσβολή, σαν τον πατέρα σας.»)

- Ενσυναισθητική στάση («Ανησυχείτε για πιθανά συμπτώματα στέρησης;»)
- Άδεια για παροχή πληροφοριών («Συμφωνείτε να μάθετε μαζί μου μερικές στρατηγικές συμπεριφοράς που θα σας βοηθήσουν να αντιμετωπίσετε τις καταστάσεις που σας κάνουν να καπνίζετε;»)
- Εντοπισμός και επιβράβευση προηγούμενων επιτυχημένων προσπαθειών («Την τελευταία φορά σχεδόν καταφέρατε να σταματήσετε το κάπνισμα.»)
- Παροχή απλών λύσεων, όπως μικρά βήματα στην πορεία προς την επίτευξη αποχής από το κάπνισμα: έναν αριθμό τηλεφώνου (τηλεφωνική γραμμή για τη διακοπή του καπνίσματος χωρίς χρέωση), φυλλάδια με συμβουλές σχετικά με την αλλαγή συμπεριφοράς κλπ.

### Υποστήριξη σε μη κινητοποιημένους καπνιστές για να διακόψουν το κάπνισμα

Η ύπαρξη κινητοποίησης για τη διακοπή του καπνίσματος είναι ζωτικής σημασίας για την επιλογή της θεραπευτικής μεθόδου για την θεραπεία της εξάρτησης από τον καπνό. Ενώ ορισμένοι ειδικοί θεωρούν ότι είναι προτιμότερο να παρέχουν θεραπεία μόνο στους κινητοποιημένους καπνιστές, πολλοί ειδικοί υποστηρίζουν σήμερα τη διακοπή του καπνίσματος, χωρίς κάποια εισαγωγή ή χωρίς να βασίζονται στο λεγόμενο «μονοπάτι της καταστροφής». Τέτοιες θεωρίες έχουν προταθεί από τους Larabie<sup>11</sup> και West & Sohal<sup>11,12</sup>, οι οποίοι κατέγραψαν ένα υψηλότερο ποσοστό επιτυχίας στις απροσχεδίαστες προσπάθειες, σε σχέση με αυτές που είχαν προγραμματιστεί εκ των προτέρων. Οι συγκεκριμένοι συγγραφείς αναφέρουν ότι, ιδιαίτερα σε ασθενείς με νοσήματα του αναπνευστικού συστήματος, όλα έχουν να κάνουν με τη συσσώρευση της έντασης, ούτως ώστε ένα ανεπιθύμητο συμβάν, ακόμη και ήσσονος σημασίας, μπορεί να επιταχύνει την αλλαγή προς την απόφαση να διακόψουν το κάπνισμα. Από άποψη δημόσιας υγείας βέβαια, είναι πολύ πιο αποτελεσματικό να λαμβάνουν θεραπεία για τη διακοπή του καπνίσματος όλοι οι καπνιστές με εξάρτηση από τον καπνό, ανεξάρτητα από το κίνητρο, από το να λαμβάνει θεραπεία μόνο η μικρή αναλογία των καπνιστών με κίνητρο να διακόψουν το κάπνισμα, διότι το να μην είναι αρχικά κινητοποιημένοι δεν επιφέρει σαφές μειονέκτημα στην επιτυχία της διακοπής, εφόσον ο ιατρός βοηθήσει τον καπνιστή να διακόψει το κάπνισμα.

### Ελάττωση του καπνίσματος

Εάν η τυπική προσέγγιση για τη διακοπή αποτύχει, μια άλλη δυνατότητα είναι η ενθάρρυνση και η καθοδήγηση των απρόθυμων καπνιστών να μειώσουν το καθημερινό κάπνισμα σημαντικά και με επιμονή «όσο το δυνατόν περισσότερο»<sup>13</sup>, ενώ λαμβάνουν θεραπεία υποκατάστασης νικοτίνης (NRT). Μια μετανάλυση επτά τυχαίοποιημένων, ελεγχόμενων μελετών που περιέλαβαν 2767 καπνιστές, οι οποίοι ήταν αρχικά απρόθυμοι να διακόψουν το κάπνισμα, έδειξε ότι το ποσοστό αποχής, έξι μήνες μετά την έναρξη της θεραπείας, ήταν σημαντικά υψηλότερο στους καπνιστές που τυχαία εντάχθηκαν σε υποκατάστατα νικοτίνης (τσίκλα νικοτίνης, συσκευή εισπνοής ή επίθεμα) για έξι μήνες ή περισσότερο, ενώ ταυτόχρονα προσπαθούσαν να μειώσουν το κάπνισμα, από ότι στην ομάδα ελέγχου: 9% έναντι 5%<sup>14</sup>.

**Καπνιστές που διέκοψαν πρόσφατα το κάπνισμα**

Εφόσον οι καπνιστές που διέκοψαν πρόσφατα το κάπνισμα εξακολουθούν να είναι ευάλωτοι σε υποτροπές, ειδικά κατά τους πρώτους τρεις έως έξι μήνες μετά το πέρας της θεραπείας, συνιστάται στον ιατρό να τούς ερωτά συστηματικά, σε κάθε επίσκεψη, αν εξακολουθούν να καπνίζουν μερικές φορές ή αν αισθάνονται την ανάγκη να καπνίσουν. Σε αυτήν την περίπτωση, ο δυνητικός κίνδυνος υποτροπής έχει μέγιστη ένταση δύο εβδομάδες μετά την ημερομηνία διακοπής και βαίνει μειούμενος κατά τις προσεχείς εβδομάδες. Ο κίνδυνος αυτός θα πρέπει να αξιολογείται όσο το δυνατόν νωρίτερα. Οι ερωτήσεις που ακολουθούν είναι πολύ σημαντικές για το θέμα αυτό: «Αισθάνεστε ακόμα την ανάγκη / επιθυμία να καπνίσετε;», «Πόσο δύσκολο σάς είναι να απέχετε από το κάπνισμα;»

Οι ασθενείς με μείζονα κίνδυνο υποτροπής θα πρέπει να επικουρούνται πιο εντατικά, με σύσταση, μεταξύ άλλων, για επανάληψη της θεραπείας, εφόσον κρίνεται σκόπιμο. Για τους καπνιστές που διέκοψαν πρόσφατα και επιτυχώς το κάπνισμα, συνιστάται στους ιατρούς να ενθαρρύνουν τη συνέχιση της αποχής, να συγχαίρουν κάθε μικρή νίκη και να ελέγχουν προσεκτικά οποιονδήποτε κίνδυνο υποτροπής. Όλοι οι ασθενείς που διέκοψαν πρόσφατα το κάπνισμα πρέπει να επωφελούνται από μια περίοδο παρακολούθησης με ειδική στήριξη, προκειμένου να διατηρήσουν τη νέα τους ιδιότητα (του πρώην καπνιστή). Έτσι, ο ιατρός θα παρεμβαίνει ελάχιστα, για παράδειγμα με γνωσιακή-συμπεριφορική συμβουλευτική για να εξασφαλιστεί η αποχή και η πρόληψη της υποτροπής<sup>15</sup>. Σε περίπτωση που οι ασθενείς ενημερώσουν για συμπτώματα στέρξης ή αύξηση της όρεξης για κάπνισμα, ενδείκνυται να τους παρασχεθεί εντατικότερου είδους συμβουλευτική σε ένα εξειδικευμένο κέντρο. Για εκείνους τους ασθενείς που έχουν σταματήσει το κάπνισμα, αλλά δε βιώνουν έντονη επιθυμία και στερητικά συμπτώματα, η παρακολούθηση μπορεί να επιτευχθεί επαρκώς στις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας.

**Ασθενείς που δεν έχουν καταναλώσει ποτέ προϊόντα καπνού**

Ο ιατρός επιβεβαιώνει εκ νέου σε κάθε επίσκεψη την αρχική ιδιότητα του μη καπνιστή και κάνει σύντομες συστάσεις, με μηνύματα για την υγεία, για να διατηρηθεί αυτή η κατάσταση. Οι μικρές αυτές παρεμβάσεις είναι απλές και μπορεί να γίνουν από οποιονδήποτε ιατρό, είτε αυτός / αυτή έχει ειδικευθεί στη διακοπή του καπνίσματος είτε όχι.

**Συστάσεις**

- Συνιστάται να εκτιμάται η αποφασιστικότητα του ασθενούς να διακόψει το κάπνισμα, αφού εντοπιστεί και λάβει συμβουλή να διακόψει το κάπνισμα (επίπεδο τεκμηρίωσης Γ)<sup>9</sup>.
- Οι κλινικοί ιατροί θα πρέπει να χρησιμοποιούν τεχνικές παρακίνησης για την ενθάρρυνση των καπνιστών που είναι απρόθυμοι να διακόψουν το κάπνισμα προς το παρόν ή στο άμεσο μέλλον (επίπεδο τεκμηρίωσης Β)<sup>9</sup>.

- Οι παρεμβάσεις που χρησιμοποιούν τεχνικές παρακίνησης θεωρούνται αποτελεσματικές για να προσδιορισθεί αν ο ασθενής πρόκειται να κάνει μια μελλοντική προσπάθεια διακοπής, αλλά όλοι οι καπνιστές που εξαρτώνται από τον καπνό πρέπει να λαμβάνουν θεραπεία για τη διακοπή του καπνίσματος, ανεξάρτητα από το επίπεδο αποφασιστικότητας (επίπεδο τεκμηρίωσης Γ).4.1.2

**4.1.2 Αποτελεσματικότητα θεραπείας της κατανάλωσης καπνού και της συνοδού εξάρτησης**

Έρευνες παρέχουν δεδομένα για την αποτελεσματικότητα της συμβουλευτικής και των φαρμακολογικών παρεμβάσεων, μόνων ή σε συνδυασμό, στην αύξηση των ποσοστών διακοπής του καπνίσματος, αναφερόμενα σε ασθενείς οι οποίοι είναι πρόθυμοι να διακόψουν το κάπνισμα. Επιστημονικές αποδείξεις για την αποτελεσματικότητα της θεραπείας διακοπής του καπνίσματος ανάλογα με τη θεραπευτική μέθοδο που έχει χρησιμοποιηθεί, είναι επίσης διαθέσιμες<sup>16</sup>.

Μια ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, δείχνει ότι τα αποτελέσματα είναι πολύ μέτρια στους ασθενείς που διακόπτουν το κάπνισμα με δική τους και μόνο θέληση: παρόλο που οι περισσότεροι καπνιστές (80% έως 90%) θέλουν να διακόψουν το κάπνισμα<sup>15,17</sup>, μόνο το 30% αναφέρει μια σοβαρή προσπάθεια να διακόψει την κατανάλωση προϊόντων καπνού κατά τους τελευταίους 12 μήνες και οι προσπάθειες αυτές είναι επιτυχείς μόνο σε 5% των περιπτώσεων<sup>18</sup>.

Διαθέσιμες θεραπευτικές παρεμβάσεις

Οι δύο παράγοντες που έχουν αποδειχθεί αποτελεσματικοί στη θεραπεία της εξάρτησης από τον καπνό είναι: η συμβουλευτική και η φαρμακευτική αγωγή. Όσον αφορά την ειδική φαρμακευτική αγωγή, πολλά θεραπευτικά σκευάσματα συνιστανται σήμερα για χρήση - επιδεικνύοντας προσοχή στις αντενδείξεις και ανεπιθύμητες ενέργειες του κάθε σκευάσματος. Συνοψίζοντας, επτά φάρμακα έχουν εγκριθεί για τη διακοπή του καπνίσματος από την Αμερικανική Υπηρεσία Τροφίμων και Φαρμάκων (FDA), όπως φαίνεται στον Πίνακα 5. Στην Ευρώπη, ο Ευρωπαϊκός Οργανισμός Φαρμάκων (EMA) έχει εγκρίνει μόνο τα υποκατάστατα νικοτίνης, τη βαρενικλίνη και τη βουπροπιόνη. Η νορτριπυλίνη έχει εγκριθεί ως αντικαταθλιπτικό, αλλά όχι ως φάρμακο για τη διακοπή του καπνίσματος. Η κιτιζίνη έχει καταχωρηθεί μόνο σε ορισμένες χώρες της Ανατολικής Ευρώπης.

Πίνακας 5: Εγκεκριμένα φάρμακα από την FDA (προσαρμογή: Fiore M.C.)<sup>19</sup>

ΦΑΡΜΑΚΟΛΟΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΕΞΑΡΤΗΣΗΣ ΑΠΟ ΤΟΝ ΚΑΠΝΟ		
ΦΑΡΜΑΚΟ	ΔΟΣΗ	ΟΔΗΓΙΕΣ
ΒΟΥΠΡΟΠΙΟΝΗ	ημέρες 1-3: 150 mg κάθε πρωί ημέρα 4-τέλος: 150 mg x 2/ημέρα (μεσοδιάστημα τουλάχιστον 8 ωρών) για το υπόλοιπο της θεραπείας	Έναρξη 1-2 εβδομάδες πριν την ημερομηνία διακοπής, χρήση για 2-6 μήνες
ΤΣΙΚΛΑ ΝΙΚΟΤΙΝΗΣ	2mg - αν ο ασθενής καπνίζει ≤ 24 τσιγάρα/ημέρα 4 mg - αν ο ασθενής καπνίζει ≥ 25 τσιγάρα/ημέρα Η ομόφωνα συνιστώμενη δόση είναι 8-12 τσίκλες / ημέρα	Χρήση έως 12 εβδομάδες
ΣΥΣΚΕΥΕΣ ΕΙΣΠΝΟΗΣ	6-16 φυσιγγία εισπνοής/ημέρα, ένα φυσιγγί μπορεί να παρέχει 4 mg νικοτίνης για 80 εισπνοές	Χρήση έως 6 μήνες, με σταδιακή μείωση
ΠΑΣΤΙΛΙΕΣ ΝΙΚΟΤΙΝΗΣ	δόσεις των 1, 2 ή 4 mg, 1 παστίλια κάθε 1-2 ώρες αρχικά, στη συνέχεια 2 mg, εάν ο ασθενής καπνίζει μετά από 30 λεπτά ή περισσότερο από την αφύπνιση και 4 mg εάν ο ασθενής καπνίζει < 30 λεπτά από την αφύπνιση	Χρήση για 3-6 μήνες
ΡΙΝΙΚΟΙ ΨΕΚΑΣΜΟΙ	0,5 mg/ρώθωνα αρχικά 1-2 δόσεις/ώρα εύρος: 8-40 δόσεις/ημέρα	Χρήση για 3-6 μήνες
ΕΠΙΘΕΜΑΤΑ ΝΙΚΟΤΙΝΗΣ	7, 14, 21 mg/24 ώρες (ή 10/15/25 mg/16 ώρες) -Εάν ο ασθενής καπνίζει 10 τσιγάρα / ημέρα, 21 mg/ημέρα για 4 εβδομάδες, στη συνέχεια 14 mg/ημέρα για 2 εβδομάδες, στη συνέχεια 7 mg/ημέρα για 2 εβδομάδες, -Εάν ο ασθενής καπνίζει < 10 τσιγάρα/ημέρα, έναρξη με 14 mg/ημέρα για 6 εβδομάδες, στη συνέχεια 7 mg/ημέρα για 2 εβδομάδες	Χρήση νέου επιθέματος κάθε πρωί για 8-12 εβδομάδες



ΦΑΡΜΑΚΟΛΟΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΕΞΑΡΤΗΣΗΣ ΑΠΟ ΤΟΝ ΚΑΠΝΟ		
ΦΑΡΜΑΚΟ	ΔΟΣΗ	ΟΔΗΓΙΕΣ
ΒΑΡΕΝΙΚΙΛΙΝΗ	ημέρες 1-3: 0,5 mg κάθε πρωί, ημέρες 4-7: 0,5 mg δύο φορές την ημέρα, ημέρα 8-τέλος: 1 mg δύο φορές την ημέρα	Έναρξη 1 εβδομάδα πριν την ημερομηνία διακοπής. Χρήση για 3-6 μήνες
ΣΥΝΔΥΑΣΤΙΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ: μόνο ο συνδυασμός βουπροπιόνης SR + επιθέματος νικοτίνης, έχει εγκριθεί από την FDA για τη διακοπή του καπνίσματος.		
ΕΠΙΘΕΜΑ ΝΙΚΟΤΙΝΗΣ + ΒΟΥΠΡΟΠΙΟΝΗ	Ακολουθήστε τις παραπάνω επιμέρους οδηγίες	Ακολουθήστε τις παραπάνω επιμέρους οδηγίες
ΕΠΙΘΕΜΑ ΝΙΚΟΤΙΝΗΣ + ΣΥΣΚΕΥΗ ΕΙΣΠΝΟΗΣ	Ακολουθήστε τις παραπάνω επιμέρους οδηγίες	Ακολουθήστε τις παραπάνω επιμέρους οδηγίες
ΕΠΙΘΕΜΑ ΝΙΚΟΤΙΝΗΣ + ΠΑΣΤΙΛΙΕΣ		
ΕΠΙΘΕΜΑ ΝΙΚΟΤΙΝΗΣ + ΤΣΙΧΛΑ		
Μέρος 2		

Σε διάφορες ευρωπαϊκές χώρες, παρεμβαίνουν διάφορες ευρωπαϊκές και εθνικές ρυθμιστικές αρχές. Για παράδειγμα, η βαρενικιλίνη έχει εγκριθεί από τον Ευρωπαϊκό Οργανισμό Φαρμάκων (ΕΜΕΑ). Στα φάρμακα που έχουν βρεθεί να είναι ενισχύουν αποτελεσματικά τη διακοπή του καπνίσματος, αλλά δεν έχουν εγκριθεί με ανάλογο τρόπο στις περισσότερες χώρες, περιλαμβάνεται η κυτιζίνη, μερικός αγωνιστής υποδοχέων νικοτίνης (εγκεκριμένη για την ένδειξη αυτή σε χώρες της Ανατολικής Ευρώπης). Το τρικυκλικό αντικαταθλιπτικό ροτριπυλίνη και η αντιυπερτασική δραστική ουσία κλονιδίνη, είναι καταχωρημένα σε πολλές χώρες, αλλά όχι για τη διακοπή του καπνίσματος<sup>20</sup>.

#### Αποτελεσματικότητα των διαθέσιμων φαρμάκων

Μια μετανάλυση 83 τυχαιοποιημένων μελετών για την αποτελεσματικότητα των διαφόρων φαρμάκων σε σχέση με το ποσοστό αποχής έξι μήνες μετά τη θεραπεία, έδειξε ότι τα περισσότερα φάρμακα για τη διακοπή του καπνίσματος (επίθεμα νικοτίνης, τσίκλα, παστίλιες, ρινικό εναιώρημα, συσκευή εισπνοής και βουπροπιόνη με παρατεταμένη δράση) διπλασίαζαν περίπου τις πιθανότητες επίτευξης αποχής<sup>8</sup>. Για περισσότερα στοιχεία, ο αναγνώστης μπορεί να ανατρέξει στην ενότητα 4.2.1. Το εκτιμώμενο ποσοστό εξαμηνιαίας αποχής μεταξύ των ασθενών που εντάχθηκαν τυχαία στην ομάδα



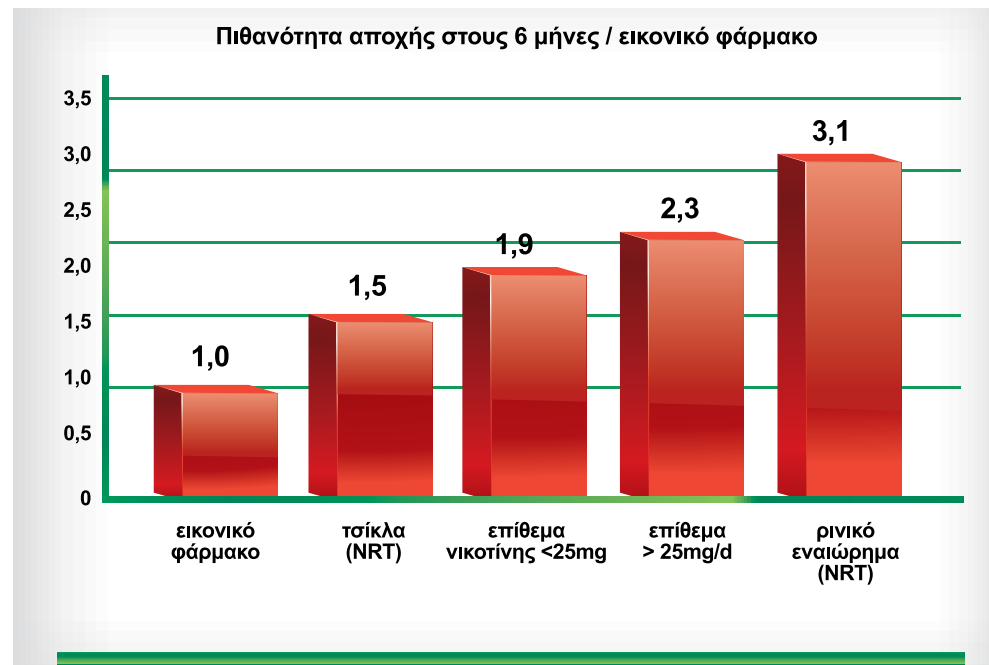
λήψης εικονικού φαρμάκου, ήταν περίπου 14%, σε σύγκριση με 19% έως 26% στις ομάδες λήψης των περισσότερων φαρμακευτικών σκευασμάτων που προαναφέρονται.

(Αφού ορισμένες μελέτες συμπεριέλαβαν τη συμβουλευτική μεταξύ άλλων παρεμβάσεων, τα ποσοστά αυτά αντανακλούν επίσης και κάποια οφέλη από τη συμβουλευτική υποστήριξη).

Κατ'αντιδιαστολή, η βαρενικλίνη και ο συνδυασμός θεραπείας υποκατάστασης νικοτίνης (επίθεμα νικοτίνης συν μια βραχυπρόθεσμη μορφή θεραπείας υποκατάστασης νικοτίνης όπως τσίκλα νικοτίνης ή παστίλια) σχετίστηκαν με εκτιμώμενα ποσοστά αποχής της τάξεως του 33% και 37%, αντίστοιχα<sup>9</sup>. Τα ποσοστά αυτά ήταν σημαντικά υψηλότερα από το ποσοστό που συνδέεται με μία αντιπροσωπευτική μονοθεραπεία (επίθεμα νικοτίνης).

Η ανωτερότητα αυτών των δύο φαρμάκων, έχει επίσης αποδειχθεί σε συγκριτικές μελέτες (head to head), στις οποίες συγκρίθηκαν με δραστικές ουσίες, όπως το επίθεμα νικοτίνης ή η βουπροπιόνη, ως μονοθεραπείες<sup>21,22</sup>. Τα φάρμακα για τη διακοπή του καπνίσματος έχουν αποδειχθεί αποτελεσματικά σε πραγματικά περιβάλλοντα υγειονομικής περίθαλψης και σε καπνιστές με διάφορες συνυπάρχουσες νόσους (κατάχρηση ουσιών και κατάθλιψη)<sup>9, 23</sup>.

**Εικόνα 12 : Εξαμηνιαία αποχή, εκπεφρασμένη σε λόγους αναλογιών (OR), συγκριτικά με την ομάδα ελέγχου (controls), για διάφορες θεραπείες υποκατάστασης της νικοτίνης, σύμφωνα με μετανάλυση του Michael C. Fiore, ευρισκόμενη στον Οδηγό Ιατρών για τη Διακοπή του Καπνίσματος των ΗΠΑ (2008)**



Όταν η συμβουλευτική συνδυάζεται με τη φαρμακευτική αγωγή, η αναλογία των επιτυχημένων προσπαθειών διακοπής του καπνίσματος αυξάνεται. Υπάρχει μια σταθερή συσχέτιση μεταξύ της πιο εντατικής συμβουλευτικής (σε σχέση τόσο με τη διάρκεια όσο και με τον αριθμό των συνεδριών) και την αποχή από το κάπνισμα<sup>23</sup>. Σύμφωνα με μια μετανάλυση 35 τυχαιοποιημένων μελετών, τα ποσοστά εξαμηνιαίας αποχής αυξήθηκαν σημαντικά, με συνολική χρονική διάρκεια επαφής κατά τη συμβουλευτική: περίπου 14% για 1 έως 3 λεπτά συμβουλευτικής, 19% για 4 έως 30 λεπτά συμβουλευτικής και 27% για τις 31 έως 90 λεπτά συμβουλευτικής, έναντι 11% χωρίς συμβουλευτική. (Ορισμένες μελέτες συμπεριέλαβαν φαρμακευτική αγωγή επιπροσθέτως της συμβουλευτικής, οπότε τα φάρμακα συνέβαλαν επίσης σε αυτά τα ποσοστά επιτυχίας<sup>8</sup>.)

Ωστόσο, η συμβουλευτική δε χρησιμοποιείται όσο θα έπρεπε και είναι βασικός στόχος να αυξηθεί η εφαρμογή της στην κλινική πρακτική - είτε δια ζώσης, είτε με παραπομπή σε μία τηλεφωνική γραμμή για τη διακοπή του καπνίσματος<sup>9</sup>.

#### 4.1.3 Συμμόρφωση με τη θεραπεία

Πολλοί καπνιστές δεν επιθυμούν να λάβουν συμβουλευτική υποστήριξη, ιδιαίτερα αν αυτή συνεπάγεται μεγάλες σε διάρκεια συνεδρίες ή πολλαπλές επισκέψεις. Ως εκ τούτου, θα πρέπει να προσφέρονται στους ασθενείς εναλλακτικές επιλογές για τη διακοπή του καπνίσματος, συμπεριλαμβανομένης της σύντομης και προσιτής συμβουλευτικής. Η μη συμμόρφωση στη φαρμακευτική αγωγή για τη διακοπή του καπνίσματος είναι συχνή και συνδέεται με πεποηθήσεις ότι είναι επικίνδυνη, αναποτελεσματική και ότι δεν πρέπει να χρησιμοποιείται, εάν ένα άτομο παρουσιάσει υποτροπή. Επειδή η μη τήρηση της φαρμακευτικής αγωγής σχετίζεται με την αποτυχία του καπνιστή να διακόψει το κάπνισμα, ο κλινικός ιατρός θα πρέπει να συζητά με τον ασθενή κάθε πιθανή ανησυχία του σχετικά με τα φάρμακα για τη διακοπή του καπνίσματος και θα πρέπει να ενθαρρύνει την συμμόρφωσή του / της σε μια συγκεκριμένη αγωγή.

Έρευνες έχουν δείξει ότι η εύκολα διαθέσιμη θεραπεία και η μείωση των εμποδίων στην εφαρμογή της, αυξάνει την αποδοχή της θεραπείας. Για παράδειγμα, όταν η θεραπεία καθυστερήσει ή λάβει χώρα σε διαφορετικό τόπο, μόνο το 10 % ή λιγότερο των καπνιστών την ξεκινούν, ενώ, αντίθετα, το ένα τρίτο των ασθενών ξεκινούν θεραπεία που είναι άμεσα προσβάσιμη<sup>25</sup>. Η αποδοχή τς θεραπειών μπορεί επίσης να αυξηθεί με προσφορές για βοήθεια από πλευράς του υγειονομικού προσωπικού, οι οποίες επαναλαμβάνονται με την πάροδο του χρόνου, καθώς το ενδιαφέρον των καπνιστών σχετικά με τη διακοπή του καπνίσματος μπορεί να μεταβληθεί κατά τη διάρκεια της ζωής τους<sup>26</sup>.

Με άλλα λόγια, δεν υπάρχει καμία θαυματουργή συνταγή για τη διακοπή του καπνίσματος. Κάθε μέθοδος είναι ευπρόσδεκτη, εφόσον αυτή οδηγεί στην αποχή από την κατανάλωση προϊόντων καπνού και, εμμέσως, σε όφελος για την υγεία. Από την άποψη αυτή, ο τρόπος με τον οποίο ο ιατρός επικοινωνεί με έναν ασθενή ο οποίος ζητά ενίσχυση για τη διακοπή του καπνίσματος, είναι πολύ σημαντικός. Ο ιατρός πρέπει να λαμβάνει υπόψη το γεγονός ότι τις περισσότερες φορές, οι καπνιστές που έρχονται σε ένα κέντρο διακοπής του καπνίσματος, ειδικά αναποτελούν εξωτερικούς ασθενείς, δεν θεωρούν



τους εαυτούς τους ως πάσχοντες, δεν συνειδητοποιούν καν ότι πάσχουν από εθισμό και ότι χρειάζονται φάρμακα ως θεραπεία για αυτό, ενώ ο εθισμός εκλαμβάνεται συνήθως ως «μια δύναμη, έλλειψη θέλησης, κακή συνήθεια» κλπ.

Συνιστάται έτσι στους ιατρούς, να διαθέτουν έναν ξεχωριστό χώρο, όπου θα διεξάγουν συζήτηση, δίνοντας κίνητρο στον καπνιστή να μιλήσει, χωρίς να τον/την κατηγορούν και, ταυτόχρονα, να προσπαθούν να δημιουργήσουν μια σχέση συνεργασίας και αμοιβαίας εμπιστοσύνης, θέτοντας παράλληλα όλες τις δυνατές μεθόδους διακοπής του καπνίσματος στη διάθεση του ασθενή<sup>27</sup>.

### Συστάσεις

- εδομένου ότι υπάρχει μια ισχυρή σχέση δόσης - αποτελέσματος μεταξύ της διάρκειας των διαζώσης συνεδριών και της επιτυχία της θεραπείας για τη διακοπή του καπνίσματος, οι εντατικές παρεμβάσεις είναι πιο αποτελεσματικές από ότι οι λιγότερο εντατικές και οι πρώτες θα πρέπει να χρησιμοποιούνται όποτε είναι δυνατόν (επίπεδο τεκμηρίωσης Α)<sup>9</sup>.
- Οι κλινικοί γιατροί θα πρέπει να ενθαρρύνουν όλους τους ασθενείς να χρησιμοποιούν αποτελεσματικά φαρμακευτικά σκευάσματα για τη θεραπεία της εξάρτησης από τον καπνό (επίπεδο τεκμηρίωσης Α)<sup>9</sup>.
- Οι κλινικοί γιατροί θα πρέπει να παρέχουν σε όλους τους καπνιστές που είναι πρόθυμοι να διακόψουν το κάπνισμα, θεραπεία με τη μορφή τουλάχιστον τεσσάρων διαζώσης συνεδριών (πρόσωπο με πρόσωπο). Το μέτρο αυτό, έχει αποδειχθεί αποτελεσματικό στην αύξηση της αναλογίας αποχής (επίπεδο τεκμηρίωσης Α)<sup>9</sup>.
- Ο συνδυασμός συμβουλευτικής και φαρμακευτικής αγωγής για τη θεραπεία της εξάρτησης από τη νικοτίνη είναι πιο αποτελεσματικός για τη διακοπή του καπνίσματος από ότι κάθε μία από τις δύο μεθόδους ξεχωριστά. Γι' αυτό συνιστάται να συνδέονται οι δύο μέθοδοι όποτε αυτό είναι δυνατόν (επίπεδο τεκμηρίωσης Α)<sup>24</sup>.
- Όταν δεν είναι δυνατόν να χρησιμοποιηθεί φαρμακολογική θεραπεία, συνιστάται η χρήση μη φαρμακολογικής θεραπείας, έτσι ώστε όλοι οι καπνιστές να λάβουν θεραπευτική υποστήριξη, εδομένου ότι το εν λόγω μέτρο έχει αποδειχθεί αποτελεσματικό (επίπεδο τεκμηρίωσης Α)<sup>24</sup>.

### 4.1.4 Προσέγγιση των συστημάτων υγείας στην κατανάλωση καπνού και τη συνοδό εξάρτηση

Η συνεπής και αποτελεσματική παροχή μιας στρατηγικής παρέμβασης για τη διακοπή της κατανάλωσης προϊόντων καπνού, απαιτεί υποστήριξη από τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης. Οι καπνιστές είναι πολύ πιο πιθανό να κάνουν μια προσπάθεια να διακόψουν το κάπνισμα αν η θεραπεία της εξάρτησης από τον καπνό καλύπτεται από ασφάλεια υγείας<sup>27</sup>. Χάρη στα οφέλη για την υγεία και το κόστος της διακοπής του καπνίσματος, οι περισσότερες ασφαλιστικές εταιρείες σχεδιάζουν τώρα να καλύψουν τις τεκμηριωμένες θεραπείες διακοπής· για παράδειγμα, το 2010, η αμερικανική εταιρεία Medicare επέκτεινε την κάλυψη της συμβουλευτικής σε όλους τους καπνιστές (4 εκατομμύρια άτομα), και όχι μόνο σε εκείνους με νόσο που οφείλεται στο κάπνισμα. Επιπλέον, η χρήση των ηλεκτρονικών μητρώων

υγείας για την παρακίνηση των ιατρών και του νοσηλευτικού προσωπικού να προβαίνουν σε συστηματικό εντοπισμό και θεραπεία των καπνιστών, έχει συσχετιστεί με αυξημένα ποσοστά τεκμηρίωσης της καπνιστικής συνήθειας και μπορεί επίσης να συμβάλει στην αύξηση της εφαρμογής θεραπειών για τη διακοπή του καπνίσματος<sup>29</sup>. Η εκπαίδευση των κλινικών ιατρών και η αξιολόγηση της επίδοσής τους, το ειδικό προσωπικό για την παροχή θεραπειών και τα προγράμματα «φαξ για τη διακοπή (fax to quit)» που συνδέουν τους ασθενείς με τηλεφωνικές γραμμές για τη διακοπή του καπνίσματος σε εθνικό επίπεδο, αυξάνουν επίσης τα ποσοστά διακοπής.

Τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης σε όλο τον κόσμο λαμβάνουν υπόψη τη διασφάλιση των ελάχιστων προϋποθέσεων για να βοηθήσουν τους καπνιστές για την διακοπή, ανάλογα με τις υφιστάμενες τοπικές δυνατότητες και πόρους: εντοπισμός των καπνιστών, συστάσεις να διακόψουν το κάπνισμα, διευκόλυνση της πρόσβασης στη θεραπεία. Υπάρχουν επιστημονικά αποδεικτικά στοιχεία για την επιτυχή διακοπή, στις περιπτώσεις διαθέσιμων δωρεάν θεραπειών<sup>30</sup>.

### 4.1.5 Κριτήρια αποχής από το κάπνισμα για επιστημονική εφαρμογή

Μια θεραπεία διακοπής του καπνίσματος θεωρείται επιτυχής, όταν έχει επιτευχθεί αποχή από το κάπνισμα.

### Ορισμός για την επιστημονική αξιολόγηση

Η αποχή, όπως ορίζεται για την επιστημονική εργασία και την κλινική έρευνα, βασίζεται στα έξι προσαρμοσμένα κριτήρια του Russell, όπως αναφέρονται παρακάτω<sup>24</sup>:

1. Διάρκεια της αποχής: εκτιμάται ως κριτήριο επιβεβαίωσης της αποχής, ένα χρονικό διάστημα τουλάχιστον 6 μηνών από την ημερομηνία που ορίστηκε ως αυτή κατά την οποία επιτεύχθηκε ο στόχος της διακοπής του καπνίσματος.
2. Ορισμός της αποχής: αναφερόμενη κατανάλωση < 7τσιγάρων εντός έξι μηνών από την ημερομηνία διακοπής, μαζί με ένα αρνητικό αποτέλεσμα της δοκιμασίας μέτρησης των επιπέδων μονοξειδίου του άνθρακα στον εκπνεόμενο αέρα. Θα πρέπει να γίνεται διάκριση μεταξύ της αποχής τη συγκεκριμένη χρονική στιγμή της ιατρικής επίσκεψης (ανώτατο σημείο αποχής) και της διαρκούς αποχής, που εκτιμάται μέσω συνεχών επισκέψεων κατά τη διάρκεια 6-12 μηνών παρακολούθησης.
3. Υποχρεωτική βιοχημική επικύρωση της αποχής: συνιστάται να προσδιορίζεται η συγκέντρωση μονοξειδίου του άνθρακα (CO) στον εκπνεόμενο αέρα σε κάθε επίσκεψη· αυτή είναι υποχρεωτική στην τελευταία επίσκεψη της θεραπείας.
4. Καθορισμός πρόθεσης να ακολουθηθεί η σωστή θεραπεία: ο λόγος της αποχής (abstinence ratio), προσδιορίζεται λαμβάνοντας υπόψη όλα τα άτομα που έλαβαν θεραπεία, πραγματοποίησαν πλήρη θεραπεία και παρευρέθηκαν σε όλες τις επισκέψεις παρακολούθησης. Οι ασθενείς που, ενώ αναζητήθηκαν, δεν βρέθηκαν για την περάτωση της διαδικασίας παρακολούθησης (λόγω αλλαγής διεύθυνσης κατοικίας, αριθμού τηλεφώνου κλπ.), θεωρούνται ως ενεργοί καπνιστές και φυλάσσονται στη βάση δεδομένων του κέντρου διακοπής του καπνίσματος.



5. Προσδιορισμός του όρου «σωστή θεραπεία»: η αποχή επιβεβαιώνεται σύμφωνα με τα κριτήρια 1-4, μόνο στην περίπτωση των ασθενών που ακολούθησαν την ενδεδειγμένη θεραπεία (σε συνήθεις δόσεις, χωρίς να προσθέσουν μόνοι τους άλλους παράγοντες στο θεραπευτικό σχήμα) και που παρעυρέθηκαν σε όλες τις επισκέψεις παρακολούθησης, με βιοχημική επικύρωση της κατάστασης της κατανάλωσης καπνού.
6. Η συλλογή δεδομένων πρέπει να γίνεται μέσω διπλών τυφλών μελετών, όταν αυτό είναι δυνατόν.

### Ορισμοί για την κλινική πράξη

Για την κλινική πράξη, προτείνουμε να επιβεβαιώνεται η αποχή, μετά από έξι εβδομάδες πλήρους αποχής από την κατανάλωση προϊόντων καπνού από την ημερομηνία διακοπής του καπνίσματος, με επιτρεπόμενη περίοδο χάριτος δύο εβδομάδων. Επίσης, η αποχή θεωρείται καθιερωμένη όταν η δήλωση ενός ατόμου ότι δεν έχει καπνίσει ή καταναλώσει προϊόντα καπνού επιβεβαιώνεται από COexp κάτω από 7 ppm.

«Περίοδος χάριτος» είναι μια περίοδος αμέσως μετά την ημερομηνία διακοπής ή παρέμβασης, κατά την οποία η συνέχιση του καπνίσματος δεν υπολογίζεται ως αποτυχία. Άλλοι χρήσιμοι, για τους σκοπούς της κλινικής πράξης, ορισμοί δίνονται επίσης παρακάτω: «Παραιτηθέντα (quitters)» είναι τα άτομα που δεν καπνίζουν κάθε μέρα (τουλάχιστον για 24 ώρες). Μια «παρέκκλιση» υποδηλώνει μια ολίσθηση προς στο κάπνισμα μετά από μια προηγούμενη περίοδο αποχής. Αυτό αφορά την περίπτωση των παραιτηθέντων και πρώην καπνιστών που καπνίζουν λιγότερο από ένα τσιγάρο την ημέρα έως και τρεις ημέρες την εβδομάδα, ή καπνίζουν οποιοδήποτε αριθμό των τσιγάρων για μία ημέρα κατά την προηγούμενη, κάθε προγραμματισμένης επίσκεψης, εβδομάδα. Μια παρέκκλιση μπορεί να είναι, είτε ένα μεμονωμένο γεγονός που ακολουθείται από την ανανέωση της αποχής, είτε ισχυρός προγνωστικός παράγοντας της υποτροπής.

Η «υποτροπή» αναφέρεται συνήθως σε μια περίοδο αρκετών ή περισσότερων ημερών διαρκούς καπνίσματος μετά από μια περίοδο αποχής. Οι «αστοχίες» ή «υποτροπές» σημαίνουν καθημερινό κάπνισμα για τουλάχιστον τρεις ημέρες μετά από μια περίοδο τουλάχιστον 24 ωρών χωρίς κάπνισμα.

### Συστάσεις

- Σε οποιαδήποτε θεραπευτική παρέμβαση για την εξάρτηση από τον καπνό, όλοι οι ασθενείς θα πρέπει να αξιολογούνται εάν απέχουν, τόσο κατά την παρακολούθηση όσο και κατά το τέλος της θεραπείας (επίπεδο τεκμηρίωσης Γ).
- Συνιστάται η επικύρωση της αποχής και η εντατική υποβοήθηση των ασθενών που διέκοψαν πρόσφατα το κάπνισμα, αφού σε αυτό το στάδιο μπορούν να αντιμετωπίσουν έντονη επιθυμία ή άλλες δυσκολίες (επίπεδο τεκμηρίωσης Γ).
- Για όσους επιστρέφουν στο κάπνισμα, συνιστάται μια νέα αξιολόγηση, με την προσεκτική εκτίμηση του κινήτρου για μια νέα προσπάθεια διακοπής (επίπεδο τεκμηρίωσης Γ)<sup>9</sup>.

### 4.1.6 Η θεραπευτική παρέμβαση με στόχο τη διακοπή καπνίσματος είναι επιβεβλημένη

Το άρθρο 14 της Σύμβασης πλαισίου για τον Έλεγχο του Καπνίσματος<sup>31</sup> δηλώνει ότι, κάθε χώρα θα πρέπει να παρέχει βοήθεια για τη διακοπή του καπνίσματος και η εφαρμογή αυτής της προσέγγισης αναλογίζεται τώρα από πολλούς, παρά τις πολλές παρανοήσεις και λάθη που συναντώνται συχνά εναντίον της άποψης αυτής.

Σε ένα κύριο άρθρο που δημοσιεύθηκε το 2010, οι West και συν.<sup>33</sup> αντιμετώπισαν τέσσερις τέτοιες λανθασμένες ιδέες σε μια εποικοδομητική συζήτηση σχετικά με το ρόλο της υποβοήθησης στη διακοπή του καπνίσματος: «Οι περισσότεροι καπνιστές διακόπτουν το κάπνισμα χωρίς βοήθεια, οπότε η παροχή βοήθειας μπορεί να είναι περιττή.» Αυτό δεν είναι σωστό, αφού το γεγονός ότι οι περισσότεροι καπνιστές που διακόπτουν το κάπνισμα το πράττουν χωρίς βοήθεια, δεν σημαίνει ότι αυτή είναι η πιο αποτελεσματική μέθοδος για τη διακοπή του καπνίσματος· αντικατοπτρίζει μόνο το γεγονός ότι ο αριθμός των ατόμων που επιχειρούν να διακόψουν το κάπνισμα χωρίς βοήθεια είναι σημαντικά μεγαλύτερος από ότι εκείνος των ατόμων που προσπαθούν να σταματήσουν με βοήθεια, αλλά τα στοιχεία δείχνουν ότι οι μη υποβοηθούμενες προσπάθειες είναι τέσσερις φορές λιγότερο αποτελεσματικές.

«Η προώθηση της βοήθειας για τη διακοπή του καπνίσματος μπορεί να κάνει τους καπνιστές να νομίζουν ότι είναι εθισμένοι, έτσι λιγότεροι θα προσπαθήσουν να σταματήσουν.»

Αυτό είναι λάθος, καθώς τα στοιχεία δείχνουν ότι οι καπνιστές που πίστευαν ότι ήταν εθισμένοι ήταν στην πραγματικότητα πιο πιθανό να κάνουν προσπάθειες να διακόψουν το κάπνισμα από ότι άλλοι καπνιστές<sup>32</sup>. «Τα αποτελέσματα της έρευνας πάνω στην υποβοηθούμενη διακοπή δεν ισχύουν στον πραγματικό κόσμο.» Αυτό είναι λάθος, αφού μια αξιολόγηση των βρετανικών υπηρεσιών για τη διακοπή του καπνίσματος, διαπίστωσε ότι σχεδόν ένας στους επτά καπνιστές (14,6 %) επιβεβαιώθηκε ως παραιτηθείς με βάση τη μέτρηση του μονοξειδίου του άνθρακα ένα έτος μετά τη λήψη της θεραπείας, μία αναλογία παρόμοια με τα αποτελέσματα που βρέθηκαν σε κλινικές δοκιμές<sup>34</sup>, και σημαντικά υψηλότερη από εκείνες που επιτεύχθηκαν χωρίς υποστήριξη.

«Άλλου είδους παρεμβάσεις ελέγχου της κατανάλωσης προϊόντων καπνού είναι πιο αποδοτικές, ιδιαίτερα οι εκστρατείες των μέσων μαζικής ενημέρωσης.» Αυτό δεν είναι αλήθεια, αφού η αποδοτικότητα των παρεμβάσεων για την υποβοήθηση της διακοπής του καπνίσματος έχει αξιολογηθεί αυστηρά από δεδομένα τυχαιοποιημένων ελεγχόμενων μελετών, που συμπληρώνονται από στοιχεία από τον «πραγματικό κόσμο» και βρέθηκε να είναι άριστη<sup>32</sup>, ενώ οι εκτιμήσεις αποτελεσματικότητας πολλών άλλων παρεμβάσεων ελέγχου της κατανάλωσης προϊόντων καπνού βασίζονται σε πιο περιστασιακά δεδομένα, αλλά και παρεμβολές. Επίσης, δεν θα πρέπει να δημιουργηθεί μια ψεύτικη διχοτομία μεταξύ κλινικών παρεμβάσεων και άλλων παρεμβάσεων ελέγχου της κατανάλωσης προϊόντων καπνού, εφ' όσον οι διαφορετικές παρεμβάσεις εξυπηρετούν διαφορετικές λειτουργίες και δρουν σε συνέργεια μεταξύ τους. Ο κατάλληλος συνδυασμός των παρεμβάσεων θα εξαρτηθεί από τις ιδιαίτερες συνθήκες σε κάθε χώρα / περιοχή, την κάθε δεδομένη στιγμή<sup>35</sup>.

Ως εκ τούτου, αφού τα οφέλη από τη διακοπή του καπνίσματος για την υγεία είναι καλά τεκμηριωμένα και η υποβοήθηση των ατόμων να σταματήσουν το κάπνισμα είναι οικονομικά αποδοτική σε σύγκριση

με άλλα μέτρα στον τομέα της υγείας<sup>36</sup>, είναι υποχρεωτικό κάθε καπνιστής που προσδιορίζεται από μια ιατρική επίσκεψη, να έχει την ευκαιρία να λάβει ιατρική βοήθεια για να διακόψει το κάπνισμα.

Οι υπηρεσίες διακοπής του καπνίσματος σε ολόκληρη την Ευρώπη χαρακτηρίζονται από υψηλό επίπεδο ετερογένειας. Προς το παρόν, ενώ το Ηνωμένο Βασίλειο έχει δώσει μεγαλύτερη έμφαση στην παροχή βοήθειας στους καπνιστές να διακόψουν το κάπνισμα σε σχέση με άλλες χώρες, σε πολλές ευρωπαϊκές χώρες, οι περισσότεροι από τους καπνιστές που απευθύνονται σε ένα κέντρο διακοπής του καπνίσματος, δεν έχουν προηγουμένως επωφεληθεί από τη σύντομη συμβουλευτική ή οποιαδήποτε άλλη ειδική παρέμβαση για να τους βοηθηθούν ως προς τη διακοπή του καπνίσματος. Μόνο μια μειοψηφία ανάμεσά τους αντιπροσωπεύει έναν πληθυσμό με επίγνωση των κινδύνων της συνέχισης του καπνίσματος ή που έχει λάβει ελάχιστες λεκτικές συστάσεις για τη διακοπή του καπνίσματος, ή φαρμακευτική αγωγή ή συμβουλευτική. Οι χώρες πρέπει να θέσουν ρεαλιστικούς στόχους απόδοσης, τόσο για τον αριθμό των ατόμων που χρησιμοποιούν τις υπηρεσίες διακοπής του καπνίσματος όσο και για το ποσοστό που διακόπτει το κάπνισμα με επιτυχία. Οι στόχοι αυτοί θα πρέπει να αντανakλούν τα δημογραφικά στοιχεία του τοπικού πληθυσμού. Οι υπηρεσίες θα πρέπει να στοχεύουν στη θεραπεία τουλάχιστον του 5 % του εκτιμώμενου τοπικού πληθυσμού που καπνίζει (ή καταναλώνει προϊόντα καπνού σε οποιαδήποτε μορφή) κάθε χρόνο, καθώς επίσης και να στοχεύει σε ένα ποσοστό επιτυχίας τουλάχιστον 35 % στις τέσσερις εβδομάδες, επικυρωμένο από την παρακολούθηση του εκπνεόμενου μονοξειδίου του άνθρακα. Ο αριθμός αυτός θα πρέπει να αντικατοπτρίζει όλους εκείνους που ξεκινούν θεραπεία, με την επιτυχία να ορίζεται από τη μη κατανάλωση προϊόντων καπνού κατά την τρίτη και τέταρτη εβδομάδα μετά την ημερομηνία διακοπής. Η επιτυχία θα πρέπει να επικυρώνεται από μια τιμή εκπνεόμενου CO, μικρότερη από 7 ppm στο πέρας των τεσσάρων εβδομάδων. Αυτό βεβαίως, δεν σημαίνει ότι η θεραπεία θα πρέπει να σταματά στις τέσσερις εβδομάδες<sup>37</sup>.

### Συστάσεις

- Όλοι οι ιατροί θα πρέπει να συστήνουν τη διακοπή του καπνίσματος σε κάθε ασθενή που καπνίζει. Υπάρχουν ενδείξεις σύμφωνα με τις οποίες η ιατρική συμβουλή αυξάνει σημαντικά την αναλογία αποχής από το κάπνισμα (επίπεδο τεκμηρίωσης Α).
- Κατά τη διάρκεια των τακτικών ιατρικών επισκέψεων, οι γενικοί ιατροί έχουν την υποχρέωση να συμβουλεύουν τους ασθενείς που καπνίζουν να διακόψουν εντελώς το κάπνισμα, να συνταγογραφούν θεραπεία για την εξάρτηση από τη νικοτίνη ή να τους παραπέμπουν σε εξειδικευμένο κέντρο για τη διακοπή του καπνίσματος, τουλάχιστον μία φορά το χρόνο. Αυτές οι ιατρικές πράξεις, πρέπει να σημειώνονται στα ιατρικά αρχεία του ασθενή (επίπεδο τεκμηρίωσης Α).
- Κάθε φορά που είναι δυνατόν, οι ενεργοί καπνιστές που νοσηλεύονται πρέπει να λαμβάνουν από τον κλινικό ιατρό τους τις ίδιες παρεμβάσεις που συνιστώνται στους γενικούς ιατρούς: σύντομες συμβουλές για τη διακοπή του καπνίσματος / συμβουλευτική για τη διακοπή του καπνίσματος, συνταγογράφηση φαρμακευτικής αγωγής για την εξάρτηση από τη νικοτίνη ή παραπομπή σε εξειδικευμένο σύμβουλο / κέντρο για τη διακοπή του καπνίσματος (επίπεδο τεκμηρίωσης Α).

### 4.1.7 Τύποι θεραπευτικών παρεμβάσεων για τη διακοπή του καπνίσματος

Στην τρέχουσα πρακτική, υπάρχουν τέσσερις βασικοί τύποι παρεμβάσεων για τη διακοπή του καπνίσματος:

#### 4.1.7.1 Ελάχιστη παρέμβαση (σύντομη συμβουλευτική)

Αυτό το είδος της παρέμβασης διαρκεί κατ' ανώτατο όριο 3 έως 5 λεπτά (ως επίπεδο παρέμβασης 1) - συνιστάται στην πρωτοβάθμια ιατρική περίθαλψη, καθώς και στους οικογενειακούς ιατρούς, τους οδοντιάτρους και σε όλες τις κατηγορίες ειδικών. Οι σύντομες συμβουλές αντιπροσωπεύουν «ένα άθροισμα λεκτικών ενδείξεων για τη διακοπή του καπνίσματος, σε ιατρικούς όρους και με την προσθήκη πληροφοριών για τις βλαβερές συνέπειες του καπνίσματος». Μπορεί να προσφέρεται από οποιονδήποτε ιατρό ή αντιπρόσωπο-επαγγελματία υγείας που είναι υπεύθυνος για τη θεραπεία ασθενών που καπνίζουν και είναι μία από τις οικονομικότερες παρεμβάσεις διακοπής του καπνίσματος. Όταν εφαρμόζεται μόνη, έχει πολύ χαμηλό αντίκτυπο: 1 στους 40 καπνιστές καταφέρνουν να διακόψουν το κάπνισμα<sup>24</sup>. Όταν όμως χορηγείται ως θεραπευτική παρέμβαση ρουτίνας σε όλους τους ασθενείς, ακολουθούμενη από παραπομπή σε εξειδικευμένο κέντρο, μεταμορφώνεται σε ένα πολύ ισχυρό θεραπευτικό εργαλείο.

Οι ελάχιστες συμβουλές συνιστώνται για όλες τις κατηγορίες των καπνιστών, πρώην καπνιστών, καθώς και για εκείνων που δεν έχουν καπνίσει ποτέ. Η παροχή μια σύντομης συμβουλευτικής (3 λεπτά) είναι πιο αποτελεσματική από ό, τι η απλή συμβουλή στον ασθενή να διακόψει το κάπνισμα, και διπλασιάζει το ποσοστό διακοπής, σε σύγκριση με τη μη συντέλεση καμίας παρέμβασης<sup>38</sup>.

Το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης, θα πρέπει να προσφέρει τη θεραπεία υποστηρικτικά των σύντομων ευκαιριακών παρεμβάσεων για εκείνους τους καπνιστές που χρειάζονται πιο εντατική υποστήριξη. Η στήριξη αυτή μπορεί να προσφερθεί είτε ατομικά είτε σε ομάδες, και θα πρέπει να περιλαμβάνει δεξιότητες επίλυσης προβλημάτων, εκπαίδευση και κοινωνική στήριξη.

#### 4.1.7.2 Θεραπεία της εξάρτησης από τον καπνό, από το γενικό ιατρό ή άλλους, μη ειδικούς ιατρούς

Οι γενικοί ιατροί θεραπεύουν πολλές περιπτώσεις χρόνιων νόσων, όπως σακχαρώδη διαβήτη και υπέρταση και μπορούν να θεραπεύσουν και την εξάρτηση από τον καπνό.

#### 4.1.7.3 Ειδικές εξατομικευμένες παρεμβάσεις για τη διακοπή του καπνίσματος

Ως επίπεδο παρέμβασης 2, αυτές συνιστώνται στις υπηρεσίες διακοπής του καπνίσματος που διαθέτουν δικό τους εξειδικευμένο ιατρό, νοσηλευτικό προσωπικό ή ψυχολόγο, εάν είναι διαθέσιμος.

Η θεραπεία αποτελείται από θεραπευτικά σκευάσματα που έχουν αποδειχθεί αποτελεσματικά στη θεραπεία του εθισμού στη νικοτίνη και μια σειρά από γνωσιακές-συμπεριφορικές συμβουλευτικές συνεδρίες που παραδίδονται ξεχωριστά. Οι ειδικοί χρησιμοποιούν τον όρο «συμβουλευτική», για να



ορίσουν τη συγκεκριμένη γνωσιακή-συμπεριφορική ενίσχυση που χορηγείται σε ασθενείς υπό θεραπεία διακοπής του καπνίσματος. Οι συνεδρίες συμβουλευτικής έχουν στόχο να παρέχουν στους καπνιστές γνώσεις σχετικά με τη διαδικασία διακοπής του καπνίσματος και λύσεις για την υπέρβαση των εμποδίων κατά τη διάρκεια της προσπάθειάς τους να διακόψουν το κάπνισμα. Συνήθως παρεχόμενη από μια ομάδα (ιατρός, νοσηλεύτης/-τρια και - προαιρετικά - ψυχολόγος), που τα μέλη της έχουν εκπαιδευτεί στον τομέα της διακοπής του καπνίσματος, η εξειδικευμένη παρέμβαση συνεπάγεται την υποβοήθηση των ήδη ενημερωμένων ασθενών που έχουν λάβει ελάχιστη συμβουλευτική για τη διακοπή του καπνίσματος, αλλά τώρα ζητούν ειδική βοήθεια. Ο ιατρός έχει τον κύριο ρόλο σε αυτή τη διαδικασία, δεδομένου ότι αυτός / αυτή έχει την ευθύνη να προτείνει φαρμακευτική αγωγή· ο/η νοσηλεύτης/-τρια βοηθά στη συμπλήρωση των εγγράφων, τη συμπλήρωση της βάσης δεδομένων, τις εργαστηριακές εξετάσεις κ.λπ. και μπορεί να ακόμη και να παρέχει την ελάχιστη συμβουλευτική. Ο/η ψυχολόγος βοηθά την παρέμβαση με την προσθήκη στοιχείων ψυχολογικής υποστήριξης και γνωσιακών-συμπεριφορικών τεχνικών.

Ιδανικά, οι εξατομικευμένες στρατηγικές διακοπής του καπνίσματος συνδυάζουν συμβουλές (δηλαδή συστάσεις διακοπής του καπνίσματος) με φαρμακολογική θεραπεία (βαρενικλίνη, βουπροπιόνη, NRT κ.λπ.) και με γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία. Επίσης, ενημερωτικά φυλλάδια, αφίσες, ποικίλο γραπτό υλικό σχετικά με την αυτοβοήθεια, μαζί με τα εργαλεία του διαδικτύου ή των τηλεφωνικών γραμμών για τη διακοπή του καπνίσματος, μπορεί να είναι πολύ χρήσιμα. Μερικές φορές, τέτοιου είδους μέθοδοι αυτοβοήθειας μπορεί να παρέχουν επαρκείς γνώσεις για να ξεκινήσει η διαδικασία της διακοπής, επιτρέποντας σε ένα κινητοποιημένο άτομο να προσπαθήσει να το διακόψει μόνο το κάπνισμα, χωρίς καμία εξειδικευμένη παρέμβαση<sup>24</sup>.

Τα παραπάνω, είναι επίσης χρήσιμα επειδή βοηθούν τους ιατρούς να εξοικονομήσουν χρόνο. Ωστόσο, η θεραπευτική επίδραση της χρήσης ενός μόνο εργαλείου από τα παραπάνω είναι πολύ χαμηλή σε σύγκριση με την ελάχιστη συμβουλευτική όπως λαμβάνεται από έναν ιατρό.

Η μακροπρόθεσμη παρακολούθηση του ασθενή, με τον έλεγχο της διαδικασίας διακοπής του καπνίσματος και των πιθανών ανεπιθύμητων ενεργειών της φαρμακευτικής αγωγής, είναι πολύ σημαντική. Η καπνιστική συνήθεια θα πρέπει να ελέγχεται σε κάθε επίσκεψη παρακολούθησης και να αξιολογείται αντικειμενικά με τον προσδιορισμό των επιπέδων μονοξειδίου του άνθρακα στον εκπνεόμενο αέρα (ppm).

Η μέτρηση της κοτινίνης στα ούρα, το αίμα, το σίελο ή την τρίχα, παρέχει επίσης χρήσιμες πληροφορίες σχετικά με την έκθεση του οργανισμού στον καπνό, αλλά πρέπει να προσαρμόζεται στην περίπτωση των καπνιστών υπό θεραπεία υποκατάστασης νικοτίνης, αφού η φαρμακευτική νικοτίνη προστίθεται στη νικοτίνη εξαιτίας του καπνίσματος, αν ο ασθενής καπνίζει ακόμα<sup>10,39</sup>.

Συνήθης μορφή παρέμβασης: αποτελείται από αρκετές (τουλάχιστον τέσσερις) συνεδρίες διάρκειας 20-45 λεπτών κατά τη διάρκεια 9-12 εβδομάδων θεραπείας.

Κατά την πρώτη συνεδρία, ο ασθενής ενημερώνεται με σύντομο τρόπο για τις διαθέσιμες θεραπείες, προειδοποιείται για τα συμπτώματα στέρησης και συμφωνεί για τις πιο κατάλληλες λύσεις.

Η αρχική επικοινωνία θα πρέπει να αποτελεί ευκαιρία για την εκτίμηση των πιθανοτήτων επιτυχίας και τους κινδύνους υποτροπής.

Κατά τη διάρκεια της συνήθους θεραπείας 9-12 εβδομάδων, ανεξάρτητα από τη θεραπεία που ακολουθείται, συνιστάται η παρακολούθηση όλων των ασθενών μέσω των επισκέψεων ελέγχου (τουλάχιστον δύο), ώστε να επιβεβαιώνεται ότι ο ασθενής ακολουθεί τη σωστή θεραπεία, τις ενδεδωγμένες δόσεις, στην περίπτωση της φαρμακευτικής αγωγής, ότι αντιμετωπίζει τις ψυχοσυμπεριφορικές δυσκολίες ή τα συμπτώματα στέρησης και ότι δεν εκδηλώνονται σοβαρές ανεπιθύμητες ενέργειες των φαρμάκων. Οι επισκέψεις ελέγχου επιτρέπουν στον ιατρό να ενημερωθεί σχετικά με την κατάσταση της καπνιστικής συνήθειας, να ελέγξει τους βιοδείκτες της κατανάλωσης προϊόντων καπνού και να προλάβει τυχόν υποτροπές ή παρεκκλίσεις. Οι επισκέψεις αυτές προσφέρουν μια ευκαιρία για την παροχή άμεσης στήριξης - ο ιατρός μπορεί να παρέμβει εγκαίρως σε περίπτωση που ο καπνιστής έχει αποθαρρυνθεί ή έχει υποπέσει σε ολίσθηση μετά από μια σύντομη, προσωρινή, αποχή. Η πιο σημαντική επίσκεψη ελέγχου είναι η πρώτη - συνιστάται να προγραμματίζεται αμέσως μετά την ημερομηνία-στόχο για τη διακοπή του καπνίσματος.

Οι περισσότεροι ειδικοί, συνιστούν τον καθορισμό της ημερομηνίας διακοπής κατά τη δεύτερη εβδομάδα της θεραπείας. Ωστόσο, τόσο ανάλογα με την εξειδίκευση του ιατρού όσο και με το προφίλ του καπνιστή, θα πρέπει να σημειωθεί ότι ο ειδικός μπορεί να συστήσει διαφορετική ημερομηνία διακοπής του καπνίσματος, για παράδειγμα κατά τις εβδομάδες 3 έως 6, ανάλογα με την περίπτωση.

Η τελική συνεδρία λαμβάνει χώρα όταν τελειώσει η θεραπεία, συνήθως δύο έως τρεις μήνες μετά την αρχική συνεδρία και έχει ως κύριο στόχο, να αξιολογήσει την αποχή από το κάπνισμα ως αποτέλεσμα της θεραπείας. Με την ευκαιρία αυτή, η κατάσταση της καπνιστικής συνήθειας θα πρέπει να αξιολογηθεί εκ νέου τόσο κλινικά, όσο και βιολογικά. Η επιθυμία για κάπνισμα, θα πρέπει επίσης να αξιολογηθεί, καθώς και ο τρόπος που ο ασθενής αντιμετωπίζει δύσκολες καταστάσεις σε σχέση με το κάπνισμα. Τα συμπτώματα στέρησης και οι ανεπιθύμητες ενέργειες της φαρμακευτικής αγωγής, θα πρέπει να αξιολογούνται επίσης. Ταυτόχρονα, ο ασθενής ο οποίος έχει διακόψει το κάπνισμα, πρέπει να λαμβάνει συμβουλευτική με σκοπό τη διατήρηση της αποχής και την πρόληψη της υποτροπής. Οι περιπτώσεις των ασθενών που δεν έχουν καταφέρει να διακόψουν το κάπνισμα θα πρέπει να επανεκτιμώνται, προκειμένου να ξεκινήσουν μια νέα προσπάθεια διακοπής.

Η παρέμβαση για τη διακοπή του καπνίσματος στην εξειδικευμένη μορφή της, είναι πλέον ενδεδωγμένη προσέγγιση για τη θεραπεία της εξάρτησης από τον καπνό. Ένα εντατικό πρόγραμμα με εβδομαδιαίες επισκέψεις, προσωπικές συναντήσεις με έναν πνευμονολόγο και η χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής, μπορούν να αυξήσουν το ποσοστό διακοπής του καπνίσματος των κινητοποιημένων καπνιστών που προσπαθούν να διακόψουν το κάπνισμα και αυτό μπορεί να παρασχεθεί πιο εύκολα από εξειδικευμένα κέντρα διακοπής του καπνίσματος. Ωστόσο, αφού το κάπνισμα συνεπάγεται εξάρτηση από τη νικοτίνη, το υψηλότερο ποσοστό διακοπής σε βάθος ενός έτους που πρέπει να αναμένεται είναι 25% έως 40%.



#### 4.1.7.4 Ειδικές ομαδικές παρεμβάσεις για τη διακοπή του καπνίσματος

Πολλά προγράμματα διακοπής του καπνίσματος, περιλαμβάνουν ομαδικές στρατηγικές που βασίζονται σε διαδραστικές εκπαιδευτικές μεθόδους και καλύτερη πρόσβαση σε θεραπεία και ψυχολογική υποστήριξη. Τα ομαδικά προγράμματα μπορεί επίσης να περιλαμβάνουν ενεργές γραμμές υποστήριξης, όπου είναι διαθέσιμες, οι οποίες έχουν αποδειχθεί πολύ χρήσιμα εργαλεία. Μία ενδελεχώς δοκιμασμένη ομαδική μορφή περιλαμβάνει περίπου πέντε ωριαίες συνεδρίες, συνολικής διάρκειας άνω του ενός μήνα, με τακτές επισκέψεις παρακολούθησης. Μια εντατική υποστήριξη, θα πρέπει να περιλαμβάνει την προσφορά και την ενθάρρυνση της χρήσης φαρμακευτικής αγωγής (κατά περίπτωση) και σαφείς συμβουλές και οδηγίες για το πώς να χρησιμοποιηθεί<sup>38</sup>. Η ομαδική συμβουλευτική θα πρέπει να διεξάγεται από ειδικά εκπαιδευμένους συμβούλους, που θα είναι σε θέση να κάνουν τους καπνιστές να «αλληλεπιδρούν» και να μοιράζονται τους προσωπικούς τους φόβους και εμπόδια, αλλά την ίδια στιγμή να μαθαίνουν από τη συλλογική εμπειρία. Αυτό μπορεί επίσης να επιτευχθεί με τη μορφή εβδομαδιαίων συνεδριών και με τη βοήθεια επικουρικού προσωπικού (νοσηλεύτές/- τριες, εκπαιδευμένοι συντονιστές, ψυχολόγοι, κλπ.). Σε κάθε περίπτωση, μια ομαδική προσέγγιση μπορεί να διατηρηθεί ως εναλλακτική λύση για εκείνους τους ασθενείς οι οποίοι επικοινωνούν καλύτερα σε μια ομάδα, όπου αυτή μπορεί να είναι διαθέσιμη, ενώ μπορεί επίσης να ενσωματωθεί σε ατομικές παρεμβάσεις, προκειμένου να ενισχυθεί η αποτελεσματικότητά τους. Καλό θα είναι να προσφέρονται ατομικές (π.χ. πρόσωπο με πρόσωπο), σε συνδυασμό με ομαδικές παρεμβάσεις, ώστε να ικανοποιούν περισσότερο τους ασθενείς, οι οποίοι πρέπει, ταυτόχρονα, να αξιολογούνται για τη διάγνωση μειζόνων ψυχοπαθολογικών διαταραχών.

Ως κριτήρια αποκλεισμού της ομαδικής θεραπείας, θα μπορούσαν να τεθούν οι διαταραχές της προσωπικότητας (π.χ. ναρκισσιστικές ή ιστριονικές διαταραχές) ή άλλη ψυχοπαθολογία, όπως οι αγχώδεις διαταραχές, η κοινωνική φοβία, ψυχωσικές διαταραχές ή, ακόμη και περιπτώσεις πολλαπλών προβλημάτων, όπως η περίπτωση των πολλαπλών εξαρτήσεων. Τα ευρέα ομαδικά μοντέλα, απαρτίζονται συνήθως από 5-10 συνεδρίες, με συνολική διάρκεια θεραπείας δύο έως τριών μηνών.

#### Βιβλιογραφία

- 1 Stop Smoking Wales Annual Report 2010-2011, Stop Smoking Wales Editorial Group, 15/08/2011, [stop.smoking@wales.nhs.uk](mailto:stop.smoking@wales.nhs.uk)
- 2 Gratziou C., Review of current smoking cessation guidelines, *Eur.Respir.Mon.*, 2008, 42, 3543
- 3 Shiffman S, Brockwell SE, Pillitteri JL, Gitchell JG, Use of smoking-cessation treatments in the United States, *Am J Prev Med* 2008;34:102-11
- 4 National Cancer Institute, Cancer trends progress report — 2009/2010 update, <http://progressreport.cancer.gov>
- 5 Shiffman S, Sweeney CT, Ferguson SG, Sembower MA, Gitchell JG, Relationship between adherence to daily nicotine patch use and treatment efficacy: secondary analysis of a 10-week randomized, double-blind, placebo-controlled clinical trial simulating over-the-counter use in adult smokers. *Clin Ther* 2008;30:1852-8

- 6 Pierce JP, Cummins SE, White MM, Humphrey A, Messer K, Quitlines and nicotine replacement for smoking cessation: do we need to change policy? *Annu Rev Public Health*. 2012 Apr;33:341-56.
- 7 Cahill K, Lancaster T, Green N. Stage-based interventions for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010, Issue 11. Art. No.: CD004492. DOI: 10.1002/14651858.CD004492.pub4
- 8 Lai DT, Cahill K, Qin Y, Tang JL. Motivational interviewing for smoking cessation, *Cochrane Database Syst Rev* 2010; 1:CD006936
- 9 Fiore MC, Jaen CR, Baker TB, et al. Treating tobacco use and dependence: 2008 update. Rockville, MD: Department of Health and Human Services, U.S. Public Health Service, 2008
- 10 Fagerstrom K.O., Assessment of the patient, in *Smoking Cessation European Respiratory Monograph*, 2008, 42, 4450, ISSN 1025448x
- 11 Larabie LC. To what extent do smokers plan quit attempts? *Tob Control* 2005; 14: 425-428
- 12 West R, Sohal T., 'Catastrophic' pathways to smoking cessation: findings from national survey. *BMJ* 2006; 332: 458-460
- 13 Wennike P, Danielsson T, Landfeldt B, Westin A, Tonnesen P. Smoking reduction promotes smoking cessation: results from a double blind, randomized, placebo-controlled trial of nicotine gum with 2-year follow-up, *Addiction* 2003; 98:1395-402
- 14 Moore D, Aveyard P, Connock M, Wang D, Fry-Smith A, Barton P. Effectiveness and safety of nicotine replacement therapy assisted reduction to stop smoking: systematic review and meta-analysis, *BMJ* 2009; 338:b1024
- 15 Lancaster T, Stead L. Physician advice for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2004:CD000165
- 16 Lancaster T, Stead LF. Individual behavioral counselling for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2005; 2:CD001292
- 17 CDC: Cigarette smoking among adults—United States, 1995. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 1997; 46: 1217-20
- 18 Andreas S., Hering T., Muhlig S., Nowak D., Raupach T., Worth H., Smoking Cessation in Chronic Obstructive Disease an Effective Medical Intervention, *Deutsches Ärzteblatt International Dtsch Arztebl Int* 2009; 106(16): 276-82
- 19 Fiore M.C., Baker T.B., Treating Smokers in the Health Care Setting, *N Engl J Med* 2011;365:1222-31
- 20 Batra A. Treatment of Tobacco dependence, *Deutsches Ärzteblatt International* 2011; 108(33): 555-64
- 21 Piper ME, Smith SS, Schlam TR, et al., A randomized placebo-controlled clinical trial of 5 smoking cessation pharmacotherapies, *Arch Gen Psychiatry* 2009;66: 1253-62. [Erratum, *Arch Gen Psychiatry* 2010;67:77
- 22 Gonzales D, Rennard SI, Nides M, et al., Varenicline, an alpha4beta2 nicotinic acetylcholine receptor partial agonist, vs sustained-release Bupropion and placebo for smoking cessation: a randomized controlled trial. *JAMA* 2006;296:47-55
- 23 Smith SS, McCarthy DE, Japuntich SJ. et al., Comparative effectiveness of 5 smoking cessation pharmacotherapy in primary care clinics. *Arch Intern Med* 2009; 169:2148-55
- 24 Trofor A., Mihaltan F., Mihaicuta S., Pop M., Todea D et al., Romanian Society of Pulmonologists Smoking Cessation and Smoker's Assistance Guidelines (GREFA), 2-nd ed. — Tehnopress Iași, 2010, [www.srp.ro](http://www.srp.ro)
- 25 Fiore MC, McCarthy DE, Jackson TC, et al. Integrating smoking cessation treatment into primary care: an



- effectiveness study, *Prev Med* 2004;38:412-20
- 26 Peters EN, Hughes JR. The day-to-day process of stopping or reducing smoking: a prospective study of self-changers. *Nicotine Tob Res* 2009;11:1083-92. [Erratum, *Nicotine Tobacco Res* 2010;12:77.]
- 27 Fagerstrom K.O., *How to communicate with the smoking patient*, *Eur.Respir.Mon.*, 2008, 42, 5760
- 28 Curry SJ, Grothaus LC, McAfee T, Pabiniak C. Use and cost effectiveness of smoking-cessation services under four insurance plans in a health maintenance organization. *N Engl J Med* 1998;339: 673-9
- 29 Lindholm C, Adsit R, Bain P, et al. A demonstration project for using the electronic health record to identify and treat tobacco users, *WMJ* 010;109:335-40
- 30 Kaper J, Wagena EJ, Willemsen MC, et al. Reimbursement for smoking cessation treatment may double the abstinence rate: results of a randomized trial, *Addiction* 2005;100:101220
- 31 World Health Organization (WHO), *Framework Convention on Tobacco Control*. Geneva: WHO; 2003
- 32 West R., Mc Neill A., Britton J., Bauld L., Raw M., Hajek P., Arnott D., Jarvis M., Stapleton J., *Should smokers be offered assistance with stopping?* *Addiction*, 105, 1867–1869
- 33 West R., Mc Neill A., Britton J., Bauld L., Raw M., Hajek P., Arnott D., Jarvis M., Stapleton J., *Should smokers be offered assistance with stopping?* *Addiction*, 2010, 105, 1867–1869
- 34 Ferguson J., Bauld L., Chesterman J., Judge K. *The English smoking treatment services: one-year outcomes*, *Addiction* 2005; 100: 59–69
- 35 Bala M., Strzeszynski L., Cahill K. *Mass media interventions for smoking cessation in adults*, *Cochrane Database Syst Rev* 2008; CD004704
- 36 *Norway's National Strategy for Tobacco Control 2006-2010*, The Norwegian Ministry of Health and Care Services
- 37 *Smoking cessation services in primary care, pharmacies, local authorities and workplaces, particularly for manual working groups, pregnant women and hard to reach communities*, NICE public health guidance 10, Aug. 2008, [www.nice.org.uk](http://www.nice.org.uk)
- 38 Gratziau C., Tønnesen P., *Smoking cessation and prevention*, *Eur Respir Mon*, 2006, 38, 242–257
- 39 Etter JF, Duc TV, Perneger TV, *Saliva cotinine levels in smokers and non-smokers*, *Am J Epidemiology* 2000; 151: 251–258

## 4.2 Φαρμακευτική θεραπεία της εξάρτησης από τον καπνό

εδομένου ότι το κάπνισμα είναι μια χρόνια νόσος, επιβάλλεται μια θεραπευτική παρέμβαση με πολλαπλές συνιστώσες, μεταξύ των οποίων ζωτικής σημασίας είναι η φαρμακευτική θεραπεία. Η φαρμακευτική θεραπεία για την εξάρτηση από τη νικοτίνη, περιλαμβάνει ένα ευρύ φάσμα φαρμακευτικών σκευασμάτων, από τα υποκατάστατα νικοτίνης που χρησιμοποιούνται σε διάφορες μορφές (όπως τσίκλες, επιθέματα, ρινικό εναιώρημα, συσκευή εισπνοής, υπογλώσσιο δισκίο), έως αντικαταθλιπτικά, ανταγωνιστές των υποδοχέων της νικοτίνης, κλπ. ύο κατηγορίες φαρμάκων ενδείκνυνται για τη διακοπή του καπνίσματος: τα φάρμακα πρώτης και δεύτερης γραμμής. Τα φάρμακα πρώτης γραμμής έχουν αποδειχθεί αποτελεσματικά για τη θεραπεία της εξάρτησης από τον καπνό, είναι ασφαλέστερα και έχουν εγκριθεί από την FDA και, ως εκ τούτου, πρέπει να είναι η πρώτη επιλογή για κάθε κλινικό ιατρό για τη θεραπεία της εξάρτησης από τη νικοτίνη. Τα φάρμακα δεύτερης γραμμής που συνιστώνται για τη διακοπή του καπνίσματος, αντιπροσωπεύονται από ουσίες με αποδεδειγμένη αποτελεσματικότητα, αλλά σε μικρότερο βαθμό από ό, τι στην περίπτωση των φαρμάκων πρώτης γραμμής, είτε επειδή δεν έχουν εγκριθεί από την FDA/ τον EMEA για τη θεραπεία της εξάρτησης από τον καπνό, είτε επειδή είναι ύποπτα για σοβαρότερες ανεπιθύμητες ενέργειες, από ότι τα φάρμακα πρώτης γραμμής. Γενικώς, συνιστώνται όταν η τα φάρμακα πρώτης γραμμής δεν μπορούν να χορηγηθούν για διάφορους λόγους (αποτυχία θεραπείας, απόλυτες ή σχετικές αντενδείξεις, κλπ.).

Όπως καταδεικνύει η εμπειρία των ειδικών σε αυτόν τον τομέα, τα τελευταία χρόνια, έχει σημειωθεί προφανής πρόοδος όσον αφορά την αποτελεσματικότητα των φαρμάκων που χρησιμοποιούνται για τη διακοπή του καπνίσματος. Έτσι, εκτός από τη μονοθεραπεία, ένας συνδυασμός διαφόρων φαρμακευτικών θεραπειών μπορεί να χρησιμοποιηθεί, παρατείνοντας τη διάρκεια της θεραπείας, προσαρμόζοντας τις δοσολογίες για την αποφυγή ανεπιθύμητων ενεργειών, ή συνδυάζοντας ανοσοενισχυτικές μεθόδους (ύπνωση, βελονισμό κ.λπ.), με σκοπό τη χορήγηση των υφιστάμενων φαρμακευτικών θεραπειών, όσο το δυνατόν πιο συνετά.

### 4.2.1. Θεραπεία με NTRs

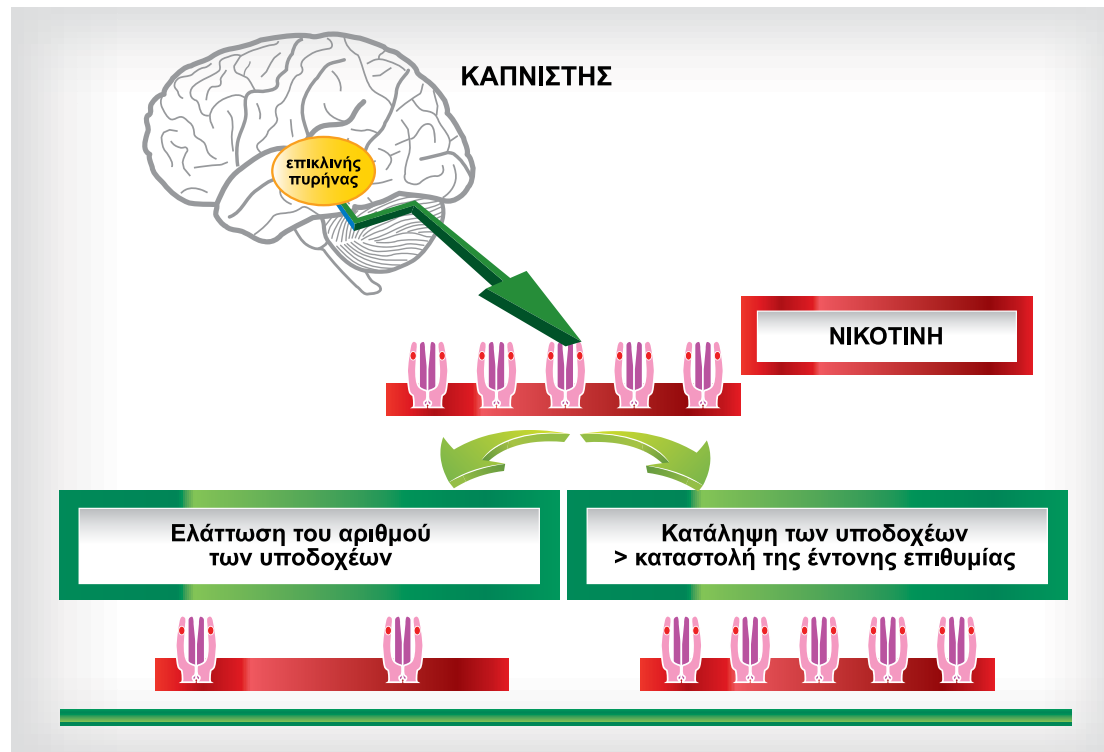
#### 4.2.1.1 Μηχανισμοί δράσης

Η νικοτίνη που περιέχεται στον καπνό του τσιγάρου ή στον καπνό για μάσηση και η νικοτίνη που περιέχεται στα υποκατάστατα νικοτίνης, είναι η αυτή ουσία, αλλά η φαρμακοκινητική τους, ιδιαίτερα ως προς το χρόνο κατανομής εντός του ΚΝΣ, είναι ριζικά διαφορετική, με αποτέλεσμα τη δραματική μεταβολή των επαγόμενων αντιδράσεων. Η θεραπεία υποκατάστασης της νικοτίνης έχει δύο στόχους:

- την κατάληψη των υποδοχέων νικοτίνης, με σκοπό την απομάκρυνση της έντονης επιθυμίας και των άλλων συμπτωμάτων στέρησης: η επίδραση αυτή είναι άμεση,
- τη μείωση του αριθμού των νικοτινικών υποδοχέων: η μείωση αυτή συνεχίζεται για εβδομάδες και ελαττώνει την εξάρτηση από τον καπνό.



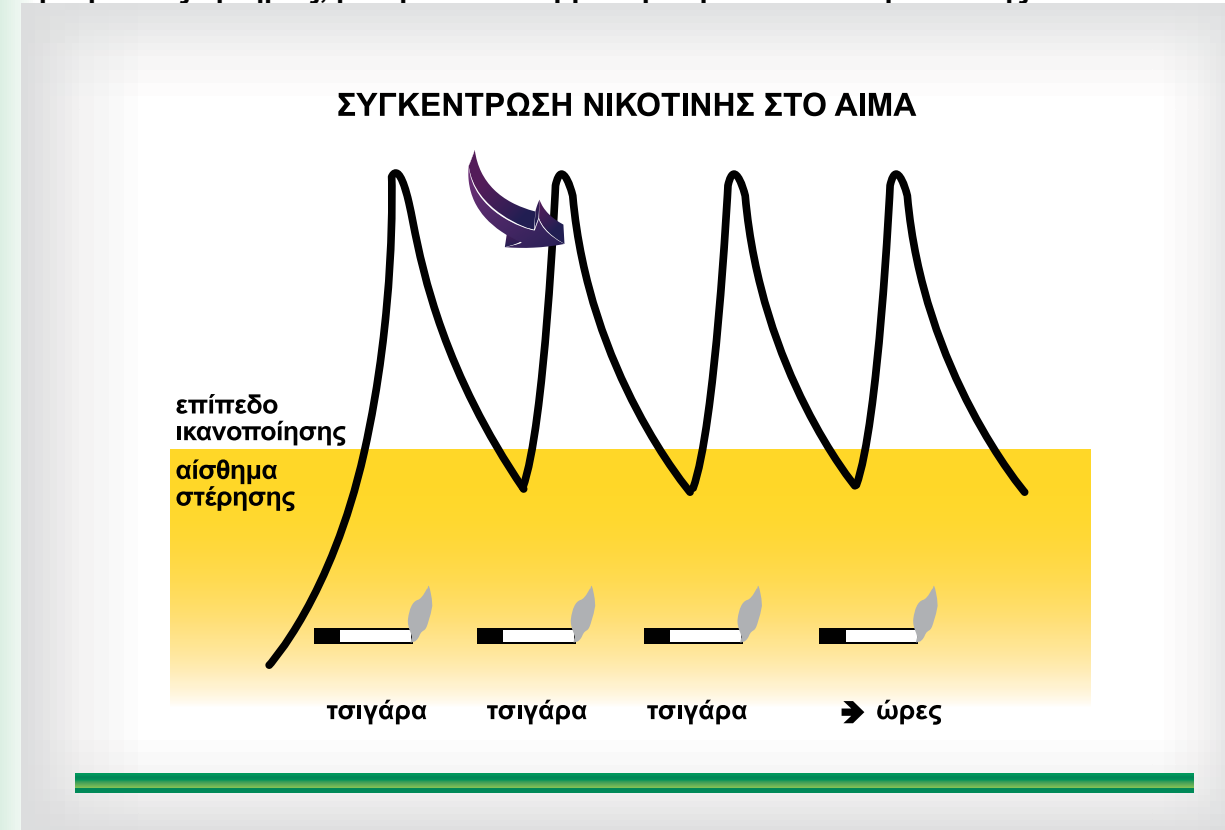
**Εικόνα 13:** Οι δύο στόχοι της θεραπείας υποκατάστασης νικοτίνης: η άμβλυνση του συνδρόμου στέρησης (οξέως) και η μείωση του εθισμού, μέσω της ελάττωσης του αριθμού των νικοτινικών υποδοχέων (χρονίως)



Όταν καταναλώνεται ένα τσιγάρο, η νικοτίνη φθάνει στον εγκέφαλο του καπνιστή μέσα σε 7 δευτερόλεπτα, καταλαμβάνει τους νικοτινικούς υποδοχείς και δίδει ένα αίσθημα κορεσμού, ξεπερνώντας κατά πολύ το αναμενόμενο επίπεδο νικοτίνης (Εικόνα 14).

Οι νευρώνες στην εμπλεκόμενη περιοχή του εγκεφάλου, αντιδρούν με την απευαισθητοποίηση των υποδοχέων και πολλαπλασιάζοντας τον αριθμό τους και, έτσι, δημιουργείται η ανάγκη για ακόμα ένα τσιγάρο. Οι καπνιστές έχουν πολλούς περισσότερους υποδοχείς νικοτίνης από τους μη καπνιστές, κάτι που εξηγεί την υψηλή ανοχή των καπνιστών στη νικοτίνη, καθώς και τον ισχυρό εθισμό τους σε αυτή. Οι εν λόγω υποδοχείς είναι τόσοι πολλοί, που θα μπορούσαν να διαφανούν σε μια τομογραφία εκπομπής ποζιτρονίων, οριοθετώντας μια λειτουργική ανατομική δομή: ένα κέντρο εθισμού στη νικοτίνη, που ενισχύει το σήμα στην περιοχή του επικλινή πυρήνα και την πρόσθια περιοχή της καλύπτρας, όπου κυρίως βρίσκονται οι νικοτινικοί υποδοχείς στον εγκέφαλο.

**Εικόνα 14:** Παρακολούθηση των συγκεντρώσεων νικοτίνης στις εγκεφαλικές αρτηρίες, με την επαναλαμβανόμενη κατανάλωση νικοτίνης.



Η θεραπεία υποκατάστασης της νικοτίνης (NRT), χορηγεί νικοτίνη στον εγκέφαλο πολύ πιο αργά από ότι το τσιγάρο, μη παράγοντας αιχμές συγκεντρώσεων (peaks). Η εν λόγω φαρμακοκινητική, παρέχει τη δυνατότητα άμεσης κατάληψης των υποδοχέων νικοτίνης, εξαλείφοντας την επιθυμία για νικοτίνη, χωρίς ταυτόχρονα να διεγείρει τους υποδοχείς, ελαττώνοντας τελικά τον αριθμό τους, ο οποίος, μετά από τρεις μήνες NRT-θεραπείας, θα επιστρέψει στο φυσιολογικό. Ωστόσο, οι νευρώνες διατηρούν τη μνήμη του καπνίσματος και θα μπορούσαν να επάγουν ταχύτατα την έκφραση υποδοχέων στην κυτταρική μεμβράνη τους, εάν επαναληφθεί η κατανάλωση καπνού: η εξάρτηση από τον καπνό, είναι επομένως μια χρόνια υποτροπιάζουσα νόσος.

#### 4.2.1.2 Κλινικές ενδείξεις που τεκμηριώνουν την αποτελεσματικότητα των NRT

Όπως συμβαίνει και με τη θεραπεία όλων των χρόνιων νοσημάτων, η θεραπεία της εξάρτησης από



τον καπνό υπήρξε το αντικείμενο πολλών τυχαιοποιημένων μελετών, που πραγματοποιήθηκαν τα τελευταία 40 χρόνια. Οι πιο σημαντικές μεταanalύσεις συτών των μελετών, περιλαμβάνουν εκείνες της σύμπραξης Cochrane<sup>1,2,3,4</sup>, η οποία εξετάζει, σε περισσότερες από 40 μελέτες, την αποτελεσματικότητα των διαφόρων πτυχών της θεραπείας υποκατάστασης νικοτίνης, καθώς και την τελική έκθεση του Αμερικανικού General Surgeon, η οποία συντονίστηκε από τον Michael C. Fiore, για τη δημιουργία του οδηγού για τη διακοπή του καπνίσματος που απευθύνεται στους γενικούς ιατρούς<sup>5</sup>. Αυτά τα δεδομένα είναι συνεπή, καθώς βασίζονται στις ίδιες μελέτες. Όλες αυτές οι μελέτες, ανέφεραν την αποτελεσματικότητα των συνιστώμενων θεραπειών και μνημονεύονται σε αυτόν τον οδηγό. Στις εν λόγω πραγματείες περί του θέματος, αναφέρεται ότι η θεραπεία για τη διακοπή του καπνίσματος δεν είναι πλήρως αποτελεσματική και ότι μπορεί να υπάρξουν αποτυχίες με τη μορφή υποτροπής κατά τη διάρκεια ή μετά τη θεραπεία του εθισμού στον καπνό, που αποτελεί χρόνια νόσο.

### Μετανάλυση της σύμπραξης Cochrane

Η σύμπραξη Cochrane επεξεργάστηκε συνολικά 132 δοκιμές προϊόντων υποκατάστασης νικοτίνης, μεταξύ των οποίων, 111 δοκιμές με περισσότερους από 40.000 συμμετέχοντες, στις οποίες συγκρίθηκαν οι διαφορετικοί τύποι θεραπείας υποκατάστασης νικοτίνης με κάποιο εικονικό φάρμακο ή μια ομάδα ελέγχου χωρίς θεραπεία υποκατάστασης της νικοτίνης. Ο σχετικός κίνδυνος (RR) αποχής, με τη χρήση όλων των μορφών υποκατάστασης, έναντι της ομάδας ελέγχου υπολογίζεται 1,58 (95% διάστημα εμπιστοσύνης [CI]: 1,50 έως 1,66).

Ο RR για κάθε τύπο ξεχωριστά, υπολογίστηκε:

- 1,43 (95% CI: 1,33 - 1,53) - 53 δοκιμές για την τσίκλα νικοτίνης,
- 1,66 (95% CI: 1,53 - 1,81) - 41 δοκιμές για τα επιθέματα νικοτίνης,
- 1,90 (95% CI: 1,36 έως 2,67) - 4 μελέτες για τη συσκευή εισπνοής νικοτίνης,
- (95% CI: 1,63 - 2,45) - 6 μελέτες, από του στόματος υποκατάστατα / παστίλιες,
- (95% CI: 1,49 έως 3,73) - 4 μελέτες για τους ρινικούς ψεκασμούς νικοτίνης.

Τα αποτελέσματα είναι ανεξάρτητα από τη διάρκεια της θεραπείας, το βαθμό της πρόσθετης βοήθειας που παρέχεται ή το πλαίσιο στο οποίο δόθηκε η NRT. Το αποτέλεσμα είναι παρόμοιο με εκείνο μιας μικρής ομάδας μελετών για την αξιολόγηση της χρήσης θεραπείας υποκατάστασης νικοτίνης χωρίς ιατρική συνταγή.

Στην περίπτωση των εξαιρετικά εθισμένων καπνιστών, υπήρξαν σημαντικά οφέλη από τη χρήση 4 mg τσίκλας σε σύγκριση με τα 2 mg τσίκλας, αλλά τα στοιχεία για τα οφέλη υψηλότερων δόσεων επιθέματος δεν είναι τόσο σαφή, στις μελέτες που είναι διαθέσιμες σήμερα. Η έλλειψη μελετών με χορήγηση υψηλών δόσεων είναι λυπηρή.

Οι συγγραφείς της σύμπραξης Cochrane κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι όλες οι εμπορικά διαθέσιμες μορφές της NRT (τσίκλα, επιδερμικό επίθεμα, ρινικοί ψεκασμοί, συσκευή εισπνοής και υπογλώσσια δισκία) μπορούν να βοηθήσουν τους καπνιστές στις προσπάθειές τους να διακόψουν το κάπνισμα και να αυξήσουν τις πιθανότητες επιτυχίας τους. Τα υποκατάστατα αυξάνουν τα ποσοστά διακοπής κατά 50 % -70%, ανεξάρτητα από τον τύπο και τη δόση.

Η αποτελεσματικότητα της θεραπείας υποκατάστασης νικοτίνης δεν είναι πλήρως ανεξάρτητη από το βαθμό της πρόσθετης βοήθειας που παρέχεται στον καπνιστή. Όσο περισσότερη υποστήριξη υπάρχει, τόσο μεγαλύτερο το όφελος, αλλά ακόμη και στην περίπτωση απουσίας οποιασδήποτε στήριξης, τα υποκατάστατα νικοτίνης είναι αποτελεσματικά.

### Μετανάλυση του Michael C. Fiore

Τα δεδομένα από τη μετανάλυση του Michael C. Fiore αφορούν τα ποσοστά διακοπής στους έξι μήνες σε σύγκριση με το εικονικό φάρμακο.

Η παρατηρούμενη διαφορά στην αποτελεσματικότητα μεταξύ των επιθεμάτων και των από του στόματος μορφών υποκατάστατων, μπορεί να είναι δοσοεξαρτώμενη, διότι είναι πιο σύνηθες να εξετάζεται η δοσολογία στις από του στόματος μορφές υποκατάστατων, που χορηγούνται σε κλινικές δοκιμές σταθερής δόσης.

### 4.2.1.3 Συνδυασμός NRT-φαρμακοθεραπείας

Η μελέτη της σύμπραξης Cochrane, έδειξε ότι ο συνδυασμός επιθεμάτων νικοτίνης με από του στόματος μορφές υποκατάστατων, είναι πιο αποτελεσματικός από ό, τι η χρήση ενός και μόνο είδους υποκατάστατου νικοτίνης.

- η NRT μπορεί να περιλαμβάνει συνδυασμό, από του στόματος και επιδερμικών μορφών υποκατάστατων,
- η NRT μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε συνδυασμό με τη βουπροπιόνη ή τη νορτριπτυλίνη,
- η NRT δεν μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε συνδυασμό με τη βαρενικλίνη για τη διακοπή του καπνίσματος, διότι η βαρενικλίνη, ανταγωνίζεται τη φαρμακευτική νικοτίνη, όπως ακριβώς και τη νικοτίνη του καπνού. Ωστόσο, σε ασθενείς που συνεχίζουν να καπνίζουν λίγα τσιγάρα μετά από 2 έως 6 εβδομάδες λήψης βαρενικλίνης, δεν υπάρχει καμία αντένδειξη για την αντικατάσταση αυτών των τσιγάρων από την NRT. Θα πρέπει βεβαίως να σημειωθεί ότι εκλείπουν αποδεικτικά στοιχεία της εν λόγω στρατηγικής, η οποία, παρόλα ταύτα, εφαρμόζεται σε πολλούς ασθενείς.

### 4.2.1.4 Ενδείξεις

Η θεραπεία υποκατάστασης νικοτίνης προτείνεται σε κινητοποιημένους και μη κινητοποιημένους καταναλωτές προϊόντων καπνού, ως θεραπεία πρώτης γραμμής για τη διακοπή του καπνίσματος. Μπορεί επίσης να χρησιμοποιηθεί για ένα διάστημα για την ελάττωση του καπνίσματος, όταν η διακοπή δεν είναι δυνατή, ή αποδεκτή, από τον καταναλωτή προϊόντων καπνού. Ο ρόλος της στην πρόληψη της υποτροπής και στη διαχείριση της εξάρτησης από τον καπνό ενός ατόμου που διακόπτει το κάπνισμα, αλλά βιώνει έντονη επιθυμία να καπνίσει, αποτελεί αντικείμενο μελέτης.

### 4.2.1.5 Ελάττωση του καπνίσματος με υποκατάστατα νικοτίνης

Η ελάττωση του καπνίσματος με θεραπεία υποκατάστασης της νικοτίνης, συνιστάται μόνο για εξαρτημένους καπνιστές, για παράδειγμα καπνιστές στους οποίους ο μεγάλος αριθμός των νικοτινικών υποδοχέων και η απευαισθητοποίηση τους είναι ένας σημαντικός παράγοντας κατανάλωσης<sup>6</sup>, γεγονός

που εκφράζεται με αποτέλεσμα μεγαλύτερο του 3, ή ακόμα και του 6 στην κλίμακα Fagerström.

Η ελάττωση του καπνίσματος θα πρέπει να προτείνεται συστηματικά στους εξαιρετικά εθισμένους καπνιστές με αποτέλεσμα 7 ή περισσότερο στην κλίμακα Fagerström, που έχουν μια νόσο σχετική με το κάπνισμα και δεν είναι έτοιμοι να διακόψουν το κάπνισμα. Η ελάττωση του καπνίσματος δεν είναι μια υγιής εναλλακτική της διακοπής του. Η ελάττωση θα πρέπει να αποτελεί βήμα προς τη μεταγενέστερη διακοπή για τους καπνιστές που δεν μπορούν ή που δεν επιθυμούν να σταματήσουν να καπνίζουν. Ο στόχος παραμένει η ολοκληρωτική διακοπή του καπνίσματος.

Είναι εύλογο, αλλά όχι αποδεδειγμένο, ότι η ελάττωση του καπνίσματος επιφέρει μείωση των κινδύνων που σχετίζονται με την κατανάλωση προϊόντων καπνού:

- με την πτώση του μονοξειδίου του άνθρακα και την ελάττωση των εισπνεόμενων υπέρλεπτων σωματιδίων, είναι εύλογη μία μείωση του κινδύνου καρδιαγγειακών συμβαμάτων·
- με την ελάττωση των εισπνεόμενων υπέρλεπτων και ερεθιστικών σωματιδίων, μία αναχαίτιση στην επιδείνωση της ΧΑΠ καταδεικνύεται από τη μελέτη Lung Health Study<sup>7</sup>.

Ο δικαιολογημένος φόβος των ιατρικών αρχών, ο οποίος πρέπει να είναι και φόβος κάθε ιατρού, είναι να υπονοηθεί ότι υπάρχουν λιγότερα επικίνδυνα προϊόντα καπνού. Η καπνοβιομηχανία χρησιμοποιεί αυτά τα επιχειρήματα εδώ και χρόνια για να προωθήσει το κάπνισμα. «Υγιέστερα» τσιγάρα, τσιγάρα με χαμηλή περιεκτικότητα σε πίσσα, τσιγάρα με φίλτρο, ναργιλέδες και προϊόντα καπνού άνευ καύσης. Όλα αυτά είναι εξαπατήσεις. Όλα αυτά τα προϊόντα καπνού διατηρούν τον εθισμό των καταναλωτών στη νικοτίνη, διατηρώντας έτσι την αγορά καπνού. Υπήρξε επίσης ανησυχία, ότι η προτεινόμενη ελάττωση του καπνίσματος θα μείωνε το ποσοστό διακοπής. εν υπάρχουν δεδομένα να υποστηρίξουν αυτήν την ανησυχία· Έχει δε παρατηρηθεί ακόμη και το αντίθετο αποτέλεσμα. Ασθενείς που δεν είναι πρόθυμοι να διακόψουν το κάπνισμα, αλλά στους οποίους προτείνεται να ελαττώσουν το κάπνισμα, είναι πιο πιθανό να είναι εγκρατές μετά από έναν χρόνο σε σχέση με εκείνους που δεν τούς προτάθηκε να ελαττώσουν το κάπνισμα αλλά τούς παρουσιάστηκε η απόλυτη διακοπή του καπνίσματος ως η μοναδική λύση<sup>8</sup>.

Η ελάττωση του καπνίσματος προτείνεται σαν δευτερεύουσα επιλογή σε καπνιστές που είναι απρόθυμοι ή ανήμποροι να διακόψουν τελείως το κάπνισμα. Αυτή η στρατηγική είναι ιδιαίτερα χρήσιμη για εφαρμογή σε καπνιστές με νόσους σχετιζόμενες με το κάπνισμα. Οι αρχικές μελέτες που συνηγορούν στη διαμόρφωση των παραπάνω συμπερασμάτων, διεξήχθησαν σε ασθενείς με ΧΑΠ. Αν και η διακοπή του καπνίσματος είναι πάντα η καλύτερη λύση, η ελάττωση του καπνίσματος, στα πλαίσια μιας χρόνιας καταπραυντικής θεραπείας, μπορεί να προσφέρει διπλό όφελος στους καπνιστές που αντιστέκονται στη διακοπή του καπνίσματος:

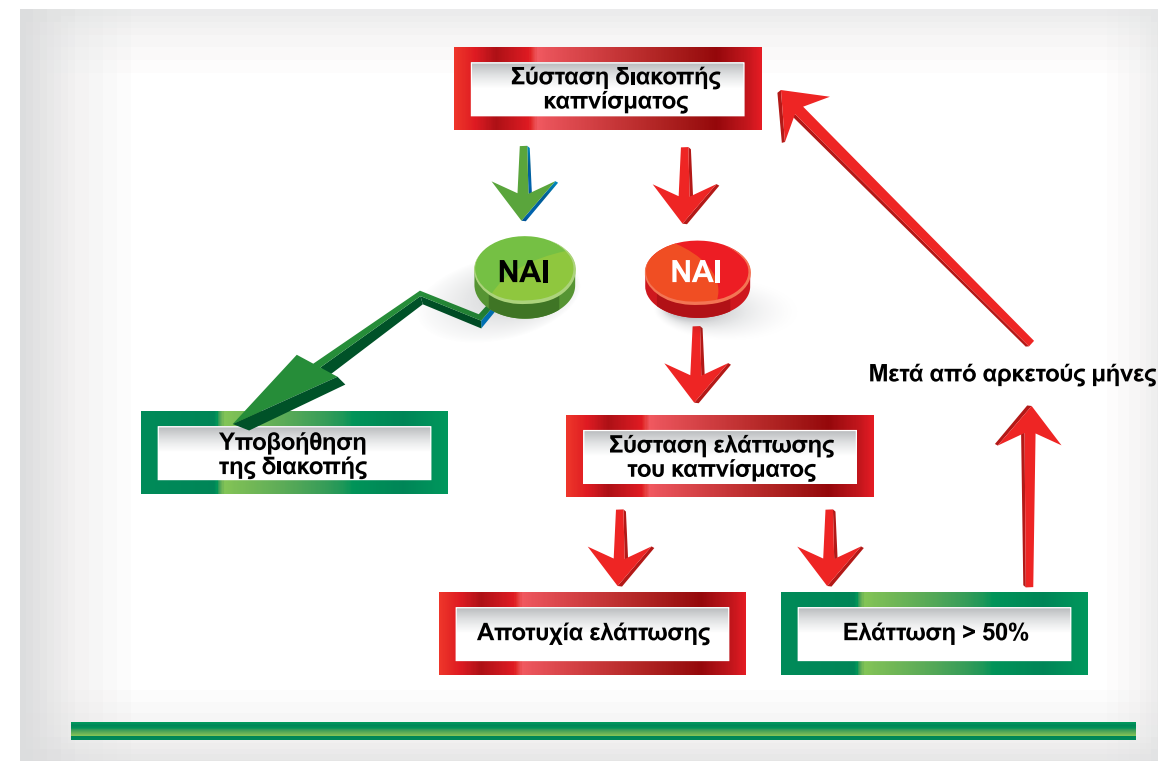
- την ελάττωση του καπνίσματος και, επομένως, τουλάχιστον μερικών από τους κινδύνους που σχετίζονται με το κάπνισμα·
  - την αύξηση της εμπιστοσύνη του ασθενή στην ικανότητά του/της να διακόψει τελείως το κάπνισμα και ταυτόχρονα, την αύξηση του αριθμού των αποπειρών διακοπής, μέσα στο έτος.
- Η θεραπεία υποκατάστασης νικοτίνης χρησιμοποιείται με σκοπό την ελάττωση του αριθμού των τσιγάρων που καταναλώνονται κάθε μέρα και άρα, αποσκοπεί στην άμβλυνση των επιβλαβών αποτελεσμάτων

των προϊόντων της καύσης του καπνού (άλλων εκτός της νικοτίνης).

Περισσότερη νικοτίνη διοχετεύεται με έναν πιο σταδιακό τρόπο, άρα με λιγότερη διατήρηση του εθισμού.

Η φαρμακευτική νικοτίνη θα πρέπει να αυξάνεται σταδιακά, μέχρι τη μείωση τουλάχιστον κατά 50% του αριθμού των τσιγάρων που καταναλώνονται και μπορεί τέλος να μεγιστοποιηθεί, για να επιφέρει την διακοπή (Εικόνα 16).

**Εικόνα 15: Στρατηγική ελάττωσης του καπνίσματος**



#### 4.2.1.6 Κλινικές εφαρμογές

Υποκατάστατα νικοτίνης με τη μορφή επιδερμικών επιθεμάτων Το επιδερμικό επίθεμα, αναπτύχθηκε για να αποφύγει τις δυσκολίες που σχετίζονται με τη χρήση της τσίκλας. Έχει επίσης το πλεονέκτημα ότι παρέχει πιο σταθερές συγκεντρώσεις της νικοτίνης, ευνοϊκότερες για τη διακοπή του καπνίσματος,



αλλά λιγότερο ευνοϊκές από τις από του στόματος μορφές υποκατάστατων, ως προς την αντιμετώπιση της επείγουσας ανάγκης για νικοτίνη.

Η νικοτίνη που περιέχεται στο επιδερμικό επίθεμα, χορηγείται σταδιακά μέσω του δέρματος και του υποδόριου ιστού, μεταναστεύοντας από το δέρμα στο αίμα και τον εγκέφαλο. Ακόμα και όταν το επίθεμα νικοτίνης έχει αφαιρεθεί, η νικοτίνη συνεχίζει να κατανέμεται από το δέρμα στον εγκέφαλο.

Το επίθεμα επιτρέπει τη συμμόρφωση λόγω της ευκολίας χρήσης. Για τη μείωση του κινδύνου της τοπικής δερματικής αντίδρασης, ο χρήστης πρέπει να αλλάζει το σημείο εφαρμογής του επιθέματος καθημερινά, εναλλάσσοντας σημεία στα χέρια, τους ώμους και το στήθος. Υπάρχουν επιθέματα προς χρήση για 24 ώρες, με δυνατότητα διοχέτευσης μέγιστης δόσης 21 mg νικοτίνης ανά ημέρα και, άλλα, προς χρήση για 16 ώρες που διοχετεύουν μια μέγιστη δόση 25 mg νικοτίνης. Έτσι τα συστήματα 21 mg/24h διοχετεύουν περίπου 0,9 mg νικοτίνης ανά ώρα, ενώ τα συστήματα 25 mg/16h διοχετεύουν 1,4 mg / h (Πίνακας 6)..

**Πίνακας 6: Ισοδυναμία της νικοτίνης που διοχετεύεται από τα επιδερμικά επιθέματα, στις 16 και 24 ώρες.**

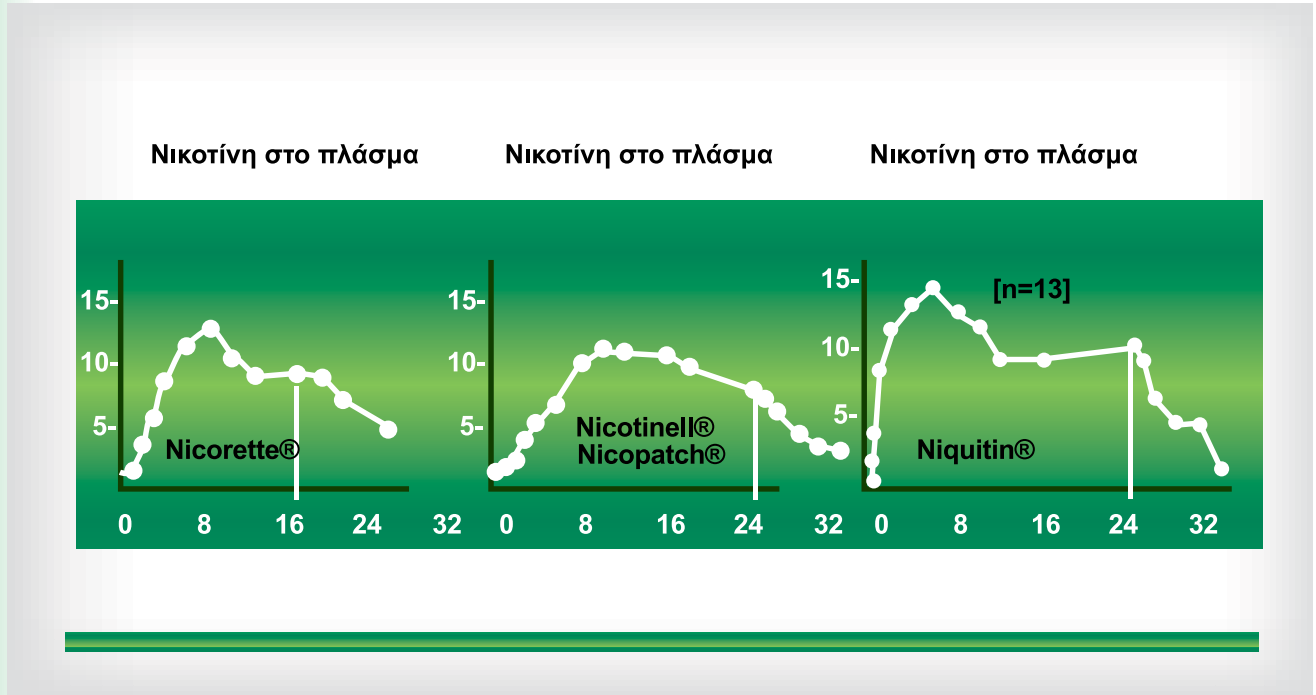
	0.3 mg/h	0.6 mg/h	0.9 mg/h	1,6 mg/h
16 ώρες	5mg	10 mg	15 mg	25 mg
24 ώρες	7 mg	14 mg	21 mg	

**Τύποι επιδερμικών επιθεμάτων**

Όλα τα επιδερμικά επιθέματα βασίζονται στην ίδια αρχή, αλλά έχουν μικρές διαφορές στην φαρμακοκινητική (Εικόνα 16).

Κάθε μορφή επιθέματος, έχει έτσι μικρά πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα. Είναι βεβαίως δυνατή η ρύθμιση της θεραπείας εξατομικευμένα, για κάθε ασθενή.

**Εικόνα 16: Φαρμακοκινητική της νικοτίνης επί 24 ώρες, ανάλογα με τον τύπο επιθέματος που χρησιμοποιείται (σύμφωνα με τον Benowitz, 1993)**



**Πώς πρέπει να εφαρμόζονται τα επιδερμικά επιθέματα**

Το επίθεμα εφαρμόζεται το πρωί, πριν ή μετά το ντους (προσέχοντας να μην χρησιμοποιηθούν επιφανειακά ενεργές δραστικές ουσίες που μειώνουν την απορρόφηση της νικοτίνης). Ο ασθενής θα πρέπει να αποφεύγει να τοποθετεί τα επιθέματα σε περιοχές του σώματος που εφαρμόζεται μεγάλη πίεση. Εάν το επίθεμα αποκολληθεί κατά τη διάρκεια της ημέρας, είναι δυνατόν να επαναχρησιμοποιηθεί το ίδιο επίθεμα, με την εφαρμογή π.χ. ενός τσιρότου.

**Γενική ανοχή στα επιδερμικά επιθέματα**

Όπως σε όλα τα προϊόντα υποκατάστασης νικοτίνης, η ανοχή στα επιθέματα είναι πολύ καλύτερη στους εξαιρετικά εθισμένους καπνιστές και δεν εκδηλώνονται συνήθως ανεπιθύμητες ενέργειες, ακόμη και με τη χρήση πολλαπλών επιθεμάτων. Αντίθετα, σε ένα μη καπνιστή, η χρήση ενός επιθέματος μπορεί να παράγει σχεδόν σταθερές ανεπιθύμητες ενέργειες, οι οποίες είναι δοσοεξαρτώμενες και συνδέονται στενά με τα συμπτώματα στέρησης.

Μία χαρακτηριστική ανεπιθύμητη ενέργεια, που συνδέεται ειδικά με το επίθεμα, είναι η αλλεργική αντίδραση του δέρματος: είναι συχνή η ερυθρότητα, ως δερματική αντίδραση στο επίθεμα, η οποία, συχνά, εκφράζει ερεθισμό.

Ωστόσο, είναι πιθανή η εμφάνιση συστηματικής αλλεργικής αντίδρασης σε ορισμένους ασθενείς, αλλεργικούς στα αυτοκόλλητα επιθέματα. Έτσι, οι θεράποντες ιατροί οφείλουν να ρωτούν για τυχόν πιθανές αλλεργίες σε αυτοκόλλητα επιθέματα. Εάν τα συμπτώματα είναι μέτρια, είναι δυνατόν να χρησιμοποιηθεί άλλος εμπορικός τύπος επιθέματος, αφού διαφορετικά επιθέματα χρησιμοποιούν διαφορετικά υλικά. Εάν μετά την εφαρμογή του επιθέματος λάβει χώρα μια δερματική αντίδραση, αφαιρέστε το έμπλαστρο και εγκαταλείψτε τη χρήση, εκτός πολύ συγκεκριμένων περιπτώσεων.

#### Από του στόματος υποκατάστατα νικοτίνης

Πολλών ειδών από του στόματος υποκατάστατα νικοτίνης είναι διαθέσιμα στην αγορά. Συνήθως, υπάρχουν τέσσερις από του στόματος μορφές:

- τσίκλες,
- υπογλώσσια δισκία,
- παστίλιες, οι οποίες είναι η πιο πρόσφατη προσθήκη,
- συσκευές εισπνοής, οι οποίες μοιάζουν με ανταλλακτικά φίλτρα τσιγάρων και περιέχουν νικοτίνη για αργή απορρόφηση από το στόμα.

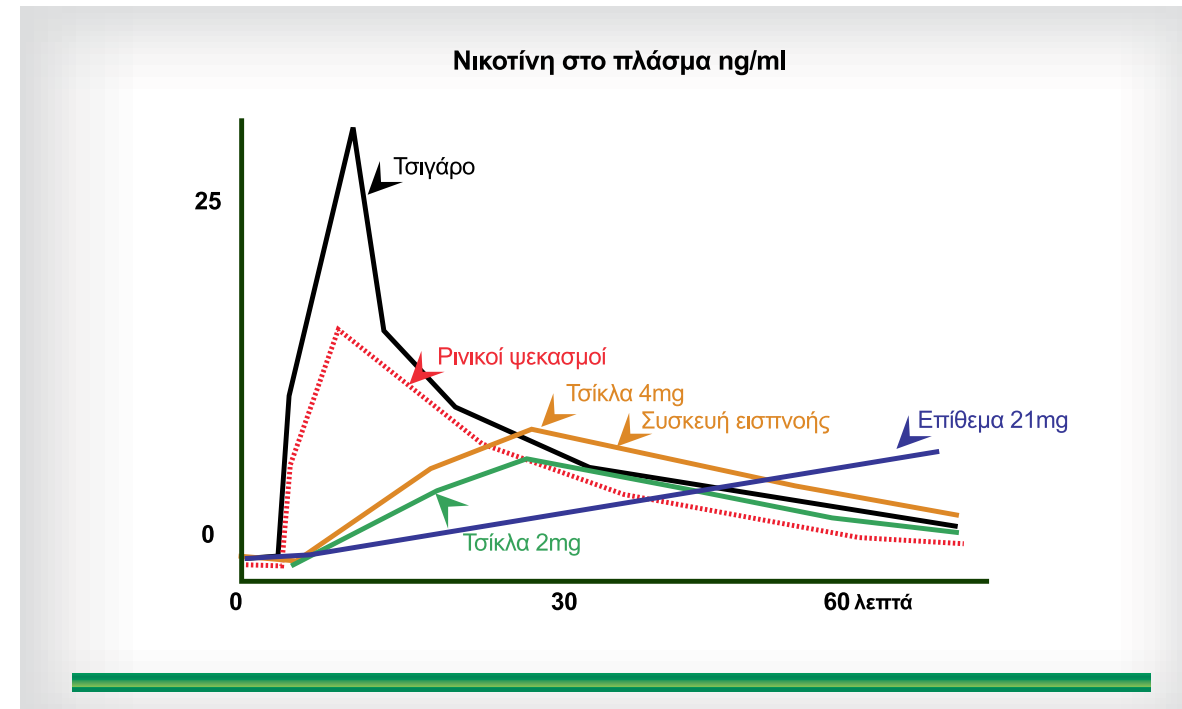
Όλα αυτά τα προϊόντα υποκατάστασης νικοτίνης απορροφώνται μέσω του στοματικού βλεννογόνου. Η απορρόφηση της νικοτίνης μέσω του στοματικού βλεννογόνου είναι δυνατή, μόνο όταν το pH του στόματος είναι ουδέτερο, οπότε ο ασθενής θα πρέπει να αποφεύγει τα γεύματα ή τα ποτά, ειδικά τα αναψυκτικά (τα οποία είναι όξινα), 30 λεπτά πριν από τη λήψη της από του στόματος μορφής θεραπείας υποκατάστασης νικοτίνης.

Η ποσότητα του σιέλου που απορροφάται στο στομάχο, πρέπει να ελαχιστοποιηθεί όσο το δυνατόν περισσότερο, επειδή μπορεί να προκαλέσει ερεθισμό και λόξυγκα. Η αυξημένη σιελόρροια και η κατάποση του σιέλου είναι ιδιαίτερα σημαντικές επί χρήσης τσίκλας από τους καπνιστές που δεν έχουν ξαναχρησιμοποιήσει τσίκλες και μασούν πολύ γρήγορα.

#### Βιοδιαθεσιμότητα των από του στόματος σκευασμάτων νικοτίνης

Η νικοτίνη απορροφάται μέσω του βλεννογόνου του στόματος όταν αρχίζει η μάσηση, αλλά και καθ' όλη τη διάρκειά της, ενώ συνεχίζεται και μετά από λίγα λεπτά (15 έως 30) (εικόνα 17).

**Εικόνα 17 : Φαρμακοκινητική και επίπεδα νικοτίνης στο αρτηριακό αίμα, μετά την κατανάλωση ενός τσιγάρου ή διαφορετικών υποκατάστατων νικοτίνης**



Η προοδευτική αύξηση της ποσότητας νικοτίνης στο αρτηριακό αίμα είναι πολύ λιγότερο απότομη από ότι επιτυγχάνεται με το κάπνισμα τσιγάρου ή το ρινικό εναιώρημα (ψεκασμοί), εξηγώντας έτσι, γιατί είναι προτιμότερο να διατηρείται ένα ορισμένο επίπεδο συγκέντρωσης νικοτίνης με συνεχείς δόσεις, έτσι ώστε αν υπάρξει μια ξαφνική επιθυμία για νικοτίνη, το από του στόματος υποκατάστατο να χρειάζεται μόνο να παράσχει ελάχιστη πρόσθετη προσαρμογή στις συγκεντρώσεις νικοτίνης στον ορό. Κατά τις αιχμές (peaks) συγκέντρωσης νικοτίνης που επάγονται από τη μάσηση της τσίκλας, είναι δυνατόν να επέλθει κατάληψη των νικοτινικών υποδοχέων για λίγα λεπτά, πέρα από το επίπεδο του κορεσμού, κάτι που μπορεί να προκαλέσει απευαισθητοποίηση των υποδοχέων αυτών και την αφύπνιση νέων υποδοχέων, οι οποίοι μπορεί να διατηρηθούν στο χρόνο.

Έτσι, ερμηνεύεται το γεγονός ότι, μερικοί ασθενείς, δυσκολεύονται να σταματήσουν τη χρήση της τσίκλας έξι μήνες ή ένα χρόνο ή και ακόμη περισσότερο, μετά την ενδεδειγμένη ημερομηνία διακοπής του σκευάσματος. Ωστόσο, είναι εντελώς εσφαλμένο να υποστηρίζεται ότι η τσίκλα εθίζει τους ασθενείς στη νικοτίνη. Το τσιγάρο είναι αυτό το οποίο έχει προκαλέσει τον εθισμό.



Είναι αλήθεια βέβαια, ότι η από του στόματος λήψη νικοτίνης, συμβάλλει στη διατήρηση της εξάρτησης από τη νικοτίνη στις προαναφερθείσες περιπτώσεις.

Ένα τέτοιο φαινόμενο δεν υφίσταται, για παράδειγμα, με τα επιθέματα, τα οποία εμφανίζουν τη λιγότερο απότομη φαρμακοκινητική καμπύλη νικοτίνης, με μικρότερες πιθανότητες επαναφοράς σε κατάσταση εξάρτησης, αλλά με το κόστος της εμφάνισης της έντονης επιθυμίας, σε συγκεκριμένες ώρες της ημέρας. Πρέπει να σημειωθεί, ότι δεν διοχετεύεται στο στόμα όλη η ποσότητα νικοτίνης που περιέχεται στην τσίκλα. Ηλαδή, τα 2 mg νικοτίνης της τσίκλας δεν διοχετεύονται ολόκληρα στο στοματικό βλεννογόνο και το αίμα, παρά λιγότερο από 1,5 mg αυτών, με παραλλαγές από τον έναν εμπορικό τύπο στον άλλο (όλες οι μορφές τσίκλας περιέχουν 1.5 mg έως 2 mg, οιονεί βιοϊσοδύναμα με 2 mg). Οι μεμονωμένες παραλλαγές, εξαρτώνται επίσης σε μεγάλο βαθμό από τον τρόπο μάσησης της τσίκλας. Οι διακυμάνσεις της κινητικής μεταξύ των ασθενών, είναι γενικά μεγαλύτερες στην περίπτωση των επιθεμάτων σε σύγκριση με τις από του στόματος μορφές, αλλά είναι πολύ λιγότερο σημαντικές από ότι στην περίπτωση του τσιγάρου.

Ακόμη και το κάπνισμα από τη μια στιγμή της ημέρας στην άλλη, μπορεί να οδηγήσει σε δόσεις νικοτίνης που κυμαίνονται, αναλογικά, από το 1 έως το 5, μετά από κάπνισμα του ίδιου ακριβώς τύπου τσιγάρου. Αυτές οι κινητικές μεταβολές δεν είναι τόσο σημαντικές στην πράξη, επειδή η δόση των από του στόματος μορφών προσδιορίζεται από τον ασθενή, ο οποίος λαμβάνει την ποσότητα που απαιτείται για να κατευνάσει την έντονη επιθυμία του για νικοτίνη.

Σε κάθε περίπτωση, πρέπει να καταστεί σαφές στον ασθενή, ότι η τσίκλα νικοτίνης δεν θα πρέπει να χρησιμοποιείται ως συνηθισμένη τσίκλα, αλλά, αντιθέτως, θα πρέπει να μασιέται αργά, καθώς επίσης και ότι το σάλιο δεν πρέπει να καταπίνεται.

#### **Διαθέσιμη τσίκλα νικοτίνης**

Η τσίκλα νικοτίνης υπάρχει σε δοσολογίες των 2 mg έως 4 mg. Η τσίχλα των 2 mg διατίθεται σε καπνιστές χαμηλού και μεσαίου επιπέδου εξάρτησης, ενώ η τσίχλα των 4 mg σε καπνιστές υψηλού επιπέδου εξάρτησης (με αποτέλεσμα 7 ή περισσότερο στην κλίμακα Fagerström). Η τσίκλα έχει είτε φυσική γεύση, ή γεύση μέντας, κανέλας, πορτοκαλιού ή φρούτων.

#### **Λήψη της τσίχλας νικοτίνης**

Η μάσηση της τσίχλας νικοτίνης απαιτεί καλή τεχνική, προκειμένου να είναι αποτελεσματική και να αποφεύγονται οι ανεπιθύμητες ενέργειες: πόνος στο στόμα, τις γνάθους, επιγαστραλγία ή λόξυγκας. Η τσίχλα που λαμβάνεται από το στόμα μασιέται μία ή δύο φορές, στη συνέχεια τοποθετείται ανάμεσα στο μάγουλο και τα ούλα για 3 λεπτά και στη συνέχεια μασιέται μία φορά το λεπτό για είκοσι λεπτά. Μόλις ολοκληρωθεί αυτή η διαδικασία, η τσίχλα θα πρέπει να απορρίπτεται μακριά από τα παιδιά, γιατί, όπως και τα τσιγάρα, είναι προϊόν που περιέχει νικοτίνη.

#### **Υπογλώσσια δισκία**

Αυτά τα δισκία των 2 mg είναι μικρά, μη επικαλυμμένα δισκία, που πρέπει να τοποθετούνται κάτω από τη γλώσσα. εν έχουν καμία γεύση, ενώ είναι δυνατόν να προκαλέσουν νυγμώδη άλγη. Εφόσον ο χρήστης δεν χρειάζεται να μασήσει τα δισκία, αποφεύγεται η υπερβολική έκκριση σιέλου (η οποία μπορεί να προκαλέσει λόξυγκα). Τα δισκία λιώνουν στο στόμα σε 15-30 λεπτά.

#### **Παστίλιες**

Οι παστίλιες είναι διαθέσιμες σε δοσολογίες από 1 έως 4 mg και, η από του στόματος απορρόφηση, είναι καλύτερη από την τσίκλα. Η χορήγηση είναι απλή, καθώς είναι επικαλυμμένες με μεμβράνη. Καταναλώνονται αργά χωρίς μάσηση.

#### **Συσκευές εισπνοής**

Μια συσκευή εισπνοής, αποτελείται από ένα λευκό πλαστικό σωλήνα που μοιάζει με ανταλλακτικό φίλτρο τσιγάρου, που ανοίγει για να τοποθετηθεί ένα φυσιγγίο νικοτίνης. Καθώς εισπνέει ο ασθενής, όπως ακριβώς κάνει ο καπνιστής με το τσιγάρο, μία μικρή ποσότητα νικοτίνης διοχετεύεται στο βλεννογόνο του στόματος όπου απορροφάται. Τα φυσιγγία περιέχουν 10 mg νικοτίνης. Ορισμένοι βαρείς καπνιστές καταναλώνουν το φυσιγγίο μέσα σε μια ώρα· άλλοι μπορούν να χρησιμοποιούν την ίδια συσκευή εισπνοών όλη την ημέρα και να μην έχουν ακόμα τελειώσει το φυσιγγίο έως το βράδυ. Αυτή η μορφή υποκατάστασης διατηρεί τις ίδιες «ενέργειες-χειρονομίες» που γίνονται για το κάπνισμα ενός τσιγάρου, καθώς και τη λήψη νικοτίνης μέσω αυτού.

#### **Ρινικοί ψεκασμοί**

Οι ρινικοί ψεκασμοί που χορηγούνται με ιατρική συνταγή, είναι διαθέσιμοι σε ορισμένες χώρες. Έχουν το πλεονέκτημα ότι είναι πολύ αποτελεσματικοί στην καταστολή των συμπτωμάτων στέρησης. Έχουν δύο σημαντικά μειονεκτήματα: το πρώτο είναι ότι προκαλούν ρινικό ερεθισμό (μερικές φορές εκτεταμένο), το δεύτερο είναι ότι διοχετεύουν νικοτίνη στον εγκέφαλο απότομα, σχεδόν τόσο γρήγορα όσο το τσιγάρο, γεγονός που εξηγεί τον επίμονο εθισμό σε αυτό το προϊόν.

#### **4.2.1.7 Οδηγίες συνταγογράφησης**

##### **Επιλογή της αρχικής δόσης θεραπείας υποκατάστασης της νικοτίνης**

Η αρχική δόση των προϊόντων υποκατάστασης νικοτίνης μπορεί εύκολα να προσδιοριστεί από την ποσότητα των προϊόντων καπνού που καταναλώνεται ημερησίως και το χρόνο που μεσολαβεί από την αφύπνιση, έως το πρώτο τσιγάρο (Εικόνα 18).

Για τους λιγότερο εξαρτημένους καταναλωτές προϊόντων καπνού, δεν απαιτείται φαρμακευτική αγωγή, ενώ για τους περισσότερο εξαρτημένους, μπορεί να απαιτηθούν δύο επιθέματα, ή από του στόματος μορφές υποκατάστασης της νικοτίνης.



**Εικόνα 18: Προτεινόμενες αρχικές δόσεις θεραπείας υποκατάστασης νικοτίνης (NRT) για τη διακοπή του καπνίσματος (πηγή: INPES, Γαλλία)**

Κάπνισμα	<10 τσιγάρα/ημέρα	10 - 19 τσιγάρα/ημέρα	20 - 30 τσιγάρα/ημέρα	> 30 τσιγάρα/ημέρα
όχι κάθε μέρα	χωρίς φάρμακα ή από του στόματος NRT	χωρίς φάρμακα ή από του στόματος NRT		
όχι κατά τις πρωινές ώρες	χωρίς φάρμακα ή από του στόματος NRT	χωρίς φάρμακα ή από του στόματος NRT	από του στόματος NRT	
<60 λεπτά μετά την αφύπνιση	χωρίς φάρμακα ή από του στόματος NRT	από του στόματος NRT	επίθεμα σε υψηλή δόση (0,9 mg/h)	επίθεμα σε υψηλή δόση (0,9 mg/h) ± από του στόματος NF
<30 λεπτά μετά την αφύπνιση		επίθεμα σε υψηλή δόση (0,9 mg/h)	επίθεμα σε υψηλή δόση (0,9 mg/h) ± από του στόματος NRT	επίθεμα σε υψηλή δόση (0,9 mg/h) ± από του στόματος NF
<5 λεπτά μετά την αφύπνιση		επίθεμα σε υψηλή δόση (0,9 mg/h) ± από του στόματος NRT	επίθεμα σε υψηλή δόση (0,9 mg/h) ± από του στόματος NRT	2 επίθεμα σε υψηλή + μέση δόση = 16 mg/h ± από του στόματος NF

Φυσικά, οι συγκεντρώσεις νικοτίνης, η κοτινίνη στα ούρα ή τα επίπεδα μονοξειδίου του άνθρακα στον εκπνεόμενο αέρα, μπορούν μερικές φορές να συμβάλουν σε μια ακριβέστερη προσαρμογή της δοσολογίας. Ωστόσο, ο παραπάνω πίνακας προτείνει δοσολογία που συχνά προσεγγίζει ακριβέστερα την τελική.

**Συνάφεια των υποκατάστατων νικοτίνης**

Το κλειδί για τη διακοπή του καπνίσματος, είναι η υποκατάσταση της νικοτίνης σε επίπεδο κοντά σε αυτό που λαμβανόταν από το τσιγάρο (80 - 90%). Η ποσότητα αυτή είναι δύσκολο να καθοριστεί εκ των προτέρων, επειδή, με την κατανάλωση ενός, συγκεκριμένου τύπου τσιγάρου, μερικοί καπνιστές είναι 10 φορές περισσότερο εξαρτημένοι από τη νικοτίνη σε σχέση με άλλους, οι οποίοι καταναλώνουν το ίδιο προϊόν. Η ποσότητα της νικοτίνης που παρέχεται από το ισχυρότερο επίθεμα είναι, για πολλούς καπνιστές, παρόμοια με εκείνη που παρέχεται από ένα πακέτο τσιγάρα, αλλά για ορισμένες, σπάνιες περιπτώσεις καπνιστών, πρόκειται να αποτελέσει υπερβολική ποσότητα νικοτίνης, ενώ για άλλους δεν θα είναι επαρκής.

Όταν απαιτείται υψηλή δόση νικοτίνης, η πιο συχνά συνιστώμενη μέθοδος είναι ο συνδυασμός επιθεμάτων και από του στόματος υποκατάστατων ή η χρήση περισσότερων του ενός επιθεμάτων. Είναι δυνατός ο συνδυασμός επιθέματος με από του στόματος υποκατάστατα, σε μορφή κλιμακούμενης χορήγησης, για την ανακούφιση της έντονης επιθυμίας που μπορεί να επιμένει, όπως γίνεται και για την ανακούφιση του έντονου πόνου των ασθενών με νεοπλασίες, στους οποίους χορηγείται μορφίνη μακροπρόθεσμα, δίδοντάς τους την ευκαιρία να επωφεληθούν από την κλιμακούμενη δοσολογία, για την ανακούφιση από τον επίμονο πόνο.

Εφ' όσον ο καπνιστής έχει έντονη επιθυμία για νικοτίνη, δεν προκύπτει κανένας κίνδυνος από το συνδυασμό επιθεμάτων και από του στόματος υποκατάστατων. Συγκεκριμένα δε, ο συνδυασμός υποκατάστατων νικοτίνης είναι λιγότερο επικίνδυνος από το συνδυασμό τσιγάρων και πούρων. Ρύθμιση της δόσης μετά από 24-72 ώρες Η διαθεσιμότητα των μεταβλητών δόσεων των από του στόματος υποκατάστατων, επιτρέπει την άμεση προσαρμογή των δόσεων νικοτίνης. Οι καπνιστές, είναι συνήθως διστακτικοί και φοβούνται τα φαρμακευτικά σκευάσματα νικοτίνης, αφού για χρόνια λαμβάνουν υψηλότερες δόσεις νικοτίνης καταναλώνοντας προϊόντα καπνού. Συχνά δε, επιχειρούν μόνοι τους και για αρκετές δεκαετίες τιτλοποίηση των συγκεντρώσεων νικοτίνης, με ρύθμιση του αριθμού των τσιγάρων που καταναλώνουν, αλλά και της έντασης της κατανάλωσης, ώστε να προσαρμόζουν εκ νέου τις συγκεντρώσεις της νικοτίνης, ανάλογα με τα μεταβαλλόμενα επίπεδα κορεσμού των υποδοχέων νικοτίνης των νευρώνων τους. Πρέπει να εντοπίζονται έγκαιρα τα σημεία υπερδοσολογίας (σπάνια) και τα σημεία υποδοσολογίας (συχνά).

**Σημεία υπερδοσολογίας**

Δεν υπάρχει υπερδοσολογία νικοτίνης, όταν η έντονη επιθυμία επιμένει. Σε έναν ασθενή που δε διαθέτει καμία επιθυμία να καπνίσει, η υπερδοσολογία έχει ως αποτέλεσμα την εντύπωση ότι έχει καπνίσει πάρα πολύ και συνοδεύεται από ναυτία και ταχυκαρδία. Αυτά τα σημεία είναι παροδικά και η εμφάνισή τους, απαιτεί παύση της χορήγησης για λίγες ώρες και συνέχιση της θεραπείας με μειωμένη δόση.

**Σημεία υποδοσολογίας**

Οι καπνιστές με σημεία υποδοσολογίας εκδηλώνουν:

- έντονη επιθυμία να καπνίσουν,
- ακραία νευρική κατάσταση στο περιβάλλον τους,
- έντονη επιθυμία για φαγητό, που τους οδηγεί να καταναλώνουν μικρές ποσότητες τροφής,
- δυσκολία στον ύπνο (αλλά όχι ειδική)10
- συχνά συνεχίζουν να καπνίζουν λίγα τσιγάρα.

Είναι συχνά χρήσιμο να καθοδηγούνται οι καπνιστές σε τακτικές προσαρμογές της δοσολογίας:

- με την παροχή πληροφοριών, έτσι ώστε να μπορούν να προσαρμόζουν οι ίδιοι τη δοσολογία στις περισσότερες περιπτώσεις,
- ζητώντας τους να καλέσουν για τηλεφωνική υποστήριξη κάθε 24-72 ώρες ,

- συμβουλεύοντάς τους να καλέσουν κάποια τηλεφωνική γραμμή ή άλλου είδους υποστήριξη για τη διακοπή του καπνίσματος που μπορεί να βοηθήσει στη ρύθμιση της δόσης και να παρέχει περισσότερες συμβουλές. Εάν ο ασθενής, παρά τη χρήση ενός επιθέματος, λαμβάνει περισσότερες των 8-10 δόσεων, από του στόματος υποκατάστατων ή καπνίζει περισσότερα τσιγάρα την ημέρα, είναι καλύτερο να εφαρμοστεί και ένα δεύτερο επίθεμα για να διασφαλιστεί η σταθερή παροχή νικοτίνης.

#### 4.2.1.8 Αντενδείξεις

Δεν υπάρχουν αντενδείξεις για τα υποκατάστατα νικοτίνης, εκτός από τις περιπτώσεις αλλεργίας (σπάνιο για τους χρήστες επιθεμάτων και κατ' εξαίρεση για τους χρήστες από του στόματος υποκατάστατων). Σε ορισμένες χώρες η εγκυμοσύνη θεωρείται ως αντένδειξη. Φυσικά, η θεραπεία υποκατάστασης της νικοτίνης δεν ενδείκνυται για τους μη καπνιστές. Προφυλάξεις πρέπει να λαμβάνονται στις περιπτώσεις των παιδιών κάτω των 18 ή 15 ετών, των πρόσφατων σοβαρών καρδιακών επεισοδίων, και της εγκυμοσύνης.

Οι προφυλάξεις αυτές πρέπει να σταθμίζονται ανάλογα με τον ιδιαίτερα υψηλό κίνδυνο της υποτροπής και υπό το πρίσμα των συνθηκών συνοσηρότητας του ασθενούς (50% των καταναλωτών προϊόντων καπνού πεθαίνουν εξαιτίας νόσου που σχετίζεται με το κάπνισμα).

#### 4.2.1.9 Ανεπιθύμητες ενέργειες, προφυλάξεις, προειδοποιήσεις, αλληλεπιδράσεις φαρμάκων

Οι κίνδυνοι των φαρμακευτικών σκευασμάτων νικοτίνης, που εκπορεύονται από την ίδια την ουσία, είναι παρόμοιοι με εκείνους που επιφυλάσσει η νικοτίνη του καπνού, ενώ δεν υπάρχει διαφορά μεταξύ του κινδύνου από την πρόσληψη της νικοτίνης του καπνού και του κινδύνου από την πρόσληψη της νικοτίνης των υποκαταστάτων. Ωστόσο, η πρόσληψη των φαρμακευτικών σκευασμάτων νικοτίνης, προλαμβάνει τη λήψη εκατοντάδων άλλων δηλητηριωδών ουσιών που εμπεριέχονται στον καπνό και, έτσι, αποδίδει ένα συνολικό όφελος για την υγεία σε σύγκριση με την κατανάλωση προϊόντων καπνού. Η υποστροφή της φλεγμονής που προκαλείται από τη διακοπή της κατανάλωσης προϊόντων καπνού, οδηγεί σε μεταβολές στη φαρμακοκινητική ορισμένων φαρμάκων και συστήνεται να αξιολογείται εκ νέου η θεραπεία με θεοφυλλίνη, βαρφαρίνη, κλπ.

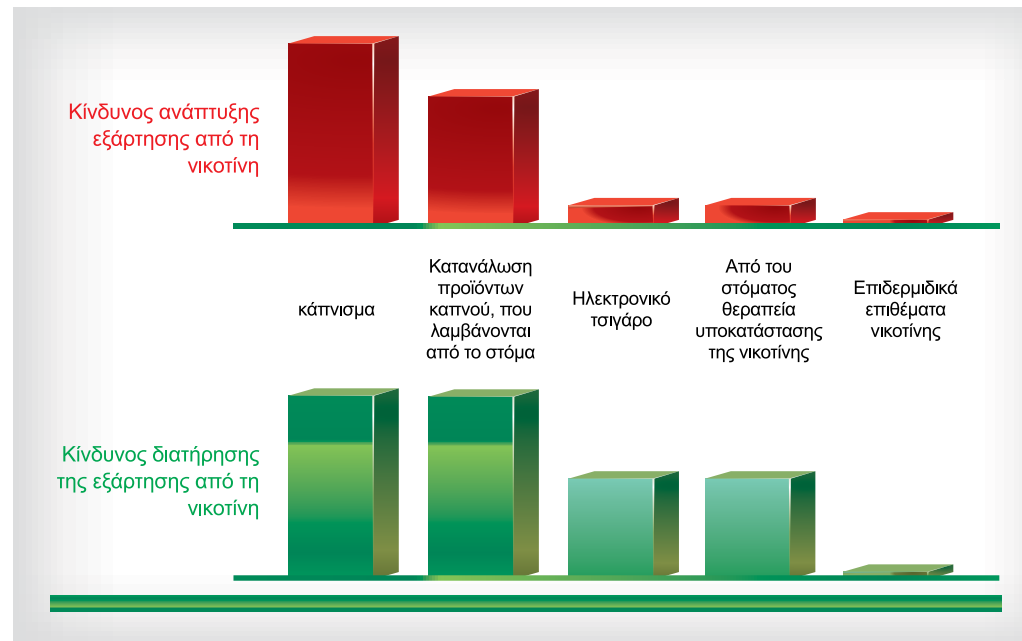
#### Κίνδυνος εξάρτησης από τα χορηγούμενα από του στόματος υποκατάστατα

Υπάρχει κίνδυνος να διατηρηθεί ο εθισμός στη νικοτίνη με τη χρήση από του στόματος υποκατάστατων νικοτίνης. Ωστόσο, ο συνολικός κίνδυνος για την υγεία είναι σημαντικά χαμηλότερος με την NRT από ότι με την κατανάλωση προϊόντων καπνού. εν πρόκειται για κίνδυνο έναρξης εθισμού στη νικοτίνη, αλλά μάλλον για κίνδυνο διατήρησης της εξάρτησης, λόγω της χορήγησης των από του στόματος υποκατάστατων της NRT. Με την από του στόματος NRT, θα μπορούσε να υπάρξει ένα μικρό επίπεδο υπερχείλισης (overflow level) της νικοτίνης στον εγκέφαλο, που μπορεί να οδηγήσει στην εμμονή του εθισμού σε ορισμένους καπνιστές μετά τη διακοπή του καπνίσματος.

Θεραπεία της Εξάρτησης από τον Καπνό

Ο κίνδυνος εθισμού είναι υψηλότερος για το κάπνισμα, πολύ χαμηλότερος για τα προϊόντα καπνού που λαμβάνονται από το στόμα, χαμηλότερος για το ηλεκτρονικό τσιγάρο κι ακόμα χαμηλότερος για την από του στόματος θεραπεία υποκατάστασης της νικοτίνης, ενώ ουσιαστικά απουσιάζει για τα επιθέματα νικοτίνης (Εικόνα 19).

**Εικόνα 19: Αξιολόγηση του κινδύνου ανάπτυξης του εθισμού και της διατήρησης της εξάρτησης από τη νικοτίνη, ανά προϊόν**



Σε άτομα που κάνουν χρόνια χρήση της τσίκλας νικοτίνης, δεν προκύπτει κανένα σοβαρό ιατρικό πρόβλημα, ακόμη κι αν ο ασθενής παραμένει υπό θεραπεία για μήνες ή και χρόνια.

Ωστόσο, μετά από λίγο, ο ασθενής εκφράζει δυσαρέσκεια, η οποία οφείλεται στη δυσάρεστη αίσθηση που προκαλεί η μάσηση της τσίκλας στα ούλα. Μπορείτε να βοηθήσετε τον ασθενή, καταγράφοντας τις χρονικές στιγμές που ο ίδιος καταναλώνει την τσίκλα, όπως για παράδειγμα, σε περιπτώσεις που η τσίκλα καταναλώνεται ώστε ο ασθενής να διαχειριστεί τα συναισθήματά του με συστηματικό τρόπο, με σκοπό να καλύψει το κενό μιας μόνιμης έλλειψης (αυτής του τσιγάρου).

Σε ορισμένες περιπτώσεις, όταν τα επιθέματα αντικαθίστανται με από του στόματος υποκατάστατα, είναι δυνατή η εξάλειψη των αιχμών (peaks) συγκέντρωσης νικοτίνης στο αίμα και μπορεί να επιτευχθεί η πλήρης αποχή από τη νικοτίνη.





### Κίνδυνοι της θεραπείας υποκατάστασης της νικοτίνης

Η θεραπεία υποκατάστασης της νικοτίνης μπορεί να έχει ανεπιθύμητες ενέργειες, όπως αλλεργικές ή μη αλλεργικές αντιδράσεις. Αυτά τα φαινόμενα είναι συνήθως καλοήθη. Μερικές φορές είναι δύσκολο να γνωρίζουμε ποιες ανεπιθύμητες ενέργειες σχετίζονται με την αλλαγή στην καπνιστική συνήθεια ή την αλλαγή του τρόπου ζωής και ποιες οφείλονται πραγματικά στο φάρμακο.

Στην περίπτωση της αλλεργίας, είναι πάντα δυνατόν να είναι κάποιος αλλεργικός στο ίδιο το υποκατάστατο νικοτίνης, αλλά ο κίνδυνος αυτός είναι εξαιρετικά ασυνήθιστος και περισσότερο θεωρητικός παρά πρακτικός· ωστόσο, υπάρχει πράγματι πιθανότητα αλλεργικής αντίδρασης στα επιθέματα, και συγκεκριμένα στις κολλητικές ύλες που χρησιμοποιούνται. Η κατάλληλη αντιμετώπιση των ανεπιθύμητων αυτών ενεργειών εξαρτάται από τη σοβαρότητα και την έκταση των αντιδράσεων. Άλλες ανεπιθύμητες ενέργειες (βλ. πίνακα 7) είναι γενικά ήπιες και δεν είναι συγκρίσιμες με τις συνέπειες του καπνίσματος. Αυτός είναι ο λόγος για τον οποίο τέτοιου είδους φαρμακευτικά σκευάσματα είναι γενικά διαθέσιμα χωρίς συνταγή ιατρού και σε ορισμένες χώρες, όπως π.χ. τις ΗΠΑ, κάποιες μορφές από του στόματος υποκατάστατων χαμηλής δόσης είναι διαθέσιμες στα σουπέρ μάρκετ.

### Πίνακας 7: Οι ανεπιθύμητες ενέργειες της νικοτίνης

#### Κοινές ανεπιθύμητες ενέργειες (περισσότερα από ένα άτομα στα 100):

- κεφαλαλγία,
- ζάλη,
- λόξυγκας,
- πονόλαιμος,
- πόνος στο στόμα ή ξηροστομία,
- ναυτία, εμετός, γαστρεντερικά ενοχλήματα

#### Ασυνήθιστες ανεπιθύμητες ενέργειες (περισσότερα από ένα άτομα στα 1.000):

- αίσθημα παλμών

#### Σπάνιες ανεπιθύμητες ενέργειες (περισσότερα από ένα άτομα στα 10.000):

- εμφάνιση καρδιακών αρρυθμιών

Η λήψη θεραπείας υποκατάστασης της νικοτίνης είναι πάντα ασφαλέστερη από την κατανάλωση προϊόντων καπνού.

### Ανεπιθύμητες ενέργειες της θεραπείας σε σύγκριση με τα συμπτώματα που σχετίζονται με τη διακοπή του καπνίσματος

Οι ασθενείς συχνά ερμηνεύουν ως ανεπιθύμητες ενέργειες της θεραπείας συμπτώματα ή σημεία που, στην πραγματικότητα, σχετίζονται με τη διακοπή του καπνίσματος. Τα συμπτώματα στέρησης που αποδίδονται πιο συχνά στη θεραπεία, είναι το σύνδρομο κατάθλιψης και οι διαταραχές του ύπνου.

- Η κατάθλιψη είναι ο μεγαλύτερος κίνδυνος που επιφέρει η διακοπή του καπνίσματος με τη χρήση θεραπείας υποκατάστασης της νικοτίνης (ή άλλου είδους θεραπείας)· δεν έχει σχέση με το προϊόν, αλλά με τη διακοπή του καπνίσματος αυτή καθαυτή, η οποία μπορεί να ενεργοποιήσει μια υπολανθάνουσα κατάθλιψη. Εάν ένας ασθενής αισθάνεται θλίψη σε καταστάσεις ηρεμίας ή έχει ιστορικό κατάθλιψης, θα πρέπει να εξετάσουμε το ζήτημα αυτό με ιδιαίτερη προσοχή κατά την εκτίμηση, προκειμένου να αποφευχθεί η υποτροπή της κατάθλιψης.
- Διαταραχές στον ύπνο και μεταβολές στην ποιότητα του ύπνου συναντώνται στην πλειοψηφία των καπνιστών που διακόπτουν το κάπνισμα. Αυτές οι μεταβολές, έχουν ποικίλους βαθμούς έντασης και απαιτούν ανάλυση. Η εμφάνιση εφιαλτών, θα πρέπει να αποτελέσει άμεση προειδοποίηση πιθανής κατάθλιψης, ενώ άλλες διαταραχές, μπορούν να επιβεβαιωθούν σε μεγαλύτερο χρονικό διάστημα (και συχνά εξαφανίζονται αμέσως).

### Συστάσεις

- Η θεραπεία υποκατάστασης της νικοτίνης συνιστάται ως μία αποτελεσματική φαρμακευτική αγωγή για τη διακοπή του καπνίσματος (επίπεδο τεκμηρίωσης Α) .
- Ένας συνδυασμός από του στόματος μορφών υποκατάστατων και επιθέματος σε δοσολογία κοντά σε εκείνη που παρέχεται από το τσιγάρο, αυξάνει το ποσοστό επιτυχίας (επίπεδο τεκμηρίωσης Α).

### 4.2.2 Θεραπεία με βουπροπιόνη SR

Το πρώτο φάρμακο στη σειρά των θεραπειών χωρίς χρήση νικοτίνης που αποδείχθηκε αποτελεσματικό στη θεραπεία της εξάρτησης από τη νικοτίνη, η βουπροπιόνη SR, είναι γνωστή σε όλο τον κόσμο από το 1997 και στην Ευρώπη από το 2000. Είναι διαθέσιμη μόνο με ιατρική συνταγή. Αυτό το φάρμακο χρησιμοποιήθηκε για μεγάλο χρονικό διάστημα στις ΗΠΑ για τη θεραπεία ασθενών με σχιζοφρένεια και άλλες ψυχοπαθολογίες. Επειδή πολλοί ασθενείς που ελάμβαναν αυτό το φάρμακο διέκοπταν ακουσίως το κάπνισμα, η Linda Ferry, ιατρός των εν λόγω ασθενών, άρχισε να εξετάζει την αποτελεσματικότητα αυτού του φαρμάκου στη διακοπή του καπνίσματος. Ένα σκεύασμα μακράς αποδέσμευσης έχει μελετηθεί και διατίθεται στο εμπόριο. Η βουπροπιόνη, χρησιμοποιείται ως αντικαταθλιπτικό στις ΗΠΑ από 1989<sup>11</sup>. Οι ανεπιθύμητες ενέργειες της είναι πολύ καλά τεκμηριωμένες, με στοιχεία που αφορούν την ασφάλεια του προϊόντος<sup>12</sup>. Όπως και με οποιοδήποτε άλλο αντικαταθλιπτικό, οι συχνότερες ανεπιθύμητες ενέργειες είναι η ξηροστομία, η αύπνια και η κεφαλαλγία. Οι ασθενείς που πρόκειται να χρησιμοποιήσουν αυτό το φάρμακο θα πρέπει να ενημερώνονται σχετικά με τις ανεπιθύμητες ενέργειες του<sup>13</sup>.



**Μηχανισμοί δράσης**

Η βουπροπιόνη παρεμποδίζει τη νευρωνική απελευθέρωση της ντοπαμίνης και της νοραδρεναλίνης και, ενδεχομένως, δρα ως ανταγωνιστής των νικοτινικών υποδοχέων ακετυλοχολίνης, γεγονός που έχει αποδειχθεί *in vitro*<sup>14</sup>. Μιμείται την επίδραση της νικοτίνης που αντλείται από το τσιγάρο, αναστέλλοντας την επαναπρόσληψη της νοραδρεναλίνης και της ντοπαμίνης και πιστεύεται ότι μειώνει τα συμπτώματα συνδρόμου στέρησης από τη νικοτίνη, επίσης μέσω αυτού του μηχανισμού. Φαίνεται ότι η αποτελεσματικότητα της βουπροπιόνης σχετικά με την εξάρτηση από τη νικοτίνη είναι μια ιδιότητα ξεχωριστή από τη αντικαταθλιπτική δράση της, δεδομένου ότι η θετική επίδρασή της σχετικά με τη διακοπή του καπνίσματος έχει επίσης αποδειχθεί σε ασθενείς χωρίς κατάθλιψη<sup>13</sup>.

Η βουπροπιόνη, ενεργεί αίροντας ορισμένα από τα συμπτώματα στέρησης νικοτίνης, ιδίως την κατάθλιψη, και με τη μείωση της σοβαρότητας του συνδρόμου στέρησης, γεγονός που έχει γίνει αποδεκτό σε παγκόσμιο επίπεδο. Γι' αυτό το λόγο συστήνεται ως αποτελεσματική παρέμβαση στη διαδικασία διακοπής του καπνίσματος. Η βουπροπιόνη βοηθά τους ασθενείς με τη μείωση της όρεξης για κάπνισμα. Η χορήγηση βουπροπιόνης στους καπνιστές με σοβαρή εξάρτηση από τη νικοτίνη μειώνει σημαντικά τα συμπτώματα κατάθλιψης που σχετίζονται με την αποχή από τη νικοτίνη. Επίσης, διπλασιάζει την αναλογία αποχής σε σύγκριση με τα εικονικά σκευάσματα και έχει παρόμοιες επιδράσεις και στα δύο φύλα<sup>13</sup>.

Μία πρόσφατα δημοσιευμένη γενετική ανάλυση της απόκρισης στη βουπροπιόνη, υποδεικνύει ότι η επιτυχία της διακοπής του καπνίσματος χρησιμοποιώντας αυτό το φάρμακο, καθορίζεται περισσότερο από τους πολυμορφισμούς του CYP2B6, του γονιδίου που κωδικοποιεί το πρωταρχικό ένζυμο που είναι υπεύθυνο για το μεταβολισμό της βουπροπιόνης (Faucette και συν., 2000), παρά από τις γενετικές παραλλαγές στα μονοπάτια των χολινεργικών νικοτινικών υποδοχέων<sup>15</sup>.

**Κλινικές ενδείξεις που τεκμηριώνουν την αποτελεσματικότητα της Βουπροπιόνης**

Η ανασκόπηση των στοιχείων που δημοσιεύονται στο πεδίο αυτό, ανέδειξε 40 τυχαιοποιημένες μελέτες που υποστηρίζουν την αποτελεσματικότητα της βουπροπιόνης στη θεραπεία της εξάρτησης από τη νικοτίνη και κατέληξε στο συμπέρασμα ότι η βουπροπιόνη διπλασιάζει τη μακροπρόθεσμη, επιτυχημένη αναλογία αποχής σε σύγκριση με τα εικονικά φάρμακα (31 από τις μελέτες στις οποίες η βουπροπιόνη χρησιμοποιήθηκε ως μονοθεραπεία για τη διακοπή του καπνίσματος, κατέγραψαν λόγο αναλογιών (OR)= 1,94· 95%, CI=1,72 - 2,19)<sup>14</sup>. Η αποτελεσματικότητα του φαρμάκου έχει επανειλημμένα μελετηθεί και αξιολογηθεί με μεταanalύσεις. Η ανωτερότητα της αποτελεσματικότητας της θεραπείας με βουπροπιόνη έναντι του εικονικού φαρμάκου έχει τεκμηριωθεί. Σε μια τυχαιοποιημένη, διπλή-τυφλή, ελεγχόμενη με εικονικό φάρμακο μελέτη, το 27 % των ασθενών που έλαβαν θεραπεία με βουπροπιόνη βρέθηκαν να απέχουν από το κάπνισμα μετά από έξι μήνες, σε σύγκριση με το 16% που έλαβαν εικονικά φάρμακα<sup>16</sup>. Η αναλογία της μακροχρόνιας αποχής σε ασθενείς που έλαβαν θεραπεία με βουπροπιόνη ήταν επίσης η διπλάσια στις περιπτώσεις κατά τις οποίες συνοδεύτηκε από συμπεριφορική θεραπεία, σε σύγκριση με το εικονικό φάρμακο<sup>17</sup>. Υπάρχουν δεδομένα για την αποτελεσματικότητα της βουπροπιόνης στη

διακοπή του καπνίσματος στην υποομάδα των καπνιστών με το γονότυπο DRD2 Taq1 A2/A2 του γονιδίου D2 του υποδοχέα ντοπαμίνης: κατά το πέρας της θεραπείας, ο λόγος της αποχής ήταν τρεις φορές υψηλότερος σε εκείνους που έλαβαν βουπροπιόνη σε σύγκριση με το εικονικό φάρμακο<sup>10</sup>.

Η βουπροπιόνη SR έχει επίσης αποδειχθεί ότι μειώνει την έντονη επιθυμία και ότι μετριάζει την αύξηση του σωματικού βάρους μετά τη διακοπή της κατανάλωσης καπνού, σε ασθενείς καταναλωτές προϊόντων καπνού άνευ καύσης, που προσπαθούν να διακόψουν την κατανάλωση καπνού<sup>19</sup>.

Σε μια διπλή – τυφλή, ελεγχόμενη με εικονικό φάρμακο, τυχαιοποιημένη μελέτη, που είχε ως σκοπό να αξιολογήσει κατά πόσον η βουπροπιόνη SR ήταν αποτελεσματική για τη διακοπή του καπνίσματος επί χορήγησής της σε ελαφρείς καπνιστές αφροαμερικανικής καταγωγής ( $\leq 10$  τσιγάρα / ημέρα), η βουπροπιόνη SR βρέθηκε αποτελεσματική στην προώθηση της διακοπής του καπνίσματος κατά τη φάση της χορήγησης της φαρμακευτικής αγωγής, αλλά δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στα ποσοστά μακροχρόνιας αποχής από το κάπνισμα (εκτίμηση κατά την 26η εβδομάδα), μεταξύ των ομάδων στις οποίες χορηγήθηκε βουπροπιόνη SR και εκείνων στις οποίες χορηγήθηκε εικονικό φάρμακο<sup>20</sup>.

Στην κλινική πρακτική, σύμφωνα με τα διαθέσιμα ρουμανικά στοιχεία που έχουν δημοσιευθεί μέχρι στιγμής, τα ποσοστά εξαμηνιαίας αποχής χάρη στη βουπροπιόνη SR έχουν εκτιμηθεί στο 28%<sup>21</sup>.

**Ενδείξεις**

Η βουπροπιόνη είναι φαρμακοθεραπεία πρώτης γραμμής που έχει αποδειχθεί αποτελεσματική στη θεραπεία της κατανάλωσης προϊόντων καπνού και της συνοδού εξάρτησης. Η βουπροπιόνη χορηγείται αποκλειστικά και μόνο με ιατρική συνταγή σε όλους τους ασθενείς που έχουν αποφασίσει να διακόψουν το κάπνισμα, οι οποίοι δεν παρουσιάζουν αντενδείξεις για τη χορήγησή της. Την ίδια στιγμή, είναι μια αποτελεσματική εναλλακτική λύση για ασθενείς που δεν ανέχονται ή που έχουν δοκιμάσει NRT χωρίς επιτυχία, ή για ασθενείς που εκφράζουν προτίμηση για θεραπείες που δεν περιλαμβάνουν νικοτίνη.

Η βουπροπιόνη συνιστάται ως ένα αποτελεσματικό φάρμακο διακοπής του καπνίσματος, συμπεριλαμβανομένων των ακόλουθων περιπτώσεων:

- Για την αποφυγή της αύξησης του σωματικού βάρους μετά την έναρξη της αποχής από το κάπνισμα: η βουπροπιόνη μπορεί να χορηγηθεί στους ασθενείς εκείνους που τους απασχολεί η αύξηση του βάρους τους μετά τη διακοπή του καπνίσματος. Έτσι, οι Hays και συν. ανέφεραν σε προηγούμενη μελέτη, έναν καλύτερο έλεγχο του σωματικού βάρους σε συνδυασμό με υψηλότερη αναλογία αποχής σε σύγκριση με το εικονικό φάρμακο ένα έτος μετά το πέρας της θεραπείας με βουπροπιόνη<sup>13</sup>.
- Για την πρόληψη της υποτροπής του καπνίσματος (σε ασθενείς οι οποίοι υποβλήθηκαν σε θεραπεία επτά εβδομάδων με βουπροπιόνη και διέκοψαν το κάπνισμα, η συνέχιση της θεραπείας με βουπροπιόνη μέχρι και 52 εβδομάδες καθυστέρησε την υποτροπή)<sup>13</sup>.
- Για την πρόληψη της υποτροπής σε αλκοολικούς ασθενείς κατά τη διάρκεια της ανάρρωσης.



- Σε ασθενείς με χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια. Αν και οι Garcia Rio και συν. κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η βουπροπιόνη θα μπορούσε να βλάψει την ανταπόκριση του αναπνευστικού κέντρου στην υποξαιμία και την υπερκαπνία, με δυνητικά επιβλαβείς συνέπειες για την εξέλιξη της ΧΑΠ, καμία από τις μελέτες που αξιολόγησαν την αποτελεσματικότητα της βουπροπιόνης ως θεραπεία για τη διακοπή του καπνίσματος σε ασθενείς με χρόνια πνευμονική νόσο, δεν μπόρεσε να αποδείξει τις εν λόγω ανεπιθύμητες ενέργειες<sup>22</sup>.

### **Κλινικές εφαρμογές**

Η βουπροπιόνη είναι διαθέσιμη σε κουτιά των 28 δισκίων των 150 mg. Κατά τις πρώτες τρεις ημέρες, οι ασθενείς πρέπει να λαμβάνουν μια δόση 150 mg βουπροπιόνης από το στόμα κάθε πρωί, έπειτα 150 mg δύο φορές την ημέρα (με μεσοδιάστημα τουλάχιστον 8 ωρών) για το υπόλοιπο της θεραπείας, της οποίας η συνολική διάρκεια ανέρχεται στις 7 έως 9 ή 12 εβδομάδες. Η παράταση της διάρκειας της αρχικής θεραπείας οδηγεί σε μεγαλύτερη διάρκεια αποχής από την κατανάλωση προϊόντων καπνού. Στην περίπτωση της μακροχρόνιας θεραπείας, μπορεί να χορηγηθούν 150 mg βουπροπιόνης SR για διάστημα έως έξι μήνες μετά από τη διακοπή του καπνίσματος<sup>23</sup>.

Οι ασθενείς θα πρέπει να αρχίσουν τη θεραπεία με βουπροπιόνη SR, 1-2 εβδομάδες πριν από τη διακοπή του καπνίσματος. Θα πρέπει να ορίσουν μία ημερομηνία διακοπής του καπνίσματος κατά τη δεύτερη εβδομάδα της θεραπείας και μπορούν να αρχίσουν να χρησιμοποιούν βουπροπιόνη ακόμα και αν εξακολουθούν να καπνίζουν. Θεωρείται ότι μετά από μία έως δύο εβδομάδες θεραπείας με βουπροπιόνη, επιτυγχάνεται μια σταθερή συγκέντρωση του φαρμάκου στον ορό του αίματος και τότε μπορεί να επιχειρηθεί η διακοπή του καπνίσματος. Έχει αποδειχθεί ότι η συνέχιση του καπνίσματος δεν επηρεάζει σημαντικά τη φαρμακοθεραπεία με βουπροπιόνη. Σύμφωνα με ορισμένους συγγραφείς, αν ο ασθενής δεν καταφέρει να διακόψει το κάπνισμα κατά την ημερομηνία που είχε αρχικά οριστεί, θα πρέπει να συνιστάται η καθυστέρηση της διακοπής έως την τρίτη ή την τέταρτη εβδομάδα της θεραπείας, μέχρι να επιτευχθεί η αποχή<sup>23</sup>.

### **Οδηγίες συνταγογράφησης**

Διακοπή του καπνίσματος πριν από την ημερομηνία διακοπής που έχει οριστεί:

Είναι γνωστό ότι ορισμένοι ασθενείς μπορεί να χάσουν την επιθυμία για κάπνισμα πριν από την ημερομηνία που ορίζεται για τη διακοπή του καπνίσματος, ή μπορεί να μειώσουν αυτόματα την ποσότητα των προϊόντων καπνού που καταναλώνουν. Πληροφορίες σχετικά με τη δοσολογία: Αν ο ασθενής υποφέρει από αϋπνία, η λήψη της βραδινής δόσης νωρίτερα το απόγευμα, μπορεί να επιφέρει κάποια ανακούφιση.

Αλκοόλ: Συνιστάται να μην χρησιμοποιείται το φάρμακο σε συνδυασμό με κατανάλωση αλκοόλ, ή να χρησιμοποιείται μόνο σε συνδυασμό με μια ελάχιστη ποσότητα αλκοόλ κατ' ανώτατο όριο. Εάν εκδηλώνονται μεταβολές της διάθεσης, οι ασθενείς πρέπει να αναζητήσουν ιατρική συμβουλή.

### **Αντενδείξεις**

Υπάρχουν αντενδείξεις στις ακόλουθες περιπτώσεις:

- ηλικία κάτω των 18 ετών,
- εγκυμοσύνη, θηλασμός: η βουπροπιόνη δεν έχει αποδειχθεί αποτελεσματική για τη θεραπεία της εξάρτησης από τον καπνό σε εγκύους καπνίστριες (κατά την FDA, η βουπροπιόνη αποτελεί δραστική ουσία με επίπεδο ασφάλειας κατηγορίας C για την εγκυμοσύνη). Η βουπροπιόνη δεν έχει αξιολογηθεί στην περίπτωση ασθενών που θηλάζουν<sup>13</sup>,
- υπερευαισθησία στη βουπροπιόνη ή σε ανενεργά συστατικά της,
- ιστορικό σπασμών, όγκοι κρανίου ή εγκεφάλου, ιστορικό επιληπτικών κρίσεων ή εκλυτικών παραγόντων επιληπτικών κρίσεων,
- διατροφικές διαταραχές,
- διπολική διαταραχή,
- απόσυρση από χρόνια κατανάλωση αλκοόλ, σοβαρή ηπατική ανεπάρκεια, κίρρωση
- θεραπεία με αναστολείς MAO κατά τις τελευταίες δύο εβδομάδες, ιστορικό λήψης βενζοδιαζεπινών.

### **Ανεπιθύμητες ενέργειες, προφυλάξεις, προειδοποιήσεις, αλληλεπιδράσεις φαρμάκων**

#### **Κύριες ανεπιθύμητες ενέργειες**

Μια ανασκόπηση των κλινικών μελετών επί του θέματος, κατέδειξε διπλάσια συχνότητα συγκεκριμένων ανεπιθύμητων ενεργειών σε ασθενείς που λαμβάνουν βουπροπιόνη σε σύγκριση με εικονικά φάρμακα<sup>5</sup>. Οι ανεπιθύμητες ενέργειες που συναντώνται πιο συχνά σε ασθενείς που λαμβάνουν βουπροπιόνη είναι:

- αϋπνία,
- κεφαλαλγία,
- ξηροστομία.

Για την αντιμετώπιση της ξηροστομίας και της κεφαλαλγίας, συνιστάται η σταδιακή κατανάλωση δύο έως τριών λίτρων υγρών ημερησίως. Για να αποφευχθεί η αϋπνία προτείνουμε τη λήψη του πρώτου δισκίου βουπροπιόνης το πρωί, όσο δυνατόν νωρίτερα, έτσι ώστε το δεύτερο δισκίο να λαμβάνεται νωρίτερα το απόγευμα, κατά προτίμηση τουλάχιστον τέσσερις ώρες πριν από τον ύπνο. Η αϋπνία μπορεί να μειωθεί επίσης με ρύθμιση της δόσης βουπροπιόνης στα 150 mg/ημέρα. Σε μια πιο εκτενή μελέτη της γαλλικής εμπειρίας σχετικά με τη θεραπεία διακοπής του καπνίσματος με τη χρήση βουπροπιόνης κατά την περίοδο 2001-2004, οι συγγραφείς παρατήρησαν 1682 ανεπιθύμητες ενέργειες σε 698.000 ασθενείς που έλαβαν θεραπεία με βουπροπιόνη κατά τα τρία πρώτα έτη της διάθεσης του προϊόντος στην αγορά της Γαλλίας.

Από αυτές τις 1682 ανεπιθύμητες ενέργειες, 28% καταγράφηκαν ως σοβαρές, με το ακόλουθο φάσμα:

- 31,2% δερματικές αντιδράσεις (αλλεργικές, αγγειοοίδημα τύπου ορονοσίας),
- 22,5% νευρολογικές αντιδράσεις (κυρίως εγκεφαλικές- αγγειακές),
- 17,2% νευροψυχολογικές αντιδράσεις (ιδιαίτερα αυτοκτονικός ιδεασμός, κατάθλιψη).

Μετά από προσεκτική ανάλυση των περιπτώσεων, το 66% των νευρολογικών / ψυχολογικών αντιδράσεων και σχεδόν το 50% των νευρολογικών αντιδράσεων, προσδιορίστηκαν ως προδιαθεσικοί παράγοντες κινδύνου<sup>24</sup>.

#### **Άλλες ανεπιθύμητες ενέργειες**

Ζάλη, αρτηριακή υπέρταση, θωρακικό άλγος, σύνδρομο αγχώδους διαταραχής-κατάθλιψης, μείωση της πνευματικής απόδοσης, οπτικές διαταραχές και, σπάνια, σπασμοί. Ακόμη, αλλεργικές δερματικές αντιδράσεις περιγράφονται επίσης ως ανεπιθύμητες ενέργειες. Οι πιο ανησυχητική ανεπιθύμητη ενέργεια είναι οι σπασμοί· συμβαίνουν πολύ σπάνια (1:1000) και διευκολύνονται συνήθως από προϋπάρχοντες παράγοντες κινδύνου, όπως διαταραχές του κυκλοφορικού συστήματος του εγκεφάλου, κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις, επιληψία, διαταραχές πρόσληψης τροφής, ταυτόχρονη φαρμακευτική αγωγή που μειώνει τον ουδό των σπασμών κ.λπ.

Έχουν επίσης αναφερθεί σπάνιες περιπτώσεις αγγειοοιδήματος<sup>25</sup> και υπερνατριαιμίας, συμπεριλαμβανομένου του συνδρόμου απρόσφορης έκκρισης αντιδιουρητικής ορμόνης (SIADH). Οι εν λόγω ανεπιθύμητες ενέργειες δεν είναι σπάνιες κατά τη χορήγηση αντιψυχωσικής φαρμακευτικής θεραπείας<sup>26</sup>.

#### **Προφυλάξεις για τη χορήγησή της Βουπροπιόνης**

Σε μεγαλύτερα άτομα, συνιστάται να προσαρμόζεται η δόση της βουπροπιόνης κατά το ήμισυ, ήτοι 150 mg βουπροπιόνης / ημέρα, καθώς και σε περιπτώσεις ασθενών με σοβαρή νεφρική ή ηπατική ανεπάρκεια. Οι οδηγοί και οι ασθενείς που χειρίζονται εξοπλισμό που απαιτεί εγρήγορη, θα πρέπει να ελέγξουν τις επιδράσεις της βουπροπιόνης πριν από τη διεξαγωγή των δραστηριοτήτων αυτών, δεδομένου ότι θα μπορούσαν να εμφανίσουν ζάλη και ελάττωση της ικανότητας συγκέντρωσης και προσοχής<sup>13</sup>. εδομένου ότι η αρτηριακή υπέρταση έχει περιγραφεί ως ανεπιθύμητη ενέργεια της θεραπείας με βουπροπιόνη, κρίνεται απαραίτητη η προσεκτική παρακολούθηση της αρτηριακής πίεσης, ιδιαίτερα όταν χρησιμοποιούνται θεραπευτικοί συνδυασμοί, όπως ο συνδυασμός βουπροπιόνης και επιθεμάτων νικοτίνης.

Όλοι οι ασθενείς που χρησιμοποιούν βουπροπιόνη, καθώς και οποιοδήποτε άλλο φαρμακευτικό σκεύασμα για τη διακοπή του καπνίσματος, θα πρέπει να παρακολουθούνται για την εμφάνιση συμπτωμάτων των ακόλουθων κατηγοριών: διαταραχές συμπεριφοράς, επιθετικότητα, διέγερση, κακή διάθεση, αυτοκτονικό ιδεασμό ή/και απόπειρες αυτοκτονίας, καθώς και οιαδήποτε παρεκκλίνουσα συμπεριφορά. Όταν εκδηλώνεται κάτι από τα παραπάνω, οι ασθενείς θα πρέπει να διακόψουν αμέσως τη χρήση βουπροπιόνης και να επικοινωνήσουν με τον ιατρό τους<sup>27</sup>.

Οι EMEA και FDA συνιστούν στους ασθενείς να ενημερώνουν τον ιατρό τους σχετικά με οποιοδήποτε ιστορικό ψυχικής νόσου πριν λάβουν αυτό το φάρμακο και οι κλινικοί ιατροί, εν προκειμένω, θα πρέπει να παρακολουθούν προσεκτικά τις μεταβολές στη διάθεση και τη συμπεριφορά, όταν συνταγογραφούν αυτό το φάρμακο.

Για περισσότερες πληροφορίες, συμβουλευτείτε τις ιστοσελίδες της FDA για τις προειδοποιήσεις μαύρων κιβωτίων (black-box warnings)<sup>28,29</sup>. Πριν τη συνταγογράφηση βουπροπιόνης, ο ιατρός θα πρέπει να εξετάσει τα ακόλουθα ζητήματα, που επιβάλλουν οι προφυλάξεις κατά τη χορήγηση:

- ουσίες που μπορεί να μειώσουν τον ουδό των σπασμών: αντιψυχωσικά φάρμακα, αντικαταθλιπτικά, τραμαδόλη, μεθυλοξανθίνες, συστηματικά στεροειδή, αντισταμινικά, αντιβιοτικά όπως οι κινολόνες, ψυχοδιεγερτικές ή ανορεξιογόνες ουσίες,
- ιστορικό αλκοολισμού,
- διαταραχές μεταβολισμού της γλυκόζης ή κρανιακά και εγκεφαλικά τραύματα.

Ιδιαίτερη προσοχή συνιστάται επίσης σε περίπτωση ταυτόχρονης χορήγησης φαρμάκων που μπορεί να αλληλεπιδράσουν με τη βουπροπιόνη: προσοχή κατά την ταυτόχρονη χορήγηση φαρμάκων που ενεργοποιούν ή αναστέλλουν το ένζυμο 2D6 ή το σύμπλεγμα του κυτοχρώματος P 450. Ταυτόχρονα, συνιστάται η μέτρηση της αρτηριακής πίεσης, καθώς και των συγκεντρώσεων στο αίμα της θεοφυλλίνης, τακρίνης, κλοζαπίνης, πιθανώς ιμιπραμίνης, φλουβοξαμίνης και πενταζοκίνης, καθώς μπορεί να αυξηθούν σημαντικά όταν γίνεται ταυτόχρονη χορήγηση βουπροπιόνης. Η ταυτόχρονη χορήγηση βουπροπιόνης, επάγει επίσης την αύξηση των επιπέδων στο αίμα, ορισμένων αντικαταθλιπτικών (ιμιπραμίνη, παροξετίνη και η δεσιπραμίνη), μερικών αντιψυχωσικών φαρμάκων (ρισπεριδόνη, θειοριδαζίνη), της μετοπρολόλης, όπως και ορισμένων αντιαρρυθμικών φαρμάκων, π.χ. προπαιφαινόνη. Συνιστάται επίσης προσοχή κατά τη χορήγηση των ακόλουθων φαρμάκων μαζί με τη βουπροπιόνη: κυκλοφωσφαμίδη, καρβαμαζεπίνη, βαλπροϊκό οξύ, λεβοντόπα και αμανταδίνη<sup>13</sup>.

#### **Ενδείξεις διακοπής της θεραπείας με βουπροπιόνη**

- εμφάνιση σπασμών,
- συμπτώματα ορονοσίας: αρθραλγίες, μυαλγίες, πυρετός,
- αναφυλακτικές αντιδράσεις ή αντιδράσεις υπερευαισθησίας: εξανθήματα στο δέρμα, θωρακικό άλγος/δυσφορία, δύσπνοια, οιδήματα.

Σχέση κόστους-οφέλους της θεραπείας με βουπροπιόνη

Σε μια συστηματική ανάλυση για τη σύγκριση της σχέσης κόστους-οφέλους των θεραπειών διακοπής του καπνίσματος πρώτης γραμμής χωρίς χρήση νικοτίνης (βαρενικλίνη και βουπροπιόνη SR), τον εντοπισμό διαφορών στα μοντέλα που χρησιμοποιήθηκαν και τα συμπεράσματά τους αναφορικά με τη σχέση κόστους-οφέλους, η βαρενικλίνη κυριάρχησε έναντι της βουπροπιόνης στα περισσότερα μοντέλα κόστους-οφέλους. Η εφαρμογή των μοντέλων στην κλινική πρακτική και οι μεταβλητές οι οποίες διαμορφώνουν τα συμπεράσματα για τη σχέση κόστους-οφέλους, θα πρέπει να εξετάζονται κατά την ερμηνεία των αποτελεσμάτων<sup>30</sup>.

#### **Σύσταση**

- Η βουπροπιόνη SR συνιστάται ως αποτελεσματική φαρμακοθεραπεία για τη διακοπή του καπνίσματος (επίπεδο τεκμηρίωσης A).



### 4.2.3. Θεραπεία με Βαρενικλίνη

Η βαρενικλίνη, η πιο πρόσφατα διαθέσιμη φαρμακοθεραπεία για τη διακοπή του καπνίσματος, άρχισε να χρησιμοποιείται σε όλο τον κόσμο το 2006, με την έγκριση της FDA. Μπορεί να χορηγηθεί μόνο με ιατρική συνταγή και δεν συνιστάται η χορήγηση σε συνδυασμό με υποκατάστατα νικοτίνης, δεδομένων των ιδιοτήτων της ως ανταγωνιστή των υποδοχέων νικοτίνης.

#### 4.2.3.1 Μηχανισμοί δράσης

Ο μηχανισμός με τον οποίο η βαρενικλίνη βοηθά τους καπνιστές στην επίτευξη της αποχής από το κάπνισμα, θα πρέπει να γίνει κατανοητός στο πλαίσιο του ρόλου που παίζει η νικοτίνη στην προώθηση της εξάρτησης από τον καπνό. Η νικοτίνη δρα στους νευρωνικούς νικοτινικούς υποδοχείς ακετυλοχολίνης (nAChR) εντός της κοιλιακής καλυπτρικής περιοχής του εγκεφάλου, προκαλώντας την απελευθέρωση ντοπαμίνης στον επικλινή πυρήνα, που ενισχύει την αναζήτηση της νικοτίνης (ντοπαμινεργικό σύστημα ανταμοιβής). Η ενεργοποίηση αυτών των υποδοχέων στην κοιλιακή καλυπτρική περιοχή, επισυμβαίνει όταν επαρκή επίπεδα νικοτίνης μεταφέρονται στο αίμα<sup>31</sup>.

Οι κυρίαρχοι υπότυποι νευρωνικών νικοτινικών υποδοχέων (nAChRs) στο κεντρικό νευρικό σύστημα είναι, οι α4/β2 και α7. Από αυτούς, οι πρώτοι είναι πιο πολυπληθείς, αντιπροσωπεύοντας περίπου το 90% των νευρωνικών nAChR. Αυτή η υψηλή συχνότητα εμφάνισης, αλλά και η υψηλή ειδικότητα των α4/β2 νευρωνικών νικοτινικών υποδοχέων ακετυλοχολίνης για τη νικοτίνη<sup>32</sup>, υποδηλώνουν ότι ο α4/β2 νευρωνικός νικοτινικός υποδοχέας της ακετυλοχολίνης είναι ένας βασικός βιομοριακός στόχος, τόσο για την εγκατάσταση και τη διαίωσιση, όσο και για τη θεραπεία, του εθισμού στη νικοτίνη. Ο υποδοχέας α4/β2 έχει αναγνωριστεί ως ένας πιθανός στόχος για ένα φαρμακευτικό σκεύασμα διακοπής του καπνίσματος, ιδιαίτερα με μία μερική δράση αγωνιστή σε αυτόν τον υπότυπο υποδοχέα<sup>33</sup>.

Η βαρενικλίνη αναπτύχθηκε για να έχει μια υψηλή συγγένεια με τον nAChR α4/β2 στο μεσομεταιχμιακό ντοπαμινεργικό σύστημα<sup>34</sup> και να δρα ως εκλεκτικός, μερικός αγωνιστής του nAChR α4/β2<sup>31</sup>. Επίσης, διαθέτει έναν τρόπο δράσης ανεξάρτητο από τον εν λόγω υποδοχέα, ενεργώντας ως μερικός αγωνιστής, χαμηλής συγγένειας, των υποδοχέων α4/β2, α3/β2, α3/β4 και του χιμαιρικού α6/α3β2β3 νευρωνικού νικοτινικού υποδοχέα ακετυλοχολίνης, αλλά και ως πλήρης αγωνιστής, υψηλής συγγένειας για τον nAChR α7. Ως φαρμακολογική δραστική ουσία κατά της εξάρτησης από τα προϊόντα καπνού, η ιδιότητα της βαρενικλίνης ως μερικού αγωνιστή του α4/β2 υποδοχέα, θεωρείται ότι προάγει την αποχή από το κάπνισμα μέσω της διέγερσης των ντοπαμινεργικών νευρώνων και την επακόλουθη βελτίωση της έντονης επιθυμίας για κάπνισμα. Από την άλλη πλευρά, η ταυτόχρονη δράση της ως μερικός ανταγωνιστής του νευρωνικού νικοτινικού υποδοχέα ακετυλοχολίνης α4/β2 αναστέλλει την πρόσδεση της νικοτίνης, οδηγώντας σε μειωμένη ανταμοιβή από το κάπνισμα ενός τσιγάρου\*.

Έχει παρατηρηθεί ότι η βαρενικλίνη ότι μειώνει την επιθυμία για κάπνισμα. Σε σύγκριση με τα εικονικά σκευάσματα, η έντονη επιθυμία παρουσιάζεται σημαντικά ελαττωμένη για τους συμμετέχοντες που λαμβάνουν βαρενικλίνη (έναντι εικονικού φαρμάκου, P = 0,001). Σε συνέπεια με τον προτεινόμενο μηχανισμό δράσης του φαρμάκου ως μερικός ανταγωνιστής του α4/β2 νικοτινικού υποδοχέα, η

Θεραπεία της Εξάρτησης από τον Καπνό

ικανοποίηση και η ψυχολογική ανταμοιβή που οφείλεται στο κάπνισμα είναι, επίσης, σημαντικά μειωμένες σε καπνιστές που λαμβάνουν βαρενικλίνη έναντι εικονικού φαρμάκου<sup>27</sup>.

\*Σημείωση του μεταφραστή:

Η βαρενικλίνη, ως μερικός αγωνιστής του α4/β2 νικοτινικού υποδοχέα ακετυλοχολίνης, είναι μια ουσία που, ταυτοχρόνως, παρουσιάζει δράση αγωνιστή με χαμηλότερη εγγενή αποτελεσματικότητα από τη νικοτίνη και δράση ανταγωνιστή, παρουσία νικοτίνης.

#### 4.2.3.2 Κλινικές ενδείξεις που τεκμηριώνουν την αποτελεσματικότητα της Βαρενικλίνης

##### Αποτελεσματικότητα σε καπνιστές χωρίς συννοσηρότητα

Ως φαρμακευτική δραστική ουσία κατά της εξάρτησης από τα προϊόντα καπνού, η δράση της βαρενικλίνης ως μερικού αγωνιστή του α4/β2, θεωρείται ότι προάγει την αποχή από το κάπνισμα μέσω της διέγερσης των ντοπαμινεργικών νευρώνων και την επακόλουθη άμβλυση της έντονης επιθυμίας για κάπνισμα, η οποία επιφέρει τελικά και την αποχή από τη νικοτίνη. Ταυτόχρονα, η δράση της ως μερικός ανταγωνιστής των νευρωνικών νικοτινικών υποδοχέων ακετυλοχολίνης α4/β2, αναστέλλει την πρόσδεση της νικοτίνης, οδηγώντας σε μειωμένη ανταμοιβή από το κάπνισμα ενός τσιγάρου.

Έχει παρατηρηθεί ότι η βαρενικλίνη μειώνει την επιθυμία για κάπνισμα. Στις μελέτες προς αυτή την κατεύθυνση, η έντονη επιθυμία για κάπνισμα παρουσιάζεται σημαντικά χαμηλότερη στους συμμετέχοντες που λαμβάνουν βαρενικλίνη, έναντι αυτών που λαμβάνουν εικονικό φάρμακο (P value= 0,001). Σε συνέπεια με τον προτεινόμενο μηχανισμό δράσης της βαρενικλίνης ως μερικού ανταγωνιστή, η ικανοποίηση και η ψυχολογική ανταμοιβή που προσφέρει το κάπνισμα είναι, επίσης, σημαντικά μειωμένες σε καπνιστές που λαμβάνουν βαρενικλίνη έναντι εικονικού φαρμάκου<sup>27</sup>. Το 2006, δύο εκτενείς, πολυκεντρικές, διπλές-τυφλές, τυχαίοποιημένες, ελεγχόμενες κλινικές δοκιμές φάσης III, με πανομοιότυπο σχεδιασμό, παρείχαν πειστικές ενδείξεις για την αποτελεσματικότητα της βαρενικλίνης για τη θεραπεία της εξάρτησης από τον καπνό. Και οι δύο ομάδες ερευνητών, (Jorenby και συν.<sup>36</sup> και Gonzales και συν.<sup>37</sup>), κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η βαρενικλίνη είναι μια ασφαλής, καλά ανεκτή φαρμακευτική αγωγή, με αξιόλογα αποτελέσματα όσον αφορά την αναλογία της συνεχούς και μακροχρόνιας αποχής από το κάπνισμα. Η τελευταία μελέτη<sup>37</sup> κατέδειξε ένα ποσοστό 44 % συνεχούς αποχής από το κάπνισμα κατά τη διάρκεια των τελευταίων τεσσάρων εβδομάδων της θεραπείας (εβδομάδες 9-12) για άτομα που έλαβαν 1 mg βαρενικλίνης δύο φορές την ημέρα, σε σύγκριση με 18% στους ασθενείς που έλαβαν εικονικό φάρμακο (λόγος αναλογιών (OR)= 3,85, 95 % CI: 2,70 - 5,50), ενώ ο λόγος αποχής, για εκείνους που έλαβαν παρατεταμένης απελευθέρωσης βουπροπιόνη (150 mg, δύο φορές ημερησίως), υπολογίστηκε ίσος με 30% (OR 1,93, 95 % CI: 1,40 - 2,68). Την 52η εβδομάδα μετά την τυχαίοποίηση, η βαρενικλίνη αύξησε σημαντικά τα ποσοστά παρατεταμένης αποχής σε σύγκριση με το εικονικό φάρμακο (21,9 % έναντι 8,4 %, OR 3,09, 95 % CI: 1,95 - 4,91) και εμφάνισε οριακό όφελος σε σύγκριση με τη βουπροπιόνη παρατεταμένης αποδέσμευσης (21,9 % έναντι 16,1 %, OR 1,46, 95 % CI: 0,99 - 2,17). Τα ευρήματα του δεύτερου σκέλους της φάσης III της δοκιμής, ήταν



σχεδόν πανομοιότυπα<sup>36</sup>, με εξαίρεση το γεγονός ότι η βαρενικλίνη, αύξησε σημαντικά τα ποσοστά της παρατεταμένης αποχής από το κάπνισμα, σε σύγκριση με τη βουπροπιόνη παρατεταμένης αποδέσμευσης στις 52 εβδομάδες (OR 1,77, 95 % CI: 1,19 - 2,63).

Η βαρενικλίνη έχει συγκριθεί με τη θεραπεία υποκατάστασης νικοτίνης σε δύο μελέτες. Μια μη τυχαιοποιημένη μελέτη που διεξήχθη σε κλινική διακοπής του καπνίσματος, συνέκρινε τη βαρενικλίνη με διάφορα υποκατάστατα νικοτίνης, ενώ, επιπροσθέτως της φαρμακευτικής θεραπείας, διεξήχθησαν και επτά συνεδρίες ομαδικής θεραπείας, σε καπνιστές με και χωρίς προηγούμενες ή τρέχουσες ψυχικές νόσους. Το ποσοστό διακοπής στις έξι εβδομάδες (το μόνο χρονικό σημείο που αναφέρεται) ήταν υψηλότερο με τη βαρενικλίνη από ότι με τη χρήση ενός σκευάσματος NRT, 72 % έναντι 61 % (OR 1,7)<sup>38</sup>. Η δεύτερη, τυχαιοποιημένη μελέτη, ανέλυσε τα αποτελέσματα συμμετεχόντων που έλαβαν αγωγή, σε μία σύγκριση ανοικτής ετικέτας, με 1 mg βαρενικλίνης (N = 376) και υποκατάστατα νικοτίνης με τη μορφή επιδερμικού επιθέματος 21 mg, (N= 370). Οι δόσεις NRT ήταν 21 mg/ημέρα για τις πρώτες 6 εβδομάδες, 14 mg/ημέρα για 2 εβδομάδες και 7 mg/ημέρα για 2 επιπλέον εβδομάδες. Το ποσοστό συνεχούς αποχής για τις τελευταίες τέσσερις από τις 12 εβδομάδες της πρότυπης θεραπευτικής αγωγής με βαρενικλίνη ήταν σημαντικά μεγαλύτερο από ότι το ποσοστό συνεχούς αποχής για τις τελευταίες τέσσερις εβδομάδες πρότυπης θεραπευτικής αγωγής με επιδερμικό επίθεμα νικοτίνης, με λόγους αποχής, 56 % και 43 % αντίστοιχα (OR 1,70 · p ≤ 0,001)<sup>39</sup>. Σε μια τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη μελέτη, σχετικά με τη χορήγηση βαρενικλίνης έναντι επιθέματος νικοτίνης σε 32 ενήλικες καπνιστές (δύο ομάδες των 16 ατόμων) για τη σύγκριση της αποτελεσματικότητας, της ασφάλειας και των συμπτωμάτων στέρησης, δεν παρατηρήθηκε σημαντική διαφορά στα ποσοστά αποχής μεταξύ των δύο ομάδων κατά τις εβδομάδες 9-12 (71,4 % έναντι 78,6 % στην ομάδα βαρενικλίνης και στην ομάδα επιθέματος νικοτίνης αντιστοίχως), και κατά τις εβδομάδες 9-24 (64,3 % έναντι 71,4 %, αντίστοιχα). Σε ό,τι αφορά τις ανεπιθύμητες ενέργειες, η συχνότητα της αδυναμίας συγκέντρωσης κατά τις εβδομάδες 2, 4 και 8, και αϋπνίας στις 2 εβδομάδες, ήταν υψηλότερη στην ομάδα βαρενικλίνης από ότι στην ομάδα επιθέματος νικοτίνης. Ανεπιθύμητες ενέργειες σχετικές με γαστρεντερικά ενοχλήματα, παρατηρήθηκαν σε 14 περιπτώσεις στην ομάδα βαρενικλίνης, έναντι μίας(1) περίπτωσης στην ομάδα επιθέματος νικοτίνης, ενώ, δερματικές αλλεργικές αντιδράσεις παρατηρήθηκαν σε 0 και 9 περιπτώσεις, αντίστοιχα<sup>40</sup>. Σε μια πρόσφατη μετανάλυση, συγκεντρώθηκαν δεδομένα από έξι κλινικές δοκιμές σε 2583 συμμετέχοντες που έλαβαν είτε βαρενικλίνη είτε εικονικό φάρμακο. Η ανάλυση των δεδομένων, έδειξε σημαντικά αποτελέσματα υπέρ της χορήγησης βαρενικλίνης 1,0 mg δύο φορές την ημέρα, καθώς η τιμή του σχετικού κίνδυνου (RR) συνεχούς αποχής από το κάπνισμα κατά τις εβδομάδες 9-24, υπολογίστηκε ίση με 2,34 (95 % CI: 1,99 - 2,75). Η εν λόγω μελέτη, αναφέρθηκε επίσης σε τρεις μελέτες στις οποίες συγκρίθηκε η βαρενικλίνη με την παρατεταμένης αποδέσμευσης βουπροπιόνη. Η βαρενικλίνη αποδείχθηκε αποτελεσματικότερη από τη βουπροπιόνη (RR 1,52, 95% CI: 1,22 - 1,88) για τη συνεχή αποχή από το κάπνισμα κατά την 52η εβδομάδα<sup>41</sup>. Σε μία συγκεντρωτική ανάλυση των δεδομένων των δοκιμών φάσης III των Gonzales και συν. και Jorenby και συν., με σκοπό τη διερεύνηση της σχετικής αποτελεσματικότητας της βαρενικλίνης, της βουπροπιόνης και των εικονικών φαρμάκων για τη διακοπή

του καπνίσματος, οι Nides και συν. κατέδειξαν ότι τα συγκεντρωτικά ποσοστά της συνεχούς αποχής για τις εβδομάδες 9 έως και 12 ήταν σημαντικά μεγαλύτερα για τη βαρενικλίνη σε σύγκριση με τη βουπροπιόνη και το εικονικό φάρμακο (44,0%, 29,7% και 17,7%, αντίστοιχα· και στις δύο συγκρίσεις P = 0,001)<sup>34</sup>. Σε παρόμοια ανάλυση για την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας της βαρενικλίνης, της βουπροπιόνης και του εικονικού φαρμάκου στην αντιμετώπιση της έντονης επιθυμίας και των συμπτωμάτων στέρησης μεταξύ των καπνιστών, οι West και συν. διαπίστωσαν ότι μεταξύ όλων των συμμετεχόντων, η έντονη επιθυμία μειώθηκε σημαντικά με τη βαρενικλίνη ή τη βουπροπιόνη, σε σύγκριση με το εικονικό φάρμακο (αμφότερα P = 0,001), αλλά και με τη βαρενικλίνη σε σύγκριση με βουπροπιόνη (P = 0.008). Απεδείχθη επίσης, ότι τόσο η βαρενικλίνη, όσο και η βουπροπιόνη, ανέστειλαν το σύνδρομο στέρησης σε σημαντικό βαθμό σε σύγκριση με το εικονικό φάρμακο και, επίσης, ότι οι ασθενείς που έλαβαν βαρενικλίνη εξέλαβαν σημαντικά χαμηλότερη ευχαρίστηση από το κάπνισμα σε σύγκριση με εκείνους που έλαβαν θεραπεία με βουπροπιόνη<sup>43</sup>. Στο σύνολό τους, όλα αυτά τα κλινικά δεδομένα αποδεικνύουν ότι η βαρενικλίνη είναι σαφώς αποτελεσματικότερη από το εικονικό φάρμακο και, ταυτόχρονα, πιο αποτελεσματική από ότι η θεραπεία υποκατάστασης της νικοτίνης και η βουπροπιόνη για την επίτευξη της αποχής από το κάπνισμα σε βραχυπρόθεσμο ορίζοντα. Η βαρενικλίνη όχι μόνο αμβλύνει σημαντικά την έντονη επιθυμία για κάπνισμα και τα συμπτώματα στέρησης, αλλά και μειώνει σημαντικά και το αίσθημα επιβράβευσης που προκαλείται από τη νικοτίνη και καθυστερεί την υποτροπή του καπνίσματος<sup>44</sup>.

#### **Αποτελεσματικότητα μακροχρόνιας θεραπείας**

Η μακροχρόνια θεραπεία με βαρενικλίνη έχει αποδειχθεί πιο αποτελεσματική από τη βραχυχρόνια, όταν επιδιώκεται διάρκεια 6-12 μηνών αποχής από το κάπνισμα. Σε μία μελέτη αξιολόγησης της μεγαλύτερης διάρκειας θεραπείας, οι συμμετέχοντες που επέτυχαν αποχή από το κάπνισμα κατά το πέρας της θεραπείας με βαρενικλίνη ανοικτής ετικέτας μετά από 12 εβδομάδες, εντάχθηκαν τυχαία είτε σε βαρενικλίνη 1 mg δύο φορές ημερησίως ή σε εικονικό φάρμακο για 12 επιπλέον εβδομάδες. Στο τέλος της δεύτερης φάσης της θεραπείας (εβδομάδα 24 της μελέτης), το 71% των συμμετεχόντων που έλαβαν δραστική θεραπεία διατήρησε την αποχή από το κάπνισμα σε σύγκριση με το 50% των συμμετεχόντων που έλαβαν εικονικό φάρμακο (OR 2,48, 95 % CI: 1,95 - 3,16). Σε 52 εβδομάδες παρακολούθησης, τα άτομα που έλαβαν βαρενικλίνη είχαν σημαντικά υψηλότερα ποσοστά αποχής από το κάπνισμα σε σύγκριση με όσους έλαβαν εικονικό φάρμακο (ποσοστό συνεχούς αποχής 44 % έναντι 37 % κατά τις εβδομάδες 13-52, OR 1,34, 95 % CI: 1,06 - 1,69)<sup>45</sup>.

Μια δευτερεύουσα ανάλυση των δεδομένων αυτής της μελέτης υποδεικνύει ότι, όταν χρησιμοποιείται για την πρόληψη της υποτροπής, η συμπληρωματική θεραπεία με βαρενικλίνη διάρκειας 12 εβδομάδων είναι πιο αποτελεσματική σε καπνιστές που αρχικά συνάντησαν δυσκολίες στην επίτευξη αποχής από το κάπνισμα<sup>38</sup>. Υπάρχουν επίσης επιστημονικές ενδείξεις ότι η βαρενικλίνη είναι καλά ανεκτή σε μακροπρόθεσμη βάση - από τρεις έως έξι μήνες, έως ένα έτος - και ότι η παράταση της διάρκειας της θεραπείας αποτρέπει τις υποτροπές<sup>13</sup>. Έχει επίσης αποδειχθεί η ασφάλεια και η αποτελεσματικότητα



της μακροχρόνιας θεραπείας (έξι μηνών) με χορήγηση βαρενικλίνης. Σε μια μελέτη σε 377 ενήλικες καπνιστές, οι συμμετέχοντες εντάχθηκαν τυχαία είτε σε βαρενικλίνη (1 mg δύο φορές ημερησίως) είτε σε εικονικό φάρμακο για 52 εβδομάδες. Η βαρενικλίνη ήταν καλά ανεκτή, ενώ το ποσοστό αποχής κατά την εβδομάδα 52 ήταν 37% για τους ασθενείς που έλαβαν βαρενικλίνη έναντι 8% για την ομάδα που έλαβε εικονικό φάρμακο<sup>47</sup>.

Μια άλλη μελέτη αξιολόγησε το βαθμό, στον οποίο οι καπνιστές που αποτυγχάνουν να διακόψουν το κάπνισμα κατά την ημερομηνία-στόχο για τη διακοπή του καπνίσματος (TQD) ή παρεκκλίνουν μετά από αυτή την ημερομηνία, επιτυγχάνουν τελικά την αποχή από το κάπνισμα με τη συνέχιση της θεραπείας. Αυτό, επιτεύχθηκε μέσω μιας δευτερεύουσας ανάλυσης των συγκεντρωτικών δεδομένων δύο πανομοιότυπων δοκιμών με χορήγηση βαρενικλίνης έναντι της βουπροπιόνης και του εικονικού φαρμάκου. Όσοι μοτίβα επιτυχούς διακοπής του καπνίσματος εντοπίστηκαν μεταξύ των καπνιστών που πέτυχαν συνεχή αποχή για τις τελευταίες τέσσερις εβδομάδες της θεραπείας (εβδομάδες 9-12): καπνιστές που διέκοψαν άμεσα το κάπνισμα (immediate quitters - IQs) κατά την ημερομηνία-στόχο (8η ημέρα) και συνέχισαν να απέχουν για τις εβδομάδες 2-12 και, καπνιστές που διέκοψαν το κάπνισμα με καθυστέρηση (delayed quitters - DQs) και πέτυχαν την αρχική αποχή κάποια στιγμή μετά την ημερομηνία-στόχο ή μπορεί να παρέκκλιναν μετά από αποχή κατά τη δεύτερη εβδομάδα και να επανήλθαν έως την ένατη εβδομάδα της δοκιμής. Σε σύγκριση με τους IQs, οι DQs καθυστέρησαν να επιτύχουν συνεχή αποχή μέχρι το πέρας της θεραπείας. Τα δεδομένα αυτά είναι ευνοϊκά υπέρ της σύστασης των μακροχρόνιων θεραπειών για τη διακοπή του καπνίσματος χωρίς παύση για τους καπνιστές που είναι αποφασισμένοι να επιμείνουν στην προσπάθεια διακοπής του καπνίσματος, παρά την αρχική αποτυχία διακοπής κατά τη διάρκεια της θεραπείας<sup>40</sup>.

#### **Αποτελεσματικότητα σε ασθενείς με ΧΑΠ**

Τέλος, σύμφωνα με τους Tashkin και συν., η βαρενικλίνη αποδείχθηκε επίσης αποτελεσματική φαρμακευτική θεραπεία, καλά ανεκτή σε ασθενείς με ήπιες - μέτριες μορφές ΧΑΠ, με συνεχή αναλογία αποχής κατά τις εβδομάδες 9 -12, 42,3 % έναντι 8,8 % με εικονικό φάρμακο και έως 18,6 % έναντι 5,6 % για το εικονικό φάρμακο κατά την παρακολούθηση (εβδομάδες 9-52). Ιαπιστώθηκε ένα καλό προφίλ ασφάλειας σε σύγκριση με τις προηγούμενες γνωστές μελέτες σχετικά με τη βαρενικλίνη (2,8 % σοβαρές ανεπιθύμητες ενέργειες σε αυτούς που έλαβαν βαρενικλίνη σε σύγκριση με 4,4 % στην ομάδα του εικονικού φαρμάκου)<sup>49</sup>.

#### **Αποτελεσματικότητα σε ασθενείς με καρδιοπάθειες**

Το 2010 οι Rigotti και συν. δημοσίευσαν τα αποτελέσματά τους σχετικά με την αποτελεσματικότητα και την ασφάλεια της βαρενικλίνης έναντι του εικονικού φαρμάκου σε 714 καπνιστές με σταθερές καρδιαγγειακές νόσους<sup>50</sup>. Οι συγγραφείς διαπίστωσαν ένα υψηλότερο ποσοστό συνεχούς αποχής με τη χορήγηση βαρενικλίνης (47,0% έναντι 13,9%) κατά τις εβδομάδες 9-12, όπως και κατά τις εβδομάδες 9 -52 (19,2% έναντι 7,2%).

#### **Αποτελεσματικότητα σε ασθενείς με HIV λοίμωξη**

Σε μία πολυκεντρική πιλοτική μελέτη ανοικτής ετικέτας σε οροθετικούς καπνιστές, χρησιμοποιήθηκε βαρενικλίνη 1.0 mg δύο φορές ημερησίως επί 12 εβδομάδες με τιτλοποίηση της δόσης κατά την πρώτη εβδομάδα. Οι ανεπιθύμητες ενέργειες (ΑΕ) και τα ποσοστά αποχής ήταν συγκρίσιμα με αυτά που καταδεικνύονται σε δημοσιευμένες τυχαίοποιημένες ελεγχόμενες δοκιμές που διεξήχθησαν σε γενικά υγιείς, μη οροθετικούς καπνιστές. Η βαρενικλίνη ήταν ασφαλής και φαίνεται να είναι αποτελεσματική για τους οροθετικούς καπνιστές σε αυτή τη διερευνητική μελέτη, αν και εκδηλώθηκαν συχνά ανεπιθύμητες ενέργειες (κυρίως ναυτία). Η στενή παρακολούθηση των ηπατικών ενζύμων και της αρτηριακής πίεσης, συνιστάται για τους οροθετικούς καπνιστές που λαμβάνουν βαρενικλίνη<sup>51</sup>.

#### **Αποτελεσματικότητα σε ασθενείς με ψυχοπαθολογία**

Νέα δεδομένα ανέκυψαν από μια μελέτη με στόχο τη σύγκριση των αποτελεσμάτων της θεραπείας σε όλους τους καπνιστές που συμμετείχαν στη μελέτη COMPASS για τη διακοπή του καπνίσματος: οι καπνιστές με ψυχιατρικό ιστορικό (PH+) είχαν περισσότερες πιθανότητες να αναφέρουν συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης, αλλά οι αξιολογήσεις της έντασης των ψυχοπαθολογικών ανεπιθύμητων ενεργειών δεν διέφεραν μετά την στατιστική προσαρμογή για πολλαπλές συγκρίσεις. Συνολικά, όλες οι ανεπιθύμητες ενέργειες αξιολογήθηκαν ως μέτριας ή μικρότερης έντασης. Στη μελέτη αυτή, οι ασθενείς έλαβαν συμπεριφορική συμβουλευτική σε συνδυασμό με βαρενικλίνη, με παρακολούθηση για έξι μήνες μετά την ημερομηνία διακοπής και χωρίστηκαν σε ομάδες με ή χωρίς ιστορικό διάγνωσης ψυχοπαθολογίας, βάσει των ενδείξεων αγχώδους διαταραχής, κατάθλιψης, ψυχωσικής ή διπολικής διαταραχής, που προέκυπταν από τα ιατρικά αρχεία. Συνολικά, μια θετική διάγνωση ψυχοπαθολογίας σε αυτήν τη δοκιμή, δεν αποτέλεσε προλεγόμενο μιας χειρότερης έκτασης της θεραπείας ή μεγαλύτερης έντασης ανεπιθύμητων ενεργειών εξαιτίας της θεραπείας<sup>52</sup>.

#### **Αποτελεσματικότητα στη διακοπή κατανάλωσης καπνού άνευ καύσης (smokeless tobacco)**

Η αποτελεσματικότητα και η ασφάλεια της βαρενικλίνης στην υποβοήθηση των καταναλωτών προϊόντων καπνού άνευ καύσης (smokeless tobacco - ST) να διακόψουν την κατανάλωσή τους, εκτιμήθηκε σε 431 συμμετέχοντες (213 λαμβάνοντες βαρενικλίνη· 218 εικονικό φάρμακο), οι οποίοι τυχαίοποιήθηκαν και έλαβαν τουλάχιστον μία δόση από το υπό μελέτη φάρμακο. Το ποσοστό συνεχούς αποχής κατά τις εβδομάδες 9-12 ήταν υψηλότερο στην ομάδα της βαρενικλίνης από ότι στην ομάδα του εικονικού φαρμάκου (59% έναντι 39%). Η μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα της βαρενικλίνης έναντι του εικονικού φαρμάκου, διατηρήθηκε έως και 14 εβδομάδες παρακολούθησης μετά (το ποσοστό συνεχούς αποχής κατά τις εβδομάδες 9-26 ήταν 45% έναντι 34%). Οι συγγραφείς κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η βαρενικλίνη μπορεί να βοηθήσει στη διακοπή της κατανάλωσης προϊόντων καπνού άνευ καύσης και έχει ένα αποδεκτό προφίλ ασφάλειας. Το ποσοστό ανταπόκρισης στην ομάδα του εικονικού φαρμάκου σε αυτή τη μελέτη ήταν υψηλό, γεγονός που υποδηλώνει πληθυσμό λιγότερο ανθεκτικό στη θεραπεία από ότι οι καπνιστές<sup>53</sup>. Σε μια πιλοτική μελέτη, ανοικτής ετικέτας, για την απόκτηση προκαταρκτικών





δεδομένων σχετικά με τη χρήση της βαρενικλίνης ως στρατηγική ελάττωσης της κατανάλωσης καπνού άνευ καύσης, η οποία συμπεριέλαβε 20 εγγεγραμμένους καταναλωτές τέτοιων προϊόντων, οι Ebbert και συν. αναφέρουν ότι η βαρενικλίνη μπορεί να είναι αποτελεσματική στην ελάττωση της κατανάλωσης προϊόντων καπνού άνευ καύσης και την επίτευξη της αποχής από την κατανάλωση των εν λόγω προϊόντων, σε καταναλωτές που δεν σχεδιάζουν να διακόψουν την κατανάλωσή τους, αλλά ενδιαφέρονται να την ελαττώσουν

#### **4.2.3.3 Η βαρενικλίνη ως συνιστώσα συνδυασμένης φαρμακοθεραπείας**

Μια πιλοτική μελέτη ανοικτής ετικέτας, διερεύνησε την αποτελεσματικότητα της θεραπείας 12 εβδομάδων με βαρενικλίνη (τυπική θεραπευτική αγωγή) χορηγούμενη μαζί με βουπροπιόνη παρατεταμένης αποδέσμευσης (150 mg δύο φορές την ημέρα μετά από μια τριήμερη κλιμάκωση της δόσης). Το ποσοστό αποχής από το κάπνισμα των 38 εγγεγραμμένων καπνιστών, ήταν 71 % στο τέλος της θεραπείας. Στους έξι μήνες, η συνδυασμένη θεραπεία συνέχισε να εμφανίζεται πιο αποτελεσματική από τη μονοθεραπεία, αν και είναι αναγκαία μια κατάλληλη, διπλή-τυφλή, τυχαιοποιημένη, ελεγχόμενη κλινική δοκιμή για να επιβεβαιώσει αυτά τα ευρήματα.

Πρέπει επίσης να σημειωθεί ότι, οι πιο βαρείς καπνιστές, μπορούν να επωφεληθούν από τη συνδυασμένη θεραπεία βαρενικλίνης και θεραπείας υποκατάστασης νικοτίνης, επειδή η βαρενικλίνη μπορεί να μην επιφέρει πλήρη κορεσμό των νικοτινικών υποδοχέων κατά την κλιμάκωση της δόσης, γεγονός που μπορεί να οδηγήσει σε μερική μόνο εξασθένηση της έντονης επιθυμίας για νικοτίνη. Εάν η συμπληρωματική θεραπεία υποκατάστασης νικοτίνης μπορεί να οδηγήσει σε πιο πλήρη κορεσμό των υποδοχέων, τότε η παρόρμηση για κάπνισμα θα μπορούσε να εξασθενήσει ακόμα περισσότερο<sup>15</sup>. Αυτή η πιθανή επίδραση, αξιολογήθηκε σε ένα θεραπευτικό πρόγραμμα διάρκειας οκτώ ημερών. Η πρώτη ομάδα μελέτης (n = 135) ολοκλήρωσε το θεραπευτικό πρόγραμμα πριν από την κυκλοφορία της βαρενικλίνης στην αγορά, ως φάρμακο αποτελεσματικό για τη διακοπή του καπνίσματος και, έλαβε «συνήθη φροντίδα», που συνίσταται σε θεραπεία με επίθεμα νικοτίνης ή / και παρατεταμένης απελευθέρωσης βουπροπιόνη. Μορφές NRT βραχείας δράσης χρησιμοποιήθηκαν κατά ούληση, για τη θεραπεία των οξέων συμπτωμάτων στέρησης από τη νικοτίνη. Η δεύτερη ομάδα (n = 104) ολοκλήρωσε το θεραπευτικό πρόγραμμα μετά την έγκριση της βαρενικλίνης από την FDA και, έλαβε συνδυασμένη θεραπεία με βαρενικλίνη και θεραπεία υποκατάστασης της νικοτίνης. Η θεραπεία με επιθέματα νικοτίνης ήταν η κυρίαρχη μορφή της NRT που χρησιμοποιήθηκε και, συχνά, συμπληρώθηκε από άλλες, βραχείας δράσης, μορφές της NRT. Σχεδόν τα τρία τέταρτα των ασθενών χρησιμοποίησαν περισσότερες από μία μορφές NRT. εν παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφορές στα ποσοστά αποχής από το κάπνισμα μεταξύ των δύο ομάδων, στους έξι μήνες παρακολούθησης. Σημαντικότερο δε, είναι το γεγονός ότι δεν παρατηρήθηκε αύξηση των αναφερόμενων ανεπιθύμητων ενεργειών στους ασθενείς που έλαβαν τη συνδυασμένη θεραπεία. Σημαντικότεροι, ωστόσο, περιορισμοί σε αυτή τη μελέτη ήταν το μικρό μέγεθος του δείγματος και η μη ελεγχόμενη με εικονικόφάρμακο μεθοδολογία της<sup>55</sup>.

#### **4.2.3.4 Βαρενικλίνη και συμβουλευτική**

Τα υπάρχοντα δεδομένα υποστηρίζουν την αποτελεσματικότητα της βαρενικλίνης όταν συνδυάζεται με διάφορα προγράμματα συμπεριφορικής θεραπείας, που προσφέρονται σε πραγματικό περιβάλλον. Ο βαθμός, στον οποίο η βαρενικλίνη είναι αποτελεσματική σε συνδυασμό με την προληπτική τηλεφωνική παροχή συμβουλών, την παροχή πληροφοριών για την υγεία και τη συμπεριφορική συμβουλευτική μέσα από διαδικτυακές πλατφόρμες, ή επί συνδυασμού των δύο, ερευνήθηκε από τους Swan και συν. Οι συγγραφείς κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η τηλεφωνική συμβουλευτική παρουσίαζε μεγαλύτερο πλεονέκτημα για την πρόωρη διακοπή του καπνίσματος και φάνηκε να αυξάνει τήρηση της φαρμακοθεραπείας, αλλά η απουσία σημαντικών διαφορών στους έξι μήνες παρακολούθησης, υποδηλώνει ότι οποιαδήποτε από τις ανωτέρω παρεμβάσεις, είναι αποτελεσματική όταν χρησιμοποιείται σε συνδυασμό με τη βαρενικλίνη<sup>56</sup>.

#### **4.2.3.5 Ενδείξεις**

Η βαρενικλίνη είναι το πρώτο φάρμακο που αναπτύχθηκε και, προορίζεται αποκλειστικά, για τη διακοπή του καπνίσματος<sup>14</sup>. Χορηγείται μόνο με ιατρική συνταγή και είναι ένα φάρμακο πρώτης γραμμής για τη θεραπεία της εξάρτησης από την νικοτίνη.

#### **4.2.3.6 Κλινικές εφαρμογές**

Η βαρενικλίνη χορηγείται από του στόματος, ανεξάρτητα από τη λήψη τροφής (μπορεί να χορηγείται πριν και μετά από τα γεύματα), σε δύο στάδια<sup>57</sup>: Αρχική φάση: κουτιά με δισκία σε δόσεις προσαρμοσμένες στις πρώτες δύο εβδομάδες της αγωγής, ως εξής: 1 δισκίο 0,5 mg/ημέρα, κατά τις ημέρες 1-3 της αγωγής, έπειτα 1 δισκίο 0,5 mg x 2/ημέρα κατά τις ημέρες 4 έως 7 και 1 δισκίο 1 mg x 2/ημέρα κατά τις ημέρες 8-14. εύτεση φάση (συνέχισης της θεραπείας-continuation phase): κουτιά των 28 δισκίων των 1mg· συνιστάται να λαμβάνεται 1 δισκίο 1 mg x 2/ημέρα, σε καθημερινή βάση, για τις εβδομάδες 3 -12. Ο ασθενής αρχίζει τη θεραπεία με βαρενικλίνη, στη συνέχεια, κατά τη διάρκεια των πρώτων εβδομάδων της θεραπείας, κατά προτίμηση μεταξύ των ημερών 8 και 14, ορίζει μια ημερομηνία κατά την οποία αυτός / αυτή θα κάνει μια προσπάθεια να διακόψει το κάπνισμα. Αν η προσπάθεια διακοπής του καπνίσματος δεν είναι επιτυχής, η θεραπεία συνεχίζεται και ο ασθενής, θέτει ένα νέο στόχο και προσπαθεί να διακόψει μια διαφορετική ημέρα, έως ότου αυτός / αυτή να το επιτύχει.

Οι αντενδείξεις της βαρενικλίνης είναι λίγες και συγκεκριμένα: υπερευαισθησία στη δραστική ουσία ή στα ανενεργά συστατικά της, ηλικία κάτω των 18 ετών, εγκυμοσύνη και θηλασμός.

#### 4.2.3.7 Προφυλάξεις που απαιτούνται για τη χορήγηση Βαρενικλίνης

##### Ασθενείς με νεφρική ανεπάρκεια

Για τους ασθενείς με νεφρική ανεπάρκεια, η δόση ρυθμίζεται ως εξής: σε ήπιες μορφές (κάθαρση κρεατινίνης 50 - 80 ml / λεπτό) - η δόση είναι η συνήθης· Σε μέτριες μορφές (κάθαρση κρεατινίνης 30 - 50 ml / λεπτό) - η δόση είναι η συνήθης ή μπορεί να φθάσει έως 1 mg/ημέρα· σε σοβαρές μορφές (κάθαρση κρεατινίνης ≤ 30 ml / λεπτό) - η μέγιστη συνιστώμενη δόση είναι 1 mg/ημέρα<sup>13</sup>.

Ασθενείς, οδηγοί οχημάτων και χειριστές βαρέων μηχανημάτων

Λόγω των εκθέσεων της FDA των ΗΠΑ το 2007, ορισμένες ανησυχίες για την ασφάλεια έχουν διατυπωθεί σχετικά με τη χρήση της βαρενικλίνης από τους χειριστές οχημάτων και βαρέων μηχανημάτων, καθώς και για ασθενείς σε οποιοδήποτε περιβάλλον στο οποίο απαιτείται εγρήγορση και έλεγχος μηχανημάτων, ώστε να αποφευχθεί σοβαρός τραυματισμός. Τον Μάιο του 2008, η Ομοσπονδιακή Ιοίκηση Ασφάλειας Motor Carrier και η Ομοσπονδιακή Ιοίκηση Αεροπορίας των ΗΠΑ ανακοίνωσαν ότι οι πιλότοι, οι ελεγκτές εναέριας κυκλοφορίας και οι οδηγοί φορτηγών και λεωφορείων αποκλείονται από τη λήψη αυτού του φαρμάκου<sup>44</sup>. Έτσι, συνιστάται να ερωτούνται οι οδηγοί εάν οι τρέχουσες δραστηριότητές τους επηρεάζονται από τη χορήγηση βαρενικλίνης. Η βαρενικλίνη μπορεί να έχει μια μικρή, μεσαία ή σημαντική επίδραση στην ικανότητα οδήγησης ή χρήσης εξοπλισμού (προκαλεί ζάλη και υπνηλία). Οι ασθενείς πρέπει να συμβουλευούνται να μην οδηγούν, να μην χειρίζονται εξοπλισμό ή να μην εμπλέκονται σε δυνητικά επικίνδυνες δραστηριότητες μέχρι να γίνει, με βεβαιότητα, γνωστό, αν αυτό το φάρμακο επηρεάζει την ικανότητά τους να διεξάγουν τέτοιες δραστηριότητες με ασφάλεια.

##### Ασθενείς με ψυχικά νοσήματα

Με βάση διάφορες εκθέσεις, το Νοέμβριο του 2007, η FDA εξέδωσε μια έγκαιρη προειδοποίηση για την ασφάλεια της βαρενικλίνης, τονίζοντας την ανάγκη, οι ασθενείς να ελέγχονται για προϋπάρχοντα ψυχικά νοσήματα πριν από τη χορήγηση της βαρενικλίνης και τη σημασία της παρακολούθησης τυχόν μεταβολών στη διάθεση ή συμπεριφορά. Τον Μάιο του 2008, η FDA επικαιροποίησε την προειδοποίηση, με την απαίτηση ότι, όλοι οι ασθενείς θα πρέπει να παρακολουθούνται και να αναφέρονται αμέσως στους ιατρούς τους σε περίπτωση οποιασδήποτε αλλαγής στη διάθεση ή συμπεριφορά, ή επιδείνωση της προϋπάρχουσας ψυχικής νόσου, κατά τη διάρκεια, αλλά και μετά τη διακοπή της θεραπείας με βαρενικλίνη. Αυτή η ανησυχία για την ασφάλεια του φαρμάκου, τονίστηκε περαιτέρω σε πιο πρόσφατες κλινικές εκθέσεις: περίπου 5% των ασθενών στο Ηνωμένο Βασίλειο (από ένα σύνολο 2682 ασθενών, τον εκέμβριο του 2006) ανέφεραν ψυχοπαθολογικές επιπτώσεις κατά τη διάρκεια της θεραπείας με βαρενικλίνη, συμπεριλαμβανομένων των διαταραχών ύπνου (1,6%), της αγχώδους διαταραχής (1,2%), της κατάθλιψης (1,0%), των μη «φυσιολογικών» ονείρων (1,0%), της αλλαγής στη διάθεσή τους (0,6%), και του αυτοκτονικού ιδεασμού (n = 5)<sup>44,58</sup>.

#### 4.2.3.8 Ανοχή και ασφάλεια

Η βαρενικλίνη είναι γενικά καλά ανεκτή. Οι πιο συχνά αναφερόμενες ανεπιθύμητες ενέργειες, σε σύγκριση με τη βουπροπιόνη ή κάποιο εικονικό φάρμακο, αναφέρονται στον Πίνακα 8<sup>59</sup>.

**Πίνακας 8: Σύγκριση των ανεπιθύμητων ενεργειών, λόγω της χρήσης βαρενικλίνης, βουπροπιόνης και εικονικού φαρμάκου**

	Βαρενικλίνη	Βουπροπιόνη	Εικονικό φάρμακο
Ναυτία	28%	9%	9%
Αϋπνία	14%	21%	13%
Κεφαλαλγία	14%	11%	12%

##### Ναυτία

Η ναυτία ήταν το πιο συχνά αναφερθέν σύμπτωμα, ως ήπια έως μέτριας σοβαρότητας ανεπιθύμητη ενέργεια (συνολική συχνότητα εμφάνισης 24,4% -52.0%), το οποίο εμφανίστηκε σε μεγαλύτερο ποσοστό στις ομάδες βαρενικλίνης σε σχέση με τις ομάδες του εικονικού φαρμάκου. Τα περισσότερα επεισόδια ναυτίας ξεκίνησαν την πρώτη εβδομάδα της θεραπείας και διήρκεσαν, κατά μέσο όρο, 12 ημέρες. Η τιτλοποίηση της δόσης, φάνηκε να μειώνει τη συνολική συχνότητα εμφάνισης της ναυτίας. Υπήρξε δε, μια χαμηλή συχνότητα εμφάνισης ναυτίας (13,4%) στους ασθενείς που έλαβαν θεραπεία με βαρενικλίνη σε μελέτη αυτορρυθμισμένης ευέλικτης δοσολογίας. Σε κλινικές μελέτες, τα ποσοστά διακοπής της θεραπείας λόγω εκδήλωσης ναυτίας κυμάνθηκαν γενικά στο 5% στους ασθενείς που έλαβαν βαρενικλίνη. Σε περίπτωση εκδήλωσης της εν λόγω ανεπιθύμητης ενέργειας, είναι χρήσιμες για τον ασθενή οι ακόλουθες πρακτικές πληροφορίες: γενικά το φαινόμενο υφίεται από μόνο του, σε περίπου μία εβδομάδα μετά την έναρξη της θεραπείας· μπορεί δε να αποφευχθεί, με τη χορήγηση του φαρμάκου ταυτόχρονα με το γεύμα, όπως επίσης και εάν ο ασθενής ξεκουράζεται για λίγο μετά τη λήψη.<sup>14</sup>.

##### Αϋπνία

Η χορήγηση της βαρενικλίνης, στη δόση συντήρησης του 1 mg δύο φορές την ημέρα, για περισσότερο από 6 εβδομάδες, έχει συσχετιστεί με γαστρεντερικά ενοχλήματα. Σε ρεαλιστικούς όρους, ανά πέντε



ασθενείς που λαμβάνουν τη θεραπεία, θα υπάρξει μια εκδήλωση ναυτίας, και ανά 24 και 35 ασθενείς που λαμβάνουν τη θεραπεία, πρέπει να αναμένεται μια εκδήλωση δυσκοιλιότητας και μετεωρισμού αντιστοίχως<sup>60</sup>. Ωστόσο, εκτός από τις εκδηλώσεις που εμπίπτουν στην κατηγορία των διαταραχών του ύπνου, δε φάνηκε καμία σχέση αιτίας-αιτιατού στις προαναφερθείσες μεταβολές. Ως συμπέρασμα, οι Tonstad και συν., εξέφρασαν ότι δεν υπάρχει σημαντική αύξηση του ποσοστού ψυχοπαθολογικών εκδηλώσεων, εκτός από εκείνες που σχετίζονται με τις διαταραχές του ύπνου, στην ομάδα των καπνιστών, με ελεύθερο ιστορικό ψυχικών διαταραχών, που έλαβαν βαρενικλίνη. Η αύπνία είναι μια άλλη συχνά αναφερόμενη ανεπιθύμητη ενέργεια (14,0 % -37.2 %) που έχει συσχετιστεί με τη χορήγηση βαρενικλίνης σε κλινικές δοκιμές. Σε γενικές γραμμές, οι ασθενείς εκδήλωσαν αύπνία κατά τη διάρκεια των πρώτων τεσσάρων εβδομάδων της θεραπείας με βαρενικλίνη, αλλά οι περιπτώσεις ελαττώθηκαν κατά τη συνέχιση της θεραπείας. Σε μία εκτεταμένη μελέτη, η συχνότητα της αύπνίας ήταν 19,1 % με χορήγηση βαρενικλίνης και 9,5% με χορήγηση εικονικού φαρμάκου, γεγονός που υποδηλώνει ότι η αύπνία μπορεί να είναι ένα σύμπτωμα της αποχής από τη νικοτίνη, κατά την προσπάθεια διακοπής του καπνίσματος<sup>44</sup>.

### Καρδιαγγειακό

Μια ανασκόπηση των τυχαιοποιημένων μελετών που δημοσιεύθηκαν μεταξύ 2008 και 2010, οδήγησε σε νέα δεδομένα ασφάλειας σχετικά με τη χορήγηση της βαρενικλίνης σε ασθενείς με αναπνευστική και καρδιαγγειακή συνοσηρότητα, καθώς και τις πιθανές ανεπιθύμητες ψυχοπαθολογικές εκδηλώσεις. Δεν υπήρξαν σημαντικές διαφορές μεταξύ της ομάδας στην οποία χορηγήθηκε βαρενικλίνη και εκείνης στην οποία χορηγήθηκε εικονικό φάρμακο όσον αφορά: την καρδιαγγειακή θνησιμότητα (0,3% έναντι 0,6%), τη συνολική θνησιμότητα (εξαιτίας διαφόρων αιτιών, 0,6% έναντι 1,4%), τα καρδιαγγειακά συμβάματα (7,1% έναντι 5,7%), αλλά και όλες τις σοβαρές ανεπιθύμητες ενέργειες (6,5% έναντι 6,0%) (Πίνακας 9).

**Πίνακας 9: Σύγκριση του ποσοστού των θανάτων και των ανεπιθύμητων ενεργειών από το καρδιαγγειακό (από τη μελέτη Rigotti, σε ασθενείς με ατομικό ιστορικό καρδιαγγειακής νόσου)**

Ασθενείς με ιστορικό καρδιαγγειακής νόσου	Βαρενικλίνη	Εικονικό φάρμακο
Θάνατος από καρδιαγγειακά αίτια	0.3%	0.6%
Συνολική θνησιμότητα	0.6%	1.4%
Καρδιαγγειακά συμβάματα	7.1%	5.7%
Όλες οι σοβαρές ανεπιθύμητες ενέργειες	6.5%	6.0%

Μια συστηματική ανασκόπηση και μετανάλυση τυχαιοποιημένων ελεγχόμενων δοκιμών (RCT) με σκοπό την πιθανή ανάδειξη σοβαρών καρδιαγγειακών ανεπιθύμητων ενεργειών εξαιτίας της χορήγησης βαρενικλίνης, διεξήχθη από τους Singh και συν. βάσει των διαθέσιμων δεδομένων. Τα πιο αξιοσημείωτα ευρήματα προέρχονται από τη μελέτη Rigotti, καθώς πολλές μελέτες, δεν αναφέρουν ούτε μία περίπτωση ανεπιθύμητης ενέργειας από το καρδιαγγειακό σύστημα. Οι συγγραφείς εξέγειραν ορισμένες ανησυχίες, σχετικά με την ασφάλεια της χρήσης της βαρενικλίνης, σε σύγκριση με το εικονικό φάρμακο (OR 1,72, 95% CI=1,09 - 2,71, I<sup>2</sup> = 0%). Παρά τους περιορισμούς αυτών των ευρημάτων, πρέπει να ληφθούν υπόψη πιθανές ρυθμιστικές και κλινικές επιπτώσεις και, έως ότου διεξαχθούν και άλλες μελέτες προς την κατεύθυνση της αξιολόγησης της ασφάλειας του φαρμάκου, οι κλινικοί ιατροί θα πρέπει να εξετάζουν προσεκτικά τον κίνδυνο σοβαρών καρδιαγγειακών επεισοδίων που σχετίζονται με τη χρήση της βαρενικλίνης, πέρα από τα γνωστά οφέλη που παρέχει το φάρμακο για τη διακοπή του καπνίσματος<sup>61</sup>. Μια άλλη μετανάλυση με σχεδόν πανομοιότυπα δεδομένα, δεν αναδεικνύει κάποιο σημαντικό κίνδυνο. Ο EMEA επανεξετάζει όλα αυτά τα δεδομένα και καταλήγει στο συμπέρασμα ότι το όφελος από τη χρήση της βαρενικλίνης για τη διακοπή του καπνίσματος, παραμένει σε υψηλά επίπεδα και δεν υποβάλλει τη χρήση του φαρμάκου σε περιορισμούς.

### Ψυχικές διαταραχές

Μία δημοσίευση του 2010 αξιολόγησε τα περιστατικά και τον σχετικό κίνδυνο ψυχικών διαταραχών που καταγράφηκαν σε δέκα τυχαιοποιημένες, ελεγχόμενες με εικονικό φάρμακο μελέτες, σχετικά με τη χορήγηση βαρενικλίνης για τη διακοπή του καπνίσματος<sup>62</sup>. Άλλες ψυχικές διαταραχές, διαφορετικές από τις απλές διαταραχές του ύπνου, βρέθηκαν στο 10,7 % των ασθενών που έλαβαν βαρενικλίνη έναντι 9,7 %, σε εκείνους που έλαβαν εικονικό φάρμακο, με σχετικό κίνδυνο 1,02. Ο σχετικός κίνδυνος εκδήλωσης ανεπιθύμητων ψυχικών διαταραχών λόγω της χορήγησης βαρενικλίνης, έναντι του εικονικού φαρμάκου ήταν: 0,86 για τα συμπτώματα αγχώδους διαταραχής, 0,76 για αλλαγές στη φυσική δραστηριότητα και 1,42 για μεταβολές στη διάθεση, 1,21 για μη κατηγοριοποιημένες διαταραχές της διάθεσης και 1,70 για τις διαταραχές του ύπνου. Σε αυτές τα δέκα τυχαιοποιημένες δοκιμές, δεν υπήρξαν αναφορές για περιπτώσεις αυτοκτονικών τάσεων ή ιδεασμού σε ασθενείς κατά τη θεραπεία με βαρενικλίνη, ωστόσο, τρεις άλλες δοκιμές που, λόγω του διαφορετικού σχεδιασμού τους, δεν περιλαμβάνονται στην παρούσα ανασκόπηση, ανέφεραν δύο περιπτώσεις με αυτοκτονικές σκέψεις και μία μεμονωμένη περίπτωση αυτοκτονίας.

### Άλλες ανεπιθύμητες ενέργειες

Άλλες ανεπιθύμητες ενέργειες καταγράφηκαν επίσης, όπως: κοιλιακό άλγος, δυσκοιλιότητα, μετεωρισμός, μη «φυσιολογικά» όνειρα, διαταραχές ύπνου, ζάλη, ξηροστομία, αυξημένη όρεξη, αύξηση του σωματικού βάρους και κεφαλαλγία, που γενικά, παρουσιάστηκαν σε ποσοστά διπλάσια αυτών της ομάδας του εικονικού φαρμάκου<sup>63</sup>. Αυτές οι ανεπιθύμητες ενέργειες ήταν ήπιες έως μέτριας σοβαρότητας και παροδικές, ενώ εμφανίστηκαν κυρίως κατά τις πρώτες τέσσερις εβδομάδες της θεραπείας. Το 2%



των συμμετεχόντων διέκοψε τη χρήση της βαρενικλίνης λόγω αυτών των ανεπιθύμητων ενεργειών<sup>44</sup>. εν έχουν καταστεί γνωστές αλληλεπιδράσεις της βαρενικλίνης με άλλα φάρμακα, των οποίων, ωστόσο, μερικές δράσεις μεγιστοποιούνται λόγω της διακοπής της κατανάλωσης προϊόντων καπνού, καθώς η βαρενικλίνη αρχίζει να παράγει θεραπευτικό αποτέλεσμα. Έτσι, είναι γνωστό ότι η διακοπή του καπνίσματος, μέσω ενεργοποίησης ενζύμων του συμπλέγματος CYP1A2, επιβάλλει την προσαρμογή των δόσεων της θεοφυλλίνης, βαρφαρίνης, ινσουλίνης κ.α.13. Μετά το πέρας της θεραπείας, η διακοπή της βαρενικλίνης μπορεί να προκαλέσει ευερεθιστότητα, επιθυμία για κάπνισμα, αύπνια ή καταθλιπτική διάθεση σε ένα μικρό ποσοστό των ασθενών - περίπου 3 %<sup>13</sup>.

### Σύσταση

- Συνιστάται η χορήγηση της βαρενικλίνης ως αποδεδειγμένα αποτελεσματικής θεραπείας για τη διακοπή του καπνίσματος (επίπεδο τεκμηρίωσης A)<sup>13, 36, 37, 64</sup>.

#### 4.2.4 . Θεραπεία με κλονιδίνη

Η κλονιδίνη χρησιμοποιείται κυρίως ως αντιυπερτασικό φάρμακο και μειώνει την κεντρική συμπαθητική δραστηριότητα, μέσω της ενεργοποίησης των α2- αδρενεργικών υποδοχέων. Η κλονιδίνη δεν έχει εγκριθεί από την FDA για τη διακοπή του καπνίσματος και χρησιμοποιείται μόνον ως φάρμακο δεύτερης γραμμής. Ως εκ τούτου, οι κλινικοί ιατροί πρέπει να γνωρίζουν τις ειδικές προειδοποιήσεις σχετικά με αυτήν τη φαρμακευτική ουσία, καθώς και το προφίλ των ανεπιθύμητων ενεργειών της. Η Επιτροπή Κατευθυντήριων Οδηγιών των ΗΠΑ (US Guideline Panel) επέλεξε να συστήσει την κλονιδίνη ως δραστική ουσία δεύτερης και όχι πρώτης γραμμής, λόγω των προειδοποιήσεων που σχετίζονται με τη διακοπή της, τη μεταβλητότητα των δόσεων που χρησιμοποιούνται για τον έλεγχο των επιπέδων αυτής της φαρμακευτικής ουσίας και την έλλειψη έγκρισης από την FDA. Έτσι, η κλονιδίνη θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη για την αντιμετώπιση της κατανάλωσης προϊόντων καπνού υπό την επίβλεψη ιατρού, σε ασθενείς που δεν μπορούν να χρησιμοποιήσουν φάρμακα πρώτης γραμμής λόγω αντενδείξεων ή σε ασθενείς οι οποίοι δεν ήταν σε θέση να διακόψουν το κάπνισμα με τη θεραπεία πρώτης γραμμής<sup>57</sup>. Η κλονιδίνη καταστέλλει αποτελεσματικά τα οξέα συμπτώματα της αποχής από τη νικοτίνη, όπως την ένταση, την ευερεθιστότητα, το άγχος, την έντονη επιθυμία και τη νευρικότητα<sup>65</sup>. Μια ανασκόπηση έξι κλινικών δοκιμών από τη σύμπραξη Cochrane διαπίστωσε ότι η κλονιδίνη, από του στόματος ή με τη μορφή επιδερμικών επιθεμάτων, ήταν πιο αποτελεσματική από το εικονικό φάρμακο, επιτυγχάνοντας δύο φορές υψηλότερα ποσοστά αποχής<sup>66</sup>. Η κλονιδίνη φαίνεται να είναι πιο αποτελεσματική στις γυναίκες καπνίστριες, αν και οι γυναίκες γενικά ανταποκρίνονται λιγότερο στις θεραπείες για τη διακοπή του καπνίσματος<sup>67</sup>. Οι ανεπιθύμητες ενέργειες της κλονιδίνης, ιδίως η καταστολή, η κόπωση, η ορθοστατική υπόταση, η ζάλη και η ξηροστομία, περιορίζουν την ευρεία χρήση της. Επίσης, θα πρέπει να σημειωθεί ότι η απότομη διακοπή της κλονιδίνης μπορεί να οδηγήσει σε συμπτώματα όπως νευρικότητα, διέγερση, κεφαλαλγία και τρόμο, συμπτώματα που συνοδεύονται ή ακολουθούν την ταχεία αύξηση της αρτηριακής πίεσης και εκπορεύονται από τα αυξημένα επίπεδα κατεχολαμινών<sup>67</sup>.

### Προφυλάξεις, προειδοποιήσεις, αντενδείξεις, ανεπιθύμητες ενέργειες

Οι έγκυες καπνίστριες θα πρέπει να ενθαρρύνονται να διακόψουν το κάπνισμα χωρίς φαρμακευτική αγωγή. Η κλονιδίνη δεν έχει αποδειχθεί αποτελεσματική για τη διακοπή της κατανάλωσης προϊόντων καπνού στις έγκυες καπνίστριες. (Η κλονιδίνη αποτελεί δραστική ουσία ασφαλείας-κατηγορίας C για την εγκυμοσύνη κατά την FDA). Η χορήγηση κλονιδίνης, δεν έχει αξιολογηθεί επαρκώς σε ασθενείς που θηλάζουν. Οι ασθενείς που συμμετέχουν σε δυνητικά επικίνδυνες δραστηριότητες, όπως στο χειρισμό μηχανημάτων ή την οδήγηση, πρέπει να προειδοποιούνται για την πιθανή κατασταλτική δράση της κλονιδίνης. Οι πιο συχνά αναφερόμενες ανεπιθύμητες ενέργειες είναι: ξηροστομία (40%), υπνηλία (33%), ζάλη (16%), καταστολή (10%) και δυσκοιλιότητα (10%).

Ως αντιυπερτασικό φάρμακο, η κλονιδίνη αναμένεται να ελαττώσει την αρτηριακή πίεση στους περισσότερους ασθενείς. Ως εκ τούτου, οι κλινικοί ιατροί θα πρέπει να παρακολουθούν την αρτηριακή πίεση, όταν χορηγούν αυτό το φάρμακο.

Αντανακλαστική υπέρταση: όταν αποφασιστεί η διακοπή της θεραπείας με κλονιδίνη, η μη σταδιακή μείωση της δόσης, σε μια περίοδο 2-4 ημερών, μπορεί να οδηγήσει σε ταχεία αύξηση της αρτηριακής πίεσης, διέγερση, σύγχυση, τρόμο.

### Υποδείξεις για κλινική χρήση

Η κλονιδίνη είναι διαθέσιμη είτε σε από του στόματος μορφή ή με τη μορφή επιδερμικών επιθεμάτων (TD) του 1 mg και χορηγείται μόνο με συνταγή ιατρού. Η θεραπεία με κλονιδίνη πρέπει να ξεκινά λίγο πριν (δηλαδή έως και 3 ημέρες) ή κατά την ημερομηνία διακοπής.

Δοσολογία: Εάν ο ασθενής χρησιμοποιεί επιδερμικό επίθεμα κλονιδίνης, στην αρχή κάθε εβδομάδας, αυτός / αυτή θα πρέπει να τοποθετεί ένα νέο επίθεμα, σε περιοχή, με όσο το δυνατόν μικρότερη τριχοφυΐα, μεταξύ του τραχήλου και της οσφύος. Οι ασθενείς δεν θα πρέπει να διακόπτουν απότομα τη θεραπεία με κλονιδίνη. Η αρχική δοσολογία είναι συνήθως 0.10 mg από το στόμα ή 0.10 mg/ημέρα επιδερμικά, αυξάνοντας την ημερήσια δόση κατά 0.10 mg ανά εβδομάδα, αν χρειαστεί. Η διάρκεια της θεραπείας κυμαίνεται από 3 έως 10 εβδομάδες<sup>57</sup>.

### Σύσταση

- Η κλονιδίνη είναι μια αποτελεσματική θεραπεία διακοπής του καπνίσματος. Μπορεί να χρησιμοποιηθεί υπό την επίβλεψη ενός ιατρού ως μέσο δεύτερης γραμμής για τη θεραπεία της εξάρτησης από τον καπνό (επίπεδο των αποδεικτικών στοιχείων = B)<sup>57</sup>.

#### 4.2.5. Θεραπεία με νορτριπτυλίνη

### Αντικαταθλιπτική δράση

Η σχέση μεταξύ της καταθλιπτικής διάθεσης και της κατανάλωσης προϊόντων καπνού υποδηλώνει ότι τα φάρμακα με αντικαταθλιπτική δράση μπορεί να παίζουν ένα ρόλο στη διακοπή του καπνίσματος. Αρκετά



αντικαταθλιπτικά, συμπεριλαμβανομένης της δοξεπίνης, της νοτριπτυλίνης και της μοκλοβεμίδης, έχουν διαφανεί αποτελεσματικά στη διακοπή του καπνίσματος. Η νοτριπτυλίνη είναι ένα τρικυκλικό αντικαταθλιπτικό που έχει αποδειχθεί εξίσου αποτελεσματικό με τη βουπροπιόνη και τη θεραπεία υποκατάστασης της νικοτίνης στη διακοπή του καπνίσματος. Η δράση της νοτριπτυλίνης στη διακοπή του καπνίσματος είναι ανεξάρτητη από την αντικαταθλιπτική της δράση, επομένως η χορήγησή της δεν περιορίζεται σε ασθενείς με ιστορικό καταθλιπτικών συμπτωμάτων κατά τη διακοπή του καπνίσματος<sup>68</sup>.

### **Αποτελεσματικότητα**

Σε σύγκριση με το εικονικό φάρμακο, η νοτριπτυλίνη σχεδόν διπλασιάζει τα ποσοστά της αποχής από το κάπνισμα. Η εν λόγω φαρμακευτική ουσία δεν έχει λάβει έγκριση από την FDA για τη διακοπή του καπνίσματος και συνιστάται μόνο ως θεραπεία δεύτερης γραμμής<sup>69</sup>. Σε μια τυχαίοποιημένη μελέτη που δημοσιεύθηκε το 1998, οι A.V. Prochazka και συν. κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η νοτριπτυλίνη οδήγησε σε αυξημένο ποσοστό διακοπής του καπνίσματος βραχυπρόθεσμα, σε σύγκριση με το εικονικό φάρμακο. Επιπλέον, υπήρξε σημαντική, αλλά σχετικά μικρή άμβλυση των συμπτωμάτων στέρησης, όπως το άγχος, η ένταση, ο θυμός, η ευερεθιστότητα, η χαμηλή ικανότητα συγκέντρωσης, η νευρικότητα και η ανυπομονησία, έως την 8η ημέρα μετά την ημερομηνία διακοπής, στην ομάδα όπου χορηγήθηκε νοτριπτυλίνη<sup>70</sup>.

### **Ανεπιθύμητες ενέργειες**

Οι ανεπιθύμητες ενέργειες που σχετίζονται με τη χρήση νοτριπτυλίνης, όπως οι αντιχολινεργικές δράσεις (ξηροστομία, θολή όραση, δυσκοιλιότητα και κατακράτηση ούρων), οι σχετιζόμενες με τους H1 υποδοχείς ισταμίνης δράσεις (καταστολή, υπνηλία, αύξηση σωματικού βάρους), και οι σχετιζόμενες με τους α1 αδρενεργικούς υποδοχείς δράσεις (ορθοστατική υπόταση), μπορεί να μη είναι καλά ανεκτές σε ορισμένους ασθενείς<sup>69</sup>. Τα δεδομένα που εξήχθησαν από 17 μελέτες, υποδηλώνουν ότι η νοτριπτυλίνη, σε δόσεις μεταξύ 75 mg και 100 mg, δεν σχετίζεται σημαντικά με σοβαρές ανεπιθύμητες ενέργειες όταν χορηγείται σε ασθενείς χωρίς υποκείμενη καρδιαγγειακή νόσο<sup>71</sup>. Η μετανάλυση των δοκιμών που χρησιμοποίησαν νοτριπτυλίνη ως τη μόνη φαρμακοθεραπεία, έδειξε σημαντικά μακροπρόθεσμα οφέλη. Αν νοτριπτυλίνη είναι περισσότερο ή λιγότερο αποτελεσματική από τη βουπροπιόνη, ή αν η χρήση της νοτριπτυλίνης σε συνδυασμό με τη θεραπεία υποκατάστασης νικοτίνης αυξάνει τα ποσοστά διακοπής του καπνίσματος, παραμένει ασαφές. Αυτή η φαρμακοθεραπεία δεν έχει εγκριθεί για την αντιμετώπιση της διακοπής του καπνίσματος στις περισσότερες χώρες. Οι ασθενείς θα πρέπει να παρακολουθούνται στενά για την εμφάνιση γνωστών ανεπιθύμητων ενεργειών, όπως δυσκοιλιότητα, καταστολή, κατακράτηση υγρών και καρδιακά προβλήματα. Όταν λαμβάνεται σε υπερβολική δόση, η νοτριπτυλίνη μπορεί να αποβεί μοιραία. Οι σοβαρές ανεπιθύμητες ενέργειες δεν αποτέλεσαν πηγή ανησυχίας στις μελέτες για τη διακοπή του καπνίσματος, αλλά ο αριθμός των ασθενών που εκτέθηκαν ήταν σχετικά μικρός. Αυτό οδηγεί σε έλλειψη συναίνεσης όσον αφορά τη χρήση της νοτριπτυλίνης ως θεραπεία πρώτης ή δεύτερης γραμμής<sup>72</sup>.

### **Δοσολογία**

Η χορήγηση νοτριπτυλίνης θα πρέπει να ξεκινήσει ενώ ο ασθενής εξακολουθεί να καπνίζει, με καθορισμό της ημερομηνίας διακοπής 10 έως 28 ημέρες αργότερα. Η αρχική δόση είναι 25 mg/ημέρα και βαίνει σταδιακά αυξανόμενη στα 75-100 mg/ημέρα στις 10 ημέρες έως 5 εβδομάδες. Η μέγιστη δόση μπορεί να συνεχιστεί για 8-12 εβδομάδες και πρέπει να μειωθεί κατά το πέρασ της θεραπείας, για να αποφευχθούν τα συμπτώματα στέρησης που μπορεί να επέλθουν εάν διακοπεί απότομα. Υπάρχουν περιορισμένα στοιχεία για τυχόν οφέλη από τη συνέχιση της θεραπείας για περισσότερο από τρεις μήνες.

### **Πρακτικά σημεία για τη χρήση της νοτριπτυλίνης:**

εν υπάρχουν επαρκείς ενδείξεις για τη χορήγηση θεραπείας με νοτριπτυλίνη σε συνδυασμό με οποιαδήποτε άλλη φαρμακευτική αγωγή για τη διακοπή του καπνίσματος. Άτομα με καρδιαγγειακή νόσο θα πρέπει να χρησιμοποιούν τη νοτριπτυλίνη με προσοχή, εφόσον η καρδιακή αγωγιμότητα είναι δυνατό να επηρεαστεί. Τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά αντενδείκνυνται κατά την άμεση περίοδο ανάρρωσης μετά από οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου και στην περίπτωση αρρυθμίας. εν υπάρχουν επαρκείς ενδείξεις που να συνιστούν τη χορήγηση της νοτριπτυλίνης σε έγκυες γυναίκες και νέους κάτω των 18 ετών. εν υπάρχουν επαρκείς ενδείξεις για τη σύσταση της χορήγησης της νοτριπτυλίνης για την πρόληψη της υποτροπής του καπνίσματος· δεν συνιστάται η μακροχρόνια χορήγηση.

Σε μία μελέτη σε συνθήκες «πραγματικής ζωής» (real-life study) για τη σύγκριση της αποτελεσματικότητας της θεραπείας υποκατάστασης της νικοτίνης, της βουπροπιόνης, της νοτριπτυλίνης και της συνδυασμένης θεραπείας και για τον προσδιορισμό των παραγόντων που συνδέονται με την επιτυχία της θεραπείας, οι Prado και συν. εμμένουν στην άποψή τους, σε συμφωνία με τα ευρήματα από τη μετανάλυση των Wagena και συν.<sup>73</sup>, ότι η νοτριπτυλίνη είναι μια σημαντική θεραπευτική επιλογή, δεδομένης της αποτελεσματικότητάς της (σε σχέση με τις παραπάνω επιλογές πρώτης γραμμής), της ασφάλειάς της και, ειδικότερα, του χαμηλού της κόστους και της ευρείας διαθεσιμότητάς της. Κατά τη γνώμη τους, λαμβάνοντας υπόψη την απειλή μιας παγκόσμιας επιδημίας

κατανάλωσης προϊόντων καπνού - και τον ακόμη πιο σημαντικό αντίκτυπο στις λιγότερο εύπορες χώρες - η συμπερίληψη της νοτριπτυλίνης στο θεραπευτικό οπλοστάσιο για τη διακοπή του καπνίσματος θα μπορούσε ίσως να αποτελέσει ένα βήμα προς μια πολλά υποσχόμενη ευρύτερη πρόσβαση στη θεραπεία, ειδικά στις αναπτυσσόμενες χώρες. Με βάση αυτά τα ευρήματα, οι συγγραφείς προτείνουν την ένταξη της νοτριπτυλίνης στη λίστα των φαρμακευτικών ουσιών πρώτης γραμμής για τη διακοπή του καπνίσματος. Ωστόσο, ο βασικός περιορισμός αυτής της μελέτης, έγκειται στο σχεδιασμό της, καθώς αποτελεί μια ανΩδρομική, μη ελεγχόμενη και μη τυχαίοποιημένη μελέτη και τα διαθέσιμα θεραπευτικά σκευάσματα επιλέχθηκαν με επιμέρους κριτήρια -κατά περίπτωση διαφορετικά, ή σύμφωνα με τη διαθεσιμότητα του φαρμάκου στο σύστημα δημόσιας υγείας<sup>73</sup>. Οι κλινικοί ιατροί πρέπει να είναι ενήμεροι για τις ανεπιθύμητες ενέργειες και την έλλειψη έγκρισης της νοτριπτυλίνης από τον EMEA και την FDA ως θεραπεία για την εξάρτηση από τον καπνό. Αυτό το φάρμακο θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη για την αντιμετώπιση της κατανάλωσης προϊόντων καπνού μόνο υπό την επίβλεψη ενός ιατρού και σε

αυτούς τους ασθενείς που δεν μπορούν να χρησιμοποιήσουν φάρμακα πρώτης γραμμής, λόγω αντενδείξεων, ή ως εναλλακτική λύση, στους ασθενείς οι οποίοι δεν μπόρεσαν να διακόψουν το κάπνισμα με τη χορήγηση φαρμάκων πρώτης γραμμής.

### Συστάσεις

- Η νορτριπτυλίνη αποτελεί αποτελεσματική θεραπεία για τη διακοπή του καπνίσματος και μπορεί να χρησιμοποιηθεί υπό την επίβλεψη ενός ιατρού, ως δραστική ουσία δεύτερης γραμμής για τη θεραπεία της εξάρτησης από τον καπνό (επίπεδο τεκμηρίωσης Α)<sup>57</sup>.

### Βιβλιογραφία

- 1 Carson KV, Brinn MP, Peters M, Veale A, Esterman AJ, Smith BJ Can smoking cessation interventions targeted at Indigenous populations achieve smoking abstinence? <http://summaries.cochrane.org/CD009046/can-smoking-cessation-interventions-targeted-at-indigenous-populations-achieve-smoking-abstinence>
- 2 Barth J, Critchley JA, Bengel J Psychosocial smoking cessation interventions such as behavioural counselling, telephone support and self-help interventions are effective in helping people with coronary heart disease stop smoking. Published Online: January 21, 2009 <http://summaries.cochrane.org/CD006886/psychosocial-smoking-cessation-interventions-such-as-behavioural-counselling-telephone-support-and-self-help-interventions-are-effective-in-helping-people-with-coronary-heart-disease-stop-smoking>
- 3 Parsons AC, Shraim M, Inglis J, Aveyard P, Hajek P. Interventions for preventing weight gain after smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009, Issue 1. Art.
- 4 Hajek P, Stead LF. Aversive smoking for smoking cessation. *Cochrane Library* 2004 Issue 1 <http://www.update-software.com/ccweb/cochrane/revabstr/ab000546.htm>
- 5 Fiore MC, Jaen CR, Baker TB et al. Treating Tobacco use and dependence. *Clinical practice guideline* 2008 update Rockville, MD, US Department of Health and Human Services 2008
- 6 Bolliger C, Zellweger JP, Danielsson T and al. Smoking reduction with oral nicotine inhalers: double blind, randomised clinical trial of efficacy and safety. *BMJ* 2000 ; 321 : 329-333
- 7 Anthonisen N, Connett J and Muttay R for the Lung Health Study Group. Smoking and lung function of lung health study participants after 11 years. *Am J Respir Crit Care Med* 2002 ; 166 : 675-79.
- 8 Anthonisen N, Connett J and Muttay R for the Lung Health Study Group. Smoking and lung function of lung health study participants after 11 years. *Am J Respir Crit Care Med* 2002 ; 166 : 675-79.
- 9 Benowitz NL, Jacob P Nicotine and cotinine elimination pharmacokinetics in smokers and non-smokers. *Clin Pharmacol Ther.* 1993 Mar;53(3):316-23
- 10 Zhang L, Samet J, Caffo B et Punjabi NM. Cigarette smoking and nocturnal sleep architecture. *Am J Epidemiol* 2006;164: 529-37
- 11 Hays J.T., Hurt R.D., Decker P.A., Croghan I.T., Oxford K.P., Patten C.A., A randomized, controlled trial of Bupropion sustained release for preventing tobacco relapse in recovering alcoholics, *Nicotine Tob.Res.*, 2009 Jul;11(7):85967)
- 12 GarciaRio F, Serrano S, Mediano O, Alonso A, Villamor J. Safety profile of Bupropion for chronic obstructive

- 13 pulmonary disease. *Lancet* 2001; 358: 1009–1010
- 13 Trofor A., Mihaltan F., Mihaicuta S., Pop M., Todea D et.al., *Romanian Society of Pulmonologists Smoking Cessation and Smoker's Assistance Guidelines (GREFA)*, 2-nd ed. – Tehnopress Iași, 2010, [www.srp.ro](http://www.srp.ro)
- 14 JimenezRuiz C., *Pharmacological treatment for smoking cessation*, *Eur.Respir.Mon.*, 2008, 42, 7497
- 15 King D.P., Paciga S., Pickering E., Benowitz N.L., Bierut L.J., Conti D.V., Kaprio J., Lerman C.Park P.W., *Smoking Cessation Pharmacogenetics: Analysis of Varenicline and Bupropion in Placebo-Controlled Clinical Trials*, *Neuropsychopharmacology* (2012) 37, 641–650
- 16 Roddy, E. (2004). Bupropion and other nonnicotine pharmacotherapies, *BMJ* 328: 509511
- 17 Aubin HJ. Tolerability and safety of sustained release Bupropion in the management of smoking cessation., *Drugs* 2002; 62: Suppl. 2, 45–52
- 18 David SP, Strong DR, Munafo` MR, et al. Bupropion efficacy for smoking cessation is influenced by the DRD2 Taq1A polymorphism: analysis of pooled data from two clinical studies, *Nicotine Tob Res* 2007; 9: 1521–1527
- 19 Ebbert JO, Fagerstrom K., *Pharmacological interventions for the treatment of smokeless tobacco use*, *CNS Drugs*. 2012 Jan 1;26(1):1-10. doi: 10.2165/11598450-000000000-00000., PMID: 22136150 [PubMed - in process]
- 20 Cox LS, Nollen NL, Mayo MS, Choi WS, Faseru B, Benowitz NL, Tyndale RF, Okuyemi KS, Ahluwalia JS., *Bupropion for Smoking Cessation in African American Light Smokers: A Randomized Controlled Trial*. *J Natl Cancer Inst.* 2012 Feb 22;104(4):290-8
- 21 Hays J.T., Hurt R.D., Rigotti N.A., Niaura R., Gonzales D., Durcan M.J., Sachs D.P., Wolter T.D., Buist A.S., Johnston J.A., White J.D., *Sustained release Bupropion for pharmacologic relapse prevention after smoking cessation, a randomized, controlled trial*, *Ann.Intern.Med.*, 2001, Sept., 18, 135(6), 42333
- 22 GarciaRio F, Serrano S, Mediano O, Alonso A, Villamor J. Safety profile of Bupropion for chronic obstructive pulmonary disease, *Lancet* 2001; 358: 1009–1010
- 23 Fiore M. C., *Tobacco Use and Dependence: A 2011 Update of Treatments CME/CE*, <http://www.medscape.org/viewarticle/757167>
- 24 Beyens M.N., Guy C., Mounier G., Laporte S., Ollagnier M., *Serious adverse reactions of Bupropion for smoking cessation: analysis of the French Pharmacovigilance Database from 2001 to 2004*, *Drug Saf.*, 2008;31(11):101726)
- 25 Tackett A.E., Smith K.M., *Bupropion induced angioedema*, *Am.J.Health Syst, Pharm.*, 2008 Sep 1;65(17):162730)
- 26 Chang Seong Kim, Joon Seok Choi, Eun Hui Bae, Soo Wan Kim, *Hyponatremia Associated with Bupropion*, *Electrolyte Blood Press* 9:23-26, 2011, ISSN 1738-5997
- 27 Hurt R.D., Ebbert J.O., Hays T.J., McFadden D.D., *Treating Tobacco dependence in a Medical Setting*, *CA Cancer J Clin* 2009; 59:314326)
- 28 <http://www.fda.gov/20Drugs/DrugSafety/PostmarketDrugSafetyInformationforPatientsandProviders/20DrugSafetyInformationforHealthcareProfessionals/ucm169986.htm>
- 29 [www.fda.gov/NewsEvents/Newsroom/PressAnnouncements/ucm170100.htm](http://www.fda.gov/NewsEvents/Newsroom/PressAnnouncements/ucm170100.htm)
- 30 Mahmoudi M, Coleman CI, Sobieraj DM., *Systematic review of the cost-effectiveness of Varenicline vs. Bupropion for smoking cessation.*, *Int J Clin Pract.* 2012 Feb;66(2):171-82
- 31 Fagerstrom K., Hughes J., *Varenicline in the treatment of Tobacco dependence*, *Neuropsychiatric*





- Disease and Treatment 2008;4(2) 353–363
- 32 Benowitz NL, Porchet H, Jacob P 3rd. 1989. Nicotine dependence and tolerance in man: pharmacokinetic and pharmacodynamics investigations, *Prog Brain Res*, 79:279–87
- 33 Rollema H, Chambers LK, Coe JW, et al. 2007a. Pharmacological profile of the  $\alpha 4\beta 2$  nicotinic acetylcholine receptor partial agonist Varenicline, an effective smoking cessation aid, *Neuropharmacology*, 52:985–94
- 34 Rollema H, Coe JW, Chambers LK, et al. 2007b. Rationale, pharmacology and clinical efficacy of partial agonists of  $\alpha 4\beta 2$  nACh receptors for smoking cessation, *Trends Pharmacol Sci*, 28:316–25
- 35 Ebbert J.O., Wyatt K.D., Hays J.T. Klee E.W., Hurt R.D., Varenicline for smoking cessation: efficacy, safety, and treatment recommendations, *Dove Press, Patient Preference and Adherence* 2010:4, 355-362
- 36 Jorenby E.D., Phd, Hays T.J., MD, Rigotti N.A., MD, Azoulay S., MD, Watsky E.J., MD, Williams E.K., Phd, Billing C.B., MS, Gong J., MD, Reeves K.R., MD, Efficacy of Varenicline,, an  $\alpha 4\beta 2$  Nicotinic Acetylcholine Receptor Partial Agonist, vs Placebo or SustainedRelease Bupropion for Smoking Cessation, *JAMA*, July 5, 2006
- 37 Gonzales, D., Rennard, S. I., Nides, M., Oncken, C., Azoulay, S., Billing, C. B., Watsky, E. J., Gong, J., Williams, K. E., Reeves, K. R., for the Varenicline Phase 3 Study Group, (2006). Varenicline, an  $\alpha 4\beta 2$  nicotinic acetylcholine receptor partial agonist, vs sustained-release Bupropion and placebo for smoking cessation: a randomized controlled trial, *JAMA* 296: 4755
- 38 Stapleton JA, Watson L, Spiraling LI, et al. 2008. Varenicline in the routine treatment of Tobacco dependence: a pre – post comparison with nicotine replacement therapy and an evaluation in those with mental illness, *Addiction*, 103:146–54)
- 39 Aubin H-J, Bobak A, Britton JR, et al. 2008. Varenicline versus transdermal nicotine patch for smoking cessation: results from a randomised, open-label trial, *Thorax*, 8 February 2008;
- 40 Hitomi Tsukahara, RN; Keita Noda, MD; Keijiro Saku, MD\* A Randomized Controlled Open Comparative Trial of Varenicline vs Nicotine Patch in Adult Smokers– Efficacy, Safety and Withdrawal Symptoms (The VN-SEESAW Study) *Circulation Journal* Vol.74, April 2010,771-8)
- 41 Cahill K, Stead LF, Lancaster T. Nicotine receptor partial agonists for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009;1.
- 42 Nides M, Glover ED, Reus VI, et al. Varenicline versus Bupropion SR or placebo for smoking cessation: a pooled analysis, *Am J Health Behav*.2008;32:664–675.
- 43 West R, Baker CL, Cappelleri JC, et al. Effect of Varenicline and Bupropion SR on craving, nicotine withdrawal symptoms, and rewarding effects of smoking during a quit attempt, *Psychopharmacology (Berl)*. 2008;197:371–377.
- 44 Zheng-Xiong Xi, Preclinical pharmacology, efficacy, and safety of Varenicline in smoking cessation and clinical utility in high risk patients, *Drug, Healthcare and Patient Safety* 2010:2 39–48.
- 45 Tonstad S, Tonnesen P, Hajek P, et al. Effect of maintenance therapy with Varenicline on smoking cessation: A randomized controlled trial, *JAMA*, 2006;296(1):64–71
- 46 Hajek P, Tonnesen P, Arteaga C, Russ C, Tonstad S. Varenicline in prevention of relapse to smoking: Effect of quit pattern on response to extended treatment, *Addiction*, 2009; 104(9):1597–1602.
- 47 Williams KE, Reeves KR, Billing CB Jr, Pennington AM, Gong J. A double-blind study evaluating the long-term safety of Varenicline for smoking cessation, *Curr Med Res Opin*. 2007;23(4):793–801.
- 48 Gonzales, D., Jorenby, D., Brandon, T., Arteaga, C., Lee, T. Immediate versus delayed quitting and rates of relapse among smokers treated successfully with Varenicline, Bupropion SR or placebo *Addiction*, 105, 2002– 2013)
- 49 Tashkin D., Rennard S., Hays T., Ma W., Lee C.T., Efficacy and safety of Varenicline for smoking cessation in patients with mild to moderate chronic obstructive pulmonary disease (COPD ) *Chest Meeting*, October 1, 2009
- 50 Rigotti NA, Pipe AL, Benowitz NL, Arteaga C, Garza D, Tonstad S. Efficacy and safety of Varenicline for smoking cessation in patients with cardiovascular disease: a randomized trial, *Circulation* 2010; 121:221-9
- 51 Qu Cui, Robinson L., Elston, D., Smaill.F., Cohen J., Quan,C., McFarland N., Thabane L., Mclvor A., Zeidler J., Smieja M., Safety and Tolerability of Varenicline Tartrate (Champix/Chantix) for Smoking Cessation in HIV-Infected Subjects: A Pilot Open-Label Study, *AIDS PATIENT CARE and STDs* Volume 26, Number 1, 2012 <sup>a</sup> Mary Ann Liebert, Inc. DOI:10.1089/apc.2011.0199
- 52 McClure J.B., Swan G.E.,Catz S.L., Jack L., Javitz H., McAfee T. Mona Deprey M., Richards, Zbikowski S.M.Smoking Outcome by Psychiatric History after Behavioral and Varenicline Treatment, *J Subst Abuse Treat*. 2010 June ; 38(4): 394–402. doi:10.1016/j.jsat.2010.03.007
- 53 Fagerstrom K., Gilljam H.,Metcalf M.,Tonstad S., Messig M., Stopping smokeless tobacco with Varenicline: randomized double blind placebo controlled trial, *BMJ* 2010;341:c6549 doi:10.1136/bmj.c6549
- 54 Ebbert J.O., M.Sc., Croghan I.T., North F., Schroeder D.R. A pilot study to assess smokeless tobacco use reduction with Varenicline, *Nicotine & Tobacco Research*, Volume 12, Number 10 (October 2010) 1037–1040)
- 55 Ebbert J.O., Burke MV, Hays JT, Hurt RD. Combination treatment with Varenicline and nicotine replacement therapy. *Nicotine Tob Res*.2009;11(5):572–576)
- 56 Swan G.E., McClure J.B., PhD, Jack, M.J., Zbikowski S.M., Javitz H.S., Catz S.L., Deprey M., Richards J., McAfee T.A., Behavioral Counseling and Varenicline Treatment for Smoking Cessation, *Am J Prev Med*. 2010 May ; 38(5): 482–490. doi:10.1016/j.amepre.2010.01.024
- 57 Fiore MC, Jaen CR, Baker TB, et al: Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update, *Clinical Practice Guideline*. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services. Public Health Service. May 2008
- 58 Kasliwal R, Wilton LV, Shakir SA. Safety and drug utilization profile of Varenicline as used in general practice in England: interim results from a prescription-event monitoring study, *Drug Saf*. 2009;32:499–507
- 59 Garrison GD, Dugan SE. Varenicline: a first-line treatment option for smoking cessation. *Clin Ther*. 2009;31:463– 491.)
- 60 Leung L.K. Patafio F.M.,Rosser W.W.Gastrointestinal adverse effects of Varenicline at maintenance dose: a meta-analysis, *Clinical Pharmacology* 2011, 11:15,http://www.biomedcentral.com/1472-6904/11/15
- 61 Singh S., Loke Y.K., Spangler J.K., Furberg K.D Risk of serious adverse cardiovascular events associated with Varenicline: a systematic review and meta-analysis, *CMAJ*, September 6, 2011, 183(12), 1359-66
- 62 Tonstad S., Davies S., Flammer M., Russ C., Hughes J., Psychiatric adverse events in randomized, double blind, placebocontrolled clinical trials of Varenicline, *Drug Saf.*, 2010, 33(4), 289301
- 63 Wang C, Xiao D, Chan KP, Pothirat C, Garza D, Davies S. Varenicline for smoking cessation: a placebo-controlled, randomized study. *Respirology*.2009;14:384–392.
- 64 Nides, M., Oncken, C., Gonzales, D., Rennard, S., Watsky, E. J., Anziano, R., Reeves, K. R., for the Varenicline Study Group, (2006). Smoking Cessation With Varenicline, a Selective  $\{\alpha\}4\beta 2$  Nicotinic Receptor Partial Agonist: Results From a 7Week, Randomized, Placebo and BupropionControlled Trial With 1Year Followup.. *Arch Intern Med* 166: 156168
- 65 Frishman WH. Smoking cessation pharmacotherapy. *Ther Adv Cardiovasc Dis*. 2009;3:287–308. PubMed]
- 66 Gourlay SG, Stead LF, Benowitz NL. Clonidine for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*.



- 2004;3:CD000058. [PubMed]
- 67 Glassman AH, Covey LS, Dalack GW, et al. Smoking cessation, clonidine, and vulnerability to nicotine among dependent smokers. *Clin Pharmacol Ther.* 1993;54:670–679. [PubMed]
- 68 Ministry of Health (MoH). *New Zealand smoking cessation guideline.* MoH: Wellington; 2007. Available from: [www.moh.govt.nz/moh.nsf/indexmh/nz-smoking-cessation-guidelines](http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/indexmh/nz-smoking-cessation-guidelines) (Accessed Nov, 2010)
- 69 Herman A.Y., Sofuoglu M., *Comparison of Available Treatments for Tobacco Addiction, Curr Psychiatry Rep.* 2010 October ; 12(5): 433–40
- 70 Prochazka, A.V. Weaver M.J., Keller R.T. Fryer G.E., Licari, P.A., Lofaso, D., *A Randomized Trial of Nortriptyline for Smoking Cessation Arch Intern Med.* 1998;158:2035-39
- 71 Dhripyom T, Chaiyakunapruk N, Jongchansittho T. *Safety of nortriptyline at equivalent therapeutic doses for smoking cessation: a systematic review and meta-analysis, Drug Saf.* 2011 Mar 1;34(3):199-210 [http://www.treatobacco.net/en/page\\_36.php](http://www.treatobacco.net/en/page_36.php)
- 72 Faibischew Prado G., Siqueira Lombardi E.M., Bussacos M.A., Arrabal-Fernandes F.L., Terra-Filho M., de Paula Santos U., *A real-life study of the effectiveness of different pharmacological approaches to the treatment of smoking cessation: re-discussing the predictors of success, CLINICS* 2011;66(1):65-71

#### 4.2.6 Κυτιζίνη

Η κυτιζίνη είναι ένα φυσικό αλκαλοειδές, που εξάγεται από τους σπόρους φυτών, όπως τα *Cytisus laburnum* και *Sophora tetraptera*. Ο μηχανισμός δράσης της κυτιζίνης, είναι παρόμοιος με αυτόν της βαρενικλίνης, όντας μερικός αγωνιστής των νικοτινικών υποδοχέων ακετυλοχολίνης άλφα 4 βήτα 2, υπεύθυνων για την έκφραση των επιδράσεων της νικοτίνης, ενώ, ταυτόχρονα, παρουσία νικοτίνης, αποτρέπει την πρόσδεσή της στους εν λόγω υποδοχείς<sup>1,2</sup>, μειώνοντας έτσι την ικανοποίηση και το αίσθημα ανταμοιβής που σχετίζονται με την κατανάλωση προϊόντων καπνού, τα σχετικά συμπτώματα στέρησης και την έντονη επιθυμία καπνίσματος<sup>2,3</sup>.

Το φαρμακευτικό σκεύασμα Tabex® είναι διαθέσιμο σε μορφή δισκίων που λαμβάνονται από το στόμα, τα οποία περιέχουν 1.5 mg κυτιζίνης. Παράγεται και διατίθεται στο εμπόριο από τη βουλγαρική εταιρία Sopharma Pharmaceuticals από το Σεπτέμβριο του 19644. Το Tabex® χρησιμοποιήθηκε για τη διακοπή του καπνίσματος για πολλές δεκαετίες σε εθνική κλίμακα στις πρώην σοσιαλιστικές χώρες, τη Βουλγαρία, την Ουγγαρία, την Πολωνία, τη Λαϊκή ημοκρατία της Γερμανίας και τη Σοβιετική Ένωση και, αποτελεί το πρώτο φαρμακευτικό σκεύασμα στην ανθρώπινη ιστορία που εγκρίθηκε επίσημα για το σκοπό αυτό. Ωστόσο, η αδειοδότηση και η χρήση της κυτιζίνης σε άλλα μέρη του κόσμου, δεν διαδόθηκε για δεκαετίες, εν μέρει λόγω της έλλειψης τεκμηριωμένων, πιο πρόσφατων, συμβατών με την σύγχρονη, ορθή κλινική πρακτική, δοκιμών<sup>2, 5, 6</sup>.

Η παγκόσμια ζήτηση για προϊόντα διακοπής του καπνίσματος με υψηλή διαθεσιμότητα, αποδοχή, αποτελεσματικότητα και ασφάλεια, σε συνδυασμό με το χαμηλό κόστος- χαρακτηριστικά προαπαιτούμενα σε μεγάλης κλίμακας παρεμβάσεις απεξάρτησης από τον καπνό εντός προγραμματίων υποστηριζόμενων από τα κράτη, έχει πρόσφατα στρέψει το ενδιαφέρον προς την κυτιζίνη. Διάφορες μελέτες, αναδεικνύουν την κυτιζίνη ως εναλλακτική λύση στα προϊόντα με βάση τη νικοτίνη και τα αντικαταθλιπτικά δισκία, ειδικά

στις ομάδες χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος και σε πολιτισμούς όπου τα φυσικά φάρμακα χρησιμοποιούνται ευρέως<sup>6</sup>. Πρέπει να σημειωθεί ότι μία θεραπεία με κυτιζίνη διάρκειας 25 ημερών, είναι πέντε έως δεκαπέντε φορές οικονομικότερη από ότι μία θεραπεία υποκατάστασης της νικοτίνης της ίδιας διάρκειας<sup>5</sup>. Μια διπλή-τυφλή, τυχαιοποιημένη, ελεγχόμενη με εικονικό φάρμακο δοκιμή με χορήγηση κυτιζίνης για τη διακοπή του καπνίσματος σε εξαρτημένους σε μεσαίο βαθμό από τον καπνό εργαζόμενους (n = 171) στην Κιργιζία, δημοσιεύθηκε το 2008. Στις 26 εβδομάδες, το 10,6% των ασθενών διατήρησαν την αποχή από το κάπνισμα, στην ομάδα που χορηγήθηκε κυτιζίνη σε σύγκριση με 1,2% στην ομάδα που χορηγήθηκε εικονικό φάρμακο<sup>2</sup>.

Στην μετασοβιετική Ρωσία, το Tabex® καταχωρήθηκε επίσημα ως φαρμακευτικό σκεύασμα για τη διακοπή του καπνίσματος το 1999 και διατίθεται χωρίς συνταγή ιατρού. Η πρώτη τυχαιοποιημένη, ελεγχόμενη, διπλή-τυφλή δοκιμή σχετικά με τη θεραπευτική αποτελεσματικότητα και την ασφάλειά του, δημοσιεύθηκε το 2009 (n = 196). Το ποσοστό των ατόμων που, παρά τη λήψη Tabex®, δεν είχαν κανένα αποτέλεσμα όταν προσπάθησαν να διακόψουν το κάπνισμα ήταν 13%, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό στην ομάδα που χορηγήθηκε εικονικό φάρμακο ήταν 26%. Το ποσοστό των καπνιστών που απείχαν από το κάπνισμα για μία ή περισσότερες περιόδους ήταν 50% και 30,8% αντίστοιχα. Το ποσοστό των καπνιστών οι οποίοι διατήρησαν την αποχή από το κάπνισμα για 12 εβδομάδες ή περισσότερο ήταν 50% και 37,5% αντίστοιχα. εν καταγράφηκαν ανεπιθύμητες ενέργειες στο 70% και 84% των ασθενών των δύο ομάδων, αντιστοίχως<sup>7</sup>.

Μια διεξοδική τυχαιοποιημένη, ελεγχόμενη με εικονικό φάρμακο, δοκιμή στην Πολωνία (n = 740), η οποία δημοσιεύθηκε το 2011, επιβεβαίωσε τα προηγουμένως επιτευχθέντα αποτελέσματα και διαπίστωσε ότι χάρη στην κυτιζίνη, αυξήθηκε το ποσοστό της δωδεκάμηνης συνεχούς αποχής από την κατανάλωση προϊόντων καπνού φθάνοντας στο 8,4% σε σύγκριση με το 2,4% της ομάδας στην οποία χορηγήθηκε εικονικό φάρμακο<sup>8</sup>. Τα αποτελέσματα της πρώτης απλής-τυφλής, τυχαιοποιημένης, μη κατωτερότητας (noninferiority), ελεγχόμενης κλινικής δοκιμής, με παράλληλες ομάδες, για την αποτελεσματικότητα της κυτιζίνης, σε σύγκριση με τη θεραπεία υποκατάστασης νικοτίνης, σε άτομα που έχουν αποφασίσει να διακόψουν το κάπνισμα, αναμένεται στα τέλη του 2013<sup>6</sup> από τη Νέα Ζηλανδία (n = 1.310). Το δοσολογικό σχήμα που συνιστάται από τον κατασκευαστή του φαρμάκου, ξεκινά με 1 δισκίο (1.5 mg) κάθε 2 ώρες (έως 6 δισκία ημερησίως) κατά τις ημέρες 1 έως 3.

Το κάπνισμα πρέπει να ελαττωθεί, διαφορετικά πρόκειται να αναδυθούν συμπτώματα από υπερβολική δόση νικοτίνης. Αν δεν επέλθει το επιθυμητό αποτέλεσμα, η θεραπεία διακόπτεται και μια επόμενη προσπάθεια μπορεί να γίνει σε δύο έως τρεις μήνες. Σε μια θετική ανταπόκριση, ο ασθενής συνεχίζει με δοσολογία έως 5 δισκία την ημέρα (1 δισκίο ανά 2,5 ώρες) κατά τις ημέρες 4 έως 12. Το κάπνισμα θα πρέπει να διακόπτεται κατά την 5η ημέρα. Εν συνεχεία, χορηγούνται έως 4 δισκία την ημέρα (1 δισκίο κάθε 3 ώρες) τις ημέρες 13 έως 16, έως 3 δισκία την ημέρα (1 δισκίο ανά 5 ώρες), τις ημέρες 17 έως 20 και τέλος, από 1 έως 2 δισκία την ημέρα (1 δισκίο κάθε 6 έως 8 ώρες) τις ημέρες 21 έως 25, οι οποίες αποτελούν και το πέρας της θεραπείας.

Κατά την παρακολούθηση της προαναφερθείσας, συνιστώμενης δόσης κυτιζίνης, καταγράφηκαν ανεπιθύμητες ενέργειες, παρόμοιες με εκείνες που προέκυψαν από τη θεραπεία υποκατάστασης



νικοτίνης<sup>5,7,8</sup>. Σύμφωνα με τις ευρωπαϊκές αρχές της Περιοδικής Παρακολούθησης της Ασφάλειας, δεν υπάρχουν προειδοποιήσεις ασφαλείας για σοβαρές ανεπιθύμητες ενέργειες της κυτιζίνης, συμπέρασμα που εξάγεται με βάση την καλή ανοχή του φαρμάκου από τα εκατομμύρια των ασθενών που έχουν εκτεθεί σε αυτό<sup>8</sup>. Η υπερδοσολογία κυτιζίνης είναι παρόμοια με τη δηλητηρίαση από τη νικοτίνη, και μπορεί να εκφραστεί με ναυτία, έμετο, τονικοκλονικούς σπασμούς, μυδρίαση, κεφαλαλγίες, καταβολή και αδυναμία, αναπνευστική παράλυση<sup>9</sup>.

### Βιβλιογραφία

- 1 Cahill K, Stead LF, Lancaster T. Nicotine receptor partial agonists for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews, The Cochrane Library*. 2011. P. Art. No.: CD006103
- 2 Vinnikov D, Brimkulov N, Burjubaeva A. A double-blind, randomized, placebo-controlled trial of cytisine for smoking cessation in medium-dependent workers. *J Smoking Cessation*. 2008;3(1):57-62
- 3 Tutka P, Zatonski W. Cytisine for the treatment of nicotine addiction: from a molecule to therapeutic efficacy. *Pharmacol Rep*. 2006;58(6):777-798
- 4 [www.tabex.bg](http://www.tabex.bg)
- 5 Etter JF. Cytisine for smoking cessation: a literature review and a meta-analysis. *Arch Intern Med*. 2006; 166 (15):1553-1559. Doi: 10/1001/archinte.166.15.1553
- 6 Walker N., Howe C., Bullen C., McRobbie H., Glover M., Parag V., Williman J., Veale R., Nosa V., Barnes J. Study protocol for a non-inferiority trial of cytisine versus nicotine-replacement therapy in people motivated to quit smoking. *BMC Public Health* 2011; 11:880. Published online 2011 November 21. doi
- 7 Levshin VF, Slepchenko NI, Radkevich NV. Randomizirovannoe kontroliruemoe issledovanie effektivnosti preparata Tabeks® pri lechenii tabachnoy zavisimosti. (A randomized controlled study of the efficacy of Tabex® (Cytisine) for treatment of tobacco craving) / *Voprosy narkologii*. – 2009, N5. – pp. 13-22. Also in *Medicinskiy vestnik*, #33-34 (502-503), 27 November 2009, p. 19 (in Russian)
- 8 West R, Zatonski W, Cedzynska M, Lewandowska D, Pazik J, Aveyard P, Stapleton J. Placebo-Controlled Trial of Cytisine for Smoking Cessation. *New Engl J Med*. 2011; 365: (13): 1193–1200. doi:10.1056/NEJMoa1102035
- 9 Musshoff F, Madea B. Fatal cytisine intoxication and analysis of biological samples with LC-MS/MS. *Forensic Sci Int*. 2009; 186(1-3):e1-4. Doi: 10.1016/j.forsciint.2009.01.011

#### 4.2.7 Ηλεκτρονικό τσιγάρο

Το ηλεκτρονικό τσιγάρο είναι ένα νέο προϊόν που διατίθεται πλέον συχνά στο εμπόριο και το οποίο παρουσιάζεται τόσο ως προϊόν υποκατάστασης των προϊόντων καπνού, όσο ως προϊόν για τη διακοπή του καπνίσματος. Οι περισσότεροι τύποι υγρών αναπλήρωσης των ηλεκτρονικών τσιγάρων, περιέχουν νικοτίνη σε διάφορα, ενίοτε απροσδιόριστα επίπεδα. Ο ατμός - που προσιδιάζει στον καπνό που παράγεται από την καύση προϊόντων καπνού – οφείλει τη σύστασή του στη γλυκερίνη ή/και την προπυλενογλυκόλη και, είναι ερεθιστικός, όταν η έκθεση σε αυτόν επαναλαμβάνεται με μεγάλη

συχνότητα, αλλά δεν αποτελεί επικίνδυνη τοξίνη όσον αφορά τη βραχυπρόθεσμη χρήση.

Χάρη στα ανταλλακτικά φίλτρα, τα ηλεκτρονικά τσιγάρα είναι πλέον πιο οικονομικά, ανά ποσότητα νικοτίνης που απορροφάται κατά την εισπνοή, από τα κανονικά τσιγάρα και οι πειραματισμοί των νέων ανθρώπων με αυτά, καθίσταται όλο και πιο συχνοί σε όλη την Ευρώπη. Το ηλεκτρονικό τσιγάρο έχει γίνει πλέον ένα προϊόν με το οποίο μπορεί κανείς να ξεκινήσει το κάπνισμα, ένα προϊόν για κατανάλωση σε χώρους όπου απαγορεύεται το κάπνισμα, και τελικά, ένα προϊόν για την προώθηση του καπνίσματος. Ωστόσο, παρουσιάζεται συχνά ως προϊόν για τη διακοπή του καπνίσματος ή για τον περιορισμό της βλάβης που προκαλείται από το κάπνισμα.

Η έλλειψη αξιόπιστων μελετών, είχε ως αποτέλεσμα οι περισσότερες εθνικές αρχές να απαγορεύουν την προώθηση αυτού του προϊόντος ως προϊόν διακοπής του καπνίσματος. Επί του παρόντος, δεν υπάρχει καμία σαφής ανταπόκριση από τους ιατρούς σχετικά με αυτό το διαφορούμενο προϊόν. εν υπάρχει δε καμία ένδειξη συχνών ή σοβαρών ανεπιθύμητων ενεργειών, αλλά δεν υπάρχει επίσης καμία ένδειξη της αποτελεσματικότητάς του, ως προϊόν για τη διακοπή του καπνίσματος· έτσι, λόγω της έλλειψης σχετικών μελετών, οι επαγγελματίες υγείας δεν θα πρέπει να συνιστούν αυτό το προϊόν, αλλά ταυτόχρονα, δεν υπάρχουν αρκετά ισχυρά επιχειρήματα ώστε να αντικρούουν την επιλογή του ασθενούς, εάν εκείνος επιθυμεί να χρησιμοποιήσει το ηλεκτρονικό τσιγάρο επικουρικά των υπολοίπων προϊόντων για τη διακοπή του καπνίσματος.

Οι συνολικές εκπομπές αιωρούμενων σωματιδίων (TSP) που προέρχονται από τα ηλεκτρονικά τσιγάρα είναι περίπου 60 mcg/m, δηλαδή 10-15 φορές χαμηλότερες από αυτές των συμβατικών τσιγάρων. Για καθένα δε από τα διάφορα κλάσματα των αιωρούμενων σωματιδίων, (PM<sup>1, 2.5, 7, 10</sup>), υπάρχει χαμηλότερη πυκνότητα (κυμαινόμενη από 6-21 φορές) στα ηλεκτρονικά τσιγάρα σε σύγκριση με τα συμβατικά τσιγάρα. Μολαταύτα, τα επίπεδα εξακολουθούν να υπερβαίνουν ελαφρώς τις τιμές αναφοράς για την ποιότητα του εξωτερικού αέρα που έχουν καθοριστεί από τον ΠΟΥ1. Τα ηλεκτρονικά τσιγάρα βρέθηκαν να έχουν άμεσες αρνητικές επιδράσεις στη μηχανική του αναπνευστικού συστήματος και τους δείκτες φλεγμονής, μετά από βραχυχρόνια χρήση, οι οποίες προσιδιάζουν με αυτές από την κατανάλωση προϊόντων καπνού· ωστόσο, οι μακροπρόθεσμες επιπτώσεις στην υγεία από τη χρήση του ηλεκτρονικού τσιγάρου είναι άγνωστες, αλλά δυνητικά αρνητικές και άξιες περαιτέρω έρευνας<sup>2</sup>.

### Βιβλιογραφία

- 1 Ann Ig 2012; 24: 1Electronic cigarettes: an qualitative evaluation of exposure to chemicals and fine particulate matter (PM) R.M. Pellegrino, B. Tinghino, G. Mangiaracina, A. Marani, M. Vitali, C. Protano, M.S. Cattaruzza
- 2 Short-term Pulmonary Effects of Using an Electronic Cigarette: Impact on Respiratory Flow Resistance, Impedance, and Exhaled Nitric Oxide; Constantine I. Vardavas, MD, MPH, PhD; Nektarios Anagnostopoulos, MD; Marios Kougiyas, MD; Vassiliki Evangelopoulou, MD; Gregory N. Connolly, DMD, MPH; Panagiotis K. Behrakis, MD, PhD, FCCP; <http://journal.publications.chestnet.org/article.aspx?articleid=1187047>



### 4.3. Μη φαρμακολογική θεραπεία της κατανάλωσης καπνού και της συνοδού εξάρτησης

Εκτός από την φαρμακοθεραπεία, απαιτείται ένας αριθμός μη φαρμακολογικών παρεμβάσεων για μια ολιστική θεραπευτική προσέγγιση της κατανάλωσης προϊόντων καπνού και της συνοδού εξάρτησης. Αυτές, είναι οι λεγόμενες ψυχοκοινωνικές θεραπείες: ατομική συμβουλευτική, προληπτική τηλεφωνική συμβουλευτική και ομαδική συμβουλευτική. Οι παρεμβάσεις αυτές, μπορεί να λάβουν πολλές μορφές και να γίνουν από οποιοδήποτε αριθμό επαγγελματιών υγείας, οι οποίοι αλληλεπιδρούν με τον ασθενή. Προσαρμοσμένα υλικά, τόσο σε έντυπη όσο και σε διαδικτυακή μορφή, είναι επίσης αποτελεσματικά σε αυτή την κατηγορία των παρεμβάσεων για την υποβοήθηση των ασθενών να διακόψουν το κάπνισμα.

#### Συστάσεις

- Η θεραπεία της εξάρτησης από τον καπνό απαιτεί ειδική φαρμακευτική αγωγή, καθώς και επιμέρους γνωσιακή-συμπεριφορική συμβουλευτική, τηλεφωνική υποστήριξη και ομαδική συμβουλευτική (επίπεδο τεκμηρίωσης Α).
- Εκπαιδευτικό υλικό και πηγές πληροφοριών προσβάσιμες μέσω του ιαδικτύου συμβάλλουν στην αύξηση των ποσοστών επιτυχούς αποχής από το κάπνισμα (επίπεδο τεκμηρίωσης Β)

#### Βιβλιογραφία

- 1 Fiore MC, Jaen CR, Baker TB, et al: *Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update, Clinical Practice Guideline*. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services. Public Health Service. May 2008

### 4.3.1. Τηλεφωνική υποστήριξη και εργαλεία αυτοβοήθειας

#### 4.3.1.1 Τηλεφωνική υποστήριξη

Σε πολλές χώρες προσφέρεται μια δωρεάν τηλεφωνική υπηρεσία υποστήριξης για τη διακοπή του καπνίσματος. Αν καλέσουν αυτόν τον τηλεφωνικό αριθμό, οι καπνιστές μπορούν να λάβουν πληροφορίες σχετικά με την πρόσβαση σε τοπικά κέντρα διακοπής του καπνίσματος και μπορούν να λάβουν συμβουλές για το πώς να διακόψουν το κάπνισμα με ελάχιστη ή ακόμη και πλήρη συμβουλευτική. Η τηλεφωνική επικοινωνία για την παροχή γνωσιακής-συμπεριφορικής θεραπείας είναι παρόμοια με τη δομή της παραδοσιακής επαφής πρόσωπο με πρόσωπο, αλλά περισσότερο ευέλικτη. Μπορούν δε να κανονιστούν συναντήσεις σε κατάλληλους χρόνους, συμπεριλαμβανομένων των διαλειμμάτων για γεύμα, των απογευμάτων και των Σαββάτων. Η τηλε-εργασία, εξοικονομεί χρόνο και χρηματικούς πόρους, καθώς δεν υπάρχει καμία ανάγκη να ταξιδέψει ο ενδιαφερόμενος από και προς τον τόπο συνάντησης. Οι συμμετέχοντες μπορούν να επιλέξουν εάν θα έρθουν σε επαφή με τη υπηρεσία από το σπίτι ή από το κινητό τους τηλέφωνο και λαμβάνουν τηλεφωνική υποστήριξη με σκοπό την καθοδήγησή τους στην πρακτική εφαρμογή των διαφόρων στρατηγικών διακοπής του καπνίσματος, αλλά και σχετικά με τον τρόπο με τον οποίο μπορούν να επιτύχουν θετικές αλλαγές στην καθημερινή τους ζωή. Οι τηλεφωνικές κλήσεις είναι, σε γενικές γραμμές διάρκειας 20-25 λεπτών, αλλά υπάρχει ευελιξία ως προς

τη διάρκεια, η οποία προσαρμόζεται για να ικανοποιήσει εξατομικευμένες ανάγκες<sup>1</sup>.

Οι τηλεφωνικές γραμμές για τη διακοπή του καπνίσματος ορίζονται ως, η συμβουλευτική μέσω τηλεφώνου κατά την οποία, τουλάχιστον μερικές από τις επαφές ξεκινούν από το σύμβουλο της τηλεφωνικής γραμμής, που παρεμβαίνει για τη διακοπή του καπνίσματος, συμπεριλαμβανομένης της συμβουλευτικής μέσω επανάκλησης.

Αρκετές μετανalύσεις απέδειξαν ότι η προληπτική τηλεφωνική συμβουλευτική αποτελεί αποτελεσματική παρέμβαση για τη διακοπή του καπνίσματος. Οι πρόσφατες Κατευθυντήριες Οδηγίες Κλινικής Πρακτικής για τη ημόσια Υγεία (Public Health Clinical Practice Guideline), καθώς και ο Οδηγός για τις Κοινοτικές Υπηρεσίες Πρόληψης (Guide to Community Preventive Services) των ΗΠΑ, συνιστούν την προληπτική τηλεφωνική συμβουλευτική ως μια μέθοδο για την υποβοήθηση των καπνιστών στη διακοπή του καπνίσματος. Οι περισσότερες από τις μελέτες που αξιολόγησαν την αποτελεσματικότητα των τηλεφωνικών γραμμών για τη διακοπή του καπνίσματος, έχουν επικεντρωθεί στις τηλεφωνικές γραμμές με προληπτική δράση. Οι τηλεφωνικές γραμμές με προληπτική δράση μπορούν να παρέχουν κάποια μορφή άμεσης βοήθειας όταν ένας καταναλωτής προϊόντων καπνού καλεί για πρώτη φορά, αλλά επίσης να παρέχουν πιο ολοκληρωμένες υπηρεσίες μέσω «προληπτικών (proactive)» κλήσεων, οι οποίες συχνά συνεπάγονται πολλαπλές συνεδρίες παρακολούθησης, που προγραμματίζονται κατά συνήθη τρόπο, σε συμφωνία με τον καπνιστή.

#### Αποτελεσματικότητα των τηλεφωνικών γραμμών υποστήριξης για τη διακοπή του καπνίσματος

Τυχαίοποιημένες ελεγχόμενες μελέτες, απέδειξαν την αποτελεσματικότητα τέτοιων προληπτικών παρεμβάσεων, με την πιο πρόσφατη μετανάλυση 13 μελετών, να δείχνει αύξηση 56% στα ποσοστά διακοπής του καπνίσματος σε σύγκριση με την αυτοβοήθεια. Η προληπτική τηλεφωνική συμβουλευτική είχε θετικό αντίκτυπο στη διακοπή του καπνίσματος, καθώς συνέβαλε στην αύξηση των ποσοστών μακροχρόνιας αποχής από το κάπνισμα στους καπνιστές που στρατολογήθηκαν τόσο με ενεργό, όσο και με παθητικό τρόπο<sup>2</sup>.

Οι τηλεφωνικές γραμμές υποστήριξης της διακοπής του καπνίσματος «αναδραστικής(reactive)» βοήθειας, οι οποίες απαντούν μόνο σε άμεσες κλήσεις για βοήθεια, δεν έχουν μελετηθεί τόσο εκτενώς, όσο οι προληπτικές τηλεφωνικές γραμμές υποστήριξης. Αν και υπάρχουν κάποιες ενδείξεις για την αποτελεσματικότητά τους, η στρατηγική αυτή δεν έχει προταθεί από τις διάφορες κατευθυντήριες οδηγίες.

Οι γενικότερες ενδείξεις υποδηλώνουν ότι οι τηλεφωνικές γραμμές υποστήριξης για τη διακοπή του καπνίσματος έχουν τη δυνατότητα όχι μόνο να παρέχουν αποτελεσματική βοήθεια σε όσους την αναζητούν, αλλά και να αυξήσουν τα ποσοστά διακοπής του καπνίσματος μεταξύ των καταναλωτών προϊόντων καπνού, εν γένει. Ένα σημαντικό πλεονέκτημα των τηλεφωνικών γραμμών υποστήριξης είναι η προσβασιμότητά τους. Μια τηλεφωνική υπηρεσία, εξαλείφει πολλά από τα εμπόδια των παραδοσιακών ομάδων διακοπής του καπνίσματος, όπως η αναμονή έως ότου συμπληρωθεί ο απαραίτητος αριθμός για να σχηματιστεί η ομάδα ή η μέριμνα για τη μεταφορά στον τόπο συνάντησης. Οι τηλεφωνικές γραμμές υποστήριξης είναι ιδιαίτερα χρήσιμες για τα άτομα με περιορισμένη κινητικότητα και για όσους ζουν

σε αγροτικές ή απομακρυσμένες περιοχές. Λόγω του οιονεί ανώνυμου χαρακτήρα τους, οι υπηρεσίες μέσω τηλεφώνου μπορούν επίσης να θέλξουν όσους διστάζουν να ζητήσουν βοήθεια που παρέχεται σε περιβάλλον ομάδας. Όσο αυξάνεται η προσβασιμότητα των τηλεφωνικών γραμμών υποστήριξης, τα στοιχεία δείχνουν ότι είναι αρκετά πιο πιθανό να επωφεληθούν οι καπνιστές από μια τέτοιου είδους υπηρεσία από ότι να εγγραφούν σε ένα πρόγραμμα υποστήριξης πρόσωπο-με-πρόσωπο· μια τηλεφωνική γραμμή υποστήριξης είναι ένας καλός τρόπος να ενημερωθούν οι καταναλωτές προϊόντων καπνού, όπου και αν βρίσκονται, ότι υπάρχει διαθέσιμη βοήθεια<sup>3</sup>.

Σε μια παρέμβαση συμβουλευτικής μέσω τηλεφώνου, με στόχο την προσέγγιση Ασιατών μεταναστών με περιορισμένη γνώση της αγγλικής γλώσσας, η τηλεφωνική συμβουλευτική ήταν αποτελεσματική για καπνιστές που μιλούσαν κινέζικα, κορεάτικα και βιετναμέζικα. Το εν λόγω πρωτόκολλο, θα πρέπει να ενσωματωθεί στις υφιστάμενες υπηρεσίες τηλεφωνικής υποστήριξης για τη διακοπή του καπνίσματος, με δυνατότητα να επεκταθούν σε άλλες γλώσσες<sup>4</sup>.

Οι τηλεφωνικές γραμμές υποστήριξης για τη διακοπή του καπνίσματος αυξάνουν σημαντικά τα ποσοστά αποχής από το κάπνισμα σε σύγκριση με ελάχιστες ή καθόλου παρεμβάσεις συμβουλευτικής (12,7% έναντι 8,5%), όπως προέκυψε από μια μετανάλυση 9 μελετών<sup>1</sup>. Επίσης, σε μετανάλυση 6 μελετών που διεξήχθη το 2008, διερευνήθηκε η επίδραση της προσθήκης τηλεφωνικής συμβουλευτικής, σε συνδυασμό με τη φαρμακευτική αγωγή. Η προσθήκη της τηλεφωνικής συμβουλευτικής βελτίωσε σημαντικά τα ποσοστά αποχής (28,1%) σε σύγκριση με τη φαρμακευτική αγωγή και μόνο (23,2%)<sup>1</sup>.

#### 4.3.1.2 Εργαλεία αυτοβοήθειας

Οι παρεμβάσεις που διατίθενται μέσω μιας ευρείας ποικιλίας υλικών αυτοβοήθειας (είτε ως αυτόνομες, είτε ως επικουρικές) φαίνεται να αυξάνουν τα ποσοστά αποχής από το κάπνισμα. Αυτή η κατηγορία περιλαμβάνει: ενημερωτικά έντυπα, φυλλάδια, εγχειρίδια, υλικό πολυμέσων, τηλεφωνικές γραμμές υποστήριξης, προγράμματα ηλεκτρονικών υπολογιστών / διαδικτύου και διάφορα κοινοτικά προγράμματα. Οι παρεμβάσεις αυτοβοήθειας, ορίζονται ως «οποιοδήποτε εγχειρίδιο ή πρόγραμμα που προορίζεται για την υποστήριξη των προσπαθειών διακοπής του καπνίσματος, χωρίς υποβοήθηση από επαγγελματίες υγείας, συμβούλους, ή ομαδική υποστήριξη.» Σήμερα, οι περισσότεροι άνθρωποι γνωρίζουν ότι το κάπνισμα είναι επικίνδυνο: τα μηνύματα για την υγεία είναι ευρέως διαθέσιμα και ακόμα και στα πακέτα των τσιγάρων αναγράφονται τέτοιου είδους προειδοποιήσεις, στις περισσότερες χώρες. Ωστόσο, οι καπνιστές, οι οποίοι αποτελούν περίπου το 30% του παγκόσμιου πληθυσμού, συνεχίζουν να αγνοούν αυτούς τους κινδύνους για την υγεία. Τα παρακάτω εδάφια, παρουσιάζουν ένα δείγμα από ένα σύντομο επεξηγηματικό φυλλάδιο που προορίζεται για τους καπνιστές, με στόχο να τους βοηθήσει να εξοικειωθούν με τις βασικές έννοιες σχετικά με τη θεραπεία της κατανάλωσης προϊόντων καπνού και της συνοδού εξάρτησης.

#### Παραδείγματα καταλόγων ελέγχου και ερωτήσεων για αυτοβοήθεια

##### Γιατί να γίνεται κατανάλωση προϊόντων καπνού;

- ▲ Ποια είναι, λοιπόν, η εξήγηση για την συνέχιση του καπνίσματος, παρά τις τόσες προσπάθειες ελέγχου της κατανάλωσης προϊόντων καπνού για την παρεμπόδιση της εμφάνισης νόσων και της θνησιμότητας που προκαλούνται από τα προϊόντα καπνού;
- ▲ Μπορούμε να υποθέσουμε ότι η υγεία των καπνιστών δεν έχει καμία αξία για εκείνους ή μήπως φαντάζονται ότι «αυτή η δυσμενής επίπτωση δε θα συμβεί σε μένα;»
- ▲ Δεν είναι ικανοί να συνειδητοποιήσουν το βαθμό των δυσμενών επιπτώσεων που παρουσιάζονται στο παρεμφερές εκπαιδευτικό υλικό; Ή μήπως είναι κάτι άλλο που τους καθιστά ανήμπορους να διακόψουν το κάπνισμα παρά το γεγονός ότι γνωρίζουν τους κινδύνους;
- ▲ Θα μπορούσε αυτό το «κάτι άλλο» να είναι οι πολύπλοκες ψυχοσυμπεριφορικές και φυσικές αλλαγές που καθορίζονται από μια χημική ουσία που περιέχεται στον καπνό; Σαφώς ισχύει το τελευταίο<sup>5 6</sup>.

##### Εξάρτηση από τον καπνό

- ▲ Ο βαθμός της εξάρτησης από τη νικοτίνη είναι πολύ υψηλός, υψηλότερος ή παρόμοιος με αυτόν της ηρωίνης και της κοκαΐνης· είναι πολύ πιο εθιστική από το αλκοόλ, την κάνναβη ή το LSD και παρόμοιες ναρκωτικές ουσίες .
- ▲ Η χρόνια κατανάλωση προϊόντων καπνού, ή, με απλά λόγια, το «κάπνισμα», έχει αναγνωριστεί από όλους τους ψυχιατρικούς φορείς, ως μια χρόνια νόσος, αυτή καθεαυτή, που προκαλεί σωματική και ψυχολογική εξάρτηση. Η νόσος ονομάζεται εξάρτηση από τον καπνό ή εξάρτηση από τη νικοτίνη.
- ▲ Τα περισσότερα τσιγάρα δεν καταναλώνονται από ελεύθερη επιλογή, αλλά εξαιτίας της εξάρτησης από τη νικοτίνη, ένα ιδιαίτερα εθιστικό ναρκωτικό που περιέχεται σε όλα τα προϊόντα καπνού<sup>7</sup>.
- ▲ Η χρόνια έκθεση σε προϊόντα καπνού έχει αποδειχθεί ότι προκαλεί ένα ευρύ φάσμα νόσων και θάνατο λόγω των πολυάριθμων τοξινών και καρκινογόνων ουσιών που υπάρχουν στον καπνό.
- ▲ Οι παραγωγοί προϊόντων καπνού, χρησιμοποιούν πολλές στρατηγικές για να αυξήσουν την εξάρτηση από τη νικοτίνη, οι οποίες εφαρμόζονται στα ίδια τα προϊόντα καπνού: πρόσθετες ουσίες, αρωματικές ύλες, χαρακτηριστικά φίλτρου, κλπ.
- ▲ Η καπνοβιομηχανία επενδύει συνεχώς σε νέες αγορές με στόχο τις ευάλωτες κατηγορίες δυνητικών πελατών, δηλαδή τα παιδιά και τους νέους.
- ▲ Η καλύτερη μέθοδος αντίδρασης στην καπνοβιομηχανία είναι η παροχή γνώσεων και δεξιοτήτων που βασίζονται σε επιστημονικά στοιχεία, προκειμένου να αντιμετωπιστεί αυτή η πρόκληση. Εξατομικευμένες επιπτώσεις της κατανάλωσης προϊόντων καπνού<sup>8</sup>
- ▲ Ένας στους δύο καταναλωτές καπνού, θα πεθάνουν πρόωρα από μία νόσο σχετική με το κάπνισμα.
- ▲ Η κατανάλωση προϊόντων καπνού είναι η μεγαλύτερη αιτία αποτρέψιμων θανάτων.



- Δ Περισσότεροι από τους μισούς από αυτούς τους θανάτους σημειώνονται σε άτομα ηλικίας 35-69 ετών.
- Δ Κάθε μέρα σε όλο τον κόσμο, ο αριθμός των θανάτων είναι ισοδύναμος με αυτών που θα προέκυπταν από τη συντριβή πενήντα αεροσκαφών τύπου Jumbo.
- Δ Η κατανάλωση προϊόντων καπνού είναι υπεύθυνη για: το 87 % των θανάτων από καρκίνο του πνεύμονα, το 82% των περιστατικών ΧΑΠ (χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια), το 21% των περιστατικών στεφανιαίας νόσου και το 18% των περιπτώσεων εγκεφαλικού επεισοδίου.
- Δ Η κατανάλωση προϊόντων καπνού έχει αποδειχθεί ότι προκαλεί επιπλοκές κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης.
- Δ Η κατανάλωση προϊόντων καπνού προκαλεί δυσσομία στην αναπνοή, τα μαλλιά και τα ρούχα ενός ατόμου και καταστρέφει τα δόντια, τα νύχια, το δέρμα και τα ρούχα.
- Δ Η κατανάλωση προϊόντων καπνού μειώνει την αθλητική απόδοση.
- Δ Η καύση προϊόντων καπνού αποτελεί σημαντικότερη εστία πυρκαγιών και θανάτων από δυστυχήματα.
- Δ Η κατανάλωση προϊόντων καπνού μπορεί να σηματοδοτήσει το πέρας στην κατανάλωση άλλων ναρκωτικών και ο εθισμός στα προϊόντα καπνού καθιστά ένα πρόσωπο πιο ευπαθές στη δοκιμή άλλων, επικίνδυνων ναρκωτικών ουσιών. Συνέπειες για την οικογένεια, τους φίλους και τους συναδέλφους του καταναλωτή προϊόντων καπνού<sup>8</sup>
- Δ Εκθέτετε την οικογένεια, τους φίλους και τους συναδέλφους σας στο παθητικό κάπνισμα.
- Δ Το παθητικό κάπνισμα αυξάνει τον κίνδυνο καρκίνου του πνεύμονα κατά 30%. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα 3000 επιπλέον, νέες περιπτώσεις καρκίνου του πνεύμονα ετησίως.
- Δ Βρέφη και παιδιά με χρόνια έκθεση στο παθητικό κάπνισμα διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο άσθματος, άλλων αναπνευστικών παθήσεων, κακοηθειών και άλλων θεμάτων υγείας. Αυτές οι ασθένειες έχουν ως αποτέλεσμα την αύξηση των εισαγωγών στο νοσοκομείο και την απουσία από το σχολείο.
- Δ Η έκθεση στον καπνό αυξάνει τον κίνδυνο γέννησης μωρών χαμηλού βάρους και του συνδρόμου αιφνίδιου βρεφικού θανάτου.
- Δ Οι ενήλικες μη καταναλωτές προϊόντων καπνού που εκτίθενται στο παθητικό κάπνισμα είναι επίσης πιο πιθανό να παρουσιάσουν αναπνευστικές ασθένειες και συμπτώματα που επιβάλλουν την απουσία τους από την εργασία και άλλες δραστηριότητες.
- Δ Οι σύζυγοι των καπνιστών διατρέχουν υψηλότερο κίνδυνο καρδιακής νόσου και καρκίνου του πνεύμονα.

### **Οφέλη από τη διακοπή της κατανάλωσης προϊόντων καπνού**

#### **1. Βραχυπρόθεσμα οφέλη**

- Μετά από 20 λεπτά, η αρτηριακή πίεση και οι σφυγμοί επιστρέφουν στα φυσιολογικά επίπεδα.
- Μετά από 8 ώρες, το μονοξείδιο του άνθρακα και τα επίπεδα οξυγόνου στο αίμα επιστρέφουν στα φυσιολογικά επίπεδα.
- Μετά από 24 ώρες, το μονοξείδιο του άνθρακα αποβάλλεται από το σώμα· οι πνεύμονες αρχίζουν να

καθαρίζουν από τη βλέννη και τα υπολείμματα από την κατανάλωση προϊόντων καπνού· οι πιθανότητες καρδιακής προσβολής μειώνονται.

- Μετά από 48 ώρες, δεν έχει απομείνει νικοτίνη στο σώμα· οι νευρικές απολήξεις αρχίζουν να αναπτύσσονται ξανά· και η ικανότητα όσφρησης και γεύσης βελτιώνονται.
- #### **2. Μακροπρόθεσμα οφέλη**
- Βελτιωμένη αναπνοή.
  - Περισσότερη ενέργεια.
  - Βελτίωση του τόνου του δέρματος.
  - Μείωση του κινδύνου εμφάνισης νόσων που σχετίζονται με την κατανάλωση προϊόντων καπνού, όπως:
    - καρκίνος του πνεύμονα,
    - εμφύσημα,
    - ΧΑΠ (χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια),
    - αιφνίδιος θάνατος από καρδιακή προσβολή,
    - στεφανιαία νόσος,
    - αθηροσκλήρωση (στένωση των αρτηριών),
    - εγκεφαλικό επεισόδιο,
    - χρόνια βρογχίτιδα.
  - Καθαρότερος αέρας για την οικογένεια και τους φίλους.
  - Φρεσκότερη μυρωδιά στα σπίτια και τα αυτοκίνητα.
  - Εξοικονόμηση χρημάτων: όσοι καπνίζουν ένα πακέτο την ημέρα, δαπανούν κατά μέσο όρο 1.095 δολάρια ΗΠΑ ετησίως.

### **Προετοιμασία για τη διακοπή του καπνίσματος**

Όσο καλύτερα προετοιμαστείτε για τη διακοπή του καπνίσματος, τόσο περισσότερες πιθανότητες επιτυχίας έχετε<sup>8</sup>. Μερικές συστάσεις περιλαμβάνουν:

- Δ Αποφασίστε θετικά ότι θέλετε να διακόψετε το κάπνισμα.
- Δ Καταρτίστε μια λίστα με λόγους, συμπεριλαμβανομένων των προσωπικών λόγων, των αποτελεσμάτων και των οφελών για την υγεία, των οικονομικών πλεονεκτημάτων και των υποχρεώσεων προς τους άλλους.
- Δ Επαναλάβετε έναν από τους λόγους αυτούς στον εαυτό σας πολλές φορές κάθε πρωί.
- Δ Ξεκινήστε να προσαρμόζεστε στη νέα κατάσταση, σε σωματικό επίπεδο, με ένα απλό πρόγραμμα άσκησης. Ξεκουραστείτε περισσότερο και πίνετε περισσότερα υγρά.
- Δ Ορίστε μια ημερομηνία - στόχο για διακοπή του καπνίσματος μέσα στις επόμενες δύο εβδομάδες.
- Δ Προσδιορίστε τα εμπόδια που μπορεί να προκύψουν. Τι θα κάνει τη διακοπή του καπνίσματος δύσκολη; Ποιες καταστάσεις σας κάνουν να επιθυμείτε να καπνίσετε; Τι μπορείτε να κάνετε για να αλλάξει αυτό;
- Δ Κάντε μια λίστα των ανθρώπων που μπορούν να υποστηρίξουν την πρόθεσή σας να διακόψετε το κάπνισμα, όπως η οικογένεια, οι φίλοι και οι συνάδελφοί σας. Συζητήστε τα σχέδιά σας μαζί τους.



- Δ Εάν οποιοσδήποτε από αυτούς τους ανθρώπους είναι καπνιστής, ζητήστε του / της να απέχει από την κατανάλωση προϊόντων καπνού κοντά σας ή, ακόμα καλύτερα, ζητήστε του / της να διακόψει και εκείνος / -η το κάπνισμα μαζί σας.
- Δ Απομακρύνετε από τα μέρη όπου συνήθως καπνίζετε οτιδήποτε σας θυμίζει τσιγάρα - όπως αναπτήρες, σταχτοδοχεία ή σπύρτα.
- Δ Καθαρίστε το σπίτι και το αυτοκίνητό σας· προσπαθήστε να καθαρίσετε αυτούς τους χώρους από τη μυρωδιά του καπνού όσο το δυνατόν περισσότερο.
- Δ Κάντε μια λίστα με τις δραστηριότητες, τα χόμπι και τα ενδιαφέροντα που μπορούν να σας βοηθήσουν να βγάλετε από το μυαλό σας το κάπνισμα.
- Δ Ενημερωθείτε σχετικά με τα συμπτώματα στέρησης και τους τρόπους αντιμετώπισής τους.
- Δ Να είστε προετοιμασμένοι να αντιμετωπίσετε δυσκολίες κατά τη διακοπή του καπνίσματος. Μάθετε για το «σύνδρομο στέρησης».
- Δ Η στέρηση από τη νικοτίνη αποτελείται από συμπτώματα που οφείλονται στην αιφνίδια διακοπή της πρόσληψης νικοτίνης. Η στέρηση από τη νικοτίνη μπορεί να εκδηλωθεί από τις πρώτες 4-12 ώρες από τη διακοπή του καπνίσματος, με συμπτώματα όπως:
  - οξεία / ανεξέλεγκτη ανάγκη για κάπνισμα (λαχτάρα)·
  - ευερεθιστότητα·
  - ανησυχία, θυμό, αίσθημα άγχους·
  - κόπωση·
  - αυξημένη όρεξη, ειδικά για γλυκά, αύξηση του σωματικού βάρους·
  - προβλήματα συγκέντρωσης / διαταραχές της μνήμης·
  - κατάθλιψη·
  - κεφαλαλγία·
  - αϋπνία·
  - ζάλη.

### Θεραπείες που μπορούν να βοηθήσουν στη διακοπή του καπνίσματος

Οι δύο παράγοντες που έχουν αποδειχθεί αποτελεσματικοί στη θεραπεία της εξάρτησης από τον καπνό είναι: η συμβουλευτική και η φαρμακοθεραπεία. Η φαρμακολογική θεραπεία είναι ζωτικής σημασίας και περιλαμβάνει μια γενναιόδωρη προσφορά φαρμακευτικών σκευασμάτων, από υποκατάστατα νικοτίνης που μπορούν να χρησιμοποιηθούν σε διάφορες μορφές (όπως τσίκλες, επιθέματα, ρινικοί ψεκασμοί, συσκευή εισπνοής, υπογλώσσια δισκία), έως και φάρμακα με αντικαταθλιπτική δράση, ανταγωνιστές των υποδοχέων νικοτίνης κ.λ.π. Θα πρέπει να ζητήσετε από τον ιατρό ή το φαρμακοποιό σας να συνταγογραφήσει ή να σας συστήσει φαρμακευτική αγωγή για τη διακοπή του καπνίσματος. Μπορεί να χρησιμοποιηθεί ένας συνδυασμός διάφορων φαρμακολογικών θεραπειών με τη βοήθεια των επαγγελματιών υγείας, η διάρκεια της θεραπείας μπορεί να επεκταθεί και οι δοσολογίες μπορούν να ρυθμιστούν ώστε να αποφεύγονται οι ανεπιθύμητες ενέργειες. Έντυπα, αφίσες, φυλλάδια, ποικίλο εκπαιδευτικό υλικό και υλικό αυτοβοήθειας, γραπτό ή ψηφιακό, καθώς και τα εργαλεία του διαδικτύου

ή οι τηλεφωνικές γραμμές υποστήριξης μπορούν να συμβάλουν. Η γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία είναι μια θεραπευτική τεχνική που επιχειρεί να αλλάξει τους συνήθεις τρόπους σκέψης και αίσθησης σχετικά με το κάπνισμα και τον εαυτό μας και προσφέρει ενθάρρυνση και συμβουλές για τους τρόπους ελαχιστοποίησης και διαχείρισης της επιθυμίας για κάπνισμα. Ιδανικά, οι εξατομικευμένες στρατηγικές διακοπής του καπνίσματος συνδυάζουν συμβουλευτική (συστάσεις για τη διακοπή του καπνίσματος) με φαρμακολογική θεραπεία (βαρενικλίνη, βουπροπιόνη, θεραπεία υποκατάστασης νικοτίνης κ.λπ.) και γνωσιακή- συμπεριφορική θεραπεία (CBT).

### Πίνακας 10: Μερικές πρακτικές συμβουλές για να αποφύγετε το κάπνισμα<sup>7</sup>

#### ΠΑΡΑΔΙΓΜΑΤΑ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΚΩΝ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΩΝ / ΣΥΜΒΟΥΛΕΣ ΓΙΑ ΝΑ ΑΠΟΦΥΓΕΤΕ ΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ

- Μάθετε να αρνείστε το πρώτο τσιγάρο!
- Ξεφορτωθείτε τα «εργαλεία καπνίσματος»: αναπτήρα, σπύρτα, πακέτο τσιγάρων
- Αλλάξτε την καθημερινότητά σας!
- Αποφύγετε την κατανάλωση καφέ, αναψυκτικών τύπου κόλα ή το τσάι
- Όταν αισθανθείτε την ανάγκη να καπνίσετε, πιείτε ένα μεγάλο ποτήρι νερό ή φυσικό χυμό φρούτων
- Γευματίστε 3-5 φορές την ημέρα
- Πρωινό: φυσικοί χυμοί φρούτων, γαλακτοκομικά προϊόντα, πιθανώς κρέας, αυγά· προσοχή στο αναντικατάστατο τσιγάρο με τον πρωινό καφέ!
- Μεσημεριανό γεύμα και δείπνο: κατά προτίμηση ωμά φρούτα και λαχανικά, πράσινα λαχανικά και φρούτα
- Πριν πάτε για ύπνο - ένα ποτήρι νερό ή τσάι
- Θα πρέπει να αποφύγετε: να πρύτε ενδιάμεσα στα γεύματα, την κατανάλωση υπερβολικά πολλών γλυκών: γλυκά ζαχαροπλαστέιου, καραμέλες, σοκολάτα
- Μη διστάσετε να πιείτε περισσότερα από 2 λίτρα νερό / ημέρα
- Σωματική άσκηση, περπάτημα σε εξωτερικούς χώρους, μάθετε τεχνικές χαλάρωσης
- Ξεκινήστε ένα νέο άθλημα
- Αποφύγετε την επαφή με καπνιστές ή καταστάσεις που μπορούν να σας κάνουν να μπειτε στον πειρασμό να καπνίσετε
- Φυλάξτε τα χρήματα που χρησιμοποιούσατε για να αγοράσετε τσιγάρα - αγοράστε με αυτά ένα δώρο για τον εαυτό σας!

### Αποτελεσματικότητα του εκπαιδευτικού υλικού για τους ασθενείς

Πολλές μελέτες αποδεικνύουν την αποτελεσματικότητα του εκπαιδευτικού υλικού που συμπεριλαμβάνεται στα προγράμματα για τη διακοπή του καπνίσματος.

Ένα σύνολο 2000 ενηλίκων εξετάστηκε χρησιμοποιώντας έναν πρότυπο οδηγό για την αυτόνομη διακοπή του καπνίσματος, έκτασης 13 σελίδων (ομάδα ελέγχου) έναντι του οδηγού αυτόνομης διακοπής



του καπνίσματος Free & Clear (F & C) έκτασης 28 σελίδων, του οδηγού F & C σε συνδυασμό με οδηγίες κοινωνικής υποστήριξης για την οικογένεια και τους φίλους του καπνιστή και του οδηγού F & C, σε συνδυασμό με οδηγίες κοινωνικής στήριξης, καθώς και τέσσερις τηλεφωνικές συνδιαλέξεις με ειδικούς. Το πρόγραμμα τηλεφωνικής συμβουλευτικής F & C σε συνδυασμό με το υλικό αυτοβοήθειας βρέθηκε να είναι μια αποτελεσματική στρατηγική για την υποστήριξη των καπνιστών που διακόπτουν μόνοι τους το κάπνισμα. Η χρήση των οδηγών αυτοβοήθειας και των οδηγιών κοινωνικής υποστήριξης για την οικογένεια και τους φίλους δεν βελτίωσαν σημαντικά τις πιθανότητες ενός ατόμου να διακόψει το κάπνισμα, σε σύγκριση με τη χρήση του προγράμματος F & C που περιέλαβε τέσσερις τηλεφωνικές συνδιαλέξεις<sup>10</sup>. Για την κατάρτιση των Κατευθυντήριων Οδηγιών των ΗΠΑ, 21 μελέτες πληρούσαν τα κριτήρια επιλογής για την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας της παροχής πολλαπλών τύπων παρεμβάσεων αυτοβοήθειας (π.χ. φυλλάδια, βιντεοταινίες, κασέτες ήχου και τηλεφωνικές γραμμές αναδραστικής υποστήριξης). Τα αποτελέσματα δεν παρέχουν επαρκείς ενδείξεις ότι η παροχή πολλαπλών ειδών αυτοβοήθειας, όταν προσφέρεται χωρίς παρέμβαση πρόσωπο με πρόσωπο, επηρεάζει σημαντικά τα αποτελέσματα της θεραπείας (15,7% για δύο ή περισσότερα είδη αυτοβοήθειας, έναντι 14,4% για ένα είδος αυτοβοήθειας, και 14,3% για κανενός είδους αυτοβοήθεια).

Σε μια μετανάλυση που μελέτησε την αποτελεσματικότητα των φυλλαδίων αυτοβοήθειας αυτών καθαυτών, είτε χρησιμοποιούμενα ως η μόνη παρέμβαση είτε σε συνδυασμό με τη συμβουλευτική, η αυτοβοήθεια δεν ενίσχυσε σημαντικά τα ποσοστά αποχής από το κάπνισμα<sup>1</sup>.

#### 4.3.1.3 Διαδικτυακή υποστήριξη

Οι παρεμβάσεις μέσω υπολογιστή ή μέσω του διαδικτύου είναι προσβάσιμες από ένα μεγάλο ποσοστό του πληθυσμού των καπνιστών, μπορούν να απευθυνθούν πιο άμεσα σε ειδικές κατηγορίες όπως τους νέους και είναι περισσότερο οικονομικές. Τέτοιες παρεμβάσεις μπορεί να χρησιμοποιηθούν ως μονοθεραπείες ή ως επικουρικές θεραπείες, κατά κανόνα με τη συλλογή πληροφοριών από τον ασθενή και στη συνέχεια χρησιμοποιώντας αλγόριθμους για την προσαρμογή της ανάδρασης (feed-back) ή των συστάσεων.

Οι τρέχουσες εφαρμογές, επιτρέπουν τις πολλαπλές επαναλήψεις της ανάδρασης, την ανάπτυξη και παρακολούθηση ενός σχεδίου διακοπής του καπνίσματος, καθώς και την αποστολή προληπτικών ηλεκτρονικών μηνυμάτων στους καταναλωτές προϊόντων καπνού.

Θετικά αποτελέσματα ανέφερε μια πληθυσμιακή μελέτη, η οποία χρησιμοποίησε εκθέσεις που παρήχθησαν από ηλεκτρονικό υπολογιστή, βασισμένες σε στάδια προσαρμογής σε λειτουργικές ανάγκες και μία μελέτη μέσω ιστοσελίδας, που προσφέρθηκε στα πλαίσια ενός προγράμματος στο χώρο εργασίας. Μία μελέτη σε εφήβους, ανέφερε επίσης θετικά αποτελέσματα, μέσω της πρόσβασης αυτών σε μια πολύπλοκη παρέμβαση, που περιλάμβανε διαδραστική ηλεκτρονική πληροφόρηση, συμβουλές από έναν ιατρό, σύντομη συνέντευξη παρακίνησης και τηλεφωνικές συνεδρίες παρακίνησης (η παρέμβαση ελέγχου, συνίστατο σε πληροφορίες σχετικά με την κατανάλωση περισσότερων φρούτων και λαχανικών)<sup>1</sup>.

Σε μια πρόσφατη ανασκόπηση, βρέθηκαν λίγες μελέτες να αναφέρουν ποσοστά επιτυχίας διακοπής του

καπνίσματος μετά από έξι μήνες ή περισσότερο και οι εν λόγω δοκιμές έδειξαν περιορισμένες μόνον ενδείξεις μακροπρόθεσμων οφελών από τα διαδικτυακά προγράμματα για τη διακοπή του καπνίσματος. Τα προγράμματα παρέμβασης μέσω του διαδικτύου που παρέχουν εξατομικευμένη πληροφόρηση και υποστήριξη, μπορεί να είναι πιο αποτελεσματικά από μια στατική ιστοσελίδα. Το διαδίκτυο μπορεί να έχει ένα πρόσθετο όφελος όταν χρησιμοποιείται σε συνδυασμό με άλλες παρεμβάσεις, όπως τη θεραπεία υποκατάστασης νικοτίνης ή άλλες φαρμακοθεραπείες. Καινοτόμες παρεμβάσεις διακοπής του καπνίσματος που παραδίδονται μέσω του διαδικτύου μπορεί να είναι πιο ελκυστικές για τους νέους και τις γυναίκες καπνίστριες και λιγότερο ελκυστικές για τους καπνιστές που αναφέρουν συμπτώματα κατάθλιψης<sup>11</sup>.

Η θεραπεία με βάση το διαδίκτυο, έχει αναδειχθεί ως μια νέα μορφή θεραπείας για ασθενείς με ψυχικές διαταραχές και άλλα θέματα υγείας. Η προαναφερθείσα ανασκόπηση, αποτελεί την πρώτη προσπάθεια συνοψίσεως και αξιολόγησης των αποδεικτικών στοιχείων σχετικά με την αποτελεσματικότητα της θεραπείας που βασίζεται στο διαδίκτυο για την αντιμετώπιση του εθισμού. Στην εν λόγω μελέτη, μια εκτεταμένη βιβλιογραφική αναζήτηση διεξήχθη για τον εντοπισμό μελετών που πληρούν τα κριτήρια για τη χορήγηση δομημένων προγραμμάτων θεραπείας που βασίζονται στο διαδίκτυο με σκοπό την αντιμετώπιση του εθισμού και που ενσωματώνουν κάποιου είδους αλληλεπίδραση με εκπαιδευμένο θεραπευτή. Μόνο εννέα μελέτες πληρούσαν τα κριτήρια για την ένταξη, με επτά από αυτές να αντιπροσωπεύουν μια τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη δοκιμή· οι μελέτες αυτές αναφέρονται, όχι μόνο στα προγράμματα διακοπής του καπνίσματος, αλλά μία από αυτές, αναφέρεται επίσης στη θεραπεία με βάση το διαδίκτυο για την παθολογική χαρτοπαιξία και μία άλλη, σε ένα πρόγραμμα θεραπείας για την κατάχρηση ουσιών. Μια σειρά από θεραπευτικά μοντέλα, θεραπευτικούς παράγοντες και προσαρμοσμένα αποτελέσματα, περιλήφθηκε σε αυτές τις μελέτες. Αναφέρθηκαν θετικά αποτελέσματα μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας και κατά τη μακροπρόθεσμη παρακολούθηση. Η επανεξέταση κατέληξε στο συμπέρασμα ότι οι θεραπείες που βασίζονται στο διαδίκτυο για την αντιμετώπιση του εθισμού είναι αποτελεσματικές στην επίτευξη θετικών συμπεριφορικών αλλαγών, αλλά ότι απαιτείται περισσότερη έρευνα για να καθοριστεί η συγκριτική αποτελεσματικότητα των διαφόρων θεραπειών που βασίζονται στο διαδίκτυο και των παραμέτρων τους<sup>12</sup>.

#### Βιβλιογραφία

- 1 NHS guided self help talking therapies, [www.nice.org.uk/PH010](http://www.nice.org.uk/PH010)
- 2 Tzelepis F, Paul CL, Walsh RA, McElduff P, Knight J. Proactive telephone counseling for smoking cessation: meta-analyses by recruitment channel and methodological quality. *J Natl Cancer Inst.* 2011 Jun 22;103(12):922-41. doi: 10.1093/jnci/djr169. Epub 2011 Jun 10
- 3 Centers for Disease Control and Prevention. Telephone Quitlines: A Resource for Development, Implementation, and Evaluation. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, Final Edition, September 2004
- 4 Zhu SH, Cummins SE, Wong S, Gamst AC, Tedeschi GJ, Reyes-Nocon J., The Effects of a Multilingual Telephone Quitline for Asian Smokers: A Randomized Controlled Trial, *J.Natl.Cancer Institute*, 2012, Feb 22, 104(4), 299-310, Epub: 25 Feb 2012

- 5 Benowitz NL. *Neurobiology of nicotine addiction: implications for smoking cessation treatment*, *Am J Med* 2008; 121: S3-S10
- 6 Benowitz NL. *Pharmacology of nicotine: addiction, smoking-induced disease and therapeutics*, *Ann. Rev Pharmacol Toxicol* 2009; 49: 57-71
- 7 Trofor A. et. al., *Smoking cessation and smoker's assistance guidelines in Romania ( GREFA)*, Tehnopress publisher House, Iasi, 2010, www.srp.ro
- 8 ACCP kit (5=1 from M1 chapt BD)
- 9 Doll R, Peto R, Boreham J, Sutherland I. *Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors* *BMJ* 2004, doi:10.1136/bmj.38142.554479.A
- 10 Orleans C.T., Schoenbach V., Wagner E. et. al., *Self-Help Quit Smoking Interventions: Effects of Self-Help Materials, Social Support Instructions, and Telephone Counseling*, *J. Consult Clin Psychol*, 1991 iun, 59(3), 439-48
- 11 Civljak M, Sheikh A, Stead LF, Car J. *Internet-based interventions for smoking cessation.* *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010, Issue 9. Art. No.: CD007078. DOI.: 10.1002/14651858.CD007078.pub3 Assessed as up to date: July 14, 2010
- 12 Gainsbury S.M., Blaszczynski A. 2011, *A systematic review of Internet-based therapy for the treatment of addictions*, *Clinical Psychology Review*, vol. 31, no. 3, pp. 490-498, Publisher's version of article available at <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2010.11.007>

#### 4.3.2 . Συνέντευξη παρακίνησης (MI) του ασθενούς

Η ύπαρξη κινήτρου είναι απαραίτητη για κάθε καπνιστή που σχεδιάζει να διακόψει την κατανάλωση προϊόντων καπνού. Επομένως, οι μέθοδοι για την ενίσχυση των κινήτρων του ασθενούς να διακόψει το κάπνισμα, αποτελούν σημαντικούς ερευνητικούς στόχους<sup>1</sup>.

##### **Τι είναι η συνέντευξη παρακίνησης;**

Η συνέντευξη παρακίνησης είναι μια μέθοδος που αναπτύχθηκε από τον Αμερικανό ψυχολόγο William R. Miller στη δεκαετία του 1980, ενώ ασχολούταν με τη θεραπεία ασθενών με προβλήματα κατάχρησης. Ο Miller απέδειξε ότι, η ακρόαση με συναισθηματική ταύτιση (empathic listening), είναι δυνατόν να μειώσει την πρόσληψη αλκοόλ από τον ασθενή. Μελέτες έδειξαν ότι η αντίσταση και η άρνηση, είναι φαινόμενα που ανακύπτουν στη σχέση μεταξύ πελάτη και συμβούλου. Το πρώτο βιβλίο για τη συνέντευξη παρακίνησης, που γράφτηκε από τον Miller σε συνεργασία με τον Stephen Rollnick, ψυχολόγο από το Ηνωμένο Βασίλειο, δόθηκε στη δημοσιότητα το 1991 (Miller 2002). Ο Rollnick ανέπτυξε αργότερα συντομότερες εκδοχές της συνέντευξης παρακίνησης, κατάλληλες για χρήση στον τομέα της υγείας. Στην ουσία, η μέθοδος αυτή έχει ως στόχο να προσφέρει στους ενδιαφερόμενους πελάτες, πληροφορίες σχετικά με τους κινδύνους για την υγεία που εκπορεύονται από μια συγκεκριμένη εξάρτηση και να δημιουργήσει το ενδιαφέρον για μία αλλαγή. Η δεύτερη έκδοση του βιβλίου, με την προσθήκη «Προετοιμάζοντας τα Άτομα για την Αλλαγή» αντικατοπτρίζει αυτή την εξέλιξη. Μια τρίτη, αναθεωρημένη έκδοση έχει προγραμματιστεί για το 2012. Η συνέντευξη παρακίνησης χρησιμοποιείται τώρα σε πολλές χώρες για τη θεραπεία της κατάχρησης ουσιών, όπως το αλκοόλ, τα προϊόντα καπνού, καθώς και για εκείνους που χρειάζονται να βελτιώσουν τη διατροφή και την άσκησή τους. Η συνέντευξη παρακίνησης χρησιμοποιείται επίσης ευρέως για τα προβλήματα σχετικά με τη χαρτοπαιξία, για την συμμόρφωση στη θεραπεία, καθώς και στην εγκληματολογία. Η συνέντευξη παρακίνησης περιγράφει τι μπορείτε να κάνετε εσείς ως σύμβουλος για να αυξήσετε την πιθανότητα να επιτύχει ο ασθενής την αλλαγή συμπεριφοράς.

Βασίζεται στη βελτίωση της κατανόησης από μέρους του συμβούλου, του τρόπου με τον οποίο επικοινωνούμε και σχετιζόμαστε καλύτερα με τον ασθενή.

- Ο σύμβουλος ενεργεί ως συνεργάτης και θεωρεί τον εαυτό του / της ίσο.
- Ο σύμβουλος αναζητά και προκαλεί τις σκέψεις και τις ιδέες του πελάτη σχετικά με το κάπνισμα και τους τρόπους με τους οποίους μπορεί να τις αλλάξει.
- Ο σύμβουλος δείχνει σεβασμό για την αυτονομία του πελάτη και για το δικαίωμα και την ικανότητα του / της να λαμβάνει αποφάσεις.

##### **Βασικές αρχές της MI**

- Κρατήστε στάση κατανόησης του προβλήματος. Ο σύμβουλος δείχνει σαφές ενδιαφέρον για την κατανόηση του ασθενή. Αυτό επιτυγχάνεται μέσα από τις αντανάκλασεις (reflections) και τη συνόψιση (summary).
- Επισημάνετε τις αποκλίσεις. Ο σύμβουλος βοηθά τον ασθενή να συνειδητοποιήσει το χάσμα μεταξύ της σημερινής του κατάστασης και του πόσο μπορεί αυτή να βελτιωθεί, λαμβάνοντας υπόψη τους στόχους και τις αξίες του ασθενούς. Οι μεγάλες αποκλίσεις, αποτελούν ισχυρό κίνητρο για την αλλαγή της συμπεριφοράς, υπό την προϋπόθεση ότι ο πελάτης έχει τη δυνατότητα να αλλάξει.
- Αποφύγετε τις διαφωνίες. Η λεγόμενη αντίσταση, είναι σεβαστή ως ένα φυσικό σημάδι της ανησυχίας ή της αμφιβολίας που περιβάλλει την αλλαγή. Αν ο σύμβουλος αντιτίθεται σε αυτή ή αρχίζει να διαφωνεί, η αντίσταση του ασθενούς θα αυξηθεί. Ο σύμβουλος προσπαθεί να κατευνάσει τον ασθενή όταν εκείνος προβάλλει αντίσταση, αλλά προσπαθεί να αποτρέψει τέτοιες καταστάσεις.
- Ενισχύστε την αυτοπεποίθηση. Ο σύμβουλος ενισχύει την αυτοπεποίθηση του ασθενή, δείχνοντας εμπιστοσύνη στην ικανότητά του να αλλάξει. Ο σύμβουλος δείχνει ότι εκτιμά τις προσπάθειες του ασθενή.

##### **Μερικά σημαντικά χαρακτηριστικά της MI**

- Ζήτηση άδειας. Μια συζήτηση σχετικά με το κάπνισμα σπάνια θεωρείται προσβλητική από τους ασθενείς, αλλά είναι πάντα συνετό να προσεγγίζεται το θέμα με την άδεια του ασθενή.
- Αμφιθυμία. Η αμφιθυμία είναι ένα φυσικό στάδιο της αλλαγής. Υπάρχουν πάντα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα στην εκάστοτε αλλαγή, τα αποτελέσματα της οποίας μπορεί να διαφανούν στο μακρινό μέλλον. Ο σύμβουλος θα πρέπει να αποσκοπεί στο να βοηθήσει τον ασθενή να εκφράσει τους λόγους του για την αλλαγή.
- Ερωτήσεις ανοιχτού τύπου. Οι ερωτήσεις κλειστού τύπου απαντώνται με ναι ή όχι· οι ερωτήσεις ανοιχτού τύπου απαιτούν εκτενέστερες απαντήσεις ή απαντήσεις που χρειάζονται επεξεργασία.
- Συζήτηση για την αλλαγή. Είναι σημαντικό να εντοπίσει ο σύμβουλος πότε ο ασθενής μιλά για αλλαγή, να εντοπίσει δηλαδή λόγια και σκέψεις που εκφράζονται από τον ασθενή και που θα μπορούσαν να οδηγήσουν στην αλλαγή.
- Ανάδειξη θετικού λόγου και συμπεριφοράς. Ο ασθενής θα είναι περισσότερο έτοιμος για την αλλαγή αν εντοπιστούν και επιβεβαιωθούν οι θετικές ενδείξεις ή σκέψεις.



- Συλλογισμός πάνω σε αυτό που ακούμε ή βλέπουμε. Στον πυρήνα τους, οι συλλογισμοί είναι εικασίες ως προς το τι ένας ασθενής λέει ή σκέφτεται. Οι συλλογισμοί δεν υποδηλώνουν συμφωνία με τον ασθενή· περισσότερο λένε στον ασθενή ότι ο σύμβουλος ακούει προσεκτικά και βοηθούν τον ασθενή να ακούσει ο ίδιος αυτά που έχει πει.
- Συνόψιση των λεχθέντων. Η συνόψιση είναι μια ειδική μορφή προβληματισμού. Οι συνοψίσεις υπενθυμίζουν στον ασθενή τα κύρια σημεία της συζήτησης, το σχέδιο δράσης και τους δικούς του λόγους για την ανάληψη δράσης. Οι συνοψίσεις χρησιμεύουν με δύο τρόπους: εάν ο ασθενής επιβραδύνει το λόγο του ή σταματήσει να μιλάει, μπορούν να λειτουργήσουν ως γέφυρα για να τον βοηθήσουν να συνεχίσει. Μπορούν επίσης να βοηθήσουν στο να υπενθυμίσουν στον ασθενή τι έχει πει ή να επισημάνουν μια σύνδεση μεταξύ των δηλώσεων του.

### **Η MI στην κλινική πράξη**

Η MI ξεφεύγει με πολλούς τρόπους από τις παραδόσεις της συμβουλευτικής στον τομέα της ιατρικής. Η MI μειώνει την εξουσία του «ειδικού με τη λευκή μπλούζα» που μιλάει στον ασθενή από θέση ισχύος και του λέει τι να κάνει. Ομοιάζει περισσότερο δε, με μία πρόσκληση του ασθενή σε ένα χορό, στον οποίο ασθενής και σύμβουλος κρατούν ο ένας τον άλλο και ακολουθούν ο ένας το βήμα του άλλου στην πίστα. Οι ρόλοι έχουν αλλάξει. Ορισμένοι επαγγελματίες υγείας επιδεικνύουν ένα φυσικό ταλέντο στο να μιλούν με τους ασθενείς με μη επικριτικό τρόπο και στο να δείχνουν κατανόηση και να μπορούν εύκολα να υιοθετήσουν τη μέθοδο της MI. Πιο συχνά, ωστόσο, οι επαγγελματίες υγείας επανέρχονται σε παλιές συνήθειες και αρχίζουν να προστάζουν τον ασθενή. Ως εκ τούτου, για την υιοθέτηση της MI, είναι απαραίτητη η εντατική εκπαίδευση και είναι σημαντική (και πολυδάπανη) η παρακολούθηση της τήρησης των διαδικασιών συμβουλευτικής από έναν ειδικό.

Προκειμένου να καταστεί η MI πιο προσιτή και πιο εύχρηστη, έχει αναπτυχθεί μια απλούστερη εκδοχή που ονομάζεται ταχεία δέσμευση (rapid engagement). Ταχεία δέσμευση (RE). Η ταχεία δέσμευση είναι μια συντομευμένη και απλοποιημένη έκδοση της MI, που έχει σχεδιαστεί για χρήση σε γραφεία πολυάσχολων ιατρών<sup>3</sup>. Η RE χρησιμοποιεί ένα απλό σύνολο ερωτήσεων. Μια οπτική αναλογική κλίμακα (VAS) μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να απεικονίσει το βαθμό του κινήτρου, αλλά δεν είναι απαραίτητη, καθώς ανάλογες εκτιμήσεις μπορούν να γίνουν προφορικά.

### **Η σημασία της αλλαγής.**

Ερώτηση 1: Πόσο σημαντικό είναι για σας να διακόψετε το κάπνισμα, σε μια κλίμακα από 0 έως 10 (0 = καθόλου σημαντικό και 10 = πολύ σημαντικό);

Η απάντηση κατευθύνει τη συζήτηση που ακολουθεί. Ο σύμβουλος μπορεί να δώσει συνέχεια «προκαλώντας» τον ασθενή, λέγοντας ότι «περίμενα μικρότερο αριθμό». Αυτό συχνά οδηγεί σε μια συζήτηση όπου ο ασθενής παίρνει το προβάδισμα και είναι πρόθυμος να πείσει το σύμβουλο ότι κάνει λάθος. Αυτοπεποίθηση. Η εμπιστοσύνη του ασθενή στον εαυτό του μπορεί να εξαρτάται από τις επιτυχίες ή τις αποτυχίες των προηγούμενων προσπαθειών του, τα επιτεύγματα των άλλων, το επίπεδο της

πληροφόρησης και της υποστήριξης. Και πάλι, ο ασθενής αξιολογεί σε μια κλίμακα από 0 έως 10 τις πιθανότητες επιτυχίας του να διακόψει το κάπνισμα (ή στην ίδια κλίμακα εκπεφρασμένη με λόγια). Εάν ο ασθενής αξιολογεί τις πιθανότητες του πάνω από το 0, ο σύμβουλος θα πρέπει να ρωτήσει γιατί ο ασθενής δεν επέλεξε έναν μικρότερο αριθμό, με πρόθεση να εμπνεύσει τον ασθενή να διερωτηθεί για την ικανότητά του να κινητοποιήσει εσωτερικούς πόρους. Όσο μεγαλύτερη είναι αυτή η κινητοποίηση, τόσο ισχυρότερη είναι η εμπιστοσύνη του ασθενή στον εαυτό του. Η συζήτηση για την αλλαγή μπορεί να συνεχιστεί με την ερώτηση: «Τι χρειάζεται για να αυξήσετε περαιτέρω τις πιθανότητές σας;» Η θέληση και η ικανότητα αλλαγής συμπεριφοράς είναι δύο διαφορετικές, αλλά σχετικές πτυχές του κινήτρου, οι οποίες δεν είναι εύκολα διακριτές. Για μερικούς ασθενείς, μπορεί να είναι ευκολότερο να ορίσουν τι δεν θέλουν αντί να παραδεχτούν ένα χαμηλό επίπεδο εμπιστοσύνης στον εαυτό τους. Για άλλους μπορεί να ισχύει το αντίθετο («Θέλω, αλλά δεν θα πετύχει!»). Είναι σημαντικό να είναι σε θέση ο σύμβουλος να καταλάβει τι πραγματικά εννοεί ο ασθενής.

### **Ενδείξεις αποτελεσματικότητας**

Μια ανασκόπηση της σύμπραξης Cochrane από το 2010, εντοπίζει 14 μελέτες που δημοσιεύθηκαν μεταξύ 1997 και 2008, στις οποίες συμμετείχαν πάνω από 10.000 καπνιστές. Οι δοκιμές πραγματοποιήθηκαν σε μία έως τέσσερις συνεδρίες, με τη διάρκεια κάθε συνεδρίας να κυμαίνεται από 15 έως 45 λεπτά. Όλες οι δοκιμές, εκτός από δύο, χρησιμοποίησαν υποστηρικτική τηλεφωνική επικοινωνία και συμπλήρωσαν τη συμβουλευτική με υλικό αυτοβοήθειας. Η MI συγκρίθηκε γενικά με τη σύντομη συμβουλευτική ή τη συνήθη φροντίδα κατά τις δοκιμές. Οι παρεμβάσεις έγιναν από ιατρούς πρωτοβάθμιας περίθαλψης, ιατρούς σε νοσοκομεία, νοσοκόμες ή συμβούλους. Μια μετανάλυση για την εκτίμηση της αποτελεσματικότητας της MI έναντι της σύντομης συμβουλευτικής ή της συνήθους φροντίδας, απέδωσε μια μικρή αλλά σημαντική αύξηση στη διακοπή του καπνίσματος (RR 1,27 · 95 % CI 1,14 - 1,42). Αναλύσεις των υποομάδων, έδειξαν ότι η MI ήταν αποτελεσματική όταν διεξήχθη από ιατρούς πρωτοβάθμιας περίθαλψης (RR 3,49 · 95 % CI 1,53 - 7,94) και από συμβούλους (RR 1,27 · 95 % CI 1,12 - 1,43) και όταν διεξήχθη σε εκτενέστερες σε διάρκεια συνεδρίες (περισσότερο από 20 λεπτά ανά συνεδρία) (RR 1,31 · 95 % CI 1,16 - 1,49). Οι θεραπείες πολλαπλών συνεδριών, μπορεί να είναι ελαφρώς πιο αποτελεσματικές από τη μία και μόνο συνεδρία, αλλά και τα δύο είδη παράγουν θετικά αποτελέσματα. Οι ενδείξεις, είναι επί του παρόντος ασαφείς, σχετικά με τον βέλτιστο αριθμό των κλήσεων παρακολούθησης.

Μια ανασκόπηση, κατέδειξε ότι η συνέντευξη παρακίνησης φαίνεται να είναι αποτελεσματική όταν διεξάγεται από ιατρούς γενικής ιατρικής και από εκπαιδευμένους συμβούλους. Οι εκτενέστερες σε διάρκεια συνεδρίες (πάνω από 20 λεπτά ανά συνεδρία) ήταν πιο αποτελεσματικές από τις μικρότερης διάρκειας. Όσο ή περισσότερες συνεδρίες φαίνεται να ήταν οριακά πιο αποτελεσματικές σε σχέση με τη μία και μόνο συνεδρία, αλλά και τα δύο είδη είχαν επιτυχή αποτελέσματα. Τα αποτελέσματα πρέπει να ερμηνεύονται με προσοχή, λόγω των διαφορών σχετικά με τον τρόπο με τον οποίο χορηγήθηκε η θεραπεία, τι περιελάμβανε και την πληρότητα των αποδεικτικών στοιχείων.

Εκλείπουν επιστημονικά στοιχεία για τη μέθοδο ταχείας δέσμευσης, αλλά οι κλινικοί ιατροί αναφέρουν ότι η μέθοδος είναι χρήσιμη, ακόμη και σε μια πολυσύχναστη ιατρική κλινική και ότι καθιστά τις συζητήσεις σχετικά με την αλλαγή στη συμπεριφορά πολύ πιο χαλαρές.

### Συστάσεις

- Η συνέντευξη παρακίνησης ή οι παραλλαγές της, που χρησιμοποιούνται ευρέως για την υποβοήθηση των ατόμων να διακόψουν το κάπνισμα, είναι μια τεχνική της συμβουλευτικής με στόχο να βοηθήσει τα άτομα να εξερευνήσουν και να επιλύσουν τις αβεβαιότητες σχετικά με την αλλαγή της συμπεριφοράς τους. Η MI επιδιώκει να αποφύγει μια επιθετική ή συγκρουσιακή προσέγγιση και προσπαθεί να κατευθύνει τα άτομα προς την επιλογή να αλλάξουν τη συμπεριφορά τους και να ενθαρρύνει την πίστη στις δυνατότητές τους.
- Οι ενδείξεις για την αξία της παρακολουθηματικής τηλεφωνικής υποστήριξης, μετά την MI είναι ασαφείς.

### Βιβλιογραφία

- 1 Lai DTC, Cahill K, Qin Y, Tang JL. Motivational interviewing for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010, Issue 1. Art. No.: CD006936. DOI: 10.1002/14651858.CD006936.pub2
- 2 Miller, W.R., and Rollnick, S. *Motivational Interviewing: Preparing People for Change*, 2d ed. New York: Guilford Press. 2002
- 3 Spanou C, Simpson SA, Hood K, Edwards A, Cohen D, Rollnick S, Carter B, McCambridge J, Moore L, Randell E, Pickles T, Smith C, Lane C, Wood F, Thornton H, Butler CC. Preventing disease through opportunistic, rapid engagement by primary care teams using behaviour change counselling (PRE-EMPT): protocol for a general practice-based cluster randomised trial. *BMC Fam Pract.* 2010 Sep 21;11:69

### 4.3.3. Εξατομικευμένη γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία (CBT)

#### Βασικές αρχές της CBT

Οι βασικές αρχές της CBT έχουν ως εξής: έναρξη μιας σχέσης συνεργασίας μεταξύ ιατρού και ασθενή· αποφυγή των συγκρούσεων· ενεργητική ακρόαση - η οποία αναφέρεται στην διατύπωση με άλλα λόγια αυτού που λέει ο ασθενής· εκτίμηση της επιτυχίας· δημιουργία δεξιοτήτων θετικής αποτίμησης των οφελών από τη διακοπή του καπνίσματος. Αυτή η θεραπεία αποσκοπεί στην αλλαγή της μη προσαρμοσμένης συμπεριφοράς των ατόμων και στην απεξάρτηση, κινούμενη προς την κατεύθυνση της προσαρμοσμένης συμπεριφοράς. Η χρήση της CBT σε κέντρα διακοπής του καπνίσματος βοηθά τους καπνιστές να μάθουν να παρατηρούν την καπνιστική συμπεριφορά τους και να αξιολογούν τους εαυτούς τους, δεδομένου ότι το κάπνισμα είναι μια επίκτητη συμπεριφορά που στη συνέχεια διατηρείται μέσω μίας εξάρτησης που συνεχώς επηρεάζεται από τα ερεθίσματα του περιβάλλοντος<sup>1</sup>. Αυτή η τεχνική, που αναπτύχθηκε ως θεραπευτική προσέγγιση για τις αγχώδεις διαταραχές και την κατάθλιψη (η λεγόμενη γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία), επιχειρεί να αλλάξει τους συνήθεις τρόπους σκέψης

και αντιμετώπισης του καπνίσματος και προσφέρει ενθάρρυνση και συμβουλές για τους τρόπους ελαχιστοποίησης και διαχείρισης της επιθυμίας για κάπνισμα<sup>2</sup>.

#### Αποτελεσματικότητα της CBT

Υπάρχει μια σταθερή σχέση μεταξύ της μεγαλύτερης έντασης συμβουλευτικής (τόσο σε σχέση με τη διάρκεια, όσο και τον αριθμό των συνεδριών) και της αποχής από το κάπνισμα. Σύμφωνα με μια μετανάλυση 35 τυχαιοποιημένων δοκιμών, τα εξαμηνιαία ποσοστά αποχής αυξήθηκαν σημαντικά με την προσθήκη της συνολικής διάρκειας της συμβουλευτικής: περίπου 14 % για 1 έως 3 λεπτά συμβουλευτικής, 19 % για 4 έως 30 λεπτά συμβουλευτικής, και 27 % για 31-90 λεπτά συμβουλευτικής, έναντι 11 % χωρίς συμβουλευτική. (Ορισμένες μελέτες περιέλαβαν φαρμακοθεραπεία σε όλα τα είδη συμβουλευτικής, συνεπώς τα φάρμακα συνέβαλαν επίσης σε αυτά τα ποσοστά επιτυχίας). Η επιτυχής διεξαγωγή της συμβουλευτικής, ενισχύει το κίνητρο του ασθενή να διακόψει το κάπνισμα με την προσωποποίηση του κόστους και των κινδύνων που προκύπτουν για εκείνον από την κατανάλωση προϊόντων καπνού (συνδέοντάς τη με την υγεία του, την οικονομική, καθώς και την οικογενειακή του κατάσταση). Η συμβουλευτική δίνει επίσης την ευκαιρία να προειδοποιηθεί ο ασθενής σχετικά με τα εμπόδια που μπορεί να ανακύψουν κατά τη διακοπή του καπνίσματος και ενθαρρύνει τον ασθενή να σχεδιάσει να χρησιμοποιήσει στρατηγικές αντιμετώπισης για να τα αποφύγει και να αντισταθεί στην ανάγκη να καπνίσει. Ο κλινικός ιατρός θα πρέπει να εκτιμήσει και να συμβουλέψει τον ασθενή σχετικά με τους παράγοντες που θέτουν ιδιαίτερα μεγάλες προκλήσεις για την διακοπή του καπνίσματος, όπως το να συζεί με έναν άλλο καπνιστή, την υπερβολική χρήση αλκοόλ και το φόβο αύξησης του σωματικού βάρους. Η συμβουλευτική θα πρέπει κινείται προς την κατεύθυνση της κατανόησης του προβλήματος του ασθενή και να είναι υποστηρικτική και όχι επιθετική<sup>1</sup>. Η συμβουλευτική παραμένει αναξιόπιστη και η αύξηση της χρήσης της στην κλινική πρακτική παραμένει βασικός στόχος, είτε αυτοπροσώπως είτε μέσω της παραπομπής σε μία τηλεφωνική γραμμή υποστήριξης<sup>3</sup>.

Μετανάλυση 64 μελετών σχετικά με την αποτελεσματικότητα και τα εκτιμώμενα ποσοστά αποχής για τα διάφορα είδη συμβουλευτικής και συμπεριφορικής θεραπείας, έδειξε στατιστικά σημαντικές αυξήσεις στα ποσοστά αποχής σε σύγκριση με την απουσία συμβουλευτικής υποστήριξης για τις ακόλουθες κατηγορίες: (1) την παροχή πρακτικής συμβουλευτικής, όπως για την επίλυση προβλημάτων/ την ανάπτυξη δεξιοτήτων / τη διαχείριση του άγχους· (2) την παροχή υποστήριξης κατά τη διάρκεια της άμεσης επαφής του καπνιστή με έναν κλινικό ιατρό (κοινωνική υποστήριξη κατά τη διάρκεια της θεραπείας)· (3) επέμβαση για την εντατικοποίηση της κοινωνικής υποστήριξης στο περιβάλλον του καπνιστή (κοινωνική υποστήριξη επιπροσθέτως της θεραπείας)· και (4) διαδικασίες για την εγκαθίδρυση αποστροφής προς το κάπνισμα (γρήγορο κάπνισμα, γρήγορες εισπνοές καπνού<sup>1</sup>).

**Πίνακας 11: Κοινά στοιχεία της πρακτικής συμβουλευτικής (επίλυση προβλημάτων/ανάπτυξη δεξιοτήτων)<sup>4</sup>**

ΣΥΝΙΣΤΩΣΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ	ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑΤΑ
<p>Αναγνωρίστε επισφαλείς καταστάσεις - Προσδιορίστε τα γεγονότα, τις εσωτερικές καταστάσεις ή τις δραστηριότητες που αυξάνουν την πιθανότητα κατανάλωσης προϊόντων καπνού, ή τον κίνδυνο υποτροπής.</p> <p>Αναπτύξτε δεξιότητες αντιμετώπισης δύσκολων καταστάσεων - Εντοπίστε και εξασκήστε δεξιότητες αντιμετώπισης ή επίλυσης προβλημάτων. Οι δεξιότητες αυτές αποσκοπούν συνήθως στην αντιμετώπιση επικίνδυνων καταστάσεων.</p>	<p>Αρνητική ψυχολογία και άγχος. Περιβάλλον που περιλαμβάνει άλλους καπνιστές. Κατανάλωση αλκοόλ. Παρόρμηση για κάπνισμα. Ερεθίσματα σχετικά με το κάπνισμα και διαθεσιμότητα τσιγάρων.</p> <p>Μάθετε να προβλέπετε και να αποφύγετε τους πειρασμούς και πώς να προκαλείτε μία κατάσταση. Μάθετε γνωσιακές στρατηγικές που θα αποτρέψουν την αρνητική διάθεση. Κάνετε αλλαγές στον τρόπο ζωής που μπορούν να μειώσουν το άγχος, να βελτιώσουν την ποιότητα ζωής και να μειώσουν την έκθεση σε οτιδήποτε σχετίζεται με το κάπνισμα. Μάθετε γνωσιακές και συμπεριφορικές δραστηριότητες για να αντιμετωπίσετε την ανάγκη σας για κάπνισμα (απόσπαση της προσοχής, αλλαγή στις συνήθειες).</p>
<p>Παρέχετε βασικές πληροφορίες σχετικά με το κάπνισμα και τον τρόπο επιτυχούς επίτευξης της διακοπής του καπνίσματος</p>	<p>Το γεγονός ότι κάθε είδος κατανάλωσης προϊόντων καπνού (έστω και μια ρουφηξιά), αυξάνει την πιθανότητα μιας συνολικής υποτροπής. Τα συμπτώματα στένωσης κορυφώνονται συνήθως μέσα σε 1-2 εβδομάδες μετά τη διακοπή του καπνίσματος, αλλά μπορεί να διαρκέσουν για αρκετούς μήνες. Αυτά τα συμπτώματα περιλαμβάνουν: κακή διάθεση, παρόρμηση για κάπνισμα και δυσκολία στη συγκέντρωση. Η εθιστική φύση του καπνίσματος.</p>

Μέσω της CBT οι καπνιστές μαθαίνουν πρακτικές τεχνικές για την αντιμετώπιση των καταστάσεων που υποκινούν την κατανάλωση προϊόντων καπνού και επωφελούνται από την ψυχολογική και συμπεριφορική στήριξη για την ενθάρρυνσή τους να διακόψουν εντελώς το κάπνισμα. Τα δεδομένα δείχνουν ότι το ίδιο πρότυπο συμβουλευτικής, σπάνια μπορεί να εφαρμοστεί σε όλους τους ασθενείς· ορισμένα μοντέλα γνωσιακής-συμπεριφορικής θεραπείας σχετίζονται με μια ορισμένη θεραπευτική στρατηγική· στην πλειοψηφία των μελετών που έχουν διεξαχθεί στον τομέα αυτό, δεν υπάρχει καμία συσχέτιση με οποιαδήποτε ομάδα ελέγχου<sup>5</sup>. Η γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία συμβάλλει στην αυξημένη αναλογία αποχής από το κάπνισμα, με την αξιολόγηση του κινήτρου για τη διακοπή του καπνίσματος, την ανάπτυξη δεξιοτήτων επικοινωνίας και διαλόγου με τον ασθενή που βασίζεται στο

σεβασμό και την κατανόηση και με την αξιολόγηση του βαθμού εξάρτησης από τη νικοτίνη (ανάλυση της επιθυμίας για κάπνισμα, επεξήγηση της έννοιας της εξάρτησης από τον καπνό). Οι περισσότεροι καπνιστές δεν έχουν ακριβή γνώση σχετικά με το τι συμβαίνει στον εγκέφαλό τους όταν καπνίζουν και τους λόγους για τους οποίους είναι δύσκολο να διακόψουν το κάπνισμα, ακόμη και αν είναι πολύ αποφασισμένοι. Μια συζήτηση με έναν ειδικό για τις επιπτώσεις της νικοτίνης στον εγκέφαλο και τον τρόπο με τον οποίο εκδηλώνεται η εξάρτηση από τη νικοτίνη μπορεί να αυξήσει θεαματικά την πρωτοβουλία του ασθενή για τη διακοπή του καπνίσματος<sup>6,7,8</sup>. Η παρέμβαση επιτρέπει επίσης την εις βάθος ανάλυση των ανησυχιών και των φόβων που σχετίζονται με τη διαδικασία διακοπής του καπνίσματος και τη δημιουργία μιας ευκαιρίας για την επίτευξη συμφωνίας με τον ασθενή σχετικά με την κατάλληλη θεραπευτική στρατηγική.

#### **Διαχείριση συμπεριφορών εθισμού στον καπνό**

Οι επιτυχείς παρεμβάσεις για τη διακοπή του καπνίσματος πρέπει να αντιμετωπίσουν ένα σύνολο αλληλεπιδρώντων παραγόντων - προσωπικούς, οικογενειακούς, κοινωνικούς και οικονομικούς, φαρμακολογικούς και συμπεριφορικούς - που διατηρούν την εμμονή στην κατανάλωση και μπορούν να αποτελέσουν σημαντικά εμπόδια στη διακοπή του καπνίσματος. Μερικές φορές, αν η πολυπλοκότητα της κατάστασης αυτής δε ληφθεί υπόψη, ο ασθενής θα δυσκολευτεί να επιτύχει μακροχρόνια αποχή και η διαδικασία αυτή εκτείνεται σε διάρκεια χρόνων ή δεκαετιών. Έτσι, εκτός από τη σωματική και την ψυχολογική εξάρτηση, η συμπεριφορική εξάρτηση πρέπει επίσης να αντιμετωπιστεί, καθώς σε μερικούς καπνιστές η πτυχή αυτή μπορεί να παίζει σοβαρό ρόλο. Αναγνωρίζεται πλέον ομόφωνα, ότι το κάπνισμα είναι πρωταρχικά μία εκδήλωση του εθισμού στη νικοτίνη και ότι οι καπνιστές έχουν εξατομικευμένες χαρακτηριστικές προτιμήσεις για το επίπεδο νικοτίνης που λαμβάνουν, καθώς ρυθμίζουν τον δικό τους τρόπο κατανάλωσης και εισπνοής ώστε να επιτευχθεί η επιθυμητή δόση νικοτίνης.

#### **Συστάσεις**

- Η CBT πρέπει να περιλαμβάνεται στο σχεδιασμό όλων των τύπων των ιατρικών παρεμβάσεων για τη διακοπή του καπνίσματος<sup>1</sup> ως μια αποτελεσματική μέθοδος, η οποία συμβάλλει στην αύξηση του δείκτη επιτυχίας διακοπής του καπνίσματος (επίπεδο τεκμηρίωσης B).
- Δύο τύποι συμβουλευτικής και συμπεριφορικής θεραπείας οδηγούν σε υψηλότερα ποσοστά αποχής από το κάπνισμα: (1) η πρακτική συμβουλευτική (δεξιότητες επίλυσης προβλημάτων / αντιμετώπισης δύσκολων καταστάσεων) και (2) η παροχή υποστήριξης και ενθάρρυνσης ως μέρος της θεραπείας (επίπεδο τεκμηρίωσης B).
- Αυτά τα στοιχεία συμβουλευτικής θα πρέπει να περιλαμβάνονται στις παρεμβάσεις για τη διακοπή του καπνίσματος (επίπεδο τεκμηρίωσης B).



- 1 Zhu SH, Melcer T, Sun J, Rosbrook B, Pierce JP. Smoking cessation with and without assistance: a population-based analysis. *Am J Prev Med* 2000;18:305311
- 2 West R., *New Approaches to Smoking Cessation*, [http://www.ttmed.com/respiratory/print.cfm? ID\\_Dis=8&ID\\_Cou=23&ID\\_Art=1598](http://www.ttmed.com/respiratory/print.cfm? ID_Dis=8&ID_Cou=23&ID_Art=1598) 16/09/2006
- 3 Fiore M.C., Baker T.B., *Treating Smokers in the Health Care Setting*, *N Engl J Med* 2011;365:1222-31
- 4 Fiore M. C., *Tobacco Use and Dependence: A 2011 Update of Treatments CME/CE*, <http://www.medscape.org/viewarticle/757167>
- 5 Trofor A., Mihaltan F., Mihaicuta S., Pop M., Todea D et.al., *Romanian Society of Pulmonologists Smoking Cessation and Smoker's Assistance Guidelines (GREFA), 2-nd ed.* – Tehnopress Iași, 2010, [www.srp.ro](http://www.srp.ro)
- 6 Martinet Y., Bohadana A., Wirth N., Spinosa A., *Le traitement de la dependance au tabac, Guide Pratique* 2009
- 7 Raw M, McNeill A, West R. *Smoking cessation guidelines for health professionals: a guide to effective smoking cessation interventions for the health care system*, *Thorax* 1998;53:Suppl 5:S1S19
- 8 NICE advice on the best way to quit smoking February 2008 National Institute for Clinical and Health Excellence, [www.nice.org.uk](http://www.nice.org.uk)

#### 4.3.4. Ψυχολογική υποστήριξη των καπνιστών

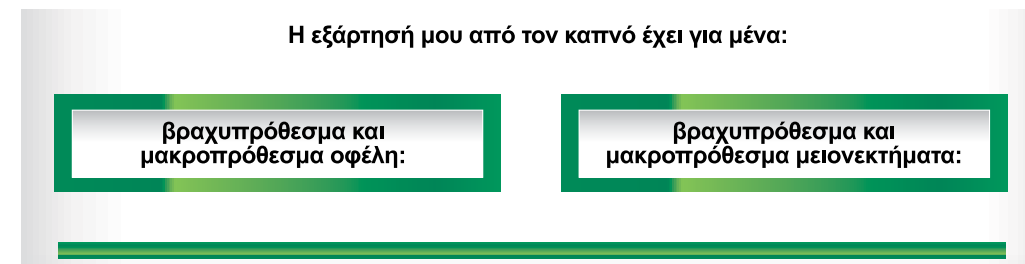
Εκτός από την φαρμακευτική αγωγή και τη συμβουλευτική, ο ασθενής που επιθυμεί να διακόψει το κάπνισμα μπορεί να επωφεληθεί από την ψυχολογική υποστήριξη, κατά το μέτρο που είναι απαραίτητη. Κάθε καπνιστής θα πρέπει να συμβουλευτεί να κάνει τη δική του προσπάθεια να διακόψει το κάπνισμα. Εάν αυτή η προσπάθεια αποτύχει, ή αν ο καπνιστής δεν αισθάνεται ότι βρίσκεται σε θέση να διακόψει το κάπνισμα χωρίς βοήθεια, τότε οι τεχνικές ψυχοθεραπείας πρέπει να παρέμβουν για την υποστήριξη της διακοπής του καπνίσματος.

Τα συνιστώμενα στοιχεία θεραπείας προέρχονται από τη συμπεριφορική θεραπεία· υπάρχουν ανεπαρκείς ενδείξεις που να υποστηρίζουν τις ψυχοδυναμικά προσανατολισμένες θεραπείες, λόγω της έλλειψης σχετικών ελεγχόμενων δοκιμών. Τα προγράμματα διακοπής, βασίζονται στην παραδοχή ότι η ψυχολογική εξάρτηση προκύπτει από τη λειτουργική και την κλασική εξάρτηση και ότι οι γνωσιακές διαδικασίες, οι προσωπικές αξίες και η λειτουργικότητα της κατανάλωσης προϊόντων καπνού παίζουν σημαντικό ρόλο στη διατήρηση της καπνιστικής συνήθειας. Τέτοιου είδους προγράμματα συνδυάζουν την ψυχολογική εκπαίδευση και τις τεχνικές παρακίνησης με συμπεριφορικά θεραπευτικά στοιχεία. Αυτές οι παρεμβάσεις μπορούν να παρασχεθούν είτε σε επίπεδο ομαδικής θεραπείας, είτε σε ατομικό επίπεδο. Σύμφωνα με ένα δημοφιλές μοντέλο, μία ομάδα διακοπής του καπνίσματος, από 6 έως 12 ασθενείς, υποβάλλεται ταυτόχρονα σε θεραπεία για 6 έως 10 συνεδρίες που αποτελούνται από δύο μέρη διάρκειας 90 έως 120 λεπτών το κάθε ένα.

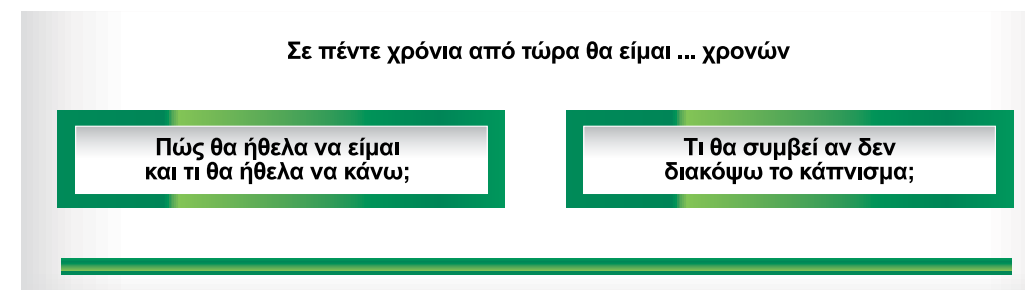
Οι μεταanalύσεις της επίδρασης της ψυχολογικής υποστήριξης έχουν δείξει ότι αυτού του είδους η ατομική συμβουλευτική κατά του καπνίσματος είναι πιο αποτελεσματική από την απλή συμβουλευτική (13,9% έναντι 10,8%, RR = 1,39, CI 1,24 - 1,57) 2. Η ομαδική θεραπεία και η ατομική συμβουλευτική είναι οι πιο αποτελεσματικές μορφές θεραπείας και είναι εξίσου αποτελεσματικές. Μέσα ποσοστά αποχής άνω

του 30% έχουν αναφερθεί, όταν τουλάχιστον οκτώ συμβουλευτικές συνεδρίες συνδυάζονται με φαρμακοθεραπεία<sup>1</sup>. Η ψυχολογική υποστήριξη πραγματοποιείται με ένα συστηματοποιημένο και τυποποιημένο τρόπο προσέγγισης. Ξεκινά με μια αξιολόγηση των ψυχολογικών χαρακτηριστικών του ασθενή, χρησιμοποιώντας κατά προτίμηση την Κλίμακα Άγχους και Κατάθλιψης<sup>5</sup> και βοηθά τους ασθενείς να συγκρίνουν τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα με έναν εξατομικευμένο τρόπο, καθώς και την επίδραση που θα έχει η εξάρτηση από τον καπνό στη ζωή και στους στόχους τους (Πίνακας 12, Πίνακας 13).

Πίνακας 12: Ο ασθενής αναλύει τον εαυτό του



Πίνακας 13: Ο ασθενής προβλέπει τον τρόπο με τον οποίο η εξάρτηση από τον καπνό θα επηρεάσει τους στόχους που επιθυμεί να επιτύχει στη ζωή



Στη συνέχεια, το περιεχόμενο της γραπτής ανάλυσης συζητείται με τους ειδικούς όσον αφορά τόσο τα πλεονεκτήματα όσο και τα μειονεκτήματα, προκειμένου να αναδειχθούν τα θετικά αποτελέσματα. Πρέπει να δοθεί έμφαση στα θετικά επιτεύγματα και συνιστάται να υποστηρίζεται σθεναρά η αυτοπεποίθηση του ασθενή. Μια αποτελεσματική στρατηγική για τη διακοπή του καπνίσματος, καταρτίζεται στη συνέχεια μέσω μιας διαδικασίας που περιλαμβάνει τη συνεργασία ιατρού-ασθενή. Το πρώτο βήμα συνιστάται



στον καθορισμό μιας ημερομηνίας για τη διακοπή του καπνίσματος. Από εκείνη την ημέρα, ο ασθενής δε θα πρέπει να έχει τσιγάρα στην τσέπη, την τσάντα, τη βαλίτσα, το σπίτι του κλπ.

Αυτό είναι απαραίτητο, καθώς γνωρίζουμε επιστημονικά, ότι η ακατανίκητη ανάγκη για κάπνισμα διαρκεί επτά λεπτά και, στη συνέχεια, ακόμη και αν η ανάγκη για κάπνισμα παραμένει, θα εκδηλωθεί σε πιο ανεκτά επίπεδα. Αν οι ασθενείς δεν έχουν τσιγάρα κοντά τους, έως να μπορέσουν να τα προμηθευτούν, αυτά τα επτά λεπτά ασφυκτικής πίεσης περνούν και βρίσκονται σε θέση να αντιμετωπίσουν αυτή τη δύσκολη κατάσταση από μια μεγαλύτερου βαθμού θέση ισχύος<sup>1</sup>. Ενώ ο ασθενής εξακολουθεί να καπνίζει, αλλά έχει επίσης ξεκινήσει τη φαρμακολογική θεραπεία, συνιστώνται οι επόμενες ενέργειες:

- να ανακοινώσει σε όλους τους φίλους, την οικογένεια κ.λπ. την πρωτοβουλία του / της να διακόψει το κάπνισμα·
- να καταγράψει σε ένα κομμάτι χαρτί τους λόγους για τους οποίους αυτός / αυτή θέλει να διακόψει το κάπνισμα, βάσει της αρχής «τα λόγια πετούν, τα γραπτά μένουν» και να τοποθετήσει έπειτα αυτό το κομμάτι χαρτί σε ένα μέρος όπου μπορεί κανείς να δει συχνά - στην πόρτα του ψυγείου, στο μπάνιο, στην οθόνη του υπολογιστή κλπ·
- να σκεφτεί με τι θα αντικαταστήσει καλύτερα την κίνηση του χεριού που συνδέεται με το κάπνισμα: αυτό μπορεί να είναι ένα ποτήρι νερό, τσάι, καφές κλπ. - και να το καταναλώνει σταδιακά· και άλλες συμβουλές μπορεί να είναι επίσης χρήσιμες για την αναβολή του καπνίσματος: μπάλες αντι-στρες, τσίχλες ή κατανάλωση μπισκότων / καρότων, κλπ·
- να ορίσει ένα πρόσωπο επικοινωνίας - το πρόσωπο με το οποίο ο ασθενής δεσμεύεται να επικοινωνήσει μέσω τηλεφώνου πριν από μια ενδεχόμενη υποτροπή·
- να φανταστεί ένα είδος αντίδρασης για τις καταστάσεις όπου εμφανίζεται η επιθυμία για κατανάλωση προϊόντων καπνού: να πει νερό, να βγει για έναν περίπατο, κλπ. ·
- να αλλάξει την καθημερινή του/της ζωή, τις συνήθειες ή το χώρο τον οποίο αυτός / αυτή χρησιμοποιούσε άλλοτε για να καπνίσει<sup>1,3,4</sup>.

#### Πίνακας 14: Κοινά στοιχεία των υποστηρικτικών παρεμβάσεων στα πλαίσια της θεραπείας

ΣΤΟΙΧΕΙΟ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ	ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑΤΑ
Ενθαρρύνετε τον ασθενή στην προσπάθειά του να διακόψει το κάπνισμα.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Σημειώσατε ότι είναι πλέον διαθέσιμες αποτελεσματικές θεραπείες της εξάρτησης από τον καπνό και ότι οι μισοί από όλους εκείνους που έχουν καπνίσει κατάφεραν να διακόψουν το κάπνισμα.</li> <li>• Εκφράστε την εμπιστοσύνη σας στην ικανότητα του ασθενή να διακόψει το κάπνισμα.</li> </ul>
Εκφράστε τη συμπάθεια και την ανησυχία σας.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ρωτήστε τον ασθενή πώς αισθάνεται σχετικά με τη διακοπή του καπνίσματος.</li> <li>• Εκφράστε άμεσα την ανησυχία σας και την επιθυμία σας να βοηθήσετε όσο συχνά χρειαστεί.</li> <li>• Ρωτήστε τον ασθενή για τους φόβους και τις αμφιβολίες του σχετικά με τη διακοπή του καπνίσματος.</li> </ul>
Ενθαρρύνετε τον ασθενή να μιλήσει για τη διαδικασία διακοπής του καπνίσματος.	Ρωτήστε σχετικά με: τους λόγους για τους οποίους ο ασθενής επιθυμεί να διακόψει το κάπνισμα, τους σχετικούς φόβους και ανησυχίες, τις επιτυχίες ή τις δυσκολίες που ανέκυψαν κατά τη διαδικασία.

Υπάρχουν σαφείς ενδείξεις ότι οι πρόσωπο με πρόσωπο συνεδρίες με κάποιον που παρέχει υποστήριξη και καθοδήγηση μέσα από τις πρώτες εβδομάδες μιας προσπάθειας διακοπής του καπνίσματος, βελτιώνουν τα εξαμηνιαία ποσοστά συνεχούς αποχής. Υπάρχουν επίσης ενδείξεις ότι η ομαδική ψυχολογική υποστήριξη είναι αποτελεσματική. εν υπάρχει καμία ένδειξη, στο παρόν στάδιο, που να υποστηρίζει κάποια συγκεκριμένη προσέγγιση της ψυχολογικής υποστήριξης, αλλά υπάρχει μεγάλο ενδιαφέρον για την προσέγγιση που είναι γνωστή ως συνέντευξη παρακίνησης, η οποία περιλαμβάνει έναν διάλογο με τους καπνιστές, ώστε αυτοί οι ίδιοι να φθάσουν να δημιουργήσουν κίνητρο για να διακόψουν το κάπνισμα και να διατηρήσουν την αποχή από αυτό<sup>2</sup>.

#### Σύσταση

- Η ψυχολογική υποστήριξη για τη διακοπή του καπνίσματος θα πρέπει να ενσωματώνεται στην ιατρική θεραπεία του ασθενή που είναι εθισμένος στη νικοτίνη (επίπεδο τεκμηρίωσης Α).

## Βιβλιογραφία

- 1 Batra A. *Treatment of Tobacco dependence, Deutsches Ärzteblatt International | Dtsch Arztebl Int 2011; 108(33): 555–64*
- 2 Lancaster T, Stead LF: *Individual behavioural counselling for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews: Reviews 2005, Issue 2. John Wiley & Sons, Ltd Chichester, UK DOI: 10.1002/14651858.CD001292.pub2*
- 3 Sullivan et al., *State of the Art Reviews: Smoking Cessation: A Review of Treatment Considerations, American Journal of Lifestyle Medicine, 2007; 1: 201213*
- 4 Aubin H.J., Dupont P., Lagrue G. – *How to quit smoking-recommendations, treatment methods, Tei Publishing House, București 2003*

### 4.4. Συνδυασμοί συμβουλευτικής και φαρμακοθεραπείας

Η συμβουλευτική και η φαρμακοθεραπεία είναι αποτελεσματικές όταν χρησιμοποιούνται από μόνες τους, αλλά ο συνδυασμός της συμβουλευτικής και της φαρμακοθεραπείας είναι πιο αποτελεσματικός από ότι η κάθε μία χωριστά και αυξάνει τα ποσοστά αποχής από το κάπνισμα<sup>1,2</sup>. Ο ιατρός που είναι υπεύθυνος για τη φαρμακοθεραπεία δεν χρειάζεται να είναι ο ίδιος ιατρός που παρέχει τη συμβουλευτική. Μπορεί ένας ιατρός, ένας οδοντίατρος, ένας βοηθός ιατρού ή ένας νοσηλεύτης να συνταγογραφήσει φάρμακα και ένας διαφορετικός ειδικός στη θεραπεία της εξάρτησης από τον καπνό να παρέχει τη συμβουλευτική υποστήριξη (ιατρός, νοσηλεύτης / -τρια, ψυχολόγος, εργαζόμενος σε τηλεφωνική υπηρεσία υποστήριξης κλπ.).

Η τήρηση της συνδυασμένης θεραπείας (τόσο της φαρμακοθεραπείας, όσο της συμβουλευτικής) είναι επίσης ένας σημαντικός παράγοντας για την επιτυχία της διακοπής του καπνίσματος. Έχει προταθεί ότι η φαρμακολογική και η μη φαρμακολογική προσέγγιση αλληλοσυμπληρώνονται και αυτό υποστηρίζεται από μια μετανάλυση που αποδεικνύει ότι η συμπεριφορική θεραπεία μπορεί να βελτιώσει τις δεξιότητες των ατόμων στην αντιμετώπιση καταστάσεων κατά τις οποίες θα κάπνιζαν, ενώ η φαρμακοθεραπεία μετριάζει τα συμπτώματα στέρησης. Επιπλέον, η φαρμακοθεραπεία βοηθά τους ασθενείς να ξεπεράσουν την οξεία φάση της διακοπής του καπνίσματος, όταν τα συμπτώματα στέρησης είναι πιο έντονα, ενώ η συμπεριφορική θεραπεία παρέχει μηχανισμούς αντιμετώπισης για τη διατήρηση της μακροχρόνιας αποχής. Ως εκ τούτου, ο συνδυασμός των δύο θεραπειών μπορεί να βελτιώσει τη συμμόρφωση με κάθε μέθοδο<sup>1</sup>.

Μια ανασκόπηση 18 μελετών σχετικά με τη συγκριτική αποτελεσματικότητα αυτών των θεραπειών, έδειξε ότι η αποτελεσματικότητα της θεραπείας αυξάνεται σημαντικά με το συνδυασμό των θεραπευτικών μεθόδων. Η απόδοση αυξάνεται ευθέως ανάλογα με την ένταση της συμβουλευτικής: το δε μέγιστο όφελος, επήλθε όταν έλαβαν χώρα οκτώ συνεδρίες συμβουλευτικής, τόσο πρόσωπο με πρόσωπο, όσο και μέσω τηλεφώνου.

Μετανάλυση εννέα μελετών, που δημοσιεύθηκε το 2008, έδειξε ότι η φαρμακοθεραπεία, επιπλέον της συμβουλευτικής, βελτιώνει σημαντικά τα αποτελέσματα της θεραπείας (22,1 %, όταν τα φάρμακα προστίθενται στη συμβουλευτική έναντι 14,6 % , με μόνη τη φαρμακοθεραπεία)<sup>1</sup>. Σε μια τυχαίοποιημένη δοκιμή ανοιχτής ετικέτας που συνέκρινε δύο μοντέλα συμπεριφορικής παρέμβασης από φαρμακοποιοό [Ομάδα Α (3 συνεδρίες) έναντι της ομάδας Β (1 συνεδρία)] σε συνδυασμό με πέντε εβδομάδες θεραπείας

Θεραπεία της Εξάρτησης από τον Καπνό

υποκατάστασης νικοτίνης, που διεξήχθη σε 98 φαρμακεία στο Οντάριο του Καναδά, τα αποτελέσματα διακοπής του καπνίσματος ήταν υψηλότερα μεταξύ των συμμετεχόντων που ολοκλήρωσαν τρεις συνεδρίες σε σύγκριση με τη μία συνεδρία.

### Συστάσεις

- Ο συνδυασμός συμβουλευτικής και φαρμακοθεραπείας είναι πιο αποτελεσματικός για τη διακοπή του καπνίσματος από ότι είτε η φαρμακοθεραπεία, είτε η συμβουλευτική από μόνες τους. Ως εκ τούτου, όποτε είναι εφικτό και σκόπιμο, τόσο η συμβουλευτική, όσο και η φαρμακοθεραπεία, θα πρέπει να παρέχονται στους ασθενείς που προσπαθούν να διακόψουν το κάπνισμα (επίπεδο τεκμηρίωσης Α).
- Υπάρχει μια ισχυρή σχέση μεταξύ του αριθμού των συνεδριών συμβουλευτικής όταν συνδυάζονται με φαρμακευτική αγωγή και της πιθανότητας επιτυχούς αποχής από το κάπνισμα. Ως εκ τούτου, στο μέτρο του δυνατού, οι ιατροί θα πρέπει να παρέχουν πολλαπλές συνεδρίες συμβουλευτικής, εκτός από την φαρμακευτική αγωγή, στους ασθενείς τους που προσπαθούν να διακόψουν το κάπνισμα (επίπεδο τεκμηρίωσης Α)<sup>4</sup>.

### Βιβλιογραφία

- 1 Fiore MC, Jaen CR, Baker TB, et al: *Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update, Clinical Practice Guideline. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services. Public Health Service. May 2008*
- 2 Hurt R.D., Ebbert J.O., Hays J.T., McFadden D.D., *Treating Tobacco dependence in a Medical Setting, CA Cancer J Clin 2009; 59:314-326, doi: 10.3322/caac.2009*
- 3 Costello MJ, Sproule B, Victor JC, Leatherdale ST, Zawertailo L, Selby P., *Effectiveness of pharmacist counselling combined with nicotine replacement therapy: a pragmatic randomized trial with 6,987 smokers, Cancer Causes Control. 2011 Feb;22(2):167-80. Epub 2010 Dec 12*
- 4 Fiore M.C. and col. *Quick Reference Guide for Clinicians 2008 Update: Treating Tobacco Use and Dependence, U.S.Department of Health and Human Services, Public Health Service*

### 4.5 Εξατομικευμένα θεραπευτικά σχήματα

Στην κλινική πράξη, στηρίζουμε τη λήψη των αποφάσεων μας για την επιλογή των φαρμάκων και τη δοσολογία στη δημοσιευμένη βιβλιογραφία, καθώς και στην κλινική εμπειρία μας. Σήμερα, έχει αναγνωρισθεί ότι υπάρχουν περιορισμοί στα θεραπευτικά συστήματα τυπικής δόσης ή σταθερής δόσης για τα περισσότερα φάρμακα που χρησιμοποιούνται για την κλινική διακοπή του καπνίσματος. Ως αποτέλεσμα, οι κλινικοί ιατροί θα πρέπει να χρησιμοποιούν τις δεξιότητες και τις γνώσεις τους για να εξατομικεύουν τη δοσολογία του φαρμάκου για τους ασθενείς που υποβάλλονται σε θεραπεία για την εξάρτηση από τα προϊόντα καπνού.

Υπάρχουν ευκαιρίες για την αύξηση των ποσοστών αποχής από το κάπνισμα και τη μείωση των συμπτωμάτων στέρησης, με τη χρήση συνδυασμών των φαρμακοθεραπειών που έχουν αποδειχθεί αποτελεσματικές ως μονοθεραπείες. Σύμφωνα με τις Κατευθυντήριες Οδηγίες των ΗΠΑ του 2008,





ορισμένοι συνδυασμοί φαρμάκων πρώτης γραμμής είναι πιο αποτελεσματικοί από ότι η μονοθεραπεία, όπως: η μακροχρόνια (π.χ. μεγαλύτερη από 14 εβδομάδες) χρήση επιθέματος νικοτίνης σε συνδυασμό με την τσίκλα νικοτίνης ή τους ρινικούς ψεκασμούς νικοτίνης, το επίθεμα νικοτίνης μαζί με τη συσκευή εισπνοής νικοτίνης και το επίθεμα νικοτίνης μαζί με βουπροπιόνη SR. Παραμένει ωστόσο ασαφές, αν η μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα του συνδυασμού των θεραπευτικών μεθόδων οφείλεται στη χρήση των δύο διαφορετικών τύπων συστημάτων παροχής νικοτίνης ή στο γεγονός ότι τα δύο διαφορετικά συστήματα παροχής, τείνουν να παράγουν υψηλότερα επίπεδα νικοτίνης στο αίμα. Ο συνδυασμός της φαρμακοθεραπείας ή της θεραπείας υποκατάστασης νικοτίνης υψηλότερης δόσης, φαίνεται να ανακουφίζει από τα συμπτώματα στέρησης από τη νικοτίνη πιο αποτελεσματικά, ιδίως στους περισσότερο εξαρτημένους καπνιστές<sup>1</sup>. Στην κλινική πράξη, οι ειδικοί συχνά χρησιμοποιούν συνδυασμούς φαρμακευτικών σκευασμάτων. Για τους ασθενείς με περισσότερο σοβαρή εξάρτηση από τον καπνό, είναι κατάλληλος ο συνδυασμός των θεραπευτικών μεθόδων και συχνά η χρήση τριών ή περισσότερων προϊόντων ταυτόχρονα. Για τους ασθενείς με μια μερική μόνο ανταπόκριση στην αρχική φαρμακευτική αγωγή, μπορεί να είναι αναγκαία η περαιτέρω προσαρμογή της φαρμακευτικής θεραπευτικής αγωγής για την επίτευξη της αποχής. Για παράδειγμα, εάν ένας ασθενής έχει ελαττώσει το κάπνισμα χρησιμοποιώντας βαρενικλίνη σε δόση 1 mg δύο φορές ημερησίως και ανέχθηκε καλώς το φάρμακο, η δόση μπορεί να αυξηθεί σε 1 mg τρεις φορές ημερησίως. Μια άλλη περίπτωση που απαιτεί προσαρμογή, είναι εκείνη ενός καπνιστή που έχει διακόψει το κάπνισμα ακολουθώντας θεραπεία με επίθεμα νικοτίνης και βραχείας δράσης NRT, αλλά παρατηρεί αυξημένα συμπτώματα στέρησης αργά το απόγευμα. Προσθέτοντας ένα επίθεμα των 14 mg νωρίς το απόγευμα, μπορεί να μειωθεί η βραδινή έντονη επιθυμία<sup>2,3</sup>.

Για την καλύτερη αντιμετώπιση των συμπτωμάτων στέρησης που ελέγχθηκαν ανεπαρκώς κατά τη φάση έναρξης της θεραπείας με βαρενικλίνη, οι Hurt και συν. χρησιμοποίησαν τη θεραπεία με επίθεμα νικοτίνης, κατά τη διάρκεια ενός θεραπευτικού προγράμματος διαμονής για τους καπνιστές που έλαβαν θεραπεία με βαρενικλίνη. Ο λόγος της προσθήκης του επιθέματος, ήταν το γεγονός ότι οι ασθενείς έπρεπε να διακόψουν το κάπνισμα κατά την έναρξή τους στο πρόγραμμα, δεδομένου ότι η βαρενικλίνη απαιτεί αρκετές ημέρες για να φθάσει σε σταθερό επίπεδο συγκέντρωσης.

#### 4.5.1 Συνδυασμός φαρμακευτικών σκευασμάτων

##### 4.5.1.1 Γενικές αρχές της συνδυασμένης φαρμακοθεραπείας

Δύο κύριοι τύποι συνδυασμένης φαρμακοθεραπείας έχουν εκτιμηθεί για την αύξηση των ποσοστών αποχής καπνίσματος μεταξύ των καταναλωτών τσιγάρων: (1) η θεραπεία με τη χρήση διαφορετικών υποκατάστατων νικοτίνης, διαφορετικών φαρμακοκινητικών προφίλ (π.χ. επίθεμα νικοτίνης και τσίκλα νικοτίνης)· ή (2) η θεραπεία με τη χρήση δύο φαρμακευτικών σκευασμάτων που έχουν διαφορετικούς μηχανισμούς δράσης, όπως η βουπροπιόνη SR και κάποιο υποκατάστατο νικοτίνης.

Η συνδυασμένη θεραπεία με τη χρήση δύο διαφορετικών φαρμακευτικών σκευασμάτων, παρέχει την

ευκαιρία να επιτευχθεί θεραπευτική συνέργεια μέσω της χρήσης σκευασμάτων με διακριτούς μηχανισμούς δράσης ή διαφορετικές θεραπευτικές ιδιότητες.

Για παράδειγμα, ο συνδυασμός της βαρενικλίνης και της βουπροπιόνης SR συνδυάζει την αποτελεσματικότητα της βαρενικλίνης με την ικανότητα της βουπροπιόνης SR να μετριάξει την αύξηση του σωματικού βάρους μετά τη διακοπή του καπνίσματος. Επίσης, ο συνδυασμός διαφορετικών μορφών υποκατάστατων νικοτίνης, παρέχει, αφενός, ένα σταθερό βασικό επίπεδο νικοτίνης λόγω της παρατεταμένης απελευθέρωσης του υποκατάστατου νικοτίνης (π.χ. επίθεμα νικοτίνης) και αφετέρου, την ευκαιρία να επιτυγχάνονται διαλείπουσες αυξήσεις στο επίπεδο της νικοτίνης από την άμεση απελευθέρωση (τσίκλα νικοτίνης, παστίλια, συσκευή εισπνοής ή ρινικοί ψεκασμοί), για την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων στέρησης. Η συνδυασμένη φαρμακοθεραπεία παραμένει αμφιλεγόμενη και χρησιμοποιείται ελάχιστα, καθώς μόνο ο συνδυασμός της βουπροπιόνης SR και του επιθέματος νικοτίνης έχει εγκριθεί από την FDA για τη διακοπή του καπνίσματος<sup>2</sup>.

##### 4.5.1.2 Συνδυασμοί θεραπειών υποκατάστασης της νικοτίνης (NRT)

Οι δύο τύποι συνδυασμού θεραπειών υποκατάστασης της νικοτίνης που έχουν περιγραφεί, είναι διαδοχικοί και ταυτόχρονοι. Μία διαδοχική θεραπεία, μπορεί θεωρητικά να προσφέρει αρχική σταθερή δοσολογία νικοτίνης για την επίτευξη της αποχής (π.χ. επίθεμα νικοτίνης) και, στη συνέχεια, διαλείπουσα αυτοσχέδια δοσολογία για την πρόληψη της υποτροπής. Ωστόσο, υπάρχουν ελάχιστα στοιχεία για την υποστήριξη της διαδοχικής θεραπείας.

Σχετικά περισσότερα δεδομένα υπάρχουν σχετικά με την ταυτόχρονη χρήση πολλαπλών υποκατάστατων νικοτίνης (δηλ. ταυτόχρονη θεραπεία). Αυτή η φόρμουλα, επιτρέπει τη χορήγηση της νικοτίνης παθητικά, με μακράς δράσης NRT (π.χ. επίθεμα νικοτίνης) και, ταυτόχρονα, την ενεργητική, κατ' επίκληση χορήγηση βραχείας δράσης NRT (π.χ. τσίκλα, παστίλια, συσκευή εισπνοών και ρινικοί ψεκασμοί). Ο συνδυασμός, επέχει τα πλεονεκτήματα του υψηλότερου βαθμού συμμόρφωσης με τη θεραπεία, με τη χρήση του επιθέματος νικοτίνης<sup>5</sup> και, ταυτόχρονα, της ενδυνάμωσης των καπνιστών για την αντιμετώπιση της υπερβολικά έντονης επιθυμίας και των συμπτωμάτων στέρησης, μέσω της αυτοχορήγησης του υποκατάστατου νικοτίνης βραχείας δράσης.

##### NRT + παροξετίνη

Σε μία διπλή-τυφλή δοκιμή, οι Killen και συν. εξέτασαν την αποτελεσματικότητα μιας θεραπείας διακοπής του καπνίσματος που συνδυάζει τη θεραπεία υποκατάστασης της νικοτίνης, μέσω ενός επιδερμικού συστήματος με την παροξετίνη, σκεύασμα με αντικαταθλιπτική δράση. Οι καπνιστές εντάχθηκαν τυχαία σε μία από τις τρεις ομάδες: επιδερμικό επίθεμα και εικονικό φάρμακο, επιδερμικό επίθεμα και 20 mg παροξετίνης και επιδερμικό επίθεμα και 40 mg παροξετίνης. Η θεραπεία με το επιδερμικό επίθεμα, διήρκεσε οκτώ εβδομάδες· η παροξετίνη και το εικονικό φάρμακο χορηγήθηκαν για εννέα εβδομάδες. Τα ποσοστά αποχής από το κάπνισμα για όλους τους συμμετέχοντες κατά την παρακολούθηση δεν παρουσίασαν σημαντικές διαφορές, αλλά η ανάλυση μιας υποομάδας ασθενών που συμμορφώθηκαν



καλύτερα στη θεραπεία, οδήγησε σε στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των ομάδων παροξετίνης και της ομάδας ελέγχου κατά την τέταρτη εβδομάδα<sup>6</sup>.

#### **Επιδερμικό επίθεμα νικοτίνης + από του στόματος νικοτίνη**

Το επίθεμα χορηγείται άπαξ ημερησίως και μπορεί επίσης να χρησιμοποιηθεί σε συνδυασμό με την τσίκλα νικοτίνης, ως φάρμακο για την αντιμετώπιση μιας «κρίσης» έντονης επιθυμίας, ή για την ανακούφιση του ασθενή. Η τσίκλα μπορεί να χορηγηθεί ημερησίως, ή διαλειπόντως. Οι μελέτες για την αξιολόγηση του συνδυασμού επιθέματος νικοτίνης και τσίκλας νικοτίνης, έχουν αποδείξει ότι ο συνδυασμός αυτός είναι ανώτερος από τη μονοθεραπεία για την αύξηση των ποσοστών αποχής από το κάπνισμα στις 12 και 24 εβδομάδες<sup>7,8</sup>. Τα αποτελέσματα της συνδυαστικής θεραπείας, έδειξαν αναλογία αποχής από το κάπνισμα 34 %, σε σύγκριση με μόνο 24 % στην περίπτωση των 12 εβδομάδων μονοθεραπείας με επίθεμα νικοτίνης και, αντιστοίχως, 28 % στην ομάδα συνδυασμού σε σύγκριση με 15 % στην ομάδα στην οποία χορηγήθηκε μονοθεραπεία με επίθεμα νικοτίνης για 24 εβδομάδες<sup>9</sup>. Θεραπείες που συνδυάζουν την τσίκλα νικοτίνης και το επίθεμα και διαρκούν περισσότερο από τρεις έως έξι μήνες, θα πρέπει να επιφυλάσσονται για εκείνους τους ασθενείς με σοβαρό και / ή παρατεταμένο σύνδρομο στέρησης από τη νικοτίνη, για τους οποίους δεν υπάρχουν άλλες θεραπευτικές λύσεις<sup>10</sup>.

#### **Επιδερμικό επίθεμα νικοτίνης + νικοτίνη μέσω ρινικών ψεκασμών**

Ο συνδυασμός θεραπείας με συγχορήγηση επιθέματος νικοτίνης και νικοτίνης μέσω ρινικών ψεκασμών, ο οποίος μελετήθηκε σε μία δοκιμή ανοιχτής ετικέτας, όπου 1384 οι καπνιστές εντάχθηκαν τυχαία είτε σε συνδυασμένη θεραπεία με επίθεμα νικοτίνης και ρινικούς ψεκασμούς, είτε σε κάθε μία από αυτές τις θεραπείες ξεχωριστά, συνδέθηκε με σημαντικά υψηλότερα ποσοστά αποχής από το κάπνισμα στις 6 εβδομάδες σε σύγκριση με κάθε μία από τις μονοθεραπείες<sup>11</sup>. Σε μια ελεγχόμενη με εικονικό φάρμακο δοκιμή, ο συνδυασμός επιθέματος νικοτίνης και νικοτίνης μέσω ρινικών ψεκασμών, ήταν ανώτερος από το συνδυασμό επιθέματος νικοτίνης και του εικονικού φαρμάκου μέσω ρινικών ψεκασμών, τόσο κατά τη βραχυπρόθεσμη (6 εβδομάδες και 3 μήνες), όσο και κατά τη μακροπρόθεσμη (12 μήνες) παρακολούθηση<sup>12</sup>.

#### **Επιδερμικό επίθεμα νικοτίνης + εισπνεόμενη νικοτίνη**

Σημαντικά υψηλότερα ποσοστά αποχής από το κάπνισμα παρατηρήθηκαν με το συνδυασμό επιθέματος νικοτίνης και νικοτίνης μέσω συσκευής εισπνοής στις 6 και 12 εβδομάδες, σε σύγκριση με τη συσκευή εισπνοής ως μονοθεραπεία, σε μια ελεγχόμενη με εικονικό φάρμακο τυχαίοποιημένη δοκιμή σε 400 καπνιστές. Οι ασθενείς χωρίστηκαν σε δύο ομάδες: (i) την ομάδα 1, (n = 200) που έλαβε θεραπεία με συσκευή εισπνοής συν επίθεμα (15 mg νικοτίνης ανά 16 ώρες) για 6 εβδομάδες, συνέχισε με συσκευή εισπνοής συν επίθεμα εικονικού φαρμάκου για 6 εβδομάδες, και, τέλος, συνέχισε με μόνη τη συσκευή εισπνοής για 14 εβδομάδες, και (ii) την ομάδα 2, (n = 200) που έλαβε θεραπεία με συσκευή εισπνοής συν επίθεμα εικονικού φαρμάκου για 12 εβδομάδες και συνέχισε με συσκευή εισπνοής για 14 εβδομάδες<sup>13</sup>.

Σε γενικές γραμμές, ο συνδυασμός NRTs είναι καλά ανεκτός και οι ανεπιθύμητες ενέργειες, είναι συνεπείς με τις αναμενόμενες από κάθε δραστική ουσία ξεχωριστά<sup>2</sup>.

#### **Επιδερμικό επίθεμα νικοτίνης + Βουπροπιόνη**

Η βουπροπιόνη σε συνδυασμό με το επίθεμα νικοτίνης είναι πιο αποτελεσματική από ότι μόνο το επίθεμα, εφόσον έχουν διαφορετικούς μηχανισμούς δράσης<sup>6</sup>. Ξεκινήστε με βουπροπιόνη σε καθιερωμένες δόσεις κατά τις δύο πρώτες εβδομάδες και προσθέστε το επίθεμα νικοτίνης, ξεκινώντας από την ημερομηνία που έχει οριστεί ως ημερομηνία διακοπής του καπνίσματος. Η βουπροπιόνη πρέπει να χορηγηθεί συνολικά για 7 έως 12 εβδομάδες. Η βέλτιστη διάρκεια θεραπείας για το επίθεμα νικοτίνης σε συνδυαστική μορφή θεραπείας, είναι 3 έως 6 μήνες<sup>10</sup>.

Σε μια διπλή-τυφλή, ελεγχόμενη με εικονικό φάρμακο μελέτη τεσσάρων ομάδων, το ποσοστό αποχής στους 12 μήνες ήταν 35,5% για τη θεραπεία συνδυασμού (επίθεμα νικοτίνης και βουπροπιόνη), σε σύγκριση με 30,3% για τη βουπροπιόνη ως μονοθεραπεία, 16,4% για το επίθεμα νικοτίνης ως μονοθεραπεία και 15,6% για το εικονικό φάρμακο<sup>10</sup>. Οι Jorenby και συνενέταξαν τυχαία τους συμμετέχοντες σε μία από τρεις ομάδες: σε εκείνη στην οποία χορηγήθηκε μόνο βουπροπιόνη, σε εκείνη στην οποία χορηγήθηκε μόνο επίθεμα νικοτίνης και σε εκείνη στην οποία χορηγήθηκαν και βουπροπιόνη και επίθεμα νικοτίνης. Οι συμμετέχοντες στην ομάδα ελέγχου έλαβαν δισκία εικονικού φαρμάκου και ένα επίθεμα εικονικού φαρμάκου. Τα, βιοχημικά επιβεβαιωμένα, ποσοστά αποχής από το κάπνισμα στους 12 μήνες ήταν 15,6 % στην ομάδα του εικονικού φαρμάκου, 16,4 % στην ομάδα επιθέματος νικοτίνης, 30,3 % στην ομάδα βουπροπιόνης (P = 0,001) και 35,5 % στην ομάδα που έλαβε και τα δύο (P = 0,001). Τα ποσοστά αποχής ήταν υψηλότερα με τη θεραπεία συνδυασμού από ότι με τη βουπροπιόνη ως μονοθεραπεία, αλλά η διαφορά δεν ήταν στατιστικά σημαντική<sup>14</sup>. Σε γενικές γραμμές, η βιβλιογραφία καταδεικνύει ότι ο συνδυασμός βουπροπιόνης SR και NRT, αυξάνει τα ποσοστά της βραχυπρόθεσμης αποχής από το κάπνισμα. Η μετανάλυση των Κατευθυντήριων Οδηγιών για τις Υπηρεσίες ημόσιας Υγείας των ΗΠΑ, καταδεικνύει επίσης ότι υπάρχει μια μη σημαντική τάση της βουπροπιόνης SR και του επιθέματος νικοτίνης να αυξάνουν τα ποσοστά μακροχρόνιας αποχής (≥ 6 μήνες) όταν συγχρησιμοποιούνται σε σύγκριση με το επίθεμα νικοτίνης ως μονοθεραπεία [λόγος αναλογιών (OR) 1,3, 95 % CI: 1,0 -1,8]<sup>10</sup>.

#### **NRT + Βουπροπιόνη**

Μια ελεγχόμενη με εικονικό φάρμακο μελέτη αξιολόγησε την αποτελεσματικότητα της συγχορήγησης της βουπροπιόνης SR (300 mg) με το επίθεμα νικοτίνης (21 mg), την τσίκλα νικοτίνης (2 mg) και τη γνωσιακή- συμπεριφορική θεραπεία σε 51 ασθενείς. Η προσθήκη βουπροπιόνης SR αύξησε το κύριο αποτέλεσμα της ελάττωσης του καπνίσματος (≥50 %) στις εβδομάδες 12 και 24 και τη συνεχή αποχή από το κάπνισμα κατά την εβδομάδα 815. Σε μια μελέτη που περιέλαβε 1.700 καπνιστές, ο συνδυασμός θεραπείας με βουπροπιόνη SR και συσκευή εισπνοής νικοτίνης παρατηρήθηκε να είναι ανώτερος από ότι η κάθε δραστική ουσία, χορηγούμενη ως μονοθεραπεία<sup>16</sup>. Σε μια εκτενή μελέτη αποτελεσματικότητας

στην πρωτοβάθμια φροντίδα, η βουπροπιόνη SR και η παστίλια βρέθηκαν ανώτερες από όλες τις μονοθεραπείες (δηλαδή παστίλια, επίθεμα, βουπροπιόνη SR)<sup>17</sup>.

### **Νορτριπτυλίνη + NRT**

Μια μετανάλυση των μελετών που αξιολόγησαν το συνδυασμό νορτριπτυλίνης και NRT σε σύγκριση με τα υποκατάστατα νικοτίνης ως μονοθεραπεία, υποδηλώνει ότι υπάρχει μια μη σημαντική τάση προς την αυξανόμενη αποχή από το κάπνισμα με τη συνδυασμένη θεραπεία (OR 1,29· 95% CI: 0,97 - 1,72)<sup>18</sup>.

### **Βαρενικλίνη + NRT**

Με βάση τα δεδομένα από μία μελέτη φαρμακοκινητικής<sup>19</sup>, οι Ebbert και συν.<sup>20</sup> έθεσαν την υπόθεση ότι: (1) η βαρενικλίνη δεν επιτυγχάνει τον πλήρη κορεσμό των νικοτινικών υποδοχέων ακετυλοχολίνης, οδηγώντας σε ελλιπές αίσθημα «ανταμοιβής» και σε μια ατελή παρεμπόδιση της ενίσχυσης της συνέχισης του καπνίσματος· (2) η βαρενικλίνη αντικαθιστά ελλιπώς την ντοπαμινεργική επίδραση του καπνίσματος, γεγονός που οδηγεί στην τροφοδότηση της έντονης επιθυμίας για κάπνισμα. Ως εκ τούτου, οι συγγραφείς θεώρησαν ότι ορισμένοι καπνιστές μπορεί να χρειαστούν NRT πέραν της βαρενικλίνης για την άμβλυση των συμπτωμάτων στέρησης και της παρόρμησης για κάπνισμα και για την επίτευξη πλήρους αποχής από το κάπνισμα. Εδομένου ότι διαθέτουν μεγάλη εμπειρία με τη θεραπεία συνδυασμού βαρενικλίνης και NRT, χάρη σε ένα θεραπευτικό πρόγραμμα διαμονής (νοσηλευόμενων ασθενών) διάρκειας οκτώ ημερών, στο Κέντρο Εξάρτησης από τη Νικοτίνη (EKT) της Κλινικής Mayo, οι συγγραφείς συνιστούν τη χορήγηση NRT για την ανακούφιση από τα συμπτώματα στέρησης, κατά τη διάρκεια τιτλοποίησης της δόσης της βαρενικλίνης προς τα άνω. εν παρατηρήθηκε καμία αύξηση των ανεπιθύμητων ενεργειών σε σύγκριση με τους καπνιστές οι οποίοι υποβλήθηκαν σε θεραπεία στο ίδιο πρόγραμμα, πριν από την κυκλοφορία της βαρενικλίνης στην αγορά. Ωστόσο, οι ερευνητές, αφήνουν να εννοηθεί ότι τα αποτελέσματα από τη μελέτη αυτή μπορεί να μην ισχύουν για άλλους πληθυσμούς ασθενών και πρέπει να ερμηνεύονται με προσοχή.

Μία πρόσφατα δημοσιευμένη κλινική δοκιμή, εξέτασε γιατί οι καπνιστές που λαμβάνουν συνδυασμένη φαρμακευτική αγωγή για τη διακοπή του καπνίσματος έχουν περισσότερες πιθανότητες να διακόψουν το κάπνισμα από όσους λαμβάνουν είτε μία και μόνο δραστική ουσία (μονοθεραπεία), είτε εικονικό φάρμακο. Τα δεδομένα που συλλέχθηκαν από 1504 ενεργούς καπνιστές που εντάχθηκαν τυχαία σε ένα από τα έξι είδη φαρμακοθεραπείας για τη διακοπή του καπνίσματος (εικονικό φάρμακο, επίθεμα νικοτίνης, παστίλια νικοτίνης, βουπροπιόνη, επίθεμα νικοτίνης με βουπροπιόνη και παστίλια νικοτίνης με βουπροπιόνη) απέδειξαν ότι οι θεραπείες συνδυασμού επιτυγχάνουν υψηλότερα ποσοστά αποχής από τις μονοθεραπείες, εξαιτίας της μεγαλύτερης καταστολής της στέρησης, της έντονης επιθυμίας και της ανάγκης για κάπνισμα<sup>21</sup>. Οι Loh, Piper και συν., έδωσαν απάντηση στο ερώτημα, αν η συνδυασμένη φαρμακοθεραπεία θα πρέπει να χρησιμοποιείται σε τακτική βάση σε όλους τους καπνιστές ή αν ορισμένοι τύποι καπνιστών έχουν μικρό ή και καθόλου όφελος από τον συνδυασμό φαρμακοθεραπείας σε σχέση με τη μονοθεραπεία. Κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι: ο συνδυασμός των φαρμακοθεραπειών

ήταν γενικά πιο αποτελεσματικός από τη μονοθεραπεία, εκτός από μια ομάδα καπνιστών (εκείνων με χαμηλή εξάρτηση από τη νικοτίνη), οι οποίοι δεν είχαν μεγαλύτερο όφελος από τη χρήση του συνδυασμού φαρμακοθεραπειών. Η χρήση της μονοθεραπείας σε αυτούς τους καπνιστές μπορεί να δικαιολογηθεί με βάση το κόστος και τις ανεπιθύμητες ενέργειες της συνδυασμένης φαρμακοθεραπείας<sup>22</sup>.

### **Συστάσεις**

- Ορισμένοι συνδυασμοί φαρμάκων πρώτης γραμμής έχουν αποδειχθεί αποτελεσματικοί ως θεραπείες διακοπής του καπνίσματος, αλλά ο αριθμός και η ποικιλία των μελετών που αναλύθηκαν, επαρκούσαν μόνο για την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας πέντε συνδυασμών φαρμακευτικών σκευασμάτων σε σχέση με το εικονικό φάρμακο (επίπεδο τεκμηρίωσης B). Μόνο ο συνδυασμός επιθέματος και βουπροπιόνης έχει εγκριθεί από την FDA για τη διακοπή του καπνίσματος.
- Οι κλινικοί ιατροί μπορούν, συνεπώς, να εξετάζουν τη χορήγηση αυτών των συνδυασμών φαρμάκων στους ασθενείς που είναι πρόθυμοι να διακόψουν το κάπνισμα.
- Αποτελεσματικοί συνδυασμοί φαρμακευτικών σκευασμάτων είναι:
  - Μακροπρόθεσμη (≥14 εβδομάδες) χρήση επιθέματος νικοτίνης και άλλων υποκατάστατων νικοτίνης (τσίκλα, ρινικοί ψεκασμοί) (επίπεδο τεκμηρίωσης A)·
  - Επίθεμα νικοτίνης και εισπνεόμενη νικοτίνη (επίπεδο τεκμηρίωσης B)·
  - Επίθεμα νικοτίνης και βουπροπιόνη SR (επίπεδο τεκμηρίωσης A).

### **Βαρενικλίνη + Βουπροπιόνη SR**

Επειδή η βαρενικλίνη και η βουπροπιόνη έχουν διαφορετικούς μηχανισμούς δράσης, χρησιμοποιούνται μερικές φορές σε συνδυασμό, ιδίως σε καπνιστές που έχουν προηγουμένως διακόψει το κάπνισμα χρησιμοποιώντας μονοθεραπεία με βουπροπιόνη, αλλά βρήκαν τη διαδικασία εξαιρετικά δύσκολη. Μια πιλοτική μελέτη αυτού του συνδυασμού, κατέδειξε δεδομένα εξαιρετικής αποτελεσματικότητας και υψηλής ανοχής, γεγονός που υποδηλώνει ότι ο συνδυασμός της βαρενικλίνης και της βουπροπιόνης SR μπορεί να είναι αποτελεσματικός για την αύξηση των ποσοστών αποχής από το κάπνισμα, πάνω από τα ποσοστά που παρατηρούνται με τη χρήση μονοθεραπείας<sup>2</sup>.

### **4.5.2 Διαθέσιμες ενδείξεις για άλλες παρεμβάσεις προς την υποστήριξη της διακοπής καπνίσματος**

Υπάρχουν πολυάριθμες προσεγγίσεις για την υποστήριξη της διακοπής του καπνίσματος, με επίπεδα αποτελεσματικότητας που δεν έχουν όμως τεκμηριωθεί, οι οποίες βασίζονται σε εμβόλια, φάρμακα και μη φαρμακευτικές παρεμβάσεις. Κάποιες από αυτές εφαρμόζονται στο ενδιαφερόμενο κοινό και φαίνονται εξωτικές. Για παράδειγμα, ορισμένοι έφηβοι στη Ρωσία πιστεύουν ότι το κάπνισμα τσιγάρων που μουσκεύτηκαν σε γάλα και στέγνωσαν ή τσιγάρων με την προσθήκη κομμένων ονύχων βοηθούν στη διακοπή του καπνίσματος. Οι υποκείμενες σε επιστημονική έρευνα παρεμβάσεις, οι οποίες μέχρι



στιγμής δεν έχουν αποδώσει αδιάσειστες θετικές ενδείξεις σε διάστημα παρακολούθησης τουλάχιστον 6 μηνών από την έναρξη της θεραπείας, περιλαμβάνουν τα ακόλουθα:

### **Εμβόλια**

Τρία εμβόλια κατά της νικοτίνης(anti-nicotine) βρίσκονται επί του παρόντος υπό κλινική αξιολόγηση<sup>24</sup>. Η αξιολόγηση των διαθέσιμων κλινικών δοκιμών σταδίου I / II, πέντε φάσεων, με τη χορήγηση εμβολίων κατά της νικοτίνης, υπέδειξε αύξηση των ποσοστών διακοπής του καπνίσματος μόνο σε μικρές ομάδες καπνιστών με ιδιαίτερα υψηλούς τίτλους αντισωμάτων. Ιεξήχθη το συμπέρασμα, ότι μπορεί να υπάρχουν ελλείψεις στα υπάρχοντα μοντέλα του εθισμού σε ζώα και ότι υπάρχει ανάγκη να κατανοήσουμε καλύτερα τις διεργασίες που συντελούν στον εθισμό<sup>25</sup>. Το Νοέμβριο του 2011, η εταιρία Selecta Biosciences ξεκίνησε μια κλινική μελέτη μιας φάσης, δοκιμής του SEL-068, ενός εμβολίου συνθετικής νικοτίνης για τη διακοπή του καπνίσματος και την πρόληψη της υποτροπής<sup>26</sup>. Στη Ρωσική Ομοσπονδία συμμετέχει το παράρτημα 000 της εταιρίας Selecta (RUS).

### **Φάρμακα**

Κατά την αξιολόγηση των τυχαιοποιημένων δοκιμών οξικού αργύρου, που διατίθεται στην αγορά για τη διακοπή του καπνίσματος, βρέθηκε έλλειψη αποτελεσματικότητας<sup>27</sup>. Η αξιολόγηση των τυχαιοποιημένων μακροχρόνιων μελετών σχετικά με την επίδραση του ιδιοσκευάσματος Nicobrevin, ενός προϊόντος που διατίθεται στο εμπόριο ως βοήθημα για τη διακοπή του καπνίσματος, δεν απέφερε καμία ένδειξη ότι το εν λόγω προϊόν μπορεί να βοηθήσει στη διακοπή του καπνίσματος<sup>28</sup>.

Κατά την επανεξέταση των δοκιμών για την επίδραση του Lobeline, μερικού αγωνιστή της νικοτίνης, που χρησιμοποιείται σε εμπορικά διαθέσιμα σκευάσματα για την υποστήριξη της διακοπής του καπνίσματος, δεν βρέθηκε καμία θετική ένδειξη ότι το Lobeline μπορεί να βοηθήσει τη μακροπρόθεσμη διακοπή του καπνίσματος<sup>29</sup>.

Κατά την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας των αγχολυτικών φαρμακοθεραπειών (με φάρμακα όπως, η διαζεπάμη, η ντοξεπίνη, το μεπροβαμικό, το ondansetron, και οι βήτα-αναστολείς μετοπρολόλη, οξιπρενολόλη και προπανολόλη), στην υποβοήθηση της μακροπρόθεσμης διακοπής του καπνίσματος, δεν βρέθηκαν αδιάσειστα στοιχεία για κάποια θετική επίδραση, αν και μια πιθανή επίδραση δεν αποκλείστηκε<sup>30</sup>. Η αξιολόγηση των διαθέσιμων στοιχείων σχετικά με την αποτελεσματικότητα των ανταγωνιστών των οπιοειδών, συμπεριλαμβανομένης της ναλοξόνης και της ναλτρεξόνης, στην προώθηση της μακροπρόθεσμης διακοπής του καπνίσματος, δεν παρήγαγε κανένα οριστικό αποτέλεσμα, κάτι που υποδηλώνει την ανάγκη για νέες και πιο εκτεταμένες δοκιμές<sup>31</sup>. Η αξιολόγηση των δοκιμών που χρησιμοποίησαν τον ανταγωνιστή νικοτίνης μεκαμυλαμίνη, μόνο ή και σε συνδυασμό με υποκατάστατα νικοτίνης, προέταξε την ανάγκη να επιβεβαιωθούν τα διαθέσιμα στοιχεία σε πιο εκτεταμένες μελέτες<sup>32</sup>. Σε μια προκαταρκτική μελέτη για την αξιολόγηση της γκαμπαπεντίνης για τη θεραπεία της εξάρτησης από τον καπνό καταδείχτηκε, αν και όχι κατά τρόπο αναμφισβήτητο, ότι η γκαμπαπεντίνη που χορηγήθηκε κατά το σύνηθες δοσολογικό σχήμα, δεν υπόσχεται πολλά ως

θεραπεία της εξάρτησης από τον καπνό<sup>33</sup>. Η ανασκόπηση τριών δοκιμών που είχαν ως στόχο να καθορίσουν εάν οι εκλεκτικοί αναστολείς των υποδοχέων CB1 (διαθέσιμοι αυτή τη στιγμή οι rimonabant και taranabant) αυξάνουν τον αριθμό των ατόμων που διακόπτουν το κάπνισμα και να αποτιμήσουν τις επιπτώσεις τους στην αλλαγή του σωματικού βάρους ανάλογα με το ποσοστό επιτυχημένης διακοπής του καπνίσματος, ανέδειξε κάποια θετικά στοιχεία, ωστόσο η εξέλιξη αυτών των φαρμάκων διακόπηκε από τους κατασκευαστές το 2008<sup>34</sup>.

Σε μια τυχαιοποιημένη δοκιμή με δισκία γλυκόζης για την υποβοήθηση της διακοπής του καπνίσματος, που είχε ως στόχο να αξιολογήσει κατά πόσον τα δισκία γλυκόζης βελτιώνουν τα εξαμηνιαία ποσοστά συνεχούς αποχής σε σύγκριση με το δισκία εικονικού φαρμάκου χαμηλών σε θερμίδες, δεν ανιχνεύθηκε σημαντικά υψηλότερη επίδραση των δισκίων γλυκόζης σε σύγκριση με τα δισκία εικονικού φαρμάκου με γλυκιά γεύση. Ωστόσο, οι ερευνητές υποστήριξαν ότι αξίζει να μελετηθεί η επίδρασή τους ως συμπλήρωμα στα υποκατάστατα νικοτίνης ή της βουπροπιόνης<sup>35</sup>.

### **Μη φαρμακευτικές παρεμβάσεις**

Η αξιολόγηση των 57 διαθέσιμων άρθρων σχετικά με τη συμμετοχή εταίρων (partners) ως μέσο για την επίτευξη μακροπρόθεσμης επίδρασης στη διακοπή της κατανάλωσης προϊόντων καπνού, δεν κατέληξε σε οριστικά συμπεράσματα και συνιστάται περαιτέρω έρευνα επ' αυτού<sup>36</sup>. Η αξιολόγηση 17 μελετών σχετικά με τους διαγωνισμούς, τα υλικά ή τα χρηματικά κίνητρα για την ενίσχυση της διακοπής του καπνίσματος δεν βρήκε σαφείς ενδείξεις ότι τα παραπάνω βελτιώνουν τα ποσοστά μακροχρόνιας διακοπής του καπνίσματος<sup>37</sup>. Η επανεξέταση των δοκιμών που συμπεριέλαβαν παρεμβάσεις υπό τη μορφή άσκησης για τη διακοπή του καπνίσματος, διαπίστωσε ότι μόνο μία από τις 15 δοκιμές που αξιολογήθηκαν ανέδειξε τη θετική επίδραση της άσκησης σε παρακολούθηση διάρκειας ενός έτους. Οι υπόλοιπες δοκιμές που αξιολογήθηκαν είχαν ελλείψεις, έτσι ώστε συνιστάται περισσότερη έρευνα επί του θέματος<sup>38</sup>. Η επανεξέταση 11 τυχαιοποιημένων ελεγχόμενων δοκιμών σχετικά με την αποτελεσματικότητα της υπνοθεραπείας, η οποία προωθείται ως μέθοδος για τη διακοπή του καπνίσματος, διαπίστωσε την ύπαρξη αντικρουόμενων αποτελεσμάτων και δεν παρείχε ενδείξεις ότι η υπνοθεραπεία μπορεί να είναι εξίσου αποτελεσματική με τη συμβουλευτική θεραπεία<sup>39</sup>.

Η επανεξέταση 24 εκθέσεων τυχαιοποιημένων μελετών σχετικά με την αποτελεσματικότητα του βελονισμού και συναφών τεχνικών πιεζοθεραπείας, της θεραπείας με λείζερ και της ηλεκτροδιέγερσης, οι οποίες προωθούνται ως θεραπείες για τη διακοπή του καπνίσματος, δεν ανακάλυψε αδιάσειστες ενδείξεις για την αποτελεσματικότητα αυτών των παρεμβάσεων για τη διακοπή του καπνίσματος, ωστόσο δεν υπήρξαν σαφή συμπεράσματα και συνιστάται περαιτέρω έρευνα με τη χρήση συχνής ή συνεχούς διέγερσης<sup>40</sup>. Η επανεξέταση 25 δοκιμών για τον προσδιορισμό της αποτελεσματικότητας του ταχέως καπνίσματος (rapid smoking)- και άλλων μεθόδων που στοχεύουν στην αποστροφή (αντίστροφη διέγερση) για τη διακοπή του καπνίσματος- και για τη διαπίστωση πιθανών επιδράσεων δόσης-αποτελέσματος, ανάλογα με το επίπεδο της αντίστροφης διέγερσης, δεν κατέδειξε επαρκείς ενδείξεις για την αποτελεσματικότητά τους, ή για το αν υπάρχει δοσοεξαρτώμενη απόκριση στην αντίστροφη διέγερση<sup>41</sup>.



Η αποτελεσματικότητα των μη συμβατικών θεραπειών, όπως η ύπνωση, ο βελονισμός, η φυτοθεραπεία και η ομοιοπαθητική, δεν έχει αποδειχθεί καταλλήλως και τέτοιου είδους θεραπείες δεν συνιστώνται από ειδικούς. Ωστόσο, δεδομένου ότι η ασφάλεια αυτών των διαδικασιών είναι γενικά υψηλή, αν ένας ασθενής ζητήσει να λάβει τέτοιου είδους μη συμβατική θεραπεία, ο επαγγελματίας υγείας μπορεί να τον αποθαρρύνει, αλλά καλό είναι να μην την απαγορεύσει, έτσι ώστε ο ασθενής να μην απαρνηθεί εντελώς τις μεθόδους της συμβατικής ιατρικής. Ένας συνδυασμός συμβατικής και μη συμβατικής ιατρικής είναι στις περισσότερες περιπτώσεις προτιμότερος από τη μη συμβατική ιατρική και μόνο.

#### 4.5.3 Συστάσεις για μακροχρόνια θεραπεία

Σε ορισμένους ασθενείς, η θεραπεία μεγαλύτερης διάρκειας από αυτή που συνήθως συνιστάται, έχει αποδειχθεί ευεργετική.

Μακροχρόνια θεραπεία υποκατάστασης της νικοτίνης Οι φόβοι σχετικά με την πιθανή εξάρτηση που προκαλεί η παρατεταμένη θεραπεία με υποκατάστατα νικοτίνης δεν δικαιολογούνται. Αντιθέτως, η παράταση της διάρκειας της εν λόγω θεραπείας μπορεί να αποδειχθεί σκόπιμη για την υγεία, καθώς περιγράφονται συχνά πρόωρες υποτροπές σε οποιαδήποτε προσπάθεια διακοπής του καπνίσματος.

Μελέτες έχουν δείξει υψηλότερα ποσοστά αποχής όταν χρησιμοποιείται τσίκλα νικοτίνης ως συνιστώσα μακροπρόθεσμης θεραπείας, σε σύγκριση με τη βραχυπρόθεσμη θεραπεία και 15% με 20% ποσοστό αποχής μεταξύ εκείνων που χρησιμοποίησαν τσίκλες νικοτίνης για  $\geq 12$  μήνες<sup>10</sup>. Η Μελέτη Πνευμονολογικής Υγείας (Lung Health Study) διαπίστωσε ότι περίπου το ένα τρίτο των ασθενών με ΧΑΠ που έχουν επιτύχει μακροχρόνια αποχή, έχει χρησιμοποίησει τσίκλες νικοτίνης έως 12 μήνες (και κάποιιοι ακόμη και έως πέντε έτη), χωρίς να έχουν αναφέρει σοβαρές ανεπιθύμητες ενέργειες<sup>10</sup>.

Σε μια μελέτη που εφαρμόστηκε τυχαίοποίηση σε μικρά blocks, χωρίς διαστρωμάτωση, οι 568 συμμετέχοντες εντάχθηκαν τυχαία σε ομάδα που έλαβε 21 mg επιθέματος νικοτίνης για 8 εβδομάδες, σε ομάδα εικονικού φαρμάκου για 16 εβδομάδες ή σε ομάδα που έλαβε παρατεταμένη θεραπεία (21 mg επιθέματος νικοτίνης για 24 εβδομάδες). Η χρήση επιθέματος νικοτίνης για 24 εβδομάδες αύξησε το, βιοχημικά επιβεβαιωμένο, σημείο διατήρησης της αποχής και τη συνεχή αποχή κατά την εβδομάδα 24, μείωσε τον κίνδυνο υποτροπής και αύξησε την πιθανότητα της ανάκαμψης μετά από μία παρέκκλιση, σε σύγκριση με τη θεραπεία με επίθεμα NRT διάρκειας 8 εβδομάδων<sup>42</sup>.

Η τσίκλα νικοτίνης και το επίθεμα νικοτίνης, μπορούν να χορηγηθούν για περισσότερο από έξι μήνες, με ικανοποιητικά αποτελέσματα, ειδικά σε εκείνους τους ασθενείς που αναφέρουν σύνδρομο παρατεταμένης στέρησης. Η FDA ενέκρινε τη χορήγηση της θεραπείας υποκατάστασης της νικοτίνης για περισσότερο από έξι μήνες, δεδομένου ότι δεν ενέχει σημαντικούς κινδύνους<sup>10</sup>. Η χρήση της τσίκλας νικοτίνης, εξασφαλίζει καλύτερο έλεγχο του σωματικού βάρους μετά τη διακοπή του καπνίσματος. Υπάρχει ένας συσχετισμός μεταξύ της δόσης της χορηγούμενης φαρμακευτικής νικοτίνης και της αύξησης του σωματικού βάρους (όσο μεγαλύτερη η δόση της νικοτίνης σε μορφή υποκατάστατων, τόσο χαμηλότερη η αύξηση του σωματικού βάρους)<sup>10</sup>.

Λίγα άτομα μπορεί πραγματικά να εθιστούν στα προϊόντα υποκατάστασης της νικοτίνης. Ωστόσο,

είναι πράγματι δυνατόν, μερικοί πρώην καπνιστές να συνεχίσουν να τα χρησιμοποιούν για ένα έτος ή και περισσότερο, επειδή φοβούνται την αποτυχία και την επιστροφή στην καπνιστική συνήθεια<sup>10</sup>. Ένα σύνολο 402 συμμετεχόντων συμπλήρωσε ένα πρόγραμμα θεραπείας διάρκειας 12 εβδομάδων που περιλάμβανε ομαδική συμβουλευτική, NRT και βουπροπιόνη. Οι συμμετέχοντες, ανεξάρτητα από την καπνιστική συνήθεια, εντάχθηκαν στη συνέχεια με τυχαίο τρόπο σε: (1) συνήθη θεραπεία (ST- καμία περαιτέρω επεξεργασία)· (2) παρατεταμένη NRT (E-NRT· 40 εβδομάδες με τσίκλα νικοτίνης)· (3) παρατεταμένη γνωσιακή- συμπεριφορική θεραπεία (E-CBT· 11 συνεδρίες γνωσιακής- συμπεριφορικής θεραπείας διάρκειας 40 εβδομάδων)· ή (4) E-CBT συν E-NRT (συνδυασμός E· 11 συνεδρίες γνωσιακής- συμπεριφορικής θεραπείας συν 40 εβδομάδες με τσίκλα νικοτίνης). Οι συγγραφείς συμφώνησαν σχετικά με τα οφέλη των μακροχρόνιων θεραπειών, οι οποίες μπορούν να παράγουν υψηλά και σταθερά ποσοστά αποχής<sup>43</sup>.

#### Μακροχρόνια θεραπεία με Βαρενικλίνη

Η βαρενικλίνη μπορεί να χορηγηθεί με ασφάλεια και καλή ανεκτικότητα για χρονικό διάστημα μεγαλύτερο των 12 εβδομάδων, ενώ ταυτόχρονα, η μακροχρόνια χορήγηση εξασφαλίζει υψηλότερο ποσοστό μακροχρόνιας αποχής, μειώνοντας σημαντικά τον κίνδυνο υποτροπής. Η βαρενικλίνη μπορεί να χορηγηθεί ως ένα αποτελεσματικό φάρμακο για τη θεραπεία της εξάρτησης από τη νικοτίνη, για 24 εβδομάδες, με καλή ανεκτικότητα, ιδιαίτερα σε εκείνους τους ασθενείς των οποίων η έντονη επιθυμία για κάπνισμα επανέρχεται μετά τις πρώτες 12 εβδομάδες της θεραπείας. Η βαρενικλίνη είναι το πρώτο φάρμακο που έχει αποδειχθεί ότι έχει σημαντική μακροπρόθεσμη επίδραση κατά της υποτροπής. Σύμφωνα με τους Tonstad και συν., το 70,6% της ομάδας βαρενικλίνης διέκοψε το κάπνισμα κατά τις εβδομάδες 13-24, σε σύγκριση με το 49,8% στην ομάδα του εικονικού φαρμάκου· αντίστοιχα 44% έναντι 37,1% των ατόμων διατήρησαν την αποχή τους από το κάπνισμα κατά τις εβδομάδες 25 - 52<sup>44</sup>.

#### Μακροχρόνια θεραπεία με Βουπροπιόνη

Η διάρκεια της θεραπείας με βουπροπιόνη μπορεί να παραταθεί πάνω από το πρότυπο διάρκειας 7-9 εβδομάδων, με καλή απόδοση, τόσο σχετικά με τα ποσοστά αποχής κατά την παρακολούθηση και το πέρας της θεραπείας, όσο και με την πρόληψη των υποτροπών. Σε μια τυχαίοποιημένη, ελεγχόμενη με εικονικό φάρμακο μελέτη, στην οποία χορηγήθηκαν 300 mg βουπροπιόνης σε 784 υγιείς καπνιστές για επτά εβδομάδες, και στη συνέχεια ακολούθησε συμπληρωματική θεραπεία διάρκειας 45 εβδομάδων με βουπροπιόνη έναντι εικονικού φαρμάκου, διαπιστώθηκε σημαντικά μεγαλύτερο ποσοστό αποχής από το κάπνισμα μετά από 52 εβδομάδες στην ομάδα της βουπροπιόνης (55,1%) έναντι του 42,3% στην ομάδα του εικονικού φαρμάκου.

Αυτή η διαφορά διατηρήθηκε κατά τη διάρκεια της παρακολούθησης, στις 78 εβδομάδες (47,7% στην ομάδα βουπροπιόνης έναντι του 37,7% στην ομάδα του εικονικού φαρμάκου,  $p = 0,034$ ), αλλά έφθασε να γίνει αμελητέα στο πέρας των 104 εβδομάδων της μελέτης (41,6% για την ομάδα της βουπροπιόνης έναντι 40,0% για την ομάδα του εικονικού φαρμάκου). Σημειώθηκαν δε υποτροπές, κατά μέσο όρο στις



156 ημέρες για την ομάδα της βουπροπιόνης έναντι 65 ημερών για την ομάδα του εικονικού φαρμάκου ( $p = 0,021$ ), γεγονός που είναι αναμφισβήτητο υπέρ των μακροχρόνιων θεραπειών με βουπροπιόνη<sup>45</sup>. Οι Cox και συν.<sup>46</sup> ενέταξαν τυχαία καπνιστές που απείχαν από το κάπνισμα είτε σε θεραπεία με βουπροπιόνη για επτά εβδομάδες, είτε σε θεραπεία με συνεχή χορήγηση βουπροπιόνης για ένα έτος, είτε σε εικονικό φάρμακο. Η βουπροπιόνη οδήγησε σε ένα υψηλότερο ποσοστό αποχής κατά το πέρας της θεραπείας, σε σύγκριση με το εικονικό φάρμακο, αλλά δεν διαπιστώθηκαν διαφορές στην παρακολούθηση μετά από ένα έτος.

Οι Killen και συν.<sup>47</sup> υπέβαλαν καπνιστές σε θεραπεία διάρκειας 12 εβδομάδων με βουπροπιόνη ανοιχτής ετικέτας, επίθεμα νικοτίνης και εβδομαδιαία εκπαίδευση για την πρόληψη της υποτροπής. Στη συνέχεια προσφέρθηκαν, σε όλους τους συμμετέχοντες, τέσσερις υποστηρικτικές συνεδρίες για την πρόληψη των υποτροπών και συνεχίστηκε η χορήγηση βουπροπιόνης και εικονικού φαρμάκου για άλλες 14 εβδομάδες. εν υπήρξαν διαφορές στα ποσοστά αποχής μεταξύ των ομάδων μετά από σε 1 έτος. Όπου κρίνεται σκόπιμο, η φαρμακευτική θεραπεία θα μπορούσε να παραταθεί για περιόδους μεγαλύτερες από ότι συνήθως συνιστάται. Αναγνωρίζεται δε, ότι τα μεγαλύτερα ποσοστά αποχής προέρχονται από τη μακροχρόνια θεραπεία με επίθεμα νικοτίνης και άλλων ειδών NRTs<sup>1</sup>.

### Βιβλιογραφία

- 1 Fiore MC, Jaen CR, Baker TB, et al: *Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update, Clinical Practice Guideline*. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services. Public Health Service. May 2008
- 2 Ebbert J.O., Hays J.T., D. Hurt, *Combination Pharmacotherapy for Stopping Smoking: What Advantages Does it Offer?* *Drugs*. 2010 April 16; 70(6): 643–650. doi:10.2165/11536100-000000000-00000
- 3 Japuntich SJ, Piper ME, Leventhal AM, Bolt DM, Baker TB. *The effect of five smoking cessation pharmacotherapies on smoking cessation milestones*, *J.Consult.Clin. Psychol.*, 2011, Feb, 79(1), 34-42
- 4 Hurt R.D., Ebbert J.O., Hays J.T., McFadden D.D., *Treating Tobacco dependence in a Medical Setting*, *CA Cancer J Clin* 2009; 59:314-326, doi: 10.3322/caac.2009
- 5 Hajek P, West R, Foulds J, Nilsson F, Burrows S, Meadow A. *Randomized comparative trial of nicotine polacrilex, a transdermal patch, nasal spray, and an inhaler*. *Arch Intern Med*. 1999; 159:2033–8. [PubMed: 10510989]
- 6 Killen JD, Fortmann SP, Schatzberg AF, Hayward C, Sussman L, Rothman M, et al. *Nicotine patch and paroxetine for smoking cessation*, *J Consult Clin Psychol*. 2000;68:883-9
- 7 Puska P, Korhonen H, Vartiainen E, Urjanheimo E-L, Gustavsson G, Westin A. *Combined use of nicotine patch and gum compared with gum alone in smoking cessation: a clinical trial in North Karelia*, *Tob Control*. 1995; 4:231–5
- 8 Kornitzer M, Boutsen M, Dramaix M, Thijs J, Gustavsson G. *Combined use of nicotine patch and gum in smoking cessation: a placebo-controlled clinical trial*. *Prev Med*. 1995; 24(1):41–7. [PubMed: 7740014]
- 9 Kornitzer, M, Boutsen, M, Dramaix, M, et al *Combined use of nicotine patch and gum in smoking cessation: a placebo controlled clinical trial*. *Prev Med* 1995;24,4147
- 10 Trofor A., Mihaltan F., Mihaicuta S., Pop M., Todea D et.al., *Romanian Society of Pulmonologists Smoking Cessation and Smoker's Assistance Guidelines (GREFA)*, 2-nd ed. – Tehnopress Iași, 2010, www.srp.ro

- 11 Croghan GA, Sloan JA, Croghan IT, Novotny P, Hurt RD, DeKrey WL, et al. *Comparison of nicotine patch alone versus nicotine nasal spray alone versus a combination for treating smokers: a minimal intervention, randomized multicenter trial in a nonspecialized setting*, *Nicotine Tob Res*. Apr; 2003 5(2):181–7. [PubMed: 12745490]
- 12 Blondal T, Gudmundsson LJ, Olafsdottir I, Gustavsson G, Westin A. *Nicotine nasal spray with nicotine patch for smoking cessation: randomized trial with six year follow up*, *Br Med J*. 1999; 318:285–8. [PubMed: 9924052]
- 13 Bohadana A., Nilsson F., Rasmussen T., Martinet Y., *Nicotine Inhaler and Nicotine Patch as a Combination Therapy for Smoking Cessation*, *Arch Intern Med*. 2000;160:3128-3134
- 14 Jorenby DE, Leischow SJ, Nides MA, Rennard SI, Johnston JA, Hughes AR, et al. *A controlled trial of sustained-release Bupropion, a nicotine patch, or both for smoking cessation*. *N Engl J Med*. 1999;340:685-91
- 15 Evins AE, Cather C, Culhane MA, Birnbaum A, Horowitz J, Hsieh E, et al. *A 12-week doubleblind, placebo-controlled study of Bupropion sr added to high-dose dual nicotine replacement therapy for smoking cessation or reduction in schizophrenia*, *J Clin Psychopharmacol*. Aug; 2007 27(4):380–6. [PubMed: 17632223]
- 16 Croghan IT, Hurt RD, Dakhil SR, Croghan GA, Sloan JA, Novotny PJ, et al. *Randomized comparison of a nicotine inhaler and Bupropion for smoking cessation and relapse prevention*, *Mayo Clin Proc*. Feb; 2007 82(2):186–95. [PubMed: 17290726]
- 17 Smith SS, McCarthy DE, Japuntich SJ, Christiansen B, Piper ME, Jorenby DE, et al. *Comparative effectiveness of 5 smoking cessation pharmacotherapies in primary care clinics*, *Arch Intern Med*. Dec 14; 2009 169(22):2148–55. [PubMed: 20008701]
- 18 Hughes J, Stead L, Lancaster T. *Antidepressants for smoking cessation*, *Cochrane Database Syst Rev*. 2007; 1:CD000031. [PubMed: 17253443]
- 19 Faessel HM, Gibbs MA, Clark DJ, Rohrbacher K, Stolar M, Burstein AH. *Multiple-dose pharmacokinetics of the selective nicotinic receptor partial agonist, Varenicline, in healthy smokers*, *J Clin Pharmacol*. Dec; 2006 46(12):1439–48. [PubMed: 17101743]
- 20 Ebbert JO, Burke MV, Hays JT, Hurt RD. *Combination treatment with Varenicline and nicotine replacement therapy*. *Nicotine Tob Res*. May; 2009 11(5):572–6. [PubMed: 19351781]
- 21 Bolt DM, Piper ME, Theobald WE, Baker TB. *Why two smoking cessation agents work better than one: Role of craving suppression.*, *Nicotine Tob. Res.*, 2012 Feb;80(1):54-65. Epub 2011 Nov 21
- 22 Loh WY, Piper ME, Schlam TR, Fiore MC, Smith SS, Jorenby DE, Cook JW, Bolt DM, Baker TB., *Nicotine Tob. Res.*, *Should all smokers use combination smoking cessation pharmacotherapy? Using novel analytic methods to detect differential treatment effects over 8 weeks of pharmacotherapy.*, 2012 Feb;14(2):131-41. Epub 2011 Dec 16
- 23 Martinet Y., Bohadana A., Wirth N., Spinosa A., *Le traitement de la dependance au tabac: Guide Pratique 2009*
- 24 Escobar-Chávez J.J., Dominguez-Delgado C., Rodriguez-Cruz I. *Targeting nicotine addiction: the possibility of a therapeutic vaccine*. *Drug Des Devel Ther*. 2011; 5: 211–224. Published online 2011 April 18. doi: 10.2147/DDDT.S10033
- 25 Raupach T, Hoogsteder PH, Onno van Schayck CP. *Nicotine vaccines to assist with smoking cessation: current status of research*. *Drugs*. 2012 Mar 5;72(4):e1-16. doi: 10.2165/11599900-000000000-00000
- 26 Press Release. *Selecta Biosciences Initiates Phase 1 Clinical Study of SEL-068, a First-in-Class Synthetic Nicotine Vaccine for Smoking Cessation and Relapse Prevention*. 21 Nov 2011 6:00am EST <http://www.reuters.com/article/2011/11/21/idUS94980+21-Nov-2011+BW20111121>



- 27 Lancaster T, Stead LF. Silver acetate for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 1997, Issue 3. Art. No.: CD000191. DOI: 10.1002/14651858.CD000191
- 28 Stead LF, Lancaster T. Nicobrevin for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, Issue 2. Art. No.: CD005990. DOI: 10.1002/14651858.CD005990
- 29 Stead LF, Hughes JR. Lobeline for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, Issue 2. Art. No.: CD000124. DOI: 10.1002/14651858.CD000124.pub2
- 30 Hughes JR, Stead LF, Lancaster T. Anxiolytics for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2000, Issue 4. Art. No.: CD002849. DOI: 10.1002/14651858.CD002849
- 31 David SP, Lancaster T, Stead LF, Evins AE, Cahill K. Opioid antagonists for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, Issue 4. Art. No.: CD003086. DOI: 10.1002/14651858.CD003086.pub2
- 32 Lancaster T, Stead LF. Mecamylamine (a nicotine antagonist) for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 1998, Issue 2. Art. No.: CD001009. DOI: 10.1002/14651858.CD001009
- 33 Sood A, Ebbert JO, Wyatt KD, Croghan IT, Schroeder DR, Sood R, Hays JT. Gabapentin for smoking cessation. *Nicotine Tob Res.* 2010 Mar;12(3):300-4. Epub 2010 Jan 15
- 34 Cahill K, Ussher MH. Cannabinoid type 1 receptor antagonists for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011, Issue 3. Art. No.: CD005353. DOI: 10.1002/14651858.CD005353.pub4
- 35 West R, May S, McEwen A, McRobbie H, Hajek P, Vangeli E. A randomised trial of glucose tablets to aid smoking cessation. *Psychopharmacology (Berl.)*. 2010 Jan;207(4):631-5. Epub 2009 Oct 27
- 36 Park EW, Tudiver FG, Campbell T. Enhancing partner support to improve smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, Issue 7. Art. No.: CD002928. DOI: 10.1002/14651858.CD002928.pub3
- 37 Cahill K, Perera R. Competitions and incentives for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008, Issue 3. Art. No.: CD004307. DOI: 10.1002/14651858.CD004307.pub3
- 38 Ussher MH, Taylor A, Faulkner G. Exercise interventions for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, Issue 1. Art. No.: CD002295. DOI: 10.1002/14651858.CD002295.pub4
- 39 Barnes J, Dong CY, McRobbie H, Walker N, Mehta M, Stead LF. Hypnotherapy for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010, Issue 10. Art. No.: CD001008. DOI: 10.1002/14651858.CD001008.pub2
- 40 White AR, Rampes H, Campbell J. Acupuncture and related interventions for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, Issue 1. Art. No.: CD000009. DOI: 10.1002/14651858.CD000009.pub2
- 41 Hajek P, Stead LF. Aversive smoking for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2001, Issue 3. Art. No.: CD000546. DOI: 10.1002/14651858.CD000546.pub2
- 42 Schnoll R.A., Patterson.F., Wileyto E.P., Heitjan D.F., Shields A.E., Asch D.A., Lerman C., Effectiveness of Extended-Duration Transdermal Nicotine Therapy, *Ann Intern Med.* 2010;152:144-151
- 43 Hall S.M., Humfleet G.L., Muñoz.R.F., Reus V.I., Robbins J.A., Prochaska J.J. Extended treatment of older cigarette smokers, *Addiction*, 104, 1043-52, doi :10.1111/j.1360-0443.2009.02548.x
- 44 Tonstad S., MD, PhD, Tonnesen P., MD, PhD, Hajek P., Phd, Williams K.E., Phd, Billing C.B., MS, Reeves R.K., MD, Effect of Maintenance Therapy With Varenicline on Smoking Cessation, *JAMA*, July 5, 2006
- 45 Hays J.T., Hurt R.D., Rigotti N.A., Niaura R., Gonzales D., Durcan M.J., Sachs D.P., Wolter T.D., Buist A.S., Johnston J.A., White J.D., Sustained-release Bupropion for pharmacologic relapse prevention after smoking cessation, a randomized, controlled trial, *Ann. Intern. Med.*, 2001, Sept., 18, 135(6), 42333
- 46 Cox LS, Nollen NL, Mayo MS, Choi WS, Faseru B, Benowitz NL, Tyndale RF, Okuyemi KS, Ahluwalia JS., Bupropion for Smoking Cessation in African American Light Smokers: A Randomized Controlled Trial. *J Natl*

*Cancer Inst.* 2012 Feb 22;104(4):290-8.28

- 47 Killen JD, Fortman SP, Murphy GM Jr, Harvard C., Arredondo C., Cromp D., Celio M., Abe L., Wang Y., Schatzberg AL, Extended treatment with Bupropion SR for cigarette smoking cessation, *J. Consult Clin Psychol.* 2006, Apr. 74(2), 286-94

#### 4.6. Συστάσεις για θεραπευτικούς χειρισμούς σε ειδικές καταστάσεις και σε υψηλού κινδύνου πληθυσμούς ασθενών

Οι παρεμβάσεις που έχουν αποδειχθεί αποτελεσματικές και αναλύονται στις υπάρχουσες κατευθυντήριες οδηγίες για τη διακοπή του καπνίσματος, συνιστώνται για όλους τους ασθενείς που καταναλώνουν προϊόντα καπνού, εκτός και αν η χρήση των φαρμάκων αντενδίδνεται, όπως κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και στην περίπτωση των εφήβων. Πρέπει επίσης να υπάρξει ειδική μέριμνα για ορισμένους πληθυσμούς ασθενών υψηλού κινδύνου, για τους οποίους, οι διαθέσιμες ενδείξεις είναι ανεπαρκείς ή το φαρμακευτικό σκεύασμα δεν έχει αποδειχθεί αποτελεσματικό (π.χ. καταναλωτές προϊόντων καπνού άνευ καύσης, μέτρια κατανάλωση καπνού, κ.λπ.). Οι συγκεκριμένες καταστάσεις και ομάδες ασθενών, εξετάζονται στα ακόλουθα υποκεφάλαια.

##### 4.6.1. Συστάσεις για θεραπευτικές παρεμβάσεις σε εγκύους

Είναι απαραίτητο οι έγκυες γυναίκες να απέχουν από την κατανάλωση προϊόντων καπνού. Μία ομάδα από τη ανία<sup>1</sup> απέδειξε ότι το κάπνισμα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης διπλασιάζει τον κίνδυνο θνησιγένειας και θανάτου κατά τη διάρκεια του πρώτου έτους ζωής. εδομένου ότι η έντονη επιθυμία για κάπνισμα εμφανίζεται σε υψηλό βαθμό κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, θα πρέπει να τονιστεί η συσχέτιση της επαγόμενης από το κάπνισμα υποξίας εντός της μήτρας, με το χαμηλό σωματικό βάρος του νεογνού. Η βέλτιστη πρακτική, είναι η διακοπή του καπνίσματος πριν από την εγκυμοσύνη, χρησιμοποιώντας όλα τα διαθέσιμα μέσα υποστήριξης, ωστόσο, έχει καταδειχθεί ότι στη Γαλλία και πιθανότατα και σε άλλες χώρες, μία στις τρεις εγκύους καπνίζει κατά τα αρχικά στάδια της εγκυμοσύνης. Εάν είναι δυνατόν να εφαρμοστεί συνδυαστική παρέμβαση για τη διακοπή του καπνίσματος, η οποία να συμπεριλαμβάνει τη βέλτιστη διαθέσιμη φαρμακευτική αγωγή και την ψυχολογική υποστήριξη, αυτή είναι και η καλύτερη επιλογή για τις εγκύους. Πρέπει επίσης να καταστεί σαφές ότι, η ελάττωση του καπνίσματος σε λίγα τσιγάρα την ημέρα δεν είναι αποδεκτός στόχος. Μόνο η εξολοκλήρου αποχή από το κάπνισμα πριν από το τέλος του πρώτου τριμήνου της κύησης αποτελεί αποδεκτό στόχο.

Η βαρενικλίνη και η βουπροπιόνη δεν ενδείκνυνται για τις εγκύους και δεν συνιστάται η χορήγησή τους. Αναφορικά με τη θεραπεία υποκατάστασης της νικοτίνης, ελλείπουν δεδομένα για την διαμόρφωση γενικών συστάσεων. Ωστόσο, καμία μελέτη δεν αναφέρει συγκεκριμένες, περισσότερο σοβαρές από τις επιπτώσεις του καπνίσματος, ανεπιθύμητες ενέργειες της θεραπείας υποκατάστασης της νικοτίνης. Ενώ υπάρχουν αδιάσειστες πειραματικές και κλινικές ενδείξεις ότι η νικοτίνη βλάπτει την ανάπτυξη του εμβρύου<sup>2</sup> με διάφορους τρόπους, δεν υπάρχουν ενδείξεις ότι η NRT βοηθά στη διακοπή του καπνίσματος κατά την εγκυμοσύνη. Παρόλα ταύτα, υπάρχουν σήμερα έγκυες γυναίκες που, ενώ είχαν τη βούληση να διακόψουν το κάπνισμα χωρίς θεραπευτικές παρεμβάσεις, χρησιμοποιούν επιθέματα

νικοτίνης, πεπεισμένες για την ασφάλειά τους.

Επιπλέον, νέα στοιχεία αποκαλύπτουν μια γενική συμπεριφορική αρχή: όταν προσφέρεται θεραπεία για μια επικίνδυνη συμπεριφορά, το γεγονός αυτό παρωθεί ακούσια τον ασθενή προς την ίδια τη συμπεριφορά, αφού η ύπαρξη θεραπείας αναιρεί, τουλάχιστον σε κάποιο βαθμό, την πεποίθηση του ασθενούς ότι ο κίνδυνος είναι διαχειρίσιμος<sup>3</sup>. Οι διαφορές που παρατηρούνται στα δεδομένα των υπάρχουσών μελετών, ερμηνεύουν τις διαφορές στους κανονισμούς που εφαρμόζονται στα διάφορα συστήματα υγείας: η θεραπεία υποκατάστασης της νικοτίνης ενδείκνυται σε εγκύους στη Γαλλία, αλλά αντενδείκνυται στη Ρουμανία. Σε μια βρετανική τυχαιοποιημένη μελέτη<sup>4</sup>, στην οποία περισσότερο από το 80 % των εγκύων έλαβαν θεραπεία υποκατάστασης μόνο κατά τον πρώτο μήνα της κύησης, δεν διαπιστώθηκε διαφορά στα μακροχρόνια ποσοστά διακοπής του καπνίσματος, εκτός από την αναμενόμενη κατά τον πρώτο μήνα της θεραπείας. Μια άλλη μελέτη με υψηλότερη δόση νικοτίνης αναμένεται στο τέλος του 2012.

Σε χώρες όπου η χορήγηση θεραπείας υποκατάστασης νικοτίνης έχει εγκριθεί για τις εγκύους, τα επιθέματα 16 ωρών προτιμώνται από εκείνα των 24 ωρών, λόγω του μεγάλου χρονικού διαστήματος που απαιτείται για την κάθαρση της νικοτίνης από τον οργανισμό του εμβρύου. Μπορεί επίσης να χρησιμοποιηθεί νικοτίνη που λαμβάνεται από του στόματος σε συνδυασμό με τα επιθέματα, στην περίπτωση της έντονης επιθυμίας μετά τη διακοπή του καπνίσματος.

#### **4.6.2. Συστάσεις για θεραπευτικές παρεμβάσεις σε νέους κάτω των 18 ετών**

Ο εθισμός στη νικοτίνη συντελείται με ταχύ ρυθμό σε νεαρή ηλικία<sup>5</sup>. Καθώς η κατανάλωση προϊόντων καπνού ξεκινά συχνά σε προ-εφηβική ηλικία, οι ιατροί θα πρέπει να παρεμβαίνουν αποφασιστικά για την πρόληψη του καπνίσματος δίνοντας προτεραιότητα σε αυτή την ηλικιακή ομάδα.

Μια ανασκόπηση της υπάρχουσας βιβλιογραφίας επί του θέματος, διαπιστώνει την ύπαρξη ενός ευρέως φάσματος προσεγγίσεων, αλλά και την περιορισμένη αποτελεσματικότητά τους<sup>5</sup>. Στις παρεμβάσεις για τη διακοπή του καπνίσματος που αφορούν τους εφήβους συμπεριλαμβάνονται η φαρμακοθεραπεία, η συμπεριφορική προσέγγιση (όπως προγράμματα σε σχολικό επίπεδο και επίπεδο κοινότητας) και οι πολιτικές ελέγχου της κατανάλωσης προϊόντων καπνού· οι παρεμβάσεις αυτές είχαν ανάμεικτα αποτελέσματα κατά το παρελθόν. Τη θεραπευτική επίδραση με το μεγαλύτερο αντίκτυπο στους εφήβους, παρατηρήθηκε να έχει ο αυτοέλεγχος και οι δεξιότητες αντιμετώπισης δύσκολων καταστάσεων, αλλά και οι στρατηγικές παρακίνησης (μείωση της αβεβαιότητας σχετικά με την αλλαγή) και η αντιμετώπιση των κοινωνικών επιρροών που επηρεάζουν την καπνιστική συμπεριφορά. Το Κέντρο Ελέγχου Νοσημάτων (CDC) των ΗΠΑ, συνιστά ως πιο αποτελεσματικές τις πολυπαραγοντικές παρεμβάσεις, οι οποίες συνδυάζουν προγράμματα στήριξης σε σχολικό επίπεδο με την ανάμειξη της τοπικής κοινότητας<sup>6</sup>.

Όταν η συμβουλευτική για τη διακοπή του καπνίσματος απευθύνεται σε νέους ανθρώπους, πρέπει να λαμβάνεται υπόψη το γεγονός ότι, στις περισσότερες περιπτώσεις, υποτιμούν το βαθμό εξάρτησής τους από τη νικοτίνη. Οι έφηβοι που καπνίζουν, είτε περιστασιακά, είτε καθημερινά, πιστεύουν ότι μπορούν εύκολα να διακόψουν το κάπνισμα ανά πάσα στιγμή. Στην πραγματικότητα, μόνο το 4 % περίπου των καπνιστών της ηλικιακής ομάδας 12-19 καταφέρνει ετησίως να διακόψει το κάπνισμα, με

αναλογία αποτυχίας υψηλότερη από εκείνη των ενήλικων καπνιστών<sup>7</sup>. Τα στατιστικά στοιχεία δείχνουν επίσης ότι οι έφηβοι ενδιαφέρονται σε μεγάλο βαθμό για την διακοπή του καπνίσματος: το 82% των ατόμων ηλικίας μεταξύ 11 και 19 χρόνων σκέφτονται να διακόψουν το κάπνισμα και το 77 % έχει καταβάλει σημαντικές προσπάθειες να διακόψει το κάπνισμα κατά τον τελευταίο χρόνο<sup>7</sup>. Οι προσπάθειες των εφήβων σπάνια προγραμματίζονται: οι περισσότεροι έφηβοι επιλέγουν να διακόψουν το κάπνισμα χωρίς καμία ειδική βοήθεια, αλλά οι μελέτες δείχνουν ότι οι νέοι που συμμετέχουν σε προγράμματα διακοπής του καπνίσματος έχουν διπλάσιες πιθανότητες να διακόψουν επιτυχώς το κάπνισμα<sup>8</sup>.

#### **Συμβουλευτική και θεραπείες διακοπής καπνίσματος που συστήνονται για εφαρμογή σε νέους κάτω των 18 ετών**

Παρά τα υψηλά ποσοστά κατανάλωσης προϊόντων καπνού και τις σοβαρές επιπτώσεις αυτής στην υγεία των εφήβων, δεν έχει γίνει αρκετή προσπάθεια για την ανάπτυξη προγραμμάτων διακοπής του καπνίσματος που να απευθύνονται ειδικά σε αυτή την ηλικιακή ομάδα. Το εν λόγω αντικείμενο έρευνας, έχει επικεντρωθεί σχεδόν αποκλειστικά στις ψυχοκοινωνικές θεραπείες, όπως φαίνεται σε μια μετανάλυση, η οποία διαπίστωσε ένα ποσοστό διακοπής του καπνίσματος της τάξεως του 12 % τρεις μήνες μετά τη θεραπεία, σε σύγκριση με το 7 % μεταξύ των ομάδων ελέγχου<sup>8</sup>. Μια παρέμβαση ψυχοκοινωνικού περιεχομένου με ενθαρρυντικά προκαταρκτικά αποτελέσματα, είναι η διαχείριση απροόπτων (Contingency Management-CM), η οποία αποτελεί είδος συμπεριφορικής θεραπείας, που βασίζεται στην εξαρτημένη μάθηση, κατά την οποία οι επιθυμητές συμπεριφορές (όπως το η αποχή από το κάπνισμα) ενισχύονται άμεσα με ανταμοιβές (π.χ. κουπόνια, μετρητά). Τα στοιχεία δείχνουν ότι η CM, μόνη ή σε συνδυασμό με τη γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία (CBT), μπορεί να είναι αποτελεσματική στην ενθάρρυνση των εφήβων να διακόψουν το κάπνισμα. Μια μελέτη (n = 28)<sup>10</sup> διαπίστωσε ιδιαίτερα ενθαρρυντικά αποτελέσματα, με το 53 % των συμμετεχόντων στους οποίους προσφέρθηκε συνδυασμός CM και CBT να επιτυγχάνουν την αποχή από το κάπνισμα κατά το πέρας της θεραπείας διάρκειας ενός μήνα, σε σύγκριση με το 0 % των ασθενών που έλαβαν μόνο CBT. Με βάση αυτά τα πιλοτικά ευρήματα, μια πρόσφατη μελέτη μεγάλης κλίμακας (n = 110) διερεύνησε την αποτελεσματικότητα μίας παρέμβασης CM διάρκειας τριών εβδομάδων και συχνότητας δύο φορές ημερησίως, μόνης και σε συνδυασμό με παρέμβαση παρακίνησης, σε καπνιστές, πανεπιστημιακούς φοιτητές που δεν ενδιαφέρονταν να λάβουν θεραπεία για τη διακοπή του καπνίσματος<sup>11</sup>. Οι συμμετέχοντες στους οποίους προσφέρθηκε CM (χρηματικές ανταμοιβές με βάση τα επίπεδα του εκπνεόμενου μονοξειδίου του άνθρακα κατά την πρώτη εβδομάδα και την αποχή από το κάπνισμα κατά τη δεύτερη και τρίτη εβδομάδα), επέδειξαν σημαντικά χαμηλότερα επίπεδα μονοξειδίου του άνθρακα και μεγαλύτερη αποχή (55% έναντι 18%) κατά τη διάρκεια της θεραπείας από ότι εκείνοι στους οποίους δεν προσφέρθηκε CM. Μια μετανάλυση επτά μελετών σχετικά με την αποτελεσματικότητα της εντατικοποιημένης συμβουλευτικής στους νέους, έδειξε ότι η μέθοδος αυτή διπλασιάζει τα ποσοστά μακροχρόνιας αποχής σε σχέση με την κοινή προσέγγιση (σύντομη/ελάχιστη συμβουλευτική, υλικά αυτοβοήθειας και παραπομπή σε κέντρα διακοπής του καπνίσματος), ή σε σχέση με την απουσία κάθε είδους παρέμβασης<sup>11</sup>. Σε γενικές γραμμές, οι έφηβοι

μπορεί να προσεγγίζονται με διάφορες μορφές θεραπειών: είτε σε ατομικές συνεδρίες (πρόσωπο με πρόσωπο), συνδυάζοντας ατομικές συνεδρίες με τηλεφωνική συμβουλευτική / μηνύματα μέσω του τηλεφώνου ή μέσω του διαδικτύου, είτε σε ομαδικές συνεδρίες. Η συμβουλευτική των εφήβων πρέπει να παραμένει εμπιστευτική και να επιδεικνύεται σεβασμός στην ιδιωτική τους ζωή και, κατά προτίμηση, να μην συμπεριλαμβάνει την παρουσία γονέων ή εκπαιδευτικών.

Οι συνεδρίες με συνομήλικους (peers) έχουν αποδειχθεί πολύ αποτελεσματικές: η μέθοδος αυτή περιλαμβάνει συμβουλευτική μαζί με το συμμαθητή ή τον καλύτερο φίλο του νεαρού καπνιστή, ακόμα και αν εκείνοι δεν είναι καπνιστές. Αν ο έφηβος προέρχεται από μια οικογένεια καπνιστών ή έχει εκτεθεί παθητικά στο κάπνισμα, συνιστάται επίσης η συμβουλευτική προς τους γονείς.

Οι μελέτες δείχνουν ότι οι παρεμβάσεις συμβουλευτικής για τους γονείς που παρέχονται στο πλαίσιο παιδιατρικών υπηρεσιών ή στην περίπτωση κατά την οποία τα παιδιά νοσηλεύονται, εξήγγειραν το ενδιαφέρον για τη διακοπή του καπνίσματος, αύξησαν τον αριθμό των προσπαθειών διακοπής, καθώς και το ποσοστό διακοπής του καπνίσματος στους αντίστοιχους γονείς. Επιπλέον, η ενημέρωση των γονέων για τους κινδύνους έκθεσης των παιδιών τους στο παθητικό κάπνισμα μπορεί να μειώσει την έκθεση, καθώς και τα ποσοστά καπνίσματος μεταξύ των γονέων<sup>5-8</sup>.

### **Προγράμματα σχεδιασμένα ειδικά για εφήβους**

Αυτά περιλαμβάνουν: προγράμματα για τη διακοπή του καπνίσματος σε σχολικό επίπεδο<sup>12</sup>, εκστρατείες και μηνύματα των μέσων ενημέρωσης για την αποτελεσματική πρόληψη<sup>11</sup>, διαδραστικά προγράμματα για τη διακοπή του καπνίσματος, όπως το ευρωπαϊκό πρόγραμμα «ιακοπή του Καπνίσματος στους Εφήβους<sup>13</sup>», προβολή βίντεο, όπως το ολλανδικό πρόγραμμα «εν Καπνίζω», διαγωνισμούς με δώρα και κίνητρα, όπως τα «ιακόψτε το Κάπνισμα και Κερδίστε για τους Εφήβους»<sup>14</sup>, το πρόγραμμα «N-O-T» (Not-on-Tobacco), το οποίο αποτελεί εθελοντικό πρόγραμμα της Αμερικάνικης Πνευμονολογικής Εταιρίας για τη διακοπή του καπνίσματος που απευθύνεται σε μαθητές στη δευτεροβάθμια εκπαίδευση<sup>15</sup>.

### **Τηλεφωνική συμβουλευτική**

Οι τηλεφωνικές γραμμές υποστήριξης της διακοπής του καπνίσματος είναι πιο ελκυστικές για τους εφήβους, καθώς εύκολα προσβάσιμες και διαθέτοντας ημιανώνυμο χαρακτήρα, μπορούν να προσεγγίσουν τον καλούντα σε προσωπικό επίπεδο, στα πλαίσια ενός δομημένου πρωτόκολλου και μπορούν να συμπεριλαμβάνουν προληπτική παρακολούθηση, έτσι ώστε ο σύμβουλος και, όχι ο καλών, να παίρνει την πρωτοβουλία για επανάκληση αφού η αρχική επαφή έχει συντελεστεί. Για παράδειγμα, σύμφωνα με το πρωτόκολλο της γραμμής υποστήριξης των καπνιστών της Καλιφόρνια, οι σύμβουλοι εργάζονται για να βοηθήσουν τους εφήβους να προσεγγίσουν τη διακοπή και όχι το κάπνισμα ως συμπεριφορά που αρμόζει σε έναν ενήλικα. Επίσης, πλησιάζουν θέματα ειδικά για αυτή την ηλικιακή κατηγορία, όπως: τη διαμόρφωση της ταυτότητας, την αίσθηση ότι είναι άτρωτοι, την εξάρτηση από την οικογένεια, την ταύτιση με τους συμμαθητές και την επιθυμία για αυτονομία<sup>16</sup>.

Σε μια μελέτη στην οποία συμμετείχαν 1058 μαθητές δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, τέτοιου είδους μέθοδοι τηλεφωνικής συμβουλευτικής χρησιμοποιήθηκαν σε εβδομαδιαία βάση, όπου διαπιστώθηκε

εντυπωσιακός βαθμός πλήρους παρακολούθησης του θεραπευτικού πρωτοκόλλου (90%). Σε μια παρόμοια μελέτη που συμπεριέλαβε γνωσιακή-συμπεριφορική συμβουλευτική και συνέντευξη παρακίνησης μέσω τηλεφώνου, η παρακολούθηση μετά από ένα έτος των 2151 μαθητών δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης που εντοπίστηκαν προληπτικά, βρήκε ποσοστό συμμετεχόντων που απείχαν από το κάπνισμα μετά από 6 μήνες της τάξεως του 21,8% στην ομάδα παρέμβασης έναντι του 17,7% στην ομάδα ελέγχου<sup>5</sup>.

### **Φαρμακοθεραπεία στους εφήβους**

Παρά τις σαφείς ενδείξεις της εμφάνισης στέρξης και έντονης επιθυμίας για κάπνισμα στους εφήβους<sup>17</sup>, <sup>18, 19</sup>, περιορισμένος αριθμός μελετών έχει επικεντρωθεί στις φαρμακευτικές δραστικές ουσίες για τη διακοπή του καπνίσματος στην περίπτωση των εφήβων. Παρά δε το γεγονός ότι υπάρχουν επτά φάρμακα πρώτης γραμμής που έχουν εγκριθεί από την FDA για τη διακοπή του καπνίσματος στους ενήλικες, δεν υπάρχουν αρκετές ενδείξεις για τη σύσταση κάποιων από αυτά για την αντιμετώπιση της εφηβικής κατανάλωσης προϊόντων καπνού. Επιπλέον, η πλειοψηφία των ευρωπαϊκών χωρών απαγορεύει δια νόμου τη συνταγογράφηση φαρμάκων για τη διακοπή του καπνίσματος σε αυτή την ηλικιακή κατηγορία. Οι δοκιμές φαρμάκων σε έφηβους καπνιστές έχουν περιοριστεί στη θεραπεία υποκατάστασης της νικοτίνης και στη θεραπεία με βουπροπιόνη.

Οι ελάχιστες μελέτες που έχουν δημοσιευθεί για το θέμα, διαπιστώνουν: (i)μη σημαντική διαφορά στο ποσοστό αποχής μετά από θεραπεία με επίθεμα νικοτίνης έναντι της θεραπείας με εικονικό φάρμακο, κατά την παρακολούθηση μετά από 12 εβδομάδες από την ημερομηνία διακοπής και, (ii) καμία διαφορά μεταξύ της αποτελεσματικότητας της τσίκλας νικοτίνης έναντι του επιθέματος νικοτίνης, αλλά και έναντι των εικονικών φαρμάκων, κατά την εξάμηνη παρακολούθηση. Σε όλες αυτές τις ομάδες μελέτης, οι νέοι έλαβαν, εκτός από το υπό μελέτη φάρμακο και το εικονικό φάρμακο, τουλάχιστον έξι συνεδρίες συμβουλευτικής<sup>8</sup>.

Μια μη ελεγχόμενη δοκιμή ανοικτής ετικέτας του επιθέματος νικοτίνης, σε συνδυασμό με ελάχιστη συμπεριφορική θεραπεία (n = 101), έδειξε υπεροχή των ποσοστών αποχής, της τάξεως του 11 % κατά το πέρας της θεραπείας και, του 5 % κατά την παρακολούθηση μετά από 6 μήνες<sup>20</sup>. Μία άλλη, ελεγχόμενη μελέτη δύο ομάδων, οι οποίες έλαβαν αμφοτέρως CBT και CM (n = 100), επιβεβαίωσε την ασφάλεια του επιθέματος σε εφήβους, αλλά δεν κατέδειξε σημαντική διαφορά μεταξύ του επιθέματος και του εικονικού φαρμάκου (ποσοστά αποχής 28 % έναντι 24 % κατά το πέρας της θεραπείας, αντιστοίχως)<sup>21</sup>. Σε μια τυχαιοποιημένη μελέτη με θεραπεία υποκατάστασης νικοτίνης που συμπεριέλαβε 120 εφήβους, τακτικούς καπνιστές, οι Killen και συν. διαπίστωσαν ότι, κατά το πέρας της θεραπείας, αλλά και κατά την παρακολούθηση μετά από τρεις μήνες, επιβεβαιώθηκε η διατήρηση της αποχής στο 20,6 % των ατόμων τα οποία έλαβαν θεραπεία με επίθεμα νικοτίνης, σε σύγκριση με το 8,7 % στην ομάδα που έλαβε θεραπεία με τσίκλα νικοτίνης και το 5 % στην ομάδα που έλαβε εικονικό φάρμακο<sup>22</sup>. Οι Moolchan και συν. συνέκριναν το επίθεμα, την τσίκλα και το εικονικό φάρμακο μεταξύ εφήβων καπνιστών, στους οποίους επίσης προσφέρθηκε CBT για τη διακοπή του καπνίσματος (n = 120). Τα ποσοστά συνεχούς αποχής μετά από περίοδο χάριτος διάρκειας δύο εβδομάδων ήταν της τάξεως του 18 % , 7 % και 3 % στις



τρεις ομάδες, αντίστοιχα<sup>23</sup>. Μια πρόσφατη πιλοτική μελέτη (n = 40) διαπίστωσε χαμηλή συμμόρφωση στη θεραπεία και καμία διαφορά στα αποτελέσματα μεταξύ των ρινικών ψεκασμών νικοτίνης και του εικονικού φαρμάκου<sup>24</sup>.

Υπό το φως της μέτριας επίδραση της NRT, μερικοί ερευνητές έχουν επικεντρωθεί στη βουπροπιόνη SR για τη διακοπή του καπνίσματος στους εφήβους. Μια ερευνητική ομάδα διεξήγαγε μια μελέτη ανοικτής ετικέτας με βουπροπιόνη SR, σε συνδυασμό με σύντομη ατομική συμβουλευτική σε έφηβους καπνιστές (n = 16) και διαπίστωσε ποσοστό αποχής της τάξεως του 31 % μετά από τέσσερις εβδομάδες θεραπείας<sup>25</sup>. Οι Killen και συν. συνέκριναν τη συνδυασμένη θεραπεία με βουπροπιόνη SR 150 mg ημερησίως και επίθεμα νικοτίνης, με τη μονοθεραπεία με επίθεμα νικοτίνης (n = 211), παρέχοντας και τις δύο θεραπείες σε συνδυασμό με την εκπαίδευση ανάπτυξης δεξιοτήτων. Διαπίστωσαν μόνο 8% ποσοστό αποχής κατά την παρακολούθηση διάρκειας 26 εβδομάδων για τη συνδυασμένη θεραπεία έναντι 7 % για τη μονοθεραπεία με επίθεμα νικοτίνης<sup>26</sup>.

Σε μία μεγάλης κλίμακας τυχαιοποιημένη μελέτη (n = 312), οι Muramoto και συν. συνέκριναν τα αποτελέσματα των θεραπειών με βουπροπιόνη SR 300 mg / ημέρα, βουπροπιόνη SR 150 mg / ημέρα και εικονικό φάρμακο, σε συνδυασμό με σύντομη εβδομαδιαία ατομική συμβουλευτική<sup>27</sup>. Η ομάδα των 300 mg/ ημέρα (αλλά όχι η ομάδα των 150 mg/ ημέρα) υπερέιχε ως προς την αποχή σε σύγκριση με το εικονικό φάρμακο κατά το πέρας της θεραπείας (15 % έναντι 6 %), αλλά και κατά την, διάρκειας 26 εβδομάδων, παρακολούθηση (14 % έναντι 10 %). Σε μία άλλη μελέτη, 134 έφηβοι καπνιστές που επιθυμούσαν να λάβουν θεραπεία για τη διακοπή του καπνίσματος, τυχαιοποιήθηκαν σε ομάδες χορήγησης θεραπείας με βουπροπιόνη SR ή / και CM, είτε μεμονωμένα, είτε σε συνδυασμό (2 × 2 ελεγχόμενη δοκιμή διάρκειας έξι εβδομάδων). Οι συγγραφείς διαπίστωσαν ποσοστά αποχής της τάξεως του 27% για το συνδυασμό βουπροπιόνης SR και CM, 8% για τη βουπροπιόνη SR μεμονωμένα, 10% για το συνδυασμό εικονικού φαρμάκου και CM, και 9% για το εικονικό φάρμακο μεμονωμένα, στο 30% των συμμετεχόντων που ολοκλήρωσαν τη δοκιμή<sup>28</sup>.

Δεν υπάρχουν επί του παρόντος επαρκείς ενδείξεις για τη σύσταση της χορήγησης φαρμακοθεραπείας για τη διακοπή του καπνίσματος στους εφήβους, γεγονός που συνάδει με τις πρόσφατες ανασκοπήσεις και τις κατευθυντήριες οδηγίες των ΗΠΑ. Σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες, στην κλινική πρακτική, η παραπομπή στο κατάλληλο είδος ψυχοκοινωνικής παρέμβασης (π.χ. ομαδική ή ατομική συμβουλευτική, σε σχολικό επίπεδο ή επίπεδο κοινότητας) είναι η πιο κατάλληλη θεραπεία πρώτης γραμμής για έφηβους καπνιστές. Παρά το γεγονός ότι οι παρεμβάσεις αυτές παράγουν σχετικά χαμηλά συνολικά ποσοστά αποχής, αυξάνουν όντως σημαντικά τις πιθανότητες της διακοπής του καπνίσματος. Ενώ μπορούν να ληφθούν υπόψη οι υπάρχουσες φαρμακοθεραπείες, θα πρέπει να συνταγογραφούνται μόνο με στενή ιατρική παρακολούθηση και μετά από προσεκτική εκτίμηση της καπνιστικής συνήθειας, του ιστορικού των αποτυχημένων προσπαθειών για διακοπή του καπνίσματος και του μεγέθους του κινήτρου του εφήβου να διακόψει το κάπνισμα. Τα αβέβαια αποτελέσματα που εξήχθησαν από τις δοκιμές της φαρμακοθεραπείας για τη διακοπή του καπνίσματος στους εφήβους, υποδεικνύουν τους περιορισμούς της συνταγογράφησης τέτοιων φαρμακευτικών σκευασμάτων σε αυτήν την κατηγορία καπνιστών<sup>2</sup>.

### Συστάσεις

- Συνιστάται στους ιατρούς να ερωτούν όλους τους νέους ασθενείς ηλικίας κάτω των 18 σχετικά με την κατανάλωση καπνού και να μεταδίδουν σαφή μηνύματα σχετικά με τη σημασία της αποχής από το κάπνισμα (επίπεδο τεκμηρίωσης Γ)<sup>8</sup>.
- Η συμβουλευτική αποτελεί αποδεδειγμένα μια αποτελεσματική μέθοδο διακοπής του καπνίσματος για τους εφήβους (επίπεδο τεκμηρίωσης Β)<sup>5</sup>.
- Το παθητικό κάπνισμα είναι επιβλαβές για τα παιδιά και τους εφήβους. Η συμβουλευτική για τη διακοπή του καπνίσματος που παρέχεται από παιδιατρικές υπηρεσίες, έχει αποδειχθεί αποτελεσματική στην αύξηση των ποσοστών αποχής από το κάπνισμα σε γονείς που καπνίζουν.

Για το λόγο αυτό, με σκοπό την προστασία των παιδιών από το παθητικό κάπνισμα, συνιστούμε στους ιατρούς να προβαίνουν σε εκτίμηση της καπνιστικής συνήθειας των γονέων και να τους παρέχουν συμβουλές και βοήθεια για τη διακοπή της κατανάλωσης προϊόντων καπνού (επίπεδο τεκμηρίωσης Β)<sup>5</sup>.

#### 4.6.3. Συστάσεις για θεραπευτικές παρεμβάσεις σε καπνιστές με αναπνευστικά και καρδιαγγειακά νοσήματα, ψυχοπαθολογία, κακοήγη νεοπλασμάτα ή άλλη συνοσηρότητα

Καταναλωτές προϊόντων καπνού με συνοσηρότητα, όπως ο καρκίνος, τα καρδιαγγειακά νοσήματα, η χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια, ο διαβήτης και το άσθμα είναι σημαντικό να λαμβάνουν θεραπεία για την εξάρτηση από τον καπνό, δεδομένου του ρόλου που παίζει το κάπνισμα στην επιδείνωση των νοσημάτων αυτών. Η κατάρτιση προγραμμάτων διαχείρισης χρόνιων νοσημάτων, που ενσωματώνουν τις θεραπευτικές παρεμβάσεις για την αντιμετώπιση της εξάρτησης από τον καπνό, μπορεί να είναι ένας αποτελεσματικός και αποδοτικός τρόπος παρέμβασης κατά της κατανάλωσης προϊόντων καπνού σε αυτή την κατηγορία του πληθυσμού<sup>29</sup>. Η θεραπεία για τη διακοπή του καπνίσματος έχει αποδειχθεί αποτελεσματική σε καπνιστές πάσχοντες από μεγάλο εύρος συνοδών νοσημάτων, ακόμα και αν ανακλύουν δυσκολίες και χρειαστεί να ληφθούν προληπτικά μέτρα.

#### Καρδιαγγειακά νοσήματα

Σε μια συστηματική ανασκόπηση<sup>30</sup>, οι Critchley και Capewell διαπίστωσαν ότι η διακοπή του καπνίσματος συνδέεται με μια σημαντική μείωση, της τάξεως του 36%, της συνολικής θνησιμότητας (από κάθε αίτιο) σε ασθενείς με στεφανιαία νόσο (ΣΝ), ανεξάρτητα από τις διαφορές μεταξύ των μελετών από πλευράς δείκτη καρδιαγγειακών συμβαμάτων, ηλικίας, φύλου, καταγωγής και χρονικής περιόδου. Η θεραπεία για τη διακοπή του καπνίσματος στους ασθενείς με καρδιαγγειακές παθήσεις διαφέρει από εκείνες που προσφέρονται σε άλλους ασθενείς, ως προς το ότι οι ασθενείς συχνά αναγκάζονται να διακόψουν το κάπνισμα μετά από αιφνίδιο και αναπάντεχο καρδιαγγειακό επεισόδιο και να συνεχίσουν την αποχή εφ' όρου ζωής. Εδομένου ότι η εμφάνιση καρδιαγγειακών νοσημάτων είναι ο πιο σημαντικός λόγος που παρακινεί τους καπνιστές να διακόψουν το κάπνισμα, οι ιατροί θα πρέπει να παρέχουν κατάλληλα προγράμματα διακοπής του καπνίσματος για τους ασθενείς με καρδιαγγειακή νόσο<sup>31</sup>.



Θα πρέπει να υπάρξει ειδική μέριμνα για τους καπνιστές με καρδιαγγειακά νοσήματα, διότι (1), όπως έχει αποδειχθεί, θα πρέπει να συνιστάται ανεπιφύλαχτα η διακοπή του καπνίσματος σε αυτήν την κατηγορία ασθενών, (2) θα πρέπει να διακόπτουν το κάπνισμα κατά τη διάρκεια της οξείας φάσης της καρδιαγγειακής νόσου και να συνεχίζουν να απέχουν στη συνέχεια και (3) αντενδείκνυται η θεραπεία υποκατάστασης της νικοτίνης κατά τη διάρκεια της οξείας φάσης της καρδιαγγειακής νόσου<sup>29</sup>. Οι φαρμακολογικές επιδράσεις αυξάνονται σημαντικά όταν συνδυάζονται με συμπεριφορικές παρεμβάσεις με τη μορφή συμβουλευτικής από έναν ιατρό ή άλλο φορέα παροχής υγειονομικής περιθαλψης, όπως και με θεραπείες σεομαδικό επίπεδο και τηλεφωνική υποστήριξη. Οι τηλεφωνικές γραμμές υποστήριξης της διακοπής του καπνίσματος μπορούν να παρέχουν συμβουλευτική 24 ώρες την ημέρα<sup>32</sup>. Όλοι οι ασθενείς με παράγοντες κινδύνου για καρδιαγγειακή νόσο θα πρέπει να συμβουλευονται να διακόψουν το κάπνισμα. Σε αυτήν την κατηγορία θα πρέπει να εξετάζεται το ενδεχόμενο χορήγησης θεραπείας με βαρενικλίνη και / ή θεραπείας υποκατάστασης της νικοτίνης. Εκτός από τις συνιστώμενες προφυλάξεις για τη χορήγηση υποκατάστατων νικοτίνης σε καπνιστές με οξείες καρδιαγγειακές παθήσεις, δεν υπάρχουν έως τώρα ενδείξεις ότι τα υποκατάστατα νικοτίνης προκαλούν ανεπιθύμητες ενέργειες σε ασθενείς με καρδιαγγειακή νόσο<sup>3</sup>. Η χορήγηση βαρενικλίνης φαίνεται να είναι αρκετά ασφαλής σε ασθενείς με σταθερή στεφανιαία νόσο, χωρίς ιστορικό κατάθλιψης ή άλλης ψυχοπαθολογίας. Έγινε ήδη σαφής αναφορά στα διαθέσιμα στοιχεία σχετικά με τη χορήγηση της βαρενικλίνης για τη διακοπή του καπνίσματος σε ασθενείς με καρδιαγγειακή νόσο στο κεφάλαιο 4.2.3. (Θεραπεία με Βαρενικλίνη). Παρ' όλα αυτά, χρειάζεται περισσότερη έρευνα επί του θέματος, για να μπορεί η βαρενικλίνη να συνταγογραφείται με ασφάλεια σε όλους τους ασθενείς με στεφανιαία νόσο, ιδιαίτερα σε εκείνους με συνυπάρχουσα κατάθλιψη, αλλά και εκείνους με ασταθή στηθάγχη. Το προφίλ της βαρενικλίνης σε σχέση με το όφελος και τους κινδύνους που ενέχει η χορήγησή της, πρέπει επίσης να αξιολογηθεί σε μελέτες ισοδυναμίας (equivalence trials), με στόχο τη σύγκριση της βαρενικλίνης με τις υπάρχουσες θεραπείες, συμπεριλαμβανομένης της εντατικής συμβουλευτικής. Τέλος, οι παρεμβάσεις που συνδυάζουν πολλαπλές στρατηγικές (φαρμακολογικές και ψυχοκοινωνικές) μπορεί να έχουν μεγαλύτερη μακροπρόθεσμη αποτελεσματικότητα, ειδικά για εκείνους τους ασθενείς οι οποίοι δεν ανταποκρίνονται στη αποκλειστική φαρμακοθεραπεία<sup>33</sup>.

### **Αναπνευστικά νοσήματα**

Με την απευθείας έκθεση στον καπνό του τσιγάρου και των άλλων προϊόντων καπνού, τα όργανα του αναπνευστικού συστήματος είναι αυτά που πλήττονται περισσότερο από την κατανάλωση προϊόντων καπνού. Αυτός είναι ο λόγος για τον οποίο η διακοπή του καπνίσματος θα πρέπει να συστήνεται ανεπιφύλακτα σε ασθενείς με ΧΑΠ, καρκίνο του πνεύμονα, άσθμα, αναπνευστικές λοιμώξεις, διάμεση πνευμονοπάθεια και αναπνευστικές διαταραχές στον ύπνο.

### **ΧΑΠ**

Η διακοπή του καπνίσματος είναι η πιο σημαντική θεραπευτική παρέμβαση για τους καπνιστές ασθενείς με ΧΑΠ. Οι τελευταίοι εμφανίζουν ένα ιδιαίτερα υψηλό επίπεδο εξάρτησης από τη νικοτίνη, κάτι που αντιμετωπίζεται με δομημένα προγράμματα διακοπής του καπνίσματος που περιλαμβάνουν φαρμακευτικές και μη φαρμακευτικές παρεμβάσεις. Η ανασκόπηση της σύμπραξης Cochrane σχετικά με τη διακοπή του καπνίσματος σε ασθενείς με ΧΑΠ και η σύγχρονη βιβλιογραφία, υποδεικνύουν ότι η παρέμβαση διακοπής του καπνίσματος πρέπει να περιλαμβάνει τόσο φαρμακευτική αγωγή όσο και ψυχοκοινωνική υποστήριξη, ώστε να είναι αποτελεσματική (επίπεδο τεκμηρίωσης Α).

Η ψυχοκοινωνική παρέμβαση αποτελείται από ένα δομημένο πρόγραμμα διακοπής του καπνίσματος διάρκειας αρκετών ωρών, με στόχο τη γνωσιακή προσέγγιση των υποκειμενικών ή αντικειμενικών ευρημάτων από το αναπνευστικό σύστημα, τα οποία προσεγγίζονται υπό το πρίσμα της φυσιολογικής λειτουργίας των πνευμόνων και των παθοφυσιολογικών μεταβολών που επισυμβαίνουν κατά την εγκατάσταση και την εξέλιξη της ΧΑΠ, επαγόμενων από το κάπνισμα<sup>34</sup>. Ορισμένες μελέτες ανέλυσαν τη σκοπιμότητα της χρήσης ειδικού λεξιλογίου όπως, ο όρος «πνεύμονας του καπνιστή», της επιβράβευσης με επιταγές επί μειωμένων ποσοστών εκπνεόμενου μονοξειδίου του άνθρακα και της διεξαγωγής δοκιμασιών ελέγχου της αναπνευστικής λειτουργίας, σε σχέση με την αποτελεσματικότητα της συμβουλευτικής. εν βρέθηκαν σημαντικές διαφορές σε σύγκριση με την απλή συμβουλευτική· ωστόσο, παρατηρήθηκε μια τάση υπέρ των παραπάνω εντατικών παρεμβάσεων.

Ο καλύτερος τρόπος για την αύξηση της αποτελεσματικότητας των παρεμβάσεων, αλλά και την ενίσχυση της αυτοεκτίμησης σε αυτούς τους ασθενείς, είναι να τους προσφέρεται συνεχής υποστήριξη. Το κλινικό ερωτηματολόγιο για τη ΧΑΠ (CCQ) είναι ένα πολύτιμο εργαλείο, το οποίο ποσοτικοποιεί τα οφέλη στη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής, που προκύπτουν από τη διακοπή του καπνίσματος στους ασθενείς με ΧΑΠ<sup>35</sup>. Κάθε καπνιστής που πάσχει από ΧΑΠ, θα πρέπει να συμβουλευεται επανειλημμένα από τον ιατρό του να διακόψει το κάπνισμα. Συστήνεται η επίσκεψη στον ιατρό κάθε μήνα, αλλά και οι δραστηριότητες συμπεριφορικές παρεμβάσεις είτε σε ατομικό, είτε σε ομαδικό επίπεδο<sup>36</sup>.

Σε μία ανοικτή, τυχαίοποιημένη μελέτη πνευμονολογικής κλινικής, με στόχο την εξέταση τεσσάρων διαφορετικών θεραπευτικών σχημάτων NRT, που χορηγήθηκαν σε καθημερινή βάση σε ασθενείς με ΧΑΠ, ο μέσος όρος των ποσοστών αποχής μετά από 12 μήνες ήταν μόνο 5,6 %<sup>37</sup>. Οι Tonnesen και συν. αξιολόγησαν την αποτελεσματικότητα των υπογλώσσιων δισκίων νικοτίνης και δύο επιπέδων συμπεριφορικής υποστήριξης (συνήθους και εντατικοποιημένης)<sup>37</sup> για τη διακοπή του καπνίσματος σε ασθενείς με ΧΑΠ. Ιατίστωσαν ότι τα ποσοστά αποχής ήταν σημαντικά ανώτερα στην ομάδα στην οποία χορηγήθηκαν υπογλώσσια δισκία νικοτίνης σε σύγκριση με εκείνη στην οποία χορηγήθηκε εικονικό φάρμακο, παρόλο που δεν παρατηρήθηκε σημαντική διαφορά μεταξύ των αποτελεσμάτων της συνήθους και της εντατικοποιημένης συμπεριφορικής υποστήριξης. Η ανάλυση 7372 ασθενών με ΧΑΠ έδειξε ότι η συμβουλευτική για τη διακοπή του καπνίσματος (SCC) σε συνδυασμό με την NRT είχε μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα, εκτιμηθείσα με ποσοστά παρατεταμένης αποχής, σε σχέση με τη συνήθη μονοθεραπεία με NRTs, την αποκλειστική SCC και το συνδυασμό SCC με αντικαταθληπτική φαρμακευτική ουσία.



Ο συνδυασμός διαφορετικών μορφών NRT μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως έγκυρη στρατηγική για την υποβοήθηση των ασθενών με ΧΑΠ να διακόψουν το κάπνισμα. Ο συνδυασμός δύο τύπων NRT, από διαφορετικές οδούς χορήγησης, συνιστάται ανεπιφύλακτα. Η αύξηση της διάρκειας της θεραπείας υποκατάστασης νικοτίνης έως και έξι ή δώδεκα μήνες, μπορεί επίσης να βοηθήσει περισσότερο τους καπνιστές να διακόψουν το κάπνισμα από ότι η θεραπεία συνήθους διάρκειας. Η NRT, μπορεί επίσης να χρησιμοποιηθεί για να βοηθήσει στη σταδιακή ελάττωση του αριθμού των τσιγάρων που καταναλώνονται και να λειτουργήσει ως γέφυρα για την επίτευξη της μόνιμης διακοπής του καπνίσματος.

Δεδομένου δε, ότι οι καπνιστές με ΧΑΠ είναι συνήθως απρόθυμοι να διακόψουν το κάπνισμα, η εφαρμογή αυτής της τακτικής μπορεί να βοηθήσει και στην ανάπτυξη κίνητρων για τη διακοπή του καπνίσματος<sup>36</sup>. Σε τρεις κλινικές μελέτες που ανέλυσαν την αποτελεσματικότητα της βουπροπιόνης για τη θεραπεία της εξάρτησης από τον καπνό σε ασθενείς με ΧΑΠ, διαπιστώθηκε ότι: (i) η βουπροπιόνη ήταν σημαντικά πιο αποτελεσματική από το εικονικό φάρμακο για την επίτευξη συνεχούς αποχής κατά την παρακολούθηση μετά από έξι μήνες [ (16 % έναντι 9 %) <sup>40</sup> και (27,9 % έναντι 14,6 %) <sup>41</sup> ] και (ii) η βουπροπιόνη και η νορτριπυλίνη φαίνεται να είναι εξίσου αποτελεσματικές, αλλά η βουπροπιόνη φαίνεται να είναι πιο αποδοτική σε όρους κόστους – οφέλους, σε σύγκριση τόσο με το εικονικό φάρμακο, όσο και με τη νορτριπυλίνη<sup>42</sup>. Η βουπροπιόνη σε συνδυασμό με τη συμβουλευτική αποδεικνύεται σημαντικά πιο αποτελεσματική στην επίτευξη παρατεταμένης αποχής, σε σχέση με το εικονικό φάρμακο [18,9 % (95 % CI = 3,6 - 26,4 %)]. Επιπροσθέτως, η ετήσια σπιρομέτρηση με μια σύντομη συμβουλευτική παρέμβαση για τη διακοπή του καπνίσματος, συνοδευόμενες από μια προσωπική επιστολή από έναν ιατρό, επέφεραν σημαντικά υψηλότερα ποσοστά αποχής μετά από τρία έτη σε καπνιστές με ΧΑΠ, σε σύγκριση με τους καπνιστές με φυσιολογική αναπνευστική λειτουργία<sup>43</sup>.

Η αποτελεσματικότητα και η ασφάλεια της βαρενικλίνης για τη θεραπεία της εξάρτησης από τον καπνό σε ασθενείς με ΧΑΠ, αξιολογήθηκαν σε δύο μελέτες: μία πολυκεντρική, διπλή- τυφλή μελέτη σε 504 ασθενείς με ήπια έως μέτρια ΧΑΠ, χωρίς ιστορικό ψυχοπαθολογίας και, μια ανοικτή μελέτη σε 472 καπνιστές με σοβαρή ή πολύ σοβαρή ΧΑΠ, που έλαβαν θεραπεία για τη διακοπή του καπνίσματος. Στην πρώτη μελέτη, ο ρυθμός συνεχούς αποχής (CAR) κατά τις εβδομάδες 9 έως 12 ήταν σημαντικά υψηλότερος στους ασθενείς στην ομάδα της βαρενικλίνης (42,3%) από ότι σε εκείνους στην ομάδα του εικονικού φαρμάκου (8,8%) και αντίστοιχα 18,6% έναντι 5,6% κατά τις εβδομάδες 9-52<sup>44</sup>. Στη δεύτερη μελέτη, δεδομένου ότι το πρόγραμμα θεραπείας αποτελείτο από ένα συνδυασμό συμπεριφορικής θεραπείας και φαρμακευτικής θεραπείας (NRT, βουπροπιόνη και βαρενικλίνη), ο CAR από την 9η έως την 24η εβδομάδα για την NRT, τη βουπροπιόνη και τη βαρενικλίνη ήταν 38,2%, 60,0% και 61,0% αντίστοιχα. Επιπλέον, η βαρενικλίνη ήταν πιο αποτελεσματική από το επίθεμα νικοτίνης: 61% έναντι 44,1% <sup>45</sup>.

Οι Hoogendoorn και συν. μελέτησαν την αποτελεσματικότητα της συνεχιζόμενης υποστήριξης των καπνιστών με ΧΑΠ και κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι, παρά το υψηλό κόστος αυτού του προγράμματος διακοπής του καπνίσματος με επιθετικό χαρακτήρα, είναι πιθανόν να υπάρξουν ευεργετικές οικονομικές επιδράσεις μακροπρόθεσμα<sup>46</sup>.

### Συστάσεις<sup>37</sup>

- Η NRT ή η βαρενικλίνη συστήνονται για τη διακοπή του καπνίσματος σε όλους τους καπνιστές ασθενείς με ΧΑΠ, ανεξάρτητα από τη βαρύτητα της νόσου και τον αριθμό των τσιγάρων που καταναλώνουν (επίπεδο τεκμηρίωσης B).
- Η NRT, η βαρενικλίνη και η βουπροπιόνη SR είναι αποτελεσματικές και καλά ανεκτές σε καπνιστές ασθενείς με ΧΑΠ (επίπεδο τεκμηρίωσης A).

### Άσθμα

εδομένου ότι το κάπνισμα είναι ένας σημαντικός προγνωστικός παράγοντας της βαρύτητας του άσθματος, με έναν δόσοεξαρτώμενο τρόπο, η διακοπή του καπνίσματος καθίσταται ζωτικής σημασίας στην περίπτωση των καπνιστών που υποφέρουν από άσθμα<sup>47</sup>. Οι καπνιστές με άσθμα παρουσιάζουν σοβαρότερα συμπτώματα άσθματος, έχουν μεγαλύτερη ανάγκη για φαρμακευτική αγωγή σταθεροποίησης, μεγαλύτερη αντίσταση στη θεραπεία με κορτικοστεροειδή και χαμηλότερους δείκτες ποιότητας ζωής, σχετιζόμενης με την κατάσταση της υγείας τους, από ότι εκείνοι που δεν έχουν καπνίσει ποτέ. Σύμφωνα με μια μελέτη η οποία αξιολόγησε την επίδραση της διακοπής του καπνίσματος στην αναπνευστική λειτουργία και την ποιότητα ζωής σε ασθενείς με άσθμα κατά τη διάρκεια θεραπείας με κορτικοστεροειδή, η συνέχιση του καπνίσματος οδήγησε σε μεγαλύτερη επιδείνωση της αναπνευστικής λειτουργίας στους καπνιστές που υπέφεραν από μακροχρόνιο άσθμα<sup>48</sup>. Δύο θεραπευτικές στρατηγικές συνιστώνται για την επίτευξη καλύτερων αποτελεσμάτων σε καπνιστές, ασθενείς με άσθμα:

- Η χορήγηση φαρμακευτικών ουσιών με συνεργική δράση στην υποστροφή της φλεγμονής των αεραγωγών (η θεοφυλλίνη φαίνεται να αυξάνει την αποτελεσματικότητα της χαμηλής δόσης θεραπείας με ICS, μετριάσει τα συμπτώματα και αυξάνει τον FEV1· ο συνδυασμός φλουτικαζόνης / σαλμετερόλης επιφέρει μεγαλύτερη βελτίωση της βρογχικής υπεραντιδραστικότητας σε σύγκριση με τη μονοθεραπεία με διπλάσια δόση φλουτικαζόνης· οι ανταγωνιστές των υποδοχέων των λευκοτριενίων έχουν επιδείξει δυνατότητες βελτίωσης του αερισμού).
- Η παροχή τεκμηριωμένης υποστήριξης για τη διακοπή του καπνίσματος (υπάρχουν περιορισμένες ενδείξεις για την ανάδειξη του πλέον αποτελεσματικού προγράμματος διακοπής του καπνίσματος στους εν λόγω ασθενείς· οι συμπεριφορικές τεχνικές και τηλεφωνική συμβουλευτική έχουν αποδειχθεί αποτελεσματικές· πρέπει να λαμβάνονται υπόψη οι ενδείξεις σχετικά με τον κίνδυνο που ενέχει η χρήση των ρινικών ψεκασμών νικοτίνης)<sup>5</sup>.

### Συστάσεις

- Οι καπνιστές που υποφέρουν από άσθμα πρέπει να αναγνωρίζονται ως ασθενείς υψηλού κινδύνου και πρέπει να συζητείται μαζί τους η διακοπή του καπνίσματος σε κάθε ευκαιρία. Τα παρεχόμενα εκπαιδευτικά φυλλάδια και τα σχέδια αυτοδιαχείρισης του άσθματος σε γραπτή μορφή, πρέπει να εξασφαλίζουν ότι συμπεριλαμβάνεται η διακοπή του καπνίσματος ως συνιστώσα της θεραπείας του άσθματος<sup>49,50</sup>.



### Φυματίωση

Οι καπνιστές διατρέχουν υψηλότερο κίνδυνο λοίμωξης από το μυκοβακτηρίδιο της φυματίωσης και, από τη στιγμή που θα μολυνθούν, είναι περισσότερο εκτεθειμένοι στη νόσο της φυματίωσης από τους μη καπνιστές. Στους καπνιστές, η φυματίωση μεταδίδεται πιο εύκολα, εκδηλώνεται πιο συχνά στους πνεύμονες, αλλά και με συχνότερη εξωπνευμονική εντόπιση, ενώ και ο κίνδυνος υποτροπής και θανάτου είναι υψηλότερος. Με βάση τα παραπάνω, καθίσταται σαφές ότι η διακοπή του καπνίσματος βοηθά στον καλύτερο έλεγχο της φυματίωσης, από άποψη δημόσιας υγείας. Καθώς επίσης το κάπνισμα μειώνει σημαντικά την αποτελεσματικότητα της αντιφυματικής αγωγής, υποστηρίζεται ιδιαίτερα η ενσωμάτωση θεραπευτικών παρεμβάσεων για τη διακοπή του καπνίσματος σε προγράμματα θεραπείας της φυματίωσης, με στόχο την ελαχιστοποίηση του διπλού βάρους που επωμίζεται η παγκόσμια ιατρική κοινότητα, αυτό του καπνίσματος και της φυματίωσης<sup>51</sup>.

Η Διεθνής Ένωση κατά της Φυματίωσης συνιστά την προσέγγιση ABC για τη διακοπή του καπνίσματος: ερωτήσεις σχετικά με την καπνιστική συνήθεια, σύντομη συμβουλευτική και υποστήριξη για τη διακοπή του καπνίσματος (Ask about smoking status, Brief Advice, Cessation support). Οποιοσδήποτε επαγγελματίας υγείας που ασχολείται με τη θεραπεία της φυματίωσης σε καπνιστές, μπορεί να ακολουθήσει αυτά τα τρία απλά βήματα και τα δεδομένα που εξάγονται πρέπει να σημειώνονται στον ιατρικό φάκελο του ασθενή<sup>52</sup>. Σε μία πολυκεντρική, τυχαιοποιημένη, ελεγχόμενη μελέτη που διεξήχθη στη Μαλαισία, στην οποία συμπεριλήφθησαν 120 ασθενείς με φυματίωση, ενεργοί καπνιστές κατά τη στιγμή της διάγνωσης της νόσου, οι ασθενείς εντάχθηκαν τυχαία σε μία από τις δύο παρακάτω ομάδες: στην ομάδα που έλαβε την πρότυπη θεραπεία TB-DOT καθώς και παρέμβαση SCI για τη διακοπή του καπνίσματος (ομάδα SCIDOTS), ή στην ομάδα που έλαβε μόνο την πρότυπη θεραπεία TB-DOTS (ομάδα DOTS). Κατά τη σύγκριση, οι συμμετέχοντες που δέχθηκαν ολοκληρωμένη παρέμβαση, διέθεταν καλύτερο επίπεδο σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής - εκπεφρασμένο ως μεγαλύτερο αποτέλεσμα στο ερωτηματολόγιο εκτίμησης της ποιότητας ζωής EQ -5D κατά την παρακολούθηση μετά από έξι μήνες, από εκείνους που έλαβαν μόνο την πρότυπη θεραπεία για τη φυματίωση. Το ευρωπαϊκό ερωτηματολόγιο πέντε διαστάσεων για την εκτίμηση της ποιότητας ζωής (EQ - 5D) αναπτύχθηκε για την εκτίμηση της αυτοαξιολόγησης των ασθενών με φυματίωση ως προς τον αντίκτυπο της νόσου και των σχετικών θεραπειών στην ευεξία και τη λειτουργικότητά τους από σωματική, ψυχική και κοινωνική άποψη.

### Κακοήθη νεοπλάσματα

Η διακοπή του καπνίσματος αποτελεί σημαντική πρόκληση σε αυτήν την πολύπλοκη κατηγορία ασθενών<sup>54</sup>. Για τη θεραπεία της εξάρτησης από τον καπνό σε ασθενείς με καρκίνο του πνεύμονα, θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη τα ακόλουθα:

- **Κίνητρο:** Τα διαθέσιμα στοιχεία δείχνουν ότι η πλειοψηφία των ασθενών με καρκίνο του πνεύμονα είναι αποφασισμένοι να διακόψουν το κάπνισμα. Ωστόσο, αν και η διάγνωση καρκίνου του πνεύμονα θεωρείται ότι είναι ένα ισχυρό κίνητρο, οι καπνιστές ασθενείς με καρκίνο του πνεύμονα βρίσκονται σε διάφορα στάδια ετοιμότητας να διακόψουν το κάπνισμα.

- **Στίγμα και αυτοενοχοποίηση:** Υπάρχουν εμπειρικές ενδείξεις ότι οι ασθενείς με καρκίνο του πνεύμονα βιώνουν σημαντικά επίπεδα στιγματισμού, είτε είναι ενεργοί καπνιστές, είτε όχι.
- **Διαχείριση της διάθεσης:** Ως αποτέλεσμα της διάγνωσης του καρκίνου του πνεύμονα, οι ασθενείς συχνά βιώνουν αυξημένη ψυχολογική δυσφορία, αυξημένο αίσθημα ψυχολογικής επιβάρυνσης, άγχος και στιγματισμό.
- **Περιβάλλον χωρίς κάπνισμα:** Υπάρχουν σημαντικές ενδείξεις ότι η απουσία ατόμων που καπνίζουν στο σπίτι του ασθενή μπορεί να σχετίζεται με αυξημένα ποσοστά επιτυχούς διακοπής του καπνίσματος<sup>55</sup>.

Οι ασθενείς με καρκίνο μπορεί να παρουσιάζουν υψηλότερα επίπεδα εξάρτησης από τη νικοτίνη, υψηλότερα επίπεδα συνοσηρότητας, ή μεγαλύτερες δυσκολίες στη διακοπή του καπνίσματος, καθώς και χειρότερη κατάσταση υγείας και σωματικής λειτουργίας, περισσότερο άγχος και συναισθηματική δυσφορία. Αυτό υποδηλώνει την ανάγκη για πιο εντατικά ή προσαρμοσμένα προγράμματα, που να συνδυάζουν συμπεριφορικές παρεμβάσεις και φαρμακευτική θεραπεία για τη διακοπή του καπνίσματος<sup>55</sup>. Η συμβουλευτική υποστήριξη, η φαρμακευτική αγωγή και η συμβουλευτική παρακίνησης είναι αποτελεσματικές σε αυτή την κατηγορία ασθενών. Η συνδυασμένη φαρμακοθεραπεία έχει βρεθεί επίσης αποτελεσματική στους εξαιρετικά εξαρτημένους καπνιστές<sup>55</sup>. Ένα πρόγραμμα διακοπής του καπνίσματος, τη διαχείριση του οποίου ανέλαβε νοσηλευτικό προσωπικό, με συμμετέχοντες 145 ασθενείς με νεοπλασματική νόσο στον εγκέφαλο, κακοήγη νεοπλάσματα τραχήλου ή καρκίνο του πνεύμονα, απέφερε ευνοϊκά ποσοστά μακροπρόθεσμης επιτυχίας στη διακοπή του καπνίσματος (40 % αποχή μετά από έξι μήνες). Το πρόγραμμα ήταν πιο εντατικό κατά τον πρώτο μήνα και αποτελείτο από ιατρικές συμβουλές, παρεμβάσεις από το νοσηλευτικό προσωπικό που ανέλαβε τη διαχείριση και διάφορα θεραπευτικά σκευάσματα (παστίλιες νικοτίνης, βουπροπιόνη και συνδυασμούς αυτών), ενώ διήρκεσε συνολικά ένα έτος, με στόχο την υποστήριξη του ασθενούς κατά διάφορες κρίσιμες καταστάσεις, όπως γενέθλια, καταστάσεις άγχους και εορτές<sup>56</sup>.

### Ψυχικά νοσήματα, χρήστες ουσιών

Η εκδήλωση ψυχικών νοσημάτων είναι πιο συχνή στην περίπτωση των καπνιστών και οι εν λόγω ασθενείς μπορεί να αντιμετωπίσουν δυσκολίες κατά τη διαδικασία διακοπής του καπνίσματος. Επίσης, συμπεριφορές που περιλαμβάνουν κατανάλωση προϊόντων καπνού συναντώνται πιο συχνά επί κατάχρησης αιθυλικής αλκοόλης και σε χρήστες ναρκωτικών ουσιών. Αυτές δε οι κατηγορίες καπνιστών, αποζητούν σπανιότερα κάποιο είδος θεραπείας για τη διακοπή του καπνίσματος. Η θεραπεία της εξάρτησης από τον καπνό στους ασθενείς αυτούς, είναι μια πολύπλοκη διαδικασία, που λαμβάνει χώρα στο πλαίσιο μιας ψυχιατρικής διάγνωσης και ειδικής φαρμακευτικής αγωγής. Σε σύγκριση με τους καπνιστές χωρίς ιστορικό ψυχικών διαταραχών, όλοι οι καπνιστές που είχαν στο παρελθόν εμφανίσει κάποιο είδος διαταραχής της διάθεσης ή αγχώδους διαταραχής (συμπεριλαμβανομένων εκείνων που

εμφάνισαν μία από αυτές κατά το περασμένο έτος) είχαν λιγότερες πιθανότητες να απέχουν από το κάπνισμα μετά από οκτώ εβδομάδες από την ημερομηνία διακοπής. Η διάγνωση μιας αγχώδους διαταραχής σχετίζεται επίσης με μειωμένες πιθανότητες διατήρησης της αποχής έξι μήνες μετά τη διακοπή. Τα ευρήματα αυτά μπορούν να αποτελέσουν βάση για την προσαρμογή της θεραπείας σε καπνιστές με ψυχικά νοσήματα<sup>57</sup>.

Μια, πρόσφατα ολοκληρωθείσα, τυχαίοποιημένη μελέτη ανοιχτής ετικέτας, ανέδειξε την ενίσχυση της αποτελεσματικότητας της συνήθους θεραπείας (TAU), όταν αυτή συνδυάστηκε με το επίθεμα νικοτίνης και τη γνωσιακή-συμπεριφορική συμβουλευτική σε επίπεδο ομάδας, για τη διακοπή του καπνίσματος (συνδυασμός: n = 153 vs. μόνο TAU: n = 72) σε ασθενείς που είχαν εγγραφεί σε προγράμματα θεραπείας για την εξάρτηση από ναρκωτικές ουσίες ή το αλκοόλ και οι οποίοι ενδιαφέρονταν επίσης για τη διακοπή του καπνίσματος.

Τα αποτελέσματα της μελέτης αυτής, αποτελούν επίσης μια δευτερεύουσα ανάλυση για την αξιολόγηση των επιπτώσεων των καταθλιπτικών συμπτωμάτων (n = 70) ή του ιστορικού κατάθλιψης (n = 110), στην αποτελεσματικότητα της θεραπείας διακοπής του καπνίσματος. Παρατηρήθηκε σημαντική συσχέτιση μεταξύ της έντασης των θεραπευτικών παρεμβάσεων για την κατάθλιψη και της δυσκολίας στη διακοπή του καπνίσματος. Αυτά τα δεδομένα υποδηλώνουν ότι η αξιολόγηση και η θεραπεία των καταθλιπτικών συμπτωμάτων μπορεί να παίζουν έναν σημαντικό ρόλο στην ενίσχυση της αποτελεσματικότητας της θεραπείας διακοπής του καπνίσματος σε αυτήν την κατηγορία ασθενών<sup>58</sup>.

Μια μετανάλυση, έδειξε ότι τα φαρμακευτικά σκευάσματα με αντικαταθλιπτική δράση, και πιο συγκεκριμένα η βουπροπιόνη SR και η νορτριπυλίνη, είναι αποτελεσματικά στην αύξηση των ποσοστών μακροχρόνιας αποχής σε καπνιστές με ιστορικό κατάθλιψης. Η φαρμακολογική θεραπεία συνδυάστηκε με την εντατική συμβουλευτική<sup>59</sup>. Αν και επισημαίνεται υψηλός κίνδυνος υποτροπής σε αυτήν την κατηγορία ασθενών, τα διαθέσιμα φαρμακευτικά σκευάσματα για την αντιμετώπιση της εξάρτησης από τον καπνό είναι αποδοτικά. Η βουπροπιόνη SR και η νορτριπυλίνη είναι χρήσιμες στην περίπτωση της σχιζοφρένειας, για τον περιορισμό των συμπτωμάτων στέρησης και της σχετικής κατάθλιψης. Η βαρενικλίνη μπορεί να μετριάσει τις ανεπιθύμητες ενέργειες που επιφέρει η αποχή από το κάπνισμα και φαίνεται να είναι καλά ανεκτή σε καπνιστές με σχιζοφρένεια<sup>59</sup>. Τόσο η βαρενικλίνη, όσο και η συνδυασμένη φαρμακοθεραπεία ήταν αποτελεσματικές και δεν αύξησαν το επίπεδο της ψυχολογικής δυσφορίας σε διάστημα έξι μηνών σε καπνιστές με ψυχικά νοσήματα<sup>60</sup>.

Για τη θεραπεία των καπνιστών που πάσχουν από σοβαρές ψυχικές διαταραχές, όπως μείζονα κατάθλιψη, σχιζοφρένεια και ψύχωση, συνιστάται η παράταση της θεραπείας, με στόχο την ταυτόχρονη υλοποίηση ψυχολογικών, γνωσιακών-συμπεριφορικών τεχνικών και τη χορήγηση οποιασδήποτε φαρμακευτικής αγωγής που βοηθά στον έλεγχο / μείωση του κινδύνου υποτροπής ή, εν γένει, των συμπτωμάτων της ψυχικής νόσου<sup>61</sup>. Στην περίπτωση των ασθενών που υποφέρουν από σχιζοφρένεια, η εκτίμηση της καπνιστικής συνήθειας θα πρέπει να συμπεριλαμβάνεται στην κλινική εκτίμηση και, ακολούθως, θα πρέπει να παρέχεται θεραπεία υποκατάστασης της νικοτίνης<sup>62</sup>.

Οι ασθενείς που ακολουθούν θεραπεία με άτυπα αντιψυχωσικά, μπορεί να έχουν καλύτερη ανταπόκριση στη θεραπεία με βουπροπιόνη SR από εκείνους που λαμβάνουν κλασικά αντιψυχωσικά<sup>5</sup>.

Σε μία μελέτη ανοιχτής ετικέτας, η οποία συμπεριέλαβε 412 καπνιστές (111 από τους οποίους είχαν διαγνωσθεί με ψυχικά νοσήματα) η βαρενικλίνη ήταν εξίσου αποτελεσματική και δεν σχετίστηκε με υψηλότερη συχνότητα εμφάνισης ή σοβαρότερες ανεπιθύμητες ενέργειες στους ασθενείς με ψυχικά νοσήματα.

Μια συγκριτική μελέτη σε ασθενείς με και χωρίς ιστορικό κατάθλιψης κατέληξε σε παρόμοιο συμπέρασμα σχετικά με την αποτελεσματικότητα και την ασφάλεια της βαρενικλίνης σε ασθενείς με κατάθλιψη. Ωστόσο, οι ιατροί θα πρέπει να παρακολουθούν στενά τους ασθενείς, λόγω της πιθανότητας αποσταθεροποίησης της νόσου από το φάρμακο<sup>63</sup>.

Η συμβουλευτική και η φαρμακοθεραπεία είναι αποτελεσματικές στους καπνιστές που λαμβάνουν ταυτόχρονα θεραπεία για τον παράνομο εθισμό σε ναρκωτικές ουσίες, αν και υπάρχουν λίγες ενδείξεις σχετικά με το πώς η θεραπεία για τον εθισμό στη νικοτίνη επηρεάζει τη διαδικασία απεξάρτησης από τις ναρκωτικές ουσίες. Οι τρέχουσες μελέτες, αποδεικνύουν την αποτελεσματικότητα μιας σύντομης παρέμβασης τύπου διαχείρισης απροόπτων (CM), που βασίζεται στην ανταμοιβή με επιταγή, για την προώθηση της έναρξης της αποχής από το κάπνισμα σε εξαρτημένους από τα οπιοειδή ασθενείς<sup>64</sup>.

Η θεραπεία της εξάρτησης από τον καπνό είναι αποτελεσματική σε ασθενείς με σοβαρές ψυχικές νόσους. Θεραπείες που είναι αποτελεσματικές στον γενικό πληθυσμό, φαίνεται να είναι σχεδόν εξίσου αποτελεσματικές και για τα άτομα με σοβαρή ψυχοπαθολογία. Επιπλέον, η θεραπεία της εξάρτησης από τον καπνό σε ασθενείς με σταθεροποιημένη ψυχοπαθολογία, δεν επιβαρύνει την ψυχική κατάσταση των ασθενών αυτών<sup>65</sup>.

### **Ασθενείς με HIV λοίμωξη**

Καμία μακροχρόνια τυχαίοποιημένη κλινική δοκιμή δεν έχει αναλύσει έως τώρα την αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων σε αυτή την ομάδα ασθενών. Είναι απαραίτητο να διεξαχθούν περισσότερες μελέτες. Μια μελέτη ελέγχου διάρκειας τριών μηνών, κατέδειξε θετικά αποτελέσματα από την τηλεφωνική συμβουλευτική. Τα υπάρχοντα στοιχεία δείχνουν την αποτελεσματικότητα της φαρμακευτικής αγωγής για τη διακοπή του καπνίσματος σε αυτή την κατηγορία ασθενών<sup>5</sup>.

Τα οροθετικά άτομα, έχουν περισσότερες πιθανότητες να καπνίζουν σε σχέση με το γενικό πληθυσμό. Σήμερα, τα οροθετικά άτομα ζουν περισσότερο λόγω της προόδου της αντιρετροϊκής θεραπείας, καθιστώντας το ζήτημα του καπνίσματος στον πληθυσμό αυτό μια σημαντική ανησυχία για τη δημόσια υγεία. Ωστόσο, οι οροθετικοί καπνιστές έχουν υψηλότερα ποσοστά θνησιμότητας και είναι πιο πιθανό να αναφέρουν χαμηλότερη ποιότητα ζωής από τα οροθετικά άτομα που δεν καπνίζουν. Επιπλέον, οι οροθετικοί καπνιστές φαίνεται να διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο ανάπτυξης διηθητικής πνευμονιοκοκκικής λοίμωξης και άλλων λοιμώξεων σε σύγκριση με τα μη οροθετικά άτομα. Επίσης, στους οροθετικούς ασθενείς, το κάπνισμα σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης διαφόρων ευκαιριακών λοιμώξεων και αυτόματου πνευμοθώρακα. Τα στοιχεία υποδεικνύουν ότι οι καπνιστές με HIV λοίμωξη υποτιμούν τις επιπτώσεις του καπνίσματος στην υγεία τους και ορισμένοι δηλώνουν ότι δεν θα ζήσουν αρκετά ώστε να κινδυνεύσουν από την κατανάλωση προϊόντων καπνού. Επιπλέον, ορισμένοι οροθετικοί καπνιστές αναφέρουν ότι το κάπνισμα είναι ένας αποτελεσματικός τρόπος για να αντιμετωπίσουν το άγχος εξαιτίας της νόσου τους<sup>29</sup>.

#### 4.6.4. Συστάσεις για την προσέγγιση της αύξησης του σωματικού βάρους μετά τη διακοπή καπνίσματος

Οι περισσότεροι καπνιστές που διακόπτουν το κάπνισμα, διαπιστώνουν αύξηση του σωματικού τους βάρους, η οποία συνολικά, δεν υπερβαίνει συνήθως τα 5 κιλά. Ωστόσο, σε ένα ποσοστό που φτάνει το 10%, παρατηρείται αύξηση βάρους άνω των 15 κιλών. Πρέπει να τονιστεί το γεγονός ότι, η αύξηση του σωματικού βάρους (WG) που ακολουθεί τη διακοπή του καπνίσματος είναι μια μικρή απειλή για την υγεία, σε σχέση με τους κινδύνους που ενέχει η συνέχιση του καπνίσματος<sup>5</sup>.

Η τάση για αύξηση του σωματικού βάρους είναι μεγαλύτερη στις γυναίκες από ότι στους άνδρες, στα άτομα με αφροαμερικανική καταγωγή ανεξάρτητα από το φύλο τους, στα άτομα ηλικίας άνω των 55 και στους βαρείς καπνιστές. Οι έφηβοι, στην περίπτωση που τους απασχολεί ιδιαίτερα το σωματικό τους βάρος, ξεκινούν να καπνίζουν συχνότερα<sup>5</sup>. Για αυτό το λόγο, υπάρχει ανάγκη για την προώθηση υγιεινών μεθόδων διατήρησης του βάρους και την κατάρτιση της ιδέας ότι η κατανάλωση προϊόντων καπνού αποτελεί μέθοδο ελέγχου του σωματικού βάρους. Οι έφηβοι πρέπει να γνωρίζουν ότι υπάρχουν άλλοι τρόποι για να χάσουν βάρος, πολύ πιο αποτελεσματικοί και υγιεινοί και τέτοιου είδους μηνύματα, θα πρέπει να περιληφθούν στα εκπαιδευτικά προγράμματα, ειδικά κατά τη συζήτηση για τη διακοπή του καπνίσματος<sup>66</sup>. Τα στοιχεία που παρέχονται από τους Levine και συν., δείχνουν ότι οι γυναίκες που ανησυχούσαν για το βάρος τους και έλαβαν τη συνδυαστική θεραπεία CONCERNS (συνδυασμός βουπροπιόνης SR και γνωσιακής-συμπεριφορικής θεραπείας [CBT] για την αντιμετώπιση των φόβων σχετικά με το κάπνισμα και το σωματικό βάρος) είχαν περισσότερες πιθανότητες να διατηρήσουν την αποχή από το κάπνισμα μετά από έξι μήνες (34 % έναντι 21 % με πρότυπη CBT και βουπροπιόνη ως μονοθεραπείες και, έναντι 11,5 % με εικονικό φάρμακο). Η επίδραση αυτή δεν σχετιζόταν με τις διαφορές στην αύξηση του βάρους μετά τη διακοπή του καπνίσματος ή με τις μεταβολές στις ανησυχίες σχετικά με το σωματικό βάρος<sup>67</sup>.

Η θεραπεία υποκατάστασης της νικοτίνης και η βουπροπιόνη είναι αποτελεσματικές στον περιορισμό της αύξησης του σωματικού βάρους που αναφέρεται μετά τη διακοπή του καπνίσματος. Σε δύο σχετικές μελέτες, στις οποίες έγινε σύγκριση της βαρενικλίνης, της βουπροπιόνης και του εικονικού φαρμάκου, η αύξηση του βάρους στην ομάδα θεραπείας με βαρενικλίνη ήταν η χαμηλότερη (κάτω από 3 κιλά) μετά από 12 εβδομάδες<sup>5</sup>.

Η αύξηση του σωματικού βάρους επέρχεται λόγω της αυξημένης πρόσληψης θερμίδων και της επιβράδυνσης της μεταβολικής λειτουργίας. Τα διαθέσιμα στοιχεία σχετικά με την ανάμειξη των μεταβολικών μηχανισμών, υποδεικνύουν ότι οι καπνιστές θα πάρουν βάρος κατά τη διάρκεια μιας προσπάθειας διακοπής του καπνίσματος, ακόμα κι αν δεν αυξηθεί η πρόσληψη θερμίδων<sup>5</sup>. Ο ασθενής πρέπει να ενημερωθεί και να προετοιμαστεί για το ενδεχόμενο αύξησης του βάρους του και θα πρέπει να λάβει υποστήριξη για τον έλεγχο του βάρους του, με την ενθάρρυνση να υιοθετήσει έναν υγιεινό τρόπο ζωής, να ακολουθήσει ένα απλό πρόγραμμα σωματικής άσκησης, να καταναλώνει υγιεινά γεύματα πλούσια σε φρούτα και λαχανικά, να κοιμάται καλά και να περιορίσει την κατανάλωση αλκοόλ. Ένα πρόγραμμα άσκησης διάρκειας 45 λεπτών, τρεις φορές την εβδομάδα, αυξάνει τις πιθανότητες μακροχρόνιας αποχής από το κάπνισμα στις γυναίκες και περιορίζει την αύξηση του βάρους, αν

συνδυαστεί και με ένα γνωσιακό-συμπεριφορικό πρόγραμμα υποστήριξης. Η αύξηση του βάρους είναι ελάχιστη εάν η αποχή από το κάπνισμα συνοδεύεται από την αύξηση της σωματικής δραστηριότητας<sup>68</sup>.

Η εξατομικευμένη υποστήριξη για τη διαχείριση του σωματικού βάρους μπορεί να είναι αποτελεσματική ή μπορεί να μην οδηγήσει σε μείωση της αποχής από το κάπνισμα, αλλά υπάρχουν ελάχιστες σχετικές ενδείξεις. Μια μελέτη απέδειξε ότι ένα έντονα υποθερμιδικό πρόγραμμα διατροφής, οδήγησε σε αύξηση της αποχής από το κάπνισμα, αλλά δεν εμπόδισε την αύξηση του σωματικού βάρους μακροπρόθεσμα. Η γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία, για την αποδοχή του γεγονότος της αύξησης του σωματικού βάρους, δεν περιορίσε την αύξηση του σωματικού βάρους μετά τη διακοπή και δεν φαίνεται να προωθεί την αποχή σε μακροπρόθεσμη βάση. Οι παρεμβάσεις υπό τη μορφή σωματικής άσκησης οδήγησαν σε σημαντική μείωση του βάρους μακροπρόθεσμα, αλλά όχι βραχυπρόθεσμα. Είναι αναγκαίες περισσότερες μελέτες για να διευκρινιστεί κατά πόσον αυτό αποτελεί αποτέλεσμα της θεραπείας ή τυχαίο εύρημα. Η βουπροπιόνη, η φλουοξετίνη, η NRT και η βαρενικλίνη βοηθούν στο μετριασμό της αύξησης του σωματικού βάρους μετά τη διακοπή του καπνίσματος, κατά τη διάρκεια της λήψης της φαρμακευτικής αγωγής. Παρά το γεγονός ότι το αποτέλεσμα αυτό δεν διατηρήθηκε ένα έτος μετά τη διακοπή του καπνίσματος, οι υπάρχουσες ενδείξεις είναι ανεπαρκείς για τον αποκλεισμό ενός μετρίου μακροπρόθεσμου αποτελέσματος. Τα διαθέσιμα δεδομένα δεν είναι επαρκή για συστηθούν ανεπιφύλακτα αποτελεσματικά προγράμματα για την πρόληψη της αύξησης του σωματικού βάρους μετά τη διακοπή του καπνίσματος<sup>69</sup>.

Τα υποκατάστατα νικοτίνης - ειδικότερα η τσίκλα νικοτίνης ποσότητας 4 mg και η παστίλια νικοτίνης ποσότητας 4 mg - φαίνεται να είναι αποτελεσματικά στην καθυστέρηση της αύξησης του σωματικού βάρους μετά τη διακοπή του καπνίσματος. Επιπλέον, φαίνεται ότι υπάρχει μια σχέση δόσης-αποτελέσματος μεταξύ της κατανάλωσης της τσίκλας νικοτίνης και της αναχαίτιση της αύξησης του βάρους (δηλαδή όσο μεγαλύτερη κατανάλωση τσίκλας γίνεται, τόσο μικρότερη η αύξηση του σωματικού βάρους).

Η βουπροπιόνη SR φαίνεται να είναι επίσης αποτελεσματική στην καθυστέρηση της αύξησης του σωματικού βάρους μετά τη διακοπή του καπνίσματος. Ωστόσο, από τη στιγμή που είτε η θεραπεία με τσίκλα νικοτίνης, είτε η θεραπεία με βουπροπιόνη SR ολοκληρώνεται, ο καπνιστής που διακόπτει το κάπνισμα παίρνει, κατά μέσο όρο τόσο βάρος, όσο περίπου θα έπαιρνε αν δεν είχε χρησιμοποιήσει αυτά τα φάρμακα.

#### Συστάσεις

- Στην περίπτωση των καπνιστών που ανησυχούν για μια πιθανή αύξηση του σωματικού τους βάρους μετά τη διακοπή του καπνίσματος, συνιστάται η θεραπεία με βαρενικλίνη, βουπροπιόνη ή τσίκλες νικοτίνης για τον περιορισμό του δυνητικού κινδύνου αύξησης του σωματικού βάρους κατά την αποχή από το κάπνισμα (επίπεδο τεκμηρίωσης B)<sup>70</sup>.



- 1 Kirsten Wisborg , Ulrik Kesmodel, Tine Brink Henriksen, Sjurdur Fródi Olsen and Niels Jørgen Secher  
Exposure to Tobacco Smoke in Utero and the Risk of Stillbirth and Death in the First Year of Life *Am. J. Epidemiol.* (2001) 154 (4): 322-327.
- 2 Nicotine for the Fetus, the Infant and the Adolescent?, Ginzl, K. H., Maritz, G., Marks, D., Neuberger, M., Pauly, J., Polito, J., Schulte-Hermann, R., Slotkin, T., *Journal of Health Psychology*, 2007 Sage Publications, Vol 12(2) 215–224, DOI: 10.1177/1359105307074240
- 3 Bolton, L., Cohen, J., & Bloom, P. (2006). Does marketing products as remedies create 'Get out of jail free cards'? *Journal of Consumer Research*, 33, 71–81
- 4 Coleman T et al. A Randomized Trial of Nicotine-Replacement Therapy Patches in Pregnancy. *N Engl J Med* 2012;366:808-818.
- 5 Trofor A., Mihaltan F., Mihaicuta S., Pop M., Todea D et al., Romanian Society of Pulmonologists Smoking Cessation and Smoker's Assistance Guidelines (GREFA), 2-nd ed. – Tehnopress Iași, 2010, www.srp.ro
- 6 Teen Smoking Statistics, CDC, Mayo Clinic, ALA Teen Help.com
- 7 Tonnensen P., How to reduce smoking among teenagers, *Eur Respir J* 2002; 19:13
- 8 Fiore MC, Jaen CR, Baker TB, et al: Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update, *Clinical Practice Guideline*. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services. Public Health Service. May 2008
- 9 Sussman S., Effects of sixty six adolescents tobacco use cessation trials and seventeen prospective studies of self-initiated quitting, *Tobacco Induced Disease* 2002, Jan 15; 1(1), 35-81
- 10 Krishnan-Sarin S., Duhiq a.M., McKee SA, McMahan TJ, Liss T., McFetridge A., Cavallo DA, Contingency management for smoking cessation in adolescents, *Exp.Clin.Psychopharmacology*, 2006, Aug; 14(3), 306-10
- 11 Tevyaw T.O'L, Colby S.M., Tidey J.W., Kahler C.W., Rohsenow D.J., Barnett N.P., Gwaltney C.J., Monti P.M., Contingency management and motivational enhancement: A randomized clinical trial for college student smokers, *Nicotine Tob Res.* 2009 June; 11(6): 739–749, Published online 2009 May 14. doi: 10.1093/ntr/ntp058  
www.notontobacco.com  
<http://arnoldagency.com/cleanindoorair/>
- 12
- 13
- 14 Trofor A., Mihaltan F, Mihaicuta S., Lotrean L., Smoking cessation and prevention for young people Romanian expertise, *Pneumologia*, Vol. 58 – Nr. 1/ 2009, p. 7278., ISSN 12233056  
[http://www.ttac.org/TCN/peers/pdfs/02.18.11/VT\\_2009-2010\\_N-O-T\\_Program\\_Summary.pdf](http://www.ttac.org/TCN/peers/pdfs/02.18.11/VT_2009-2010_N-O-T_Program_Summary.pdf)
- 15 Tedeschi GJ, Zhu S-H, Anderson CM, et. al. (2005). Putting it on the line: Telephone counseling for adolescent smokers. *J Couns Dev*, 83, 416-424
- 16
- 17 Jacobsen LK, Krystal JH, Mencil WE, Westerveld M, Frost SJ, Pugh KR., Effects of smoking and smoking abstinence on cognition in adolescent tobacco smokers *Biol Psychiatry*. 2005 Jan 1;57(1):56-66.PMID: 15607301 [PubMed - indexed for MEDLINE
- 18 Killen JD, Ammerman S, Rojas N, Varady J, Haydel F, Robinson TN, Do adolescent smokers experience withdrawal effects when deprived of nicotine?, *Exp.Clin Psychopharmacol.*, 2001 May;9(2):176-82
- 19 Prokhorov AV, Hudmon KS, de Moor CA, Kelder SH, Conroy JL, Ordway N., Nicotine dependence, withdrawal symptoms, and adolescents' readiness to quit smocking, *Nicotine Tob. Research*, 2001 May;3(2):151-5
- 20 Hurt RD, Croghan GA, Beede SD, Wolter TD, Croghan IT, Patten CA., Nicotine patch therapy in 101 adolescent smokers: efficacy, withdrawal symptom relief, and carbon monoxide and plasma cotinine levels, *Arch.Pediatr.Adolesc.Med.* 2000 Jan;154(1):31-7
- 21 Hanson K, Allen S, Jensen S, Hatsukami D, Treatment of adolescent smokers with the nicotine patch. *Nicotine Tob.Res.*, 2003 Aug;5(4):515-26
- 22 Breland, A.B., Colby, S., Dino, G., Smith, G., Taylor, M. Youth smoking cessation interventions: Treatments, barriers, and recommendations for Virginia. Richmond, Virginia: Virginia Commonwealth University, Institute for Drug and Alcohol Studies, 2009. <http://www.vcu.edu/idas/vytp/reports/index.html>
- 23 Moolchan ET, Robinson ML, Ernst M, Cadet JL, Pickworth WB, Heishman SJ, Schroeder JR., Safety and efficacy of the nicotine patch and gum for the treatment of adolescent tobacco addiction, *Pediatrics*, 2005 Apr;115(4):e407-14
- 24 Rubinstein ML, Benowitz NL, Auerback GM, Moscicki AB A randomized trial of nicotine nasal spray in adolescent smokers. *Pediatrics*, 2008 Sep;122(3):e595-600
- 25 Upadhyaya HP, Brady KT, Wang W Bupropion SR in adolescents with comorbid ADHD and nicotine dependence: a pilot study, *J.Am.Acad.Child.Adolesc.Psychiatry*, 2004 Feb;43(2):199-205
- 26 Killen JD, Robinson TN, Ammerman S, Hayward C, Rogers J, Stone C, Samuels D, Levin SK, Green S, Schatzberg AF., Randomized clinical trial of the efficacy of Bupropion combined with nicotine patch in the treatment of adolescent smokers, *J. Consult. Clin.Psychol.*, 2004 Aug;72(4):729-35
- 27 Muramoto ML, Leischow SJ, Sherrill D, Matthews E, Strayer LJ., Randomized, double-blind, placebo-controlled trial of 2 dosages of sustained-release Bupropion for adolescent smoking cessation., *Arch. Pediatr. Adolesc.Med.*2007 Nov; 161(11): 1068-74
- 28 Gray K.M., Carpenter M.J., Baker N.L., Hartwell K.J., Lewis A.L., Hiott D.W., Deas D., Upadhyaya H.P., Bupropion SR and Contingency Management for Adolescent Smoking Cessation, *J Subst Abuse Treat.* 2011 January; 40(1): 77-86, Published online 2010 October 8. doi: 10.1016/j.jsat.2010.08.010
- 29 Fiore M. C., Tobacco Use and Dependence: A 2011 Update of Treatments CME/CE, <http://www.medscape.org/viewarticle/757167>
- 30 Critchley JA, Capewell S., WITHDRAWN: Smoking cessation for the secondary prevention of coronary heart disease, *Cochrane Syst. Review* 2012 Feb., 15;2:CD003041
- 31 Guidelines for Smoking Cessation (JCS 2010)– Digest Version –JCS Joint Working Group, *Circulation Journal Official Journal of the Japanese Circulation Society.* <http://www.j-circ.or.jp>
- 32 <http://rxforchange.ucsf.edu/>
- 33 Ockene I. Salmoirago-Blotcher E. Varenicline for Smoking Cessation in Patients With Coronary Heart Disease, *Circulation*, 2010, 121,188-90
- 34 Andreas S, Hering T., Mühlig S., Nowak D., Raupach T., Worth H., *Clinical Practice Guideline, Smoking Cessation in Chronic Obstructive Pulmonary Disease An Effective Medical Intervention Deutsches Ärzteblatt International -Dtsch Arztebl Int* 2009; 106(16): 276–82
- 35 Papadopoulos G., Vardavas C.I., Limperi M., Linardis A., Georgoudis G., Behrakis P. Smoking cessation can improve quality of life among COPD patients: Validation of the clinical COPD questionnaire into Greek, *BMC Pulmonary Medicine* 2011, <http://www.biomedcentral.com/1471-2466/11/13>
- 36 Jiménez-Ruiz C.A., Luhning S., Buljubasich D., Pendino R. Smoking Cessation Treatment for Chronic Obstructive Pulmonary Disease Smokers, *European Respiratory Disease, Touch Briefings* 2011, 106-10
- 37 Tønnesen P., Carrozzi L., Fagerström K.O., Gratziau C., Jimenez-Ruiz C., Nardini S., Viegi G., Lazzaro C.,





37 Campbell L.A., Dagli E., West R. Smoking cessation in patients with respiratory diseases: a high priority, integral component of therapy, *Eur Respir J* 2007; 29: 390–417, DOI: 10.1183/09031936.00060806

38 Tønnesen P, Mikkelsen K, Bremann L, Nurse-conducted smoking cessation in patients with COPD, using nicotine sublingual tablets and behavioral support, *Chest*, 2006;130(2):334–42

39 Strassmann R, Bausch B, Spaar A, et al., Smoking cessation interventions in COPD: a network meta-analysis of randomised trials, *Eur Respir J*, 2009;34:634–40

40 Tashkin DP, Kanner R, Bailey W, et al., Smoking cessation in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a double-blind, placebo-controlled, randomised trial, *Lancet*, 2001;357:1571–5

41 Wagena EJ, Knispchild PG, Huibers MJ, et al., Efficacy of Bupropion and nortryptiline for smoking cessation among people at risk for or with COPD, *Arch Intern Med*, 2005;165:2286–92

42 Van Schayck CP, Kaper J, Wagena EJ, et al., The costeffectiveness of antidepressants for smoking cessation in chronic obstructive pulmonary disease (COPD) patients, *Addiction*, 2009;104:2110–7

43 Coronini-Cronberg S., Heffernan C., Robinson M. Effective smoking cessation interventions for COPD patients: a review of the evidence *J R Soc Med Sh Rep*, 2011;2:78,DOI10.1258/shorts.2011.011089

44 Tashkin DP, Rennard S, Hays JT, et al., Effects of Varenicline on smoking cessation in patients with mild to moderate COPD: a randomized controlled trial, *Chest*, 2011;139:591–9

45 Jiménez-Ruiz CA, Ramos Pinedo A, Cicero Guerrero A, et al., Characteristics of COPD smokers and effectiveness and safety of smoking cessation medications, *Nicotine Tob Res*, (in press)

46 Hoogendoorn M, Feenstra TL, Hoogenveen RT, Rutten-van Mölken MPMH, Long term effectiveness and costeffectiveness of smoking cessation interventions in patients with COPD, *Thorax*, 2010;65:711–8

47 Polosa R., Russo C., Caponnetto P., Bertino G., Sarvà M., Antic T., Mancuso s., Al-Delaimy W.K., Greater severity of new onset asthma in allergic subjects who smoke: a 10-year longitudinal study, *Respiratory Research* 2011, 12:16

48 An-Soo Jang, Sung-Woo Park, Do-Jin Kim, SooTaek Uh, Young Hoon Kim, Hun Gyu Whang, Gun Il Lim, Choon-Sik Park, Effects of Smoking Cessation on Airflow Obstruction and Quality of Life in Asthmatic Smokers, *Allergy Asthma Immunol Res*. 2010 October;2(4):254-259, doi: 10.4168/aaair.2010.2.4.254, pISSN 2092-7355, eISSN 2092-7363

49 Tobacco use in relation to COPD and asthma M.N. Hylkema et al *Eur Respir J* 2007; 29: 438–445

50 Achieving asthma control in practice: Understanding the reasons for poor control. Haughney; *Respiratory Medicine* (2008) 102, 1681-1693

51 Chiang YC, Lin YM, Lee JA, Lee CN, Chen HY., Tobacco consumption is a reversible risk factor associated with reduced successful treatment outcomes of anti-tuberculosis therapy, *Int.J.Inf. Dis*, 2012 Feb; 16(2), e130-5 Epub 2011 Dec 18

52 Bissell K., Fraser T., Chiang C-Y, Enarson D.A., Smoking Cessation and Smokefree Environments for Tuberculosis Patients, Paris, France: international Union Against Tuberculosis and Lung Disease, 2010

53 Awaisu A., Mohamed M.H.N., Noordin N.M., Muttalif A.R., Aziz N.A., Sulaiman S.A.S., Mahayiddin A.A. Impact of connecting tuberculosis directly observed therapy short-course with smoking cessation on health-related quality of life, *Tobacco Induced Diseases* 2012, 10:2 <http://www.tobaccoinduceddiseases.com/content/10/1/2>

54 Nayan S., Gupta M.K., Sommer D.D., Evaluating Smoking Cessation Interventions and Cessation Rates in Cancer Patients: A Systematic Review and Meta-Analysis *International Scholarly Research Network ISRN Oncology Volume* 2011, Article ID 849023, 7 pages doi:10.5402/2011/849023

55 Cataldo J.K., Dubey S., Prochaska J.J. Smoking Cessation: An Integral Part of Lung Cancer Treatment, *Oncology* 2010;78:289–301 DOI: 10.1159/000319937

56 de Bruin-Visser J.C., Ackerstaff H., Rehorst H., Rete V.P., Hilgers F.J.M., Integration of a smoking cessation program in the treatment protocol for patients with head and neck and lung cancer, *Eur Arch Otorhinolaryngol* (2012) 269:659–665 DOI 10.1007/s00405-011-1673-0

57 Piper M., Smith S.S., Schlam T.R., Fleming M.F., Bittrich A.A., Brown J.L., Leitzke C.J., Zehner M.E., Fiore M.C., Baker T.B., Psychiatric Disorders in Smokers Seeking Treatment for Tobacco dependence: Relations with Tobacco dependence and Cessation *J Consult Clin Psychol*. 2010 February ; 78(1): 13. doi:10.1037/a0018065

58 Sonne S.C., Nunes E.V., Jiang H., Tyson C., Rotrosen J., Reid M., The Relationship Between Depression and Smoking Cessation Outcomes in Treatment-Seeking Substance Abusers, *Am J Addict*. 2010 March 1; 19(2): 111–118. doi:10.1111/j.1521-0391.2009.00015.x

59 Liu ME, Tsai SJ, Jeang SY, Peng SL, Wu SL, Chen MC, Tsai YL, Yang ST., Varenicline prevents affective and cognitive exacerbation during smoking abstinence in male patients with schizophrenia, *Psychiatry Res*. 2011 Nov 30;190(1):79-84. Epub 2011 Jun 1

60 Steinberg MB, Bover MT, Richardson DL, Schmelzer AC, Williams JM, Foulds J. Abstinence and psychological distress in co-morbid smokers using various pharmacotherapies. *Drug Alcohol Depend*. 2011 Mar 1;114(1):77-81. Epub 2010 Oct 16

61 Molina-Linde JM. Effectiveness of smoking cessation programs for seriously mentally ill. *Actas Esp Psiquiatr*. 2011 Mar-Apr;39(2):106-14. Epub 2011 Mar 1

62 Allen MH, Debanné M, Lazignac C, Adam E, Dickinson LM, Damsa C. Effect of nicotine replacement therapy on agitation in smokers with schizophrenia: a double-blind, randomized, placebo-controlled study. *Am J Psychiatry*. 2011 Apr;168(4):395-9. Epub 2011 Jan 18

63 Ebbert J.O., Wyatt K.D., Zirakzadeh A., Burke M.V., Hays J.T. Clinical utility of Varenicline for smokers with medical and psychiatric comorbidity, *International Journal of COPD* 2009;4 421–430

64 Dunn K.E., Kathryn A. Saulsgiver K.A., Sigmon S.C., Contingency management for behavior change: Applications to promote brief smoking cessation among opioid-maintained patients, *Exp Clin Psychopharmacol*. 2011 February ; 19(1): 20–30. doi:10.1037/a0022039

65 Banham L, Gilbody S., Smoking cessation in severe mental illness: what works? *Addiction*. 2010 Jul;105(7):1176-89. Epub 2010 May 11

66 Cavallo D.A. <http://pediatrics.aappublications.org/content/126/1/e66.long> - aff-1, Smith A.E., Schepis T.S., Desai R., Potenza M.N., Krishnan-Sarin S., Smoking Expectancies, Weight Concerns, and Dietary Behaviors in Adolescence, *Pediatrics* 2010;126:1 e 66-e 72, Published online June 14, 2010 <http://pediatrics.aappublications.org/content/126/1/e66.long>

67 Levine M.D., Perkins K.A., Kalarchian M.A., Yu Cheng, Houck P.R., Slane J.D., Marcus M.D., Bupropion and Cognitive Behavioral Therapy for Weight-Concerned Women Smokers, *Arch Intern Med*. 2010 March 22; 170(6): 543–550. doi:10.1001/archinternmed.2010.33

68 Marcus BH, Lewis BA, Hogan J, et al. The efficacy of moderate-intensity exercise as an aid for smoking cessation in women: a randomized controlled trial. *Nicotine Tob Res* 2005;7:87180

69 Farley AC, Hajek P, Lycett D, Aveyard P. Interventions for preventing weight gain after smoking cessation, *Cochrane Database Syst. Review*, 2012 Jan 18;1:CD006219. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22258966>

70 Plotnikoff RC, Bercovitz K, Rhodes RE, et al. Testing a conceptual model related to weight perceptions, physical activity and smoking in adolescents. *Health Educ Res* 2007;22:192202





#### 4.7. Θεραπευτικοί χειρισμοί για την πρόληψη της υποτροπής (επανάρξης του καπνίσματος)

Τα υπάρχοντα στοιχεία δείχνουν ότι οι συμπεριφορικές παρεμβάσεις ήταν αναποτελεσματικές στην πρόληψη της υποτροπής όσων διέκοψαν το κάπνισμα με ιατρική βοήθεια ή με τη δική τους θέληση. Η τσίκλα νικοτίνης είχε μέτρια επίδραση στην πρόληψη της υποτροπής, αλλά δεν μπορεί να ειπωθεί το ίδιο για την περίπτωση της βουπροπιόνης. Οι συγκεκριμένες ατομικές ή ομαδικές παρεμβάσεις δεν κατάφεραν να προλάβουν την υποτροπή, ανεξάρτητα από τη διάρκειά τους ή το χρόνο επικοινωνίας, ακόμα και μετά από οκτώ εβδομάδες τηλεφωνικής συμβουλευτικής υποστήριξης<sup>3</sup>. Για το σχεδιασμό αποτελεσματικών παρεμβάσεων για τη μείωση του κινδύνου της υποτροπής σε ευάλωτες κατηγορίες καπνιστών, όπως σε γυναίκες μετά τον τοκετό ή σε άτομα που βρίσκονται στη φυλακή, ο εντοπισμός των ειδικών εκλυτικών παραγόντων υποτροπής, μπορεί να οδηγήσει σε αύξηση της αποτελεσματικότητας του συνδυασμού συνέντευξης παρακίνησης και γνωσιακής-συμπεριφορικής θεραπείας<sup>1, 2</sup>.

Μια μελέτη που δημοσιεύτηκε από τους P. Hayek και συν. το 2009 ανέδειξε την υψηλή αποδοτικότητα της μακροπρόθεσμης χορήγησης βαρενικλίνης ως προς την πρόληψη της υποτροπής, ιδιαίτερα σε εκείνους τους ασθενείς που επιτυγχάνουν την αποχή σε μεταγενέστερο στάδιο, κατά την πρότυπη θεραπεία με βαρενικλίνη, διάρκειας 12 εβδομάδων. Οι ασθενείς εντάχθηκαν τυχαία σε ομάδες που έλαβαν δύο είδη θεραπείας: τρεις μήνες συμπληρωματική θεραπεία με βαρενικλίνη και τρεις μήνες συμπληρωματική θεραπεία με εικονικό φάρμακο. Οι συγγραφείς ανέφεραν υψηλότερο κίνδυνο υποτροπής στους ασθενείς που διέκοψαν το κάπνισμα κατά την 11η εβδομάδα της θεραπείας, σε σύγκριση με εκείνους που διέκοψαν από την πρώτη κιόλας εβδομάδα. Το ποσοστό αποχής κατά την 52η εβδομάδα ήταν 5,7% για τα άτομα που διέκοψαν το κάπνισμα με καθυστέρηση και 54,9% για εκείνους που διέκοψαν κατά τα πρώτα στάδια. Υπό το πρίσμα αυτών των δεδομένων, μπορεί να συναχθεί το συμπέρασμα ότι η επανάληψη της θεραπείας με βαρενικλίνη διάρκειας 12 εβδομάδων, σε καπνιστές που δεν καταφέρνουν να διακόψουν το κάπνισμα κατά την ημερομηνία που έχει οριστεί εντός της πρώτης ή της δεύτερης εβδομάδας, θα αποδειχθεί επωφελής, όπως παρατηρήθηκε σε αυτή τη μελέτη με συμμετέχοντες 1208 ασθενείς, οι οποίοι διατήρησαν την αποχή από το κάπνισμα κατά την 12η εβδομάδα της θεραπείας με βαρενικλίνη<sup>3</sup>.

Σε μια συστηματική ανασκόπηση του 2010, μελετήθηκε η αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων πρόληψης της υποτροπής μεταξύ καπνιστών που συνέχισαν να απέχουν από το κάπνισμα και οι οποίοι είχαν ολοκληρώσει ένα αρχικό στάδιο θεραπείας, ή απείχαν χωρίς υποβοήθηση. Με τη συγκέντρωση των αποτελεσμάτων από παρόμοια χρονικά σημεία παρακολούθησης, καταδείχτηκε ότι τα υλικά αυτοβοήθειας φαίνεται να αποτρέπουν την υποτροπή στους καπνιστές που διέκοψαν το κάπνισμα χωρίς υποβοήθηση, κατά τα αρχικά τουλάχιστον στάδια. Η NRT, η θεραπεία με βουπροπιόνη και η θεραπεία με βαρενικλίνη φαίνεται να είναι αποτελεσματικές στην πρόληψη της υποτροπής μετά από μια αρχική περίοδο αποχής ή μετά από ένα κρίσιμο θεραπευτικό στάδιο. Σήμερα δεν υπάρχουν πειστικές ενδείξεις ότι η συμπεριφορική υποστήριξη αποτρέπει την υποτροπή μετά από ένα αρχικό στάδιο αποχής χωρίς υποβοήθηση ή μετά από μια κρίσιμη περίοδο θεραπείας<sup>4</sup>.

Η βουπροπιόνη, η NRT και η βαρενικλίνη εμφανίζονται αποδοτικές σε όρους κόστους- οφέλους ως προς την πρόληψη της υποτροπής κατά τη διάρκεια της προσπάθειας διακοπής του καπνίσματος ή σε ασθενείς που πρόσφατα διέκοψαν το κάπνισμα. Η εκτεταμένη χρήση αυτών των αποτελεσματικών θεραπειών πρόληψης της υποτροπής θα μπορούσε να επιφέρει ένα σημαντικό κέρδος για τη δημόσια υγεία, σε αποδεκτό κόστος για τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης<sup>5</sup>.

Οι Jaruntich και συν., εξέτασαν τις επιδράσεις πέντε τύπων φαρμακοθεραπείας για τη διακοπή του καπνίσματος (βουπροπιόνη, παστίλια νικοτίνης, επίθεμα νικοτίνης, βουπροπιόνη και παστίλια, επίθεμα και παστίλια) σε θεραπευτικά σχήματα διάρκειας οκτώ εβδομάδων μετά από μια προσπάθεια διακοπής του καπνίσματος. Οι συγγραφείς χρησιμοποίησαν την προσέγγιση που περιγράφηκε από τους Shiffman και συν. για την ανάλυση της επίδρασης των φαρμακευτικών σκευασμάτων στη διακοπή του καπνίσματος, με τη χρήση τριών «ορόσημων»: αρχική αποχή, παρέκκλιση και μετάβαση από την παρέκκλιση στην υποτροπή. Εν ολίγοις, οι ερευνητές υπέθεσαν ότι, σε σύγκριση με το εικονικό φάρμακο:

(1) η βουπροπιόνη θα οδηγήσει στην αύξηση των ποσοστών αρχικής αποχής από το κάπνισμα·  
 (2) η παστίλια νικοτίνης θα μειώσει τον κίνδυνο παρεκκλίσεων·  
 (3) η βουπροπιόνη και το επίθεμα νικοτίνης θα μειώσουν τον κίνδυνο υποτροπής μετά από μία παρέκκλιση και (4) ο συνδυασμός φαρμακοθεραπειών (βουπροπιόνη και παστίλιες νικοτίνης, επίθεμα νικοτίνης και παστίλιες νικοτίνης) θα αποφέρει ευεργετικά αποτελέσματα σε σχέση με τις μονοθεραπείες σε κάθε ένα από τα ορόσημα. Η ανάλυση των δεδομένων, κατέδειξε ότι τα φαρμακευτικά σκευάσματα για τη διακοπή του καπνίσματος είναι αρκετά αποτελεσματικά στην παρώθηση της αρχικής αποχής και στη μείωση του κινδύνου εμφάνισης παρεκκλίσεων, αλλά υπάρχουν λιγότερες ενδείξεις ότι αναχαιτίζουν τη μετάβαση από την παρέκκλιση στην υποτροπή. Ο συνδυασμός των φαρμακοθεραπειών έτεινε να είναι ανώτερος από τις μονοθεραπείες στην παρώθηση της επίτευξης της αρχικής αποχής και στην πρόληψη των παρεκκλίσεων. Το επίθεμα νικοτίνης σε συνδυασμό με την παστίλια, αποδείχθηκε πιο αποτελεσματική θεραπευτική παρέμβαση από το συνδυασμό βουπροπιόνης και παστίλιας, ως προς την επίτευξη της αρχικής αποχής<sup>6</sup>.

Παρά το γεγονός ότι η έρευνα στο πεδίο των εμβολίων νικοτίνης έχει αντιμετωπίσει εμπόδια, το μέγεθος της επιδημίας της κατανάλωσης προϊόντων καπνού, τα θετικά προκαταρκτικά αποτελέσματα και οι κλινικές τάσεις που έχουν παρατηρηθεί, υποδεικνύουν ότι απαιτείται συνέχιση της έρευνας. Ο συνδυασμός εμβολίων και φαρμακοθεραπείας θα μπορούσε να αποτελέσει μια λύση για τη διατήρηση της αποχής / την πρόληψη της υποτροπής<sup>7</sup>. Η υποτροπή, οριζόμενη ως επανάληψη της κατανάλωσης καπνού μετά από μια περίοδο αποχής, είναι φαινόμενο απογοητευτικό, αλλά αποτελεί αναπόφευκτο μέρος της ανάκαμψης από τη διαδικασία της κατανάλωσης προϊόντων καπνού. Αναφερόμενος σε αυτήν ως αποτυχία της μακροχρόνιας θεραπείας με μια ευρύτερη έννοια, ο Piasecki καταδεικνύει ότι η υποτροπή αποτελεί ένα κοινό και πρώιμο εύρημα στους πρώην καπνιστές, καθώς η συντριπτική πλειοψηφία των καπνιστών που εγγράφονται σε δοκιμές για τη διακοπή του καπνίσματος αναφέρουν ιστορικό παρελθοντικών προσπαθειών διακοπής του καπνίσματος.



Συγκεκριμένα, οι περισσότεροι έχουν ήδη αποτύχει τουλάχιστον μία φορά, χρησιμοποιώντας ένα είδος φαρμακευτικού βοηθήματος για τη διακοπή του καπνίσματος<sup>9,10</sup>, ενώ είναι γνωστό ότι μεγάλος αριθμός παρεκκλίσεων παρατηρείται εντός των πρώτων 24 ωρών μετά την ημερομηνία διακοπής. Ορισμοί για την παρέκκλιση / ολίσθηση και την υποτροπή είναι διαθέσιμοι στο κεφάλαιο 4.1 (Θεραπευτικές παρεμβάσεις για την κατανάλωση καπνού και τη συνοδό εξάρτηση).

Τρεις κρίσιμες στρατηγικές εφαρμόζονται στα τρέχοντα προγράμματα πρόληψης της υποτροπής: (1) γνωσιακές-συμπεριφορικές στρατηγικές για την αποφυγή της υποτροπής κατά την εκδήλωση της έντονης επιθυμίας και την εκπαίδευση του ασθενούς μετά από κάθε επεισόδιο που περιλαμβάνει παρέκκλιση· (2) στρατηγικές κοινωνικής υποστήριξης με επίκεντρο την ανάγκη του καπνιστή για συναισθηματική υποστήριξη από τα μέλη της οικογένειάς του / τους στενούς του φίλους· (3) στρατηγικές για την αλλαγή του τρόπου ζωής με επίκεντρο την υποβοήθηση των καπνιστών στην ανάπτυξη μιας νέας κοινωνικής ταυτότητας ως άτομο μη εξαρτημένο από εθιστικές ουσίες<sup>8</sup>.

Η γνώση του βαθμού του κινδύνου υποτροπής, μπορεί να βοηθήσει τους κλινικούς ιατρούς να παρέχουν τη βέλτιστη θεραπεία, εντοπίζοντας εκείνους που έχουν ανάγκη από παρεμβάσεις περισσότερο επιθετικού χαρακτήρα. Τέτοιου είδους παρεμβάσεις μπορεί να περιλαμβάνουν είτε υψηλότερες δόσεις, είτε παρατεταμένη φαρμακοθεραπεία, ή πιο συχνές ή/και πιο έντονες ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις. Έτσι, οι Bolt και συν. ανέπτυξαν το ερωτηματολόγιο των επτά σημείων «WI - PREPARE» για να παρέχουν στους ερευνητές και στους ιατρούς ένα εργαλείο για τη μέτρηση της ροπής προς την υποτροπή. Το εν λόγω εργαλείο, είναι αποτελεσματικό στην πρόβλεψη τόσο την βραχυπρόθεσμης όσο και της μακροπρόθεσμης υποτροπής των καπνιστών που ενδιαφέρονται να διακόψουν το κάπνισμα<sup>11</sup>. Μια ανασκόπηση των προληπτικών παρεμβάσεων για την αναχαίτιση της υποτροπής – αναφερόμενη σε 36 μελέτες που συμπεριέλαβαν με τυχαίο τρόπο άτομα που απείχαν από το κάπνισμα - επέτρεψε τα ακόλουθα συμπεράσματα των συγγραφέων:

- Προς το παρόν δεν υπάρχουν επαρκείς ενδείξεις που να υποστηρίζουν τη χρήση οποιασδήποτε συγκεκριμένης συμπεριφορικής παρέμβασης για την υποβοήθηση των ατόμων που έχουν διακόψει με επιτυχία το κάπνισμα ώστε να αποφύγουν την υποτροπή.
- Ενώ η παρατεταμένη θεραπεία με βαρενικλίνη μπορεί να επιτύχει την πρόληψη της υποτροπής, η παρατεταμένη θεραπεία με βουπροπιόνη είναι λιγότερο πιθανό να έχει κλινικά σημαντική επίδραση, ενώ είναι απαραίτητο να διεξαχθούν σχετικές μελέτες για την παρατεταμένη θεραπεία με υποκατάστατα νικοτίνης<sup>12</sup>.

### Βιβλιογραφία

- 1 Clarke J.G., Martin R.A., LAR Stein, Lopes C.E., Mello J., Friedmann P., Bock B., Working Inside for Smoking Elimination (Project W.I.S.E.) study design and rationale to prevent return to smoking after release from a smoke free prison *BMC Public Health* 2011, 11:767, <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/11/767>
- 2 Polanska K, Hanke W, Sobala W, Lowe JB, Jaakkola JJ, Predictors of smoking relapse after delivery: prospective study in central Poland, *Matern Child Health J.* 2011 Jul;15(5):579-86

- 3 Hayek P, Tonnesen P, Arteaga C., Russ C., Tonstad S., Varenicline in prevention of relapse to smoking: effect of quit pattern on response to extended treatment, *Addiction*, 2009, 104, 1597-1602
- 4 Agboola S, McNeill A, Coleman T, Leonardi Bee J., A systematic review of the effectiveness of smoking relapse prevention interventions for abstinent smokers. *Addiction*. 2010 Aug;105(8):1362-80
- 5 Taylor M, Leonardi-Bee J, Agboola S, McNeill A, Coleman T., Cost effectiveness of interventions to reduce relapse to smoking following smoking cessation, *Addiction*, 2011 Oct;106(10):1819-26
- 6 Japuntich S.J., Piper M.E., Leventhal A.M., Bolt D.M., Baker T.B., The Effect of Five Smoking Cessation Pharmacotherapies on Smoking Cessation Milestones, *J Consult Clin Psychol* 2011 February ; 79(1): 34–42
- 7 Fahim RE, Kessler PD, Fuller SA, Kalnik MW, Nicotine vaccines, *CNS Neurol Disord Drug Targets*, 2011 Dec 1;10(8):905-15
- 8 Durcan, M. J., White, J., Jorenby, D. E., Fiore, M. C., Rennard, S. I., Leischow, S. J., et al. (2002). Impact of prior nicotine replacement therapy on smoking cessation efficacy. *American Journal of Health Behavior*, 26, 213– 220
- 9 Piasecki T.M., Relapse to smoking, *Clinical Psychology Review* 26 (2006) 196– 215
- 10 DeJong W., Relapse Prevention: An Emerging Technology for Promoting Long-Term Drug Abstinence, *The International Journal of Addictions*. WOJ, 68 1 ~ 705, 1904
- 11 Bolt D., M., Piper M.E., McCarthy D.E., Japuntich J.S., Fiore M.C., Smith S.S., Baker T.B., The Wisconsin predicting patients relapse questionnaire, *Nicotine & Tobacco Research*, Volume 11, Number 5 (May 2009) 481–4
- 12 Hajek P, Stead LF, West R, Jarvis M, Lancaster T Relapse prevention interventions for smoking cessation (Review) Copyright © 2009 The Cochrane Collaboration. Published by John Wiley & Sons, Ltd, <http://www.thecochranelibrary.com>

### 4.8. Ομαδική συμβουλευτική για τη διακοπή του καπνίσματος

Η ομαδική συμπεριφορική θεραπεία συνεπάγεται τακτικές συναντήσεις, κατά τις οποίες οι καπνιστές λαμβάνουν πληροφορίες, συμβουλές, ψυχολογική υποστήριξη και κάποια μορφή συμπεριφορικής παρέμβασης (π.χ. γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία). Αυτή η θεραπεία προσφέρεται εβδομαδιαία τουλάχιστον κατά τις πρώτες τέσσερις εβδομάδες μιας προσπάθειας διακοπής του καπνίσματος (για παράδειγμα για τέσσερις εβδομάδες μετά την ημερομηνία διακοπής). Κανονικά, η ομαδική συμβουλευτική πρέπει να συνδυάζεται με φαρμακοθεραπεία<sup>1</sup>. Υπάρχουν δύο τρόποι προσέγγισης μιας ομάδας. Ο ένας είναι εκπαιδευτικού χαρακτήρα, με τους επαγγελματίες υγείας να λειτουργούν ως δάσκαλοι και να παρέχουν πληροφορίες για το πώς να επιτευχθεί και να διατηρηθεί η αποχή από το κάπνισμα. Ο άλλος επιδιώκει την αμοιβαία υποστήριξη μεταξύ των μελών της ομάδας, προκειμένου να επιτύχουν σαν σύνολο την αποχή από το κάπνισμα.

Σε μια ανασκόπηση της σύμπραξης Cochrane βρέθηκαν 16 από 55 μελέτες που συνέκριναν ένα ομαδικό πρόγραμμα με ένα πρόγραμμα ατομικής συμβουλευτικής. Υπήρξε μια αύξηση στη διακοπή του καπνίσματος στο ομαδικό πρόγραμμα (OR 2,04· 95% CI 1,60-2,60). Κατά την αξιολόγηση επτά δοκιμών, τα ομαδικά προγράμματα βρέθηκαν να είναι πιο αποτελεσματικά από ότι ο έλεγχος χωρίς παρεμβάσεις (OR 2,17· 95% CI 1,37 - 3,45). Δεν υπήρξε καμία ένδειξη ότι η ομαδική θεραπεία ήταν πιο αποτελεσματική από την ατομική συμβουλευτική με παρόμοια ένταση. Υπήρξαν περιορισμένες



ενδείξεις ότι η προσθήκη της ομαδικής θεραπείας σε άλλες μορφές θεραπείας, όπως σε εκείνη που περιλαμβάνει παροχή συμβουλών από έναν επαγγελματία υγείας ή στη θεραπεία υποκατάστασης της νικοτίνης, προσκόμισε επιπλέον οφέλη. Τέλος, η μεθόδευση των κοινωνικών αλληλεπιδράσεων μεταξύ των συμμετεχόντων στις ομαδικές συνεδρίες, απέφερε έως και κανένα αποτέλεσμα<sup>2</sup>. Οι σχετικές έρευνες καταδεικνύουν ότι οι τεκμηριωμένες υπηρεσίες διακοπής του καπνίσματος αποτελούν έναν πολύ αποδοτικό, σε όρους κόστους-οφέλους, τρόπο υποστήριξης της προσπάθειας των καπνιστών να διακόψουν το κάπνισμα. Από τα κλινικά δεδομένα και τις ελεγχόμενες δοκιμές για τη διακοπή του καπνίσματος των διαφόρων εθνικών υπηρεσιών υγείας, έχει καταστεί σαφές ότι οι καπνιστές που λαμβάνουν στήριξη από εξειδικευμένες κλινικές, με δυνατότητα ομαδικής θεραπείας και πρόσβαση σε συνδυαστική θεραπεία υποκατάστασης της νικοτίνης ή βαρενικλίνη, έχουν περισσότερες πιθανότητες να επιτύχουν από ότι εκείνοι οι καπνιστές που υποβάλλονται σε θεραπεία στην πρωτοβάθμια φροντίδα ή εκείνοι που λαμβάνουν ατομική θεραπεία και μονοθεραπεία με υποκατάστατα νικοτίνης<sup>3</sup>. εδομένα από μια μελέτη που διεξήγαγε συνέντευξη τόσο του βασικού προσωπικού, όσο και των καπνιστών σε τρεις τύπους υπηρεσιών διακοπής του καπνίσματος (εξειδικευμένες ομάδες, εργαζόμενους στην υγειονομική περίθαλψη σε επίπεδο κοινότητας και συνδυασμός αυτών) υποδεικνύουν ότι η δομή των υπηρεσιών, η μέθοδος υποστήριξης, οι συμμετέχοντες επαγγελματίες υγείας και η φαρμακοθεραπεία, όλα παίζουν ρόλο στην επιτυχή διακοπή του καπνίσματος. Η ομαδική υποστήριξη είχε ως αποτέλεσμα υψηλότερα ποσοστά διακοπής (64,3 % για τις κλειστές ομάδες έναντι 42,6 % για την ατομική υποστήριξη, παρεχόμενη από ειδικούς). Οι υπηρεσίες πρέπει να είναι προσαρμοσμένες στην υποστήριξη των ατομικών αναγκών και επιλογών του ασθενούς και να παρέχουν πρόσβαση σε ποικίλες θεραπευτικές παρεμβάσεις, συμπεριλαμβανομένης της ομαδικής συμβουλευτικής<sup>4</sup>. Η ομαδική συμβουλευτική είναι αποτελεσματική στη διακοπή του καπνίσματος. Ωστόσο, η προσθήκη της κοινωνικής υποστήριξης που προσφέρει μια ομαδική παρέμβαση και η ενσωμάτωση διαφόρων ειδών γνωσιακών-συμπεριφορικών τεχνικών στην ομάδα δεν επηρεάζουν την αποτελεσματικότητά της. εν υπάρχουν σαφείς ενδείξεις ότι η ομαδική συμβουλευτική είναι πιο αποτελεσματική από την ατομική συμβουλευτική.

### Βιβλιογραφία

- 1 [www.nice.org.uk/page.aspx?o=404427](http://www.nice.org.uk/page.aspx?o=404427)
- 2 JimenezRuiz C., *Psychological and behavioural interventions for smoking cessation*, *Eur.Respir.Mon.*, 2008 42, 61–73
- 3 *Stop Smoking Wales Annual Report 2010-2011*, Stop Smoking Wales Editorial Group, 15/08/2011, [stop.smoking@wales.nhs.uk](mailto:stop.smoking@wales.nhs.uk)
- 4 Mardle T., Merrett S.Wright J., Percival F.Lockhart I., *Real world evaluation of three models of NHS smoking cessation service in England* *BMC Research Notes* 2012, 5:9 doi:10.1186/1756-0500-5-9

### 4.9. Συστάσεις για την προσέγγιση της ελάττωσης του καπνίσματος

Ως ελάττωση του καπνίσματος έχει οριστεί η μείωση κατά 50% της αρχικής κατανάλωσης τσιγάρων, χωρίς να επέρχεται πλήρης αποχή από το κάπνισμα. Η επίτευξη της ελάττωσης του καπνίσματος, διευκολύνεται σημαντικά εάν υποστηρίζεται από θεραπεία<sup>1</sup>. Περιορισμένα δεδομένα (από μικρές μελέτες, σε επιλεγμένους πληθυσμούς και για μικρά χρονικά διαστήματα παρακολούθησης) δείχνουν ότι μια σημαντική ελάττωση του καπνίσματος μειώνει αρκετούς από τους καρδιαγγειακούς παράγοντες κινδύνου και βελτιώνει τη λειτουργία του αναπνευστικού συστήματος. Η ελάττωση του καπνίσματος συνδέεται με μια μείωση κατά 25% των βιοδεικτών του καπνίσματος (π.χ. εκπνεόμενο CO) και του κινδύνου εμφάνισης πνευμονικής κακοήθειας και με μία ήπια, σχεδόν ασήμαντη, αύξηση του βάρους των νεογνών που γεννιούνται από μητέρες που καπνίζουν. εν φαίνεται, ωστόσο, να προκύπτουν εντυπωσιακά οφέλη για την αναπνευστική λειτουργία από την ελάττωση του καπνίσματος<sup>2</sup>. Η ελάττωση του καπνίσματος θα μπορούσε να αποτελέσει μια εναλλακτική θεραπεία για εκείνους τους καπνιστές που δεν είναι ακόμη έτοιμοι να διακόψουν το κάπνισμα. Το ποσοστό ελάττωσης του καπνίσματος σε μια ομάδα μελέτης που έλαβε θεραπεία με τσίκλες νικοτίνης ήταν διπλάσιο σε σύγκριση με το εικονικό φάρμακο μετά από τρεις μήνες και τριπλασιάστηκε κατά την παρακολούθηση μετά από 12 μήνες<sup>1</sup>. Η ταυτόχρονη χρήση τσίκλας νικοτίνης, συνοδευόμενη από ελάττωση του καπνίσματος ήταν καλώς ανεκτή, με σημαντική μείωση του εκπνεόμενου μονοξειδίου του άνθρακα<sup>1</sup>. Η μελέτη ROSCAP σχετικά με την ελάττωση του καπνίσματος σε ασθενείς με καρδιαγγειακή νόσο, σχεδιάστηκε ως μια ελεγχόμενη τυχαίοποιημένη δοκιμή, για να αξιολογήσει την αποτελεσματικότητα της στρατηγικής της ελάττωσης του καπνίσματος ως προς τη μείωση των επιβλαβών επιπτώσεων της έκθεσης στον καπνό. Εκείνοι οι οποίοι κατάφεραν να ελαττώσουν το κάπνισμα ήταν κυρίως άνδρες, με πιο έντονη κατανάλωση προϊόντων καπνού σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου. Η αυθόρμητη ελάττωση του καπνίσματος συναντάται πιο συχνά μεταξύ των καπνιστών που υποφέρουν από κάποια ασθένεια. Το ιστορικό καρδιαγγειακής νόσου αποτελεί ισχυρό προγνωστικό παράγοντα μιας μελλοντικής προσπάθειας ελάττωσης του καπνίσματος<sup>1,3</sup>.

### Συστάσεις

Η ελάττωση του καπνίσματος αυξάνει την πιθανότητα μίας μελλοντικής προσπάθειας πλήρους διακοπής του καπνίσματος<sup>2</sup>.

### Βιβλιογραφία

- 1 Trofor A., Mihaltan F., Mihaicuta S., Pop M., Todea D et.al., *Romanian Society of Pulmonologists Smoking Cessation and Smoker's Assistance Guidelines (GREFA)*, 2-nd ed. – Tehnopress Iași, 2010, [www.srp.ro](http://www.srp.ro)
- 2 Ludvig J, Miner B, Eisenberg MJ. *Smoking cessation in patients with coronary artery disease*, *Am Heart J* 2005;149:56572
- 3 Christenhusz L, Pieterse M, Seydel E, et al. *Prospective determinants of smoking cessation in COPD patients within a high intensity or a ouselingselling intervention*. *Patient Educ .Couns.* 2007;66:1626

# 5.0

## Συστάσεις για την ερευνητική και επιστημονική μεθοδολογία - αξιολόγηση της διακοπής του καπνίσματος.

### 5.1. Κριτήρια διακοπής καπνίσματος για την κλινική έρευνα

Η θεραπεία για τη διακοπή του καπνίσματος έχει σήμερα ενσωματωθεί σε πολλά συστήματα υγείας και μια μεγάλη ερευνητική προσπάθεια είναι εν εξελίξει για την βελτίωση των ποσοστών επιτυχίας. Μέχρι πρόσφατα, τα αποτελέσματα των τυχαιοποιημένων κλινικών μελετών αναφέρονταν με πολλούς διαφορετικούς τρόπους, οδηγώντας σε προβλήματα στην ερμηνεία τους. Οι West και συν. πρότειναν έξι σταθερά κριτήρια, τα οποία συναποτελούν το Πρότυπο Russell(RS). Αυτά τα κριτήρια είναι εφαρμόσιμα στις μελέτες διακοπής του καπνίσματος, στις οποίες ορίζεται μια ημερομηνία-στόχος για τη διακοπή του καπνίσματος των συμμετεχόντων και υπάρχει πρόσωπο με πρόσωπο επαφή με ερευνητές ή με κλινικό προσωπικό. Τα εν λόγω κριτήρια συνοψίζονται ως εξής: (1) παρακολούθηση για έξι μήνες (RS6) ή 12 μήνες (RS12) από την ημερομηνία-στόχο για τη διακοπή του καπνίσματος ή από το τέλος μιας προκαθορισμένης περιόδου χάριτος· (2) αναφορά από τους ίδιους τους ασθενείς(self-report) για την επίτευξη της αποχής από το κάπνισμα, καθ' όλη τη διάρκεια της παρακολούθησης, επιτρέποντας μέχρι και πέντε σιγάρα/ημέρα συνολικά· (3) βιοχημική επιβεβαίωση της αποχής τουλάχιστον στο 6μηνο και στο 12μηνο σημείο της παρακολούθησης· (4) χρήση της προσέγγισης «πρόθεσης για θεραπεία(intention-to-treat)», στην οποία δεδομένα από όλους τους καπνιστές που έχουν τυχαιοποιηθεί συμπεριλαμβάνονται στη ανάλυση εκτός και αν οι καπνιστές έχουν αποβιώσει ή μετακομίσει σε μη ανιχνεύσιμη διεύθυνση (οι συμμετέχοντες που περιλαμβάνονται στην ανάλυση υπολογίζονται ως καπνιστές, εάν η καπνιστική τους συνήθεια δεν μπορεί να προσδιοριστεί κατά την τελική επίσκεψη παρακολούθησης)· (5) παρακολούθηση των «παραβατώνπρωτόκολλου» και χρήση της πραγματικής τους καπνιστικής συνήθειας κατά την ανάλυση· (6) συλλογή τυφλών δεδομένων παρακολούθησης ως προς την κατανομή των καπνιστών στην ομάδα δοκιμής.

Οι κατευθυντήριες οδηγίες του ινστιτούτου NICE για τη δημόσια υγεία (2008), έδειξαν ότι τα ακόλουθα διερευνητικά θέματα πρέπει να τίθενται πιο συχνά από τους ερευνητικούς επιτρόπους και χρηματοδότες προς αξιολόγηση, έτσι ώστε να συμπληρώνονται τα πιο σημαντικά κενά στις υπάρχουσες ενδείξεις, τα οποία αφορούν:

- τους πιο αποτελεσματικούς και αποδοτικούς, σε όρους κόστους-οφέλους, τρόπους για την πρόληψη της υποτροπής εκείνων που κατάφεραν να διακόψουν το κάπνισμα·

Θεραπεία της Εξάρτησης από τον Καπνό

- τους τρόπους με τους οποίους θα πρέπει να προσδιορίζονται τα μακροχρόνια αποτελέσματα των Υπηρεσιών Ιακοπής του Καπνίσματος, ειδικά αναφορικά με εθνικές μειονότητες και μειονεκτούσες κοινότητες·
- την αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων για τη διακοπή του καπνίσματος, οι οποίες διανέμονται μέσω νέων μέσων όπως τα podcasts, το ηλεκτρονικό ταχυδρομείο και τα γραπτά μηνύματα·
- τη συγκρίσιμη αποτελεσματικότητα και αποδοτικότητα, σε όρους κόστους-οφέλους, και των δύο τύπων τηλεφωνικών γραμμών υποστήριξης για τη διακοπή του καπνίσματος – της προληπτικής(proactive) (η επικοινωνία γίνεται από τους συμβούλους) και της αναδραστικής(reactive) (η επικοινωνία γίνεται από τα άτομα που καπνίζουν)·
- τις συγκριτικές μελέτες, για να αξιολογηθεί η μακροχρόνια αποτελεσματικότητα της κυτιζίνης για τη διακοπή του καπνίσματος·
- την εμπειρία και την ικανοποίηση του ασθενούς από τις υπηρεσίες διακοπής του καπνίσματος, μπορούν να αναπνέουν υγιή αέρα, αμόλυντο από τον καπνό. Μέσο για την επίτευξη

### 5.2 Σχέση κόστους-οφέλους θεραπειών για την αντιμετώπιση της εξάρτησης από τον καπνό

Ο έλεγχος της κατανάλωσης προϊόντων καπνού στοχεύει στη διασφάλιση ότι οι πολίτες θα αυτού του σκοπού, είναι η απαγόρευση του καπνίσματος σε εσωτερικούς δημόσιους χώρους. Αναμφίβολα όμως, η διακοπή του καπνίσματος αποτελεί την κύρια παράμετρο-στόχο του ελέγχου της κατανάλωσης προϊόντων καπνού, καθώς εξαλείφει πολλά προβλήματα υγείας. Υπάρχει ένα μεγάλο εύρος ερευνητικής προσπάθειας που επιδεικνύει την αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων για τη διακοπή του καπνίσματος. Υπάρχει, επίσης, αρκετή βιβλιογραφία για την αποδοτικότητα, σε όρους κόστους-οφέλους, της διακοπής του καπνίσματος βασισμένη σε δημοσιευμένες μελέτες, προερχόμενες από πολλές χώρες. Η θεραπεία με βουπροπιόνη και η θεραπεία υποκατάστασης της νικοτίνης έχουν αξιολογηθεί σε προηγούμενες μελέτες. Μία μελέτη για την αποδοτικότητα των παρεμβάσεων για τη διακοπή του καπνίσματος αποκάλυψε ότι, σε σύγκριση με άλλες προληπτικές παρεμβάσεις, εκείνες για τη διακοπή του καπνίσματος ήταν άκρως αποδοτικές<sup>1</sup>. Η μελέτη σχεδιάστηκε έτσι ώστε οι ιατροί της πρωτοβάθμιας φροντίδας να είναι σε θέση να εντοπίσουν όλους τους ενήλικους καπνιστές κατά τη διάρκεια των επισκέψεων ρουτίνας και να τους παρακινούν να διακόψουν το κάπνισμα. Μόνο η συμβουλευτική και η NRT

Η.Π.Α. ανά άτομο που διακόπτει το κάπνισμα, 2587 δολάρια Η.Π.Α. ανά έτος ζωής που σώθηκε και 1915 δολάρια Η.Π.Α. για κάθε ποιοτικά προσαρμοσμένο έτος ζωής (QALY). Σε σύγκριση με τις συνηθισμένες στρατηγικές πρόληψης των εμφραγμάτων του μυοκαρδίου, διαπιστώθηκε ότι οι παρεμβάσεις για την διακοπή του καπνίσματος είναι οι πιο αποδοτικές σε όρους κόστους-οφέλους. Περισσότερες από 10000 Βρετανικές Λίρες θα ξοδεύονταν ανά έτος ζωής που σώθηκε για την πρωτογενή πρόληψη του εμφράγματος του μυοκαρδίου με φάρμακα όπως η συμβαστατίνη και η πραβαστατίνη, ενώ μία παρέμβαση





για την διακοπή του καπνίσματος, που θα συμπεριελάμβανε σύντομη συμβουλευτική και NRT, θα κόστιζε μόλις ορισμένες εκατοντάδες έως και χίλιες Βρετανικές Λίρες<sup>2</sup>. Μία μελέτη που πραγματοποιήθηκε σε συνθήκες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στην Ελβετία το 2003, κατέδειξε ότι και η βουπρωπιόνη και τα επιθέματα νικοτίνης ήταν αποδοτικά σε όρους κόστους-οφέλους. Η μελέτη διεξήχθη σε δύο ομάδες βαρέων καπνιστών· η μια ομάδα δέχτηκε μόνο συμβουλευτική από ιατρό· η δεύτερη ομάδα έλαβε επιπλέον φαρμακοθεραπεία. Κατά το πέρας της μελέτης, η βουπρωπιόνη και το επίθεμα κρίθηκαν ως τα πιο αποδοτικά, σε όρους κόστους-οφέλους, είδη θεραπείας, ακολουθούμενα από, τους ρινικούς ψεκασμούς, τις συσκευές εισπνοής και, τέλος, τις τσίκλες νικοτίνης<sup>3</sup>, σε φθίνουσα σειρά. Μετά την έγκριση και εισαγωγή της βαρενικλίνης στο πρωτόκολλο, και η χορήγηση της τελευταίας αξιολογήθηκε ως αποδοτική. Το κόστος του καπνίσματος, υπολογίστηκε ότι φθάνει σε ύψος 193 δις δολαρίων Η.Π.Α. ετησίως, συμπεριλαμβανομένων των 97 δις δολαρίων Η.Π.Α. εξαιτίας της απολεσθείσας παραγωγής και των 96 δις δολαρίων Η.Π.Α. για τις δαπάνες υγειονομικής περίθαλψης σχετικά με το κάπνισμα<sup>4</sup>. Το άμεσο κόστος του καπνίσματος στο Εθνικό Σύστημα Υγείας του Η.Β. ήταν 5,2 δις Βρετανικές Λίρες<sup>5</sup> και το συνολικό άμεσο και έμμεσο κόστος στα κράτη-μέλη της Ε.Ε. υπολογίστηκε ότι κυμαίνεται ανάμεσα σε €97,7 δις και €130,3 δις ετησίως<sup>6</sup>. Για μία παρέμβαση για τη διακοπή του καπνίσματος σε κάποιο χώρο εργασίας, η 12μηνιαία εξοικονόμηση δαπάνης (cost-saving) υπολογίστηκε στα 541 δολάρια Η.Π.Α. για τη βαρενικλίνη, 151 δολάρια Η.Π.Α. για τη βουπρωπιόνη και 82 δολάρια Η.Π.Α. για τη σύντομη συμβουλευτική<sup>7,8</sup>. Μία πρόσφατη μετανάλυση που διεξήχθη στις Η.Π.Α., κατέληξε στο συμπέρασμα ότι η συμβουλευτική για τη διακοπή του καπνίσματος με υποστηρικτική επαφή μετά το εξιτήριο, είναι δυναμικά αποδοτική και μπορεί να μετριάσει τις επιπτώσεις του καπνίσματος, τη σχετιζόμενη με αυτό συνοσηρότητα, αλλά και το κοινωνικό κόστος. Χρησιμοποιώντας τα δεδομένα από μία μετανάλυση τυχαιοποιημένων μελετών, οι ερευνητές δημιούργησαν στις Η.Π.Α. μία υποθετική ομάδα με καπνιστές που νοσηλεύονται με οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου και αξιολόγησαν την αποδοτικότητα σε όρους κόστους-οφέλους της συμβουλευτικής για τη διακοπή του καπνίσματος σε συνδυασμό με τη συμβουλευτική επαφή σε δεύτερο χρόνο. Η αποδοτικότητά τους ήταν 540 δολάρια Η.Π.Α. σε κόστος προγράμματος ανά ασθενή που διέκοπτε το κάπνισμα, 4350 δολάρια Η.Π.Α. ανά έτος ζωής που σώθηκε και 5050 δολάρια Η.Π.Α. για κάθε ποιοτικά προσαρμοσμένο έτος ζωής (QALY), λαμβάνοντας υπόψη όλες τις δαπάνες υγειονομικής περίθαλψης<sup>9</sup>. Το κάπνισμα είναι ο πιο σημαντικός παράγοντας κινδύνου για την εκδήλωση αλλά και για τη βαθμιαία επιδείνωση της ΧΑΠ. Ως εκ τούτου, η διακοπή του καπνίσματος είναι ιδιαίτερα σημαντική, ειδικά για αυτήν την κατηγορία ασθενών. Οι πρόσφατες μελέτες που πραγματοποιήθηκαν στην Ολλανδία, έδειξαν ότι η διακοπή του καπνίσματος ήταν αποδοτική σε ασθενείς με ΧΑΠ. Σε μια συστηματική ανασκόπηση εννέα τυχαιοποιημένων ελεγχόμενων μελετών για τις παρεμβάσεις διακοπής του καπνίσματος σε ασθενείς με ΧΑΠ, διαπιστώθηκε ότι οι μέσοι όροι των ποσοστών συνεχούς αποχής μετά από διάστημα 12 μηνών, εκτιμήθηκαν στο 1,4% για τη συνήθη θεραπεία, 2,6% για την ελάχιστη συμβουλευτική, 6,0% για την εντατική συμβουλευτική και 12,3% για τη φαρμακοθεραπεία. Σε σύγκριση με τη συνήθη θεραπεία, το ποσό για κάθε ποιοτικά προσαρμοσμένο έτος ζωής (QALY) που εξοικονομήθηκε για την ελάχιστη συμβουλευτική, την εντατική συμβουλευτική και τη φαρμακοθεραπεία

ήταν €16900, €8200 και €2400 αντίστοιχα<sup>10</sup>. Η άλλη μελέτη σχεδιάστηκε ώστε να καθορίσει την αποδοτικότητα σε όρους κόστους-οφέλους ενός υψηλής έντασης προγράμματος για τη διακοπή του καπνίσματος (Smoke Stop Therapy· SST) έναντι μιας μέτριας έντασης θεραπείας (Minimal Intervention Strategy for lung patients [LMIS]), εφαρμοζόμενων στα εξωτερικά ιατρεία ΧΑΠ. Κατά το πέρας της μελέτης, διαπιστώθηκε ότι το κόστος της υγειονομικής περίθαλψης του προγράμματος SST, συμπεριλαμβανομένου του κόστους του προγράμματος για τη διακοπή του καπνίσματος ήταν €581 σε σχέση με τα €595 της θεραπείας LMIS. Το SST συσχετίστηκε επίσης με έναν μικρότερο μέσο όρο παροξύνσεων της νόσου (0,38 έναντι 0,60) και ημερών νοσοκομειακής νοσηλείας (0,39 έναντι 1) ανά ασθενή και, ταυτόχρονα, με υψηλότερο αριθμό ατόμων που διακόπτουν το κάπνισμα (20 έναντι 9) με χαμηλότερο συνολικό κόστος. Αυτό οδηγεί στην επικράτηση του SST σε σύγκριση με την LMIS<sup>11</sup>. Σε μια πρόσφατη μελέτη που διεξήχθη στη Μασαχουσέτη των Η.Π.Α., διαπιστώθηκε ότι οι ολοκληρωμένες υπηρεσίες διακοπής του καπνίσματος οδηγούν σε σημαντική εξοικονόμηση πόρων για τα προγράμματα Medicaid. Οι ολοκληρωμένες υπηρεσίες διακοπής του καπνίσματος, που περιλαμβάνουν φαρμακοθεραπεία και συμβουλευτική προσέγγιση των ασθενών, κόστισαν περίπου 183 δολάρια Η.Π.Α. ανά συμμετέχοντα το 2010 και η εκτιμώμενη εξοικονόμηση ήταν 571 δολάρια Η.Π.Α. ανά συμμετέχοντα. Αυτό το εύρημα υποδηλώνει ότι κάθε 1 δολάριο κόστους του προγράμματος ισοδυναμούσε με 3,12 δολάρια σε εξοικονόμηση ιατρικών πόρων<sup>12</sup>.

### Βιβλιογραφία

- 1 Cromwell J, Bartosch WJ, Fiore MC, Hasselblad V, Baker T, Cost-effectiveness of the Clinical Practice Recommendations in the AHCPR Guideline for Smoking Cessation, *JAMA*. 1997;278(21):1759-1766. doi: 10.1001/jama.1997.03550210057039
- 2 Jonsson at.al., Simvastatin after myocardial infarction, *Eur. Heart Jour.*, 1996, 17:1001; Caro et.al., Pravastatin Primary Prevention, *Brit. Med Jour.*, 1997, 315: 1577 --- *The Incidental Economist*
- 3 Cornuz J, Pinget C, Gilbert A, Paccaud F., Cost-effectiveness analysis of the first-line therapies for nicotine dependence. *Eur J Clin Pharmacol*. 2003 Jul;59(3):201-6, Epub 2003 May 21
- 4 Armour BS, Finkelstein EA, Fiebelkorn IC. State-level Medicaid expenditures attributable to smoking. *Prev Chronic Dis* 2009 Jul; 6 (3): 1-10
- 5 Allender S, Balakrishnan R, Scarborough P, et al. The burden of smoking-related ill health in the UK. *Tob Control* 2009 Aug; 18 (4): 262-7
- 6 World Health Organization. The European tobacco control report 2007 [online]. Available from URL: <http://www.euro.who.int/document/e89842.pdf> [Accessed 2009 Sep 24]
- 7 Jackson KC 2nd, Nahaopii R, Said Q, et al. An employer based cost-benefit analysis of a novel pharmacotherapy agent for smoking cessation. *J Occup Environ Med* 2007 Apr; 49 (4): 453-60
- 8 Keating GM, and Katherine A. Lyseng-Williamson KAL., Varenicline: A Pharmacoeconomic Review of its Use as an Aid to Smoking Cessation, *Pharmacoeconomics* 2010; 28 (3): 231-254
- 9 Joseph A. Ladapo, MD, PhD; Farouc A. Jaffer, MD, PhD; Milton C. Weinstein, PhD; Erika Sivarajan



- Froelicher, RN, PhD, *Projected Cost-effectiveness of Smoking Cessation Interventions in Patients Hospitalized With Myocardial Infarction*, *Arch Intern Med.* 2011;171(1):39-45
- 10 Hoogendoorn M, Feenstra TL, Hoogenveen RT, Rutten-van Mölken MPMH., *Long-term effectiveness and cost-effectiveness of smoking cessation interventions in patients with COPD*, *Thorax* 2010;65:711-718 doi:10.1136/thx.2009.131631
- 11 Christenhusz LCA, Prenger R, Pieterse ME, Seydel ER, and van der Palen J, *Cost-effectiveness of an Intensive Smoking Cessation Intervention for COPD Outpatients*, *Nicotine Tob Res* (2011) doi: 10.1093/ntr/nt263, First published online: December 16, 2011
- 12 Richard P, West K, Ku L (2012) *The Return on Investment of a Medicaid Tobacco Cessation Program in Massachusetts*. *PLoS ONE* 7(1): e29665. doi:10.1371/journal.pone.0029665

### 5.3 Συστάσεις για την εφαρμογή των κατευθυντήριων οδηγιών για τη διακοπή καπνίσματος

Μια καλή κατευθυντήρια οδηγία είναι πραγματικά χρήσιμη μόνο αν διαδίδεται και εφαρμόζεται στον πληθυσμό-στόχο, σύμφωνα με τα πρότυπα βέλτιστης πρακτικής. Το πλέον αξιόπιστο παράδειγμα σε ευρωπαϊκό επίπεδο, που εκφράζει το παραπάνω γεγονός, εντοπίζεται στις Υπηρεσίες για τη Ιακοπή του Καπνίσματος (Stop Smoking Services) του Εθνικού Συστήματος Υγείας του Η.Β. Με την ανάπτυξη ενός αλγορίθμου υλοποίησης σύμφωνα με τις οδηγίες NICE, οι κατευθυντήριες οδηγίες για τη διακοπή του καπνίσματος μετατράπηκαν σε ένα πολύτιμο εργαλείο για όλες τις κατηγορίες των επαγγελματιών που εμπλέκονται στην παροχή βοήθειας σε καπνιστές. Έτσι, η καθοδήγηση μπορεί να βοηθήσει τους εθνικούς οργανισμούς να έρθουν σε επαφή με τα παγκόσμια αναγνωρισμένα επιστημονικά πρότυπα και τα πρότυπα των εθνικών κυβερνήσεων για τη δημόσια υγεία, να καθορίσουν εθνικούς και τοπικούς οργανισμούς εντός του δημοσίου τομέα με στόχο την πλήρωση των κυβερνητικών κριτηρίων και στόχων σχετικά με τη βελτίωση της δημόσιας υγείας, να μειώσουν τις ανισότητες στον τομέα της υγείας και να προωθήσουν την ευημερία στις κοινότητες<sup>1</sup>.

Οι κατευθυντήριες οδηγίες θα πρέπει να αναπτύσσονται έτσι ώστε να μπορούν να εφαρμοστούν από υπηρεσίες που παρέχονται στα πλαίσια της πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας περίθαλψης, φαρμακεία, τοπικές αρχές και χώρους εργασίας, αλλά και εκπαιδευτικούς φορείς και φορείς χάραξης πολιτικής σχετικά με την υγεία. Η διαδικασία εφαρμογής των κατευθυντήριων οδηγιών, χρειάζεται μία δομή ηγεσίας έργου και μία βήμα προς βήμα προσέγγιση, για να επιτευχθούν τα ακόλουθα:

- διασφάλιση ότι όλες οι σχετικές ομάδες είναι ενημερωμένες για τις κατευθυντήριες οδηγίες και είναι εφοδιασμένες με αντίγραφα ή με πρόσβαση σε ιστοσελίδες, εκτυπώσεις κλπ.,
- συνεργασία με τις αρμόδιες ομάδες ειδικών για σύγκριση των τρεχουσών δραστηριοτήτων τους με τις συστάσεις που περιέχονται στις οδηγίες<sup>1</sup>,
- προσδιορισμός των οργανισμών / νοσοκομείων κλπ., που θα χρειαστεί να αλλάξουν τον τωρινό τρόπο λειτουργίας τους προκειμένου να συνταχθούν με τις οδηγίες και συνεταιρισμός υπαρχόντων δικτύων (όπως τα τοπικά δίκτυα ελέγχου της κατανάλωσης προϊόντων καπνού),

- προσδιορισμός των βασικών τομέων για την υποβοήθηση της εφαρμογής, όπως οι τοπικές οδοί παραπομπής σε κέντρα διακοπής του καπνίσματος, με παράλληλη αύξηση του αριθμού των επαγγελματιών που λαμβάνουν εκπαίδευση και με επικέντρωση στις δυσπρόσιτες κοινότητες,
- αξιολόγηση του κόστους εφαρμογής των κατευθυντήριων οδηγιών,
- δημιουργία ενός σχεδίου δράσης για την εφαρμογή των κατευθυντήριων οδηγιών σε συνεργασία με τους, κατά τόπους, ειδικούς.

Για να διασφαλιστεί η αποτελεσματική εφαρμογή, όλοι οι σχετικοί εξουσιοδοτούμενοι οργανισμοί και εκπρόσωποι της δημόσιας υγείας, υπεύθυνοι και θέτοντες προτεραιότητες σε τοπικό επίπεδο, θα πρέπει να συμμετάσχουν στο σχέδιο δράσης, π.χ. μέσω μιας συμφωνίας σε τοπικό επίπεδο. Η εφαρμογή των κατευθυντήριων οδηγιών θα πρέπει να αξιολογείται και να ελέγχεται και τα αποτελέσματα να ανατροφοδοτούνται στην πλέον αρμόδια επιτροπή. Επίσης, είναι πολύ σημαντικό να ανταλλάσσονται εμπειρίες σχετικά με την εφαρμογή των οδηγιών με άλλους οργανισμούς, στα πλαίσια διαφόρων επαγγελματικών ή επιστημονικών εκδηλώσεων<sup>2</sup>. Σε μια πειραματική μελέτη που εξέτασε την αποτελεσματικότητα της διάδοσης των παρεμβάσεων για τη βελτίωση της εφαρμογής των κατευθυντήριων οδηγιών για τη διακοπή του καπνίσματος σε μαιευτικές και παιδιατρικές κλινικές, οι Manfredi και συν., ανέφεραν βελτιώσεις της αρχικής τιμής (baseline) μετά τη διάδοση, στον υποπληθυσμό των καπνιστών που ανέφεραν ότι υπήρξαν αποδέκτες συμβουλών, φυλλαδίων αυτοβοήθειας, βίντεο, αφισών και επιπρόσθετων παρεμβάσεων. Παρ' όλα αυτά, οι πιο σημαντικές αυξήσεις παρατηρήθηκαν στο ποσοστό των καπνιστών που έλαβαν ενημερωτικό φυλλάδιο, σε συνδυασμό με επιπρόσθετη παρέμβαση<sup>3</sup>.

#### Βιβλιογραφία

- 1 *NICE public health guidance 10: Smoking cessation services in primary care, pharmacies, local authorities and workplaces, particularly for manual working groups, pregnant women and hard to reach communities*, [www.nice.org.uk/page.aspx?o=502591](http://www.nice.org.uk/page.aspx?o=502591)
- 2 *NICE Public Guidance 10, Smoking Cessation Services: Implementation Advice, 2008, available online at: <http://www.nice.org.uk/PH010>, <http://guidance.nice.org.uk/PH10/ImplementationAdvice/doc/English-Manfredi C., Chol Y.I., Warnecke R., Saunders S., Sullivan M., Dissemination strategies to improve implementation of the PHS smoking cessation guideline in MCH public health clinics: experimental evaluation results and contextual factors>, *Health Educ Res.*, (2011) 26(2): 348-360, first published online 11 March 2011, doi:10.1093/her/cyr010*
- 3

#### 5.4 Συνιστώμενη επιστημονική βιβλιογραφία για τη διακοπή καπνίσματος

- 1 Hoogendoorn M, Feenstra TL, Hoogenveen RT, Rutten-van Mölken MPMH., Long-term effectiveness and cost-effectiveness of smoking cessation interventions in patients with COPD, *Thorax* 2010;65:711-718 doi:10.1136/thx.2009.131631
- 2 *Thorax in focus: Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, *Thorax* 2012;67:2 171-176
- 3 *Changes in Mortality Among US Adults with COPD in Two National Cohorts recruited from 1971-1975 and 1988-1994* *Chest* 2012;141:1 101-110
- 4 *Cost- effectiveness of an Intensive Smoking Cessation Intervention for COPD Outpatients* *Nicotine Tob Res* 2011;0:2011 ntr263v1-ntr263
- 5 *The European Union conference on chronic respiratory disease: purpose and conclusions* *Eur Respir J* 2011;37:4 738-742
- 6 Cornuz J, Pinget C, Gilbert A, Paccaud F., *Cost-effectiveness analysis of the first-line therapies for nicotine dependence. Eur J Clin Pharmacol. 2003 Jul;59(3):201-6, Epub 2003 May 21*

## ΜΕΡΟΣ ΤΡΙΤΟ

ΕΥΡΩΠΑΪΚΕΣ ΠΡΟΙΔΑΓΡΑΦΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ  
ΔΙΑΠΙΣΤΕΥΣΗ ΤΩΝ ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΩΝ  
ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΔΙΑΚΟΠΗΣ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ  
ΚΑΙ ΤΗΣ ΑΝΤΙΣΤΟΙΧΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ





# 6.0

## Συστάσεις για την εκπαίδευση επαγγελματιών υγείας στη θεραπεία της κατανάλωσης καπνού και της συνοδού εξάρτησης και προδιαγραφές ποιότητας για τους ειδικούς και τις υπηρεσίες διακοπής καπνίσματος

Το παρόν κεφάλαιο περιγράφει τις προδιαγραφές ποιότητας για την εκπαίδευση όλων των επαγγελματιών υγείας, αλλά και τις προδιαγραφές ποιότητας που πρέπει να πληρούν οι υπηρεσίες διακοπής του καπνίσματος (επιλεγμένες κατηγορίες επαγγελματιών για να παρέχουν παρεμβάσεις για τη διακοπή του καπνίσματος, γενικές προδιαγραφές για την εκπαίδευση στο αντικείμενο της θεραπείας διακοπής του καπνίσματος, εξουσιοδοτημένοι φορείς κατάρτισης και η ευθύνη τους σχετικά με τη διακοπή του καπνίσματος, μορφή της εκπαίδευσης και της αξιολόγησης αυτής).

Αναγνωρίζεται ευρέως ότι απαιτείται καλή διακυβέρνηση στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης. Το ευρύ κοινό, οι σύλλογοι των ασθενών και οι συμβαλλόμενοι χορηγοί, επιθυμούν περισσότερο αντικειμενικές εκτιμήσεις της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Οι χώρες έχουν υιοθετήσει διαφορετικές προσεγγίσεις για τη διατήρηση της ποιότητας και τη βελτίωση των ποιοτικών προδιαγραφών. Σε ορισμένες χώρες, οι επαγγελματικές οργανώσεις και φορείς προσπαθούν να ασκήσουν έλεγχο ποιότητας επί των μελών για τη βελτίωση των προδιαγραφών της υγειονομικής περίθαλψης, συχνά χωρίς τη συμβολή της κυβέρνησης ή της κοινωνίας. Σε άλλες χώρες, το κράτος ασκεί αυστηρό έλεγχο στον τομέα της υγείας, αφήνοντας σχεδόν καθόλου περιθώριο στην ατομική, επαγγελματική κρίση και οδηγώντας συχνά, σε άσκηση αμυντικής ιατρικής και σε περιττές παραπομπές σε υψηλότερα επίπεδα περίθαλψης. Η πρόκληση είναι να εξισορροπηθούν οι ρόλοι των επαγγελματιών υγείας, των φορέων χάραξης πολιτικής της κυβέρνησης, του κοινού και άλλων ενδιαφερομένων μελών, με σκοπό την ενίσχυση της ποιότητας και στον καθορισμό των βέλτιστων ποιοτικών προδιαγραφών στον τομέα της υγείας.

Η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας εντόπισε πολλαπλές πηγές οδηγιών και ενδείξεων που θα μπορούσαν να μεταφραστούν σε ρητές δηλώσεις του επιπέδου των απαιτήσεων για τις υπηρεσίες υγείας στην Ευρώπη.

<b>Συμβούλιο της ΕΕ</b>	
Σύσταση (1997) 5	Προστασία των ιατρικών δεδομένων
Ασφαλείς εφαρμογές φαρμακευτικής αγωγής (P-SPPH/SAFE) 2006	Ασφαλείς εφαρμογές φαρμακευτικής αγωγής
Ψήφισμα ResAP (2003) 3	Διατροφική φροντίδα στα νοσοκομεία
Σύσταση (2000) 5	Συμμετοχή του ασθενούς
Σύσταση Rec (2006) 7	
<b>ΠΟΥ</b>	
WHO - HEN - OBS 2009	Ασφάλεια του ασθενούς
Προδιαγραφές για την προώθηση της υγείας στα νοσοκομεία 2004	δεξιότητες ιατρού
Κατάλογος για τη μείωση της νοσηρότητας και της θνησιμότητας στον παγκόσμιο πληθυσμό	προώθηση της υγείας
Πλαίσιο για την εκτίμηση της επίδοσης των νοσοκομείων PATH	χειρουργική ασφάλεια
<b>Οδηγίες Ευρωπαϊκού Συμβουλίου</b>	δείκτες απόδοσης
Οδηγία 2005/36/EC	Επαγγελματικά προσόντα
Οδηγία 1995/46/EC	Επεξεργασία δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα
Οδηγία 2011/24/EU	Δικαιώματα των ασθενών στη διασυνοριακή υγειονομική
<b>Έρευνα Ευρωπαϊκού Συμβουλίου</b>	
Ανάπτυξη σχεδίου- ευρωπαϊκές προδιαγραφές και κριτήρια για επιθεώρηση (EU-Blood-Inspection)	περίθαλψη κέντρα αίματος
Ευρωπαϊκοί ποιοτικοί δείκτες συστήματος και μεθοδολογία σχετικά με τη δωρεά οργάνων (ODEQUS project)	Δωρεά οργάνων
Αντοχή στα αντιβιοτικά και συνταγογράφηση σε παιδιά στην Ευρώπη (ARPEC)	Χρήση αντιβιοτικών
Ανάπτυξη ορθολογικής χρήσης φαρμάκων στην Ευρώπη (DRUM Europe)	Χρήση φαρμάκων
PROSAFE - προώθηση της ασφάλειας των ασθενών και βελτίωση της ποιότητας της εντατικής θεραπείας	Εντατική φροντίδα
Καθορισμός βέλτιστων πρακτικών στον τομέα της καταπραϊντικής φροντίδας (palliative care) στην Ευρώπη (PPP)	Καταπραϊντική φροντίδα
Διεθνές πρόγραμμα για τη διαχείριση πόρων στην εντατική θεραπεία (IPOC) - μεθοδολογία και πρώτα αποτελέσματα του κόστους και της παροχής σε τέσσερις ευρωπαϊκές χώρες.	Εντατική Θεραπεία

Βελτίωση της ασφάλειας του ασθενή κατά τη νοσοκομειακή φροντίδα τη μέρα της χειρουργικής επέμβασης Ευρωπαϊκή ένωση (EU) φροντίδας και διοίκησης των υπηρεσιών για ηλικιωμένους στο ευρωπαϊκό δίκτυο (CARMEN)	DNV Εθνικά ολοκληρωμένα Διαπιστευτήρια για οργανώσεις υγειονομικής περίθαλψης
Βέλτιστη πρακτική στην πρόσβαση, ποιότητα και καταλληλότητα των υπηρεσιών υγείας για μετανάστες στην Ευρώπη (EUGATE)	Ερμηνευτικές Κατευθυντήριες Οδηγίες CEN / TC 362
<b>ΜΚΟ</b>	Υπηρεσίες Υγείας - Ποιοτικά συστήματα διαχείρισης
Οδηγίες του Ευρωπαϊκού Συμβουλίου Καρδιοαναπνευστικής Αναζωογόνησης 2010	Ημέρα χειρουργικής επέμβασης
Ευρωπαϊκή Ένωση Ειδικευμένων Ιατρών (UEMS) Δήλωση Basle-UEMS	Υπηρεσίες για ηλικιωμένους Πληθυσμοί μειονοτήτων
Ευρωπαϊκός Χάρτης Δικαιωμάτων των Ασθενών <a href="http://www.activecitizenship.net">www.activecitizenship.net</a>	Καρδιοαναπνευστική Αναζωογόνηση
EACH χάρτης για τα παιδιά	Ποιότητα ιατρικών πρακτικών
Διεθνής Ένωση Γηριατρικής: Χάρτης Προδιαγραφών για ηλικιωμένους	Συνεχόμενη επαγγελματική εξέλιξη
Ευρωπαϊκή Εταιρεία Ακτινολογίας (SER)	Δικαιώματα των ασθενών
Κίνδυνοι από την άσκηση της ακτινολογίας, 2004	Δικαιώματα των ασθενών
Ευρωπαϊκή Ομοσπονδία Νοσοκομείων και Υπηρεσιών Υγείας (HOPE) Οκτώβριος 2010	Δικαιώματα των ασθενών
<b>CEN</b>	Ακτινολογία - Χρόνια νοσήματα Χειροπρακτική
EN ISO 22870:2006 (POCT) - Απαιτήσεις για την ποιότητα και την επάρκεια (ISO 22870:2006)	Ποιοτικά κριτήρια για τον έλεγχο της παροχής υπηρεσιών υγείας
EN 16224:2012 Παροχής υγειονομικής περίθαλψης από χειροπρακτικούς	
WS068001 Υπηρεσίες Υγείας - Ποιοτικά κριτήρια για τον έλεγχο της παροχής υπηρεσιών υγείας	(Point-of-care testing)
00414001 Παροχή ιατρικών υπηρεσιών στους πάσχοντες από νοσήματα των οστών	Πάσχοντες από νοσήματα των οστών
CEN / TC 403 Υπηρεσίες αισθητικής χειρουργικής	Αισθητική χειρουργική
<b>ISO 9001 - Ερμηνεία στον τομέα υπηρεσιών υγείας</b>	Ποιοτικά συστήματα διαχείρισης
Ιρλανδική Υπηρεσία Εθνικών Προτύπων: Εφαρμογή υπηρεσιών υγείας ISO 9002	
σε νοσοκομειακό περιβάλλον	
SGS Yarsley International (SGS) στο Ηνωμένο Βασίλειο: BS EN ISO 9000:	
Κατευθυντήριες οδηγίες για την εφαρμογή του προτύπου στα νοσοκομεία	
Σουηδικό Ινστιτούτο Προδιαγραφών, Οδηγός (CEN / TS 15224)	

Ανεξάρτητες ανασκοπήσεις από τις ΗΠΑ και την Αυστραλία, έχουν δώσει έμφαση στην ανάγκη για ενεργό συνεργασία μεταξύ δημόσιων και ιδιωτικών φορέων, προκειμένου να αμβλυνθούν οι αντιθέσεις που προκύπτουν από, την από πάνω προς τα κάτω ρύθμιση (topdown regulation) και την από κάτω προς τα άνω ανάπτυξη (bottom-up development). Μια συνεργασία μεταξύ του δημόσιου τομέα και του εκάστοτε φορέα διαπίστευσης, έχει ουσιώδη σημασία για να επιτύχει η διαπίστευση.

## Βιβλιογραφία

Toolkit for Accreditation Programmes © 2004: The International Society for Quality In Health Care, 212 Clarendon Street, East Melbourne, Victoria 3002, Australia

Shaw CD, Jelfs E, Franklin P. Implementing recommendations for safer hospitals in Europe: the SANITAS project. EuroHealth July 2012 (in press)

## 6.1 Συστάσεις για τα κριτήρια εκπαίδευσης των ειδικών στη διακοπή του καπνίσματος

Οι θεραπευτικές παρεμβάσεις που αφορούν στην υποβοήθηση των καπνιστών για να διακόψουν το κάπνισμα και το θεωρητικό τους υπόβαθρο, θα πρέπει να αποτελούν υποχρεωτικό κεφάλαιο στο πρόγραμμα σπουδών των ιατρικών σχολών. Η εκπαίδευση όλων των κατηγοριών των επαγγελματιών που εμπλέκονται σε αυτόν τον τομέα, πρέπει να επιτευχθεί μέσω δομημένων προγραμμάτων εκπαίδευσης, παρεχόμενων από εξουσιοδοτημένους ειδικούς.

Σε μια ανασκόπηση που δημοσιεύθηκε από τους Rigotti και συν. το 2008, οι συγγραφείς προσπάθησαν να συλλέξουν στοιχεία σχετικά με το σημερινό «status quo» των προγραμμάτων εκπαίδευσης για τη διακοπή του καπνίσματος, από όσο το δυνατόν περισσότερες χώρες. Παρόλο που τα στοιχεία που συγκεντρώθηκαν ήταν ετερογενή, με την έμφαση που δόθηκε στην πληθώρα των προσεγγίσεων και των κατηγοριών προσωπικού, καθώς και στην ποικιλία των μορφών μελέτης και των λύσεων χρηματοδότησης, η έρευνα αυτή ήταν ιδιαίτερα πολύτιμη, δεδομένου ότι επέστησε, σε παγκόσμιο επίπεδο, την προσοχή για την ανάγκη δημιουργίας συγκεκριμένων προδιαγραφών, οι οποίες θα στελεχώνουν την εξειδικευμένη εκπαίδευση για τη θεραπεία της εξάρτησης από τον καπνό.

Ο πληθυσμός-στόχος για την εκπαίδευση στη διακοπή του καπνίσματος εκπροσωπείται από όλους τους συμβούλους και συντονιστές των υπηρεσιών διακοπής του καπνίσματος: ιατροί, νοσηλευτικό προσωπικό, μαίες, φαρμακοποιοί, οδοντίατροι, ψυχολόγοι ή σύμβουλοι τηλεφωνικών γραμμών υποστήριξης της διακοπής του καπνίσματος και όλοι όσοι επιφορτίζονται με το έργο να συμβουλευθούν τα άτομα σχετικά με τους τρόπους διακοπής του καπνίσματος.

Όλοι οι ευρωπαϊκοί εξουσιοδοτημένοι φορείς, αρμόδιοι για την εκπαίδευση και την κατάρτιση των εργαζομένων στην υγειονομική περίθαλψη, που συμβουλεύουν τους ασθενείς να διακόψουν το κάπνισμα, θα πρέπει να λάβουν μέτρα προκειμένου να:

- εκπαιδευτεί όλο το προσωπικό πρώτης γραμμής της υγειονομικής περίθαλψης ώστε να προσφέρει σύντομες συμβουλές για τη διακοπή του καπνίσματος, σύμφωνα με τις βέλτιστες διαθέσιμες οδηγίες και να κάνει παραπομπές, όπου είναι αναγκαίο και δυνατό, στις διαθέσιμες, χρηματοδοτούμενες από το δημόσιο τομέα, υπηρεσίες διακοπής του καπνίσματος,
- διασφαλίσουν ότι η εκπαίδευση σχετικά με την υποστήριξη των ατόμων να διακόψουν το κάπνισμα αποτελεί μέρος του βασικού προγράμματος σπουδών για τους προπτυχιακούς και μεταπτυχιακούς φοιτητές σε τομείς της υγειονομικής περίθαλψης,
- διασφαλίσουν και διατηρήσουν τη διαθεσιμότητα της εκπαίδευσης και της συνεχούς επαγγελματικής ανάπτυξης,
- εκπαιδεύσουν όλους τους επαγγελματίες που απασχολούνται σε υπηρεσίες διακοπής καπνίσματος, χρησιμοποιώντας ένα πρόγραμμα που συμμορφώνεται με τα καλύτερα διαθέσιμα πρότυπα για την εκπαίδευση στις θεραπείες διακοπής του καπνίσματος,
- παρέχουν επιπρόσθετη, εξειδικευμένη εκπαίδευση για όσους εργάζονται με συγκεκριμένες ομάδες ασθενών, π.χ. με άτομα που αντιμετωπίζουν προβλήματα ψυχικής υγείας, νοσηλευόμενους ασθενείς και έγκυες γυναίκες που καπνίζουν,
- ενθαρρύνουν και εκπαιδεύουν τους επαγγελματίες υγειονομικής περίθαλψης να ερωτούν τους ασθενείς σχετικά με όλες τις μορφές κατανάλωσης προϊόντων καπνού και να τους συμβουλεύουν σχετικά με τους κινδύνους της έκθεσης στο παθητικό κάπνισμα.

Τέτοιοι εξουσιοδοτημένοι φορείς εκπαίδευσης ποικίλλουν σε όλη την Ευρώπη, από διαπιστευμένα πανεπιστήμια έως άλλες κυβερνητικές ή εθνικώς αναγνωρισμένες δομές εκπαίδευσης. Το πρότυπο εκπαίδευσης για τη διακοπή του καπνίσματος καλύπτει δύο βασικούς τομείς: γνώσεις και δεξιότητες. Το πρότυπο τυχάνει εφαρμογής στο περιεχόμενο αλλά και τα επιδιωκόμενα μαθησιακά αποτελέσματα των προγραμμάτων εκπαίδευσης. Το πρότυπο του Εθνικού Συστήματος Υγείας του Ηνωμένου Βασιλείου επικεντρώθηκε στα ελάχιστα απαραίτητα στοιχεία και κεφάλαια για την παροχή παρεμβάσεων σχετικά με τη διακοπή του καπνίσματος, σε τρία διαφορετικά επίπεδα: σύντομες ευκαιριακές, εντατικές ένας-προς-έναν και ομαδικές παρεμβάσεις. Το πρότυπο εκπαίδευσης παρέχει οδηγίες στους εκπαιδευτές για το τι θα πρέπει να περιλαμβάνεται στην εκπαίδευση των συμβούλων, υπευθύνων για τη διακοπή του καπνίσματος. Η μορφή εκπαίδευσης είναι διαφορετική για κάθε επίπεδο· σε γενικές γραμμές η εκπαίδευση στη σύντομη ευκαιριακή συμβουλευτική θα πρέπει να εντάσσεται στο πρόγραμμα σπουδών των προπτυχιακών φοιτητών των Ιατρικών Σχολών, ενώ η εντατική, ένας-προς-έναν, και η ομαδική συμβουλευτική, σε εκείνο των μεταπτυχιακών φοιτητών Πανεπιστημίων, στα τμήματα Ιατρικής/ Ψυχολογίας/ Νοσηλευτικής.

Ο όρος «ελάχιστες απαιτήσεις περιεχομένου» αναφέρεται σε εκείνα τα στοιχεία του προγράμματος που θεωρούνται απαραίτητα για την επίτευξη του προτύπου. Κάθε στόχος επισημαίνεται με K ή S για να διακριθεί αν βασίζεται σε γνώσεις (knowledge) ή δεξιότητες (skills). Η διάκριση αυτή είναι σημαντική, διότι, οι ανωτέρω κατηγορίες, απαιτούν διαφορετικές μορφές αξιολόγησης. Η επίτευξη του πρώτου

στόχου μπορεί να εκτιμηθεί με τη βοήθεια γραπτών εξετάσεων στο τέλος των μαθημάτων, ενώ η εκτίμηση του δεύτερου παρουσιάζει μεγαλύτερη δυσκολία και μπορεί να απαιτηθεί μια πρακτική εξέταση ή παρατήρηση της πρακτικής που ακολουθείται κατά την εκπαιδευτική διαδικασία..

### Πίνακας 15: Κεφάλαιο από την εκπαιδευτική διαδικασία εκτίμησης της διακοπής του καπνίσματος των Εθνικών Υπηρεσιών Υγείας(NHS)

1. Απόδειξη συμμετοχής στο πρόγραμμα εκπαίδευσης,
2. Συνεχής αξιολόγηση των μαθημάτων (διαμορφωτική αξιολόγηση),
3. Εξέταση των βασικών γνώσεων και δεξιοτήτων κατά την ολοκλήρωση του μαθήματος,
4. Ενδοϋπηρεσιακή αξιολόγηση των δεξιοτήτων και γνώσεων μέσω της παρατήρησης,
5. Παροχή αποδεικτικών στοιχείων της εκμάθησης και εφαρμογής στην πράξη, με χρήση ενός φακέλου συνεχούς επαγγελματικής εξέλιξης.

## 6.2 Συστάσεις για τη συγκρότηση διδακτέας ύλης αφορούσης στη διακοπή καπνίσματος για τους φοιτητές ευρωπαϊκών ιατρικών σχολών

### Επιχειρηματολογία

Η κατανάλωση προϊόντων καπνού αποτελεί ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα δημόσιας υγείας, υπεύθυνο για το θάνατο περισσότερων από 6 εκατομμύρια ανθρώπων παγκοσμίως και ο αριθμός αυτός αναμένεται να αυξηθεί στα 8 εκατομμύρια το 2030. Στην Ευρώπη μόνο, τα προϊόντα καπνού είναι υπεύθυνα για το θάνατο περίπου 500.000 ανθρώπων κάθε χρόνο. Οι μελέτες, έχουν δείξει ότι το ήμισυ των ενεργών καπνιστών θα πεθάνουν εξαιτίας προβλημάτων υγείας που σχετίζονται με το κάπνισμα, ενώ πολλοί από αυτούς, θα πεθάνουν πρόωρα<sup>1</sup>. Εκτός από αυτό το φόρο θανάτου, η κατανάλωση προϊόντων καπνού βλάπτει το περιβάλλον και οδηγεί σε σημαντική οικονομική επιβάρυνση. Ως εκ τούτου, υπάρχει επείγουσα ανάγκη για τον έλεγχο της κατανάλωσης προϊόντων καπνού και τη μείωση του αριθμού των καπνιστών. Μία από τις προσεγγίσεις προς το σκοπό αυτό είναι η βοήθεια προς τους καπνιστές να διακόψουν το κάπνισμα. Πολλές χώρες εφαρμόζουν επιτυχημένα προγράμματα ελέγχου της κατανάλωσης προϊόντων καπνού, συμπεριλαμβανομένης της θεραπείας των ασθενών, και έχουν επιτύχει τη μείωση της κατανάλωσης προϊόντων καπνού και των θυμάτων εξαιτίας της κατανάλωσης προϊόντων καπνού<sup>1</sup>.



### Περιεχόμενο του εκπαιδευτικού προγράμματος

- επιδημία του καπνίσματος στην Ευρώπη και παγκοσμίως,
- παράγοντες που ευθύνονται για την έναρξη της κατανάλωσης προϊόντων καπνού,
- φαρμακολογική βάση της εξάρτησης από τον καπνό,
- κίνδυνοι για την υγεία λόγω της κατανάλωσης προϊόντων καπνού,
- άλλες (π.χ. περιβαλλοντικές, οικονομικές κλπ.) συνέπειες της κατανάλωσης προϊόντων καπνού,
- προσεγγίσεις για τον έλεγχο της κατανάλωσης προϊόντων καπνού,
- ρόλος του ιατρού όσον αφορά τον έλεγχο της κατανάλωσης προϊόντων καπνού,
- νομοθεσία για τον έλεγχο της κατανάλωσης προϊόντων καπνού.

### Διδακτικές μέθοδοι

Η εκπαίδευση είναι θεωρητική κατά τη διάρκεια των πρώτων(προκλινικών) ετών της ιατρικής σχολής, ενώ πρακτικές-κλινικές ασκήσεις πραγματοποιούνται κατά τη διάρκεια κλινικών ετών (έτη 4 έως 6). Η διάρκεια της θεωρητικής εκπαίδευσης είναι 10-12 ώρες (κατ' ελάχιστο) και ολοκληρώνεται στο πρόγραμμα σπουδών των τριών πρώτων ετών (προ- κλινική περίοδος) των ιατρικών σπουδών. Ιαλέξεις στο αμφιθέατρο, συζητήσεις σε μικρές ομάδες ή παραδείγματα περιπτώσεων χρησιμοποιούνται για τη θεωρητική εκπαίδευση. Ο στόχος της εκπαίδευσης στο αμφιθέατρο είναι να ενημερωθούν και να ευαισθητοποιηθούν οι φοιτητές σχετικά με θέματα που σχετίζονται με την κατανάλωση προϊόντων καπνού. Κατά την περίοδο της κλινικής εκπαίδευσης, περισσότερες μελέτες περίπτωσης (case studies) μπορούν να συζητηθούν για να αναπτυχθεί μια «αντικαπνιστική» στάση και συμπεριφορά. Θα πρέπει να τονιστεί ότι, όλοι οι ιατροί είναι υποχρεωμένοι να ενημερώνονται σχετικά με την καπνιστική συνήθεια όλων των ασθενών (συμπεριλαμβανομένης της καπνιστικής συνήθειας των γονέων ανήλικων ασθενών) και θα πρέπει να συμβουλεύουν και να βοηθούν τους καπνιστές να διακόψουν το κάπνισμα. Ως εκ τούτου, ορισμένες μελέτες περίπτωσης και η θεραπεία της εξάρτησης από τον καπνό, συζητούνται κατά τη διάρκεια της κλινικής φάσης της εκπαίδευσης των φοιτητών.

### Πίνακας 16: Λεπτομέρειες του προγράμματος

ΓΕΝΙΚΟΙ ΣΤΟΧΟΙ	ΣΤΟΧΟΙ	Διδακτική Περίοδος και Επίπεδο (*)		
		προ-κλινικό	κλινικό	πρακτική
Πληροφορίες σχετικά με τον επιπολασμό της κατανάλωσης καπνού και παράγοντες που επηρεάζουν την έναρξη	Βασική επιδημιολογία της κατανάλωσης καπνού (άτομο, μέρος, διαχρονικές τάσεις κλπ.)	B2		
Πληροφορίες για τους κινδύνους υγείας που εγκυμονεί η κατανάλωση καπνού	Σύνθεση του καπνού του τσιγάρου και επιπτώσεις στην υγεία	B1		
	Επιπτώσεις του καπνίσματος στο αναπνευστικό σύστημα	B1	B2	
	Επιπτώσεις του καπνίσματος στο καρδιαγγειακό σύστημα	B1	B2	
	Επιπτώσεις του καπνίσματος στον καρκίνο και στο αιμοποιητικό σύστημα	B1		
	Επιπτώσεις του καπνίσματος στο ουρογεννητικό σύστημα	B1		
	Επιπτώσεις του καπνίσματος στην εγκυμοσύνη και στα παιδιά	B1		
Η εξάρτηση από τον καπνό και η ατομική και πληθυσμιακή σημασία της	Νευρολογική βάση της εξάρτησης από τον καπνό	B1	B2	
	Γνωσιακές και συμπεριφορικές όψεις της εξάρτησης από τον καπνό	B1	B2	
Περιβαλλοντικές επιπτώσεις της κατανάλωσης καπνού	Ποιότητα του αέρα στον εσωτερικό χώρο και ρυπαντές	B1		
	Περιβαλλοντική μόλυνση, κίνδυνοι πυρκαγιάς	B1		
Κοινωνικές και οικονομικές επιπτώσεις της κατανάλωσης καπνού	Επιπτώσεις στο άτομο	B2		
	Επιπτώσεις στην κοινωνία	B2		
Νομοθεσία σχετικά με τον έλεγχο του καπνού	Διεθνές επίπεδο (Σύμβαση Πλαίσιο FCTC για τον έλεγχο των προϊόντων καπνού)	B2		
	Εθνικό επίπεδο (εθνική νομοθεσία)	B2		
Η έννοια του ελέγχου του καπνού και οι σχετικές στρατηγικές	Στρατηγικές MPOWER	B2		
	Σχετικές εθνικές νομοθεσίες, πχ Εθνικό Πρόγραμμα Ελέγχου Καπνού	B2		

ΜΕΡΟΣ 1ο

ΓΕΝΙΚΟΙ ΣΤΟΧΟΙ	ΣΤΟΧΟΙ	Διδακτική Περίοδος και Επίπεδο (*)		
		προ-κλινικό	κλινικό	πρακτική
Ρόλος του Ιατρού στη διαδικασία έλεγχου του καπνού και της καπνιστικής συμπεριφοράς	Μη καπνιστική συμπεριφορά ως μοντέλο πρότυπο	B2	B2 D2	B3 D3
	Βοήθεια στους καπνιστές να διακόψουν το κάπνισμα, εφαρμόζοντας τις αρχές 5A και 5R	B1	B3 D3	B3 D3
	Τεκμηριωμένες μέθοδοι διακοπής του καπνίσματος		B2	
	Η διακοπή του καπνίσματος στην κλινική πράξη			B3
	Πρόληψη της υποτροπής			B3
	Συνηγορία και ηγεσία για τον έλεγχο του καπνού	B2	B3 D3	B3 D3
	Προσοχή και μαχητικότητα απέναντι στους χειρισμούς της βιομηχανίας καπνού	B2	B3 D3	B3 D3
	Διακοπή καπνίσματος σε συγκεκριμένο πληθυσμό: χειρουργικοί ασθενείς, ασθενείς με ΧΑΠ, καρδιαγγειακά νοσήματα, ψυχοπαθολογία			D3
Ο ρόλος των ΜΜΕ στον έλεγχο του καπνού	B2			
Έλεγχος του καπνού στην καθημερινή ζωή και συνεργασία με σχετικούς θεσμούς	Κυβερνητικά και μη κυβερνητικά ιδρύματα για τον έλεγχο του καπνού	B2		

**ΜΕΡΟΣ 2ο**

### Γνωστικό αντικείμενο

B1: Γνωρίζω (ανακαλώ, υπολογίζω, ορίζω), π.χ. γνώση της επιδημιολογίας της κατανάλωσης προϊόντων καπνού, παράγοντες που επηρεάζουν τον επιπολασμό· δημιουργία λίστας των επιπτώσεων στην υγεία λόγω της κατανάλωσης προϊόντων καπνού στα διάφορα όργανα και συστήματα.

B2: Καταννώ, εφαρμόζω, αναλύω, αξιολογώ, π.χ. βιολογικούς και ψυχολογικούς μηχανισμούς των επιπτώσεων στην υγεία από την κατανάλωση προϊόντων καπνού, εξηγώ τις περιβαλλοντικές επιπτώσεις και οικονομικές επιβαρύνσεις που συνεπάγεται η κατανάλωση προϊόντων καπνού.

B3: Εφαρμόζω τη γνώση επιπέδου B2 σε πραγματικές κλινικές συνθήκες (επί του ασθενούς) (λήψη του ιστορικού, αξιολόγηση και λήψη αποφάσεων), π.χ. εφαρμογή της στρατηγικής των 5As, προσφορά βοήθειας σε καπνιστές, ενημέρωση σχετικά με τις διάφορες επιλογές θεραπείας.

### Τομέας αντίληψης

D1: Ενημέρωση, π.χ. να υπάρχει γνώση των μεθόδων προώθησης των προϊόντων καπνού εκ μέρους της καπνοβιομηχανίας.

D2: Στάση, π.χ. να λαμβάνονται υπόψη οι μέθοδοι προώθησης των προϊόντων καπνού από την καπνοβιομηχανία και η σημασία της απώθησής τους.

D3: Συμπεριφορά, π.χ. δημιουργία ενός σχεδίου για την απώθηση των μεθόδων προώθησης των προϊόντων καπνού από την καπνοβιομηχανία και εφαρμογή του σχεδίου.

### Αξιολόγηση

Η αποτελεσματικότητα του προγράμματος αξιολογείται μέσω προκαταρκτικών και μεταγενέστερων εξετάσεων. Μια προκαταρκτική δοκιμασία δίνεται στους φοιτητές πριν από την έναρξη του προγράμματος (δηλαδή στο πρώτο έτος) και μια μεταγενέστερη δοκιμασία, πριν από την αποφοίτηση από το πανεπιστήμιο (δηλαδή κατά το τελευταίο έτος). Και τα δύο είδη δοκιμασιών, περιλαμβάνουν ερωτήσεις πολλαπλής επιλογής προσανατολισμένες στους στόχους του προγράμματος εκπαίδευσης. Επιπλέον, γραπτή και προφορική δοκιμασία ανάδρασης (feed-back) δίνεται από τους φοιτητές και τους εκπαιδευτικούς μετά από κάθε μάθημα. Τα ονόματα των φοιτητών δεν καταγράφονται· αξιολογείται η απόδοση της ομάδας.

(\*) Ορισμοί Επιπέδων

### 6.3 Συστάσεις για τη συγκρότηση διδακτέας ύλης αφορούσης στη διακοπή καπνίσματος στα πλαίσια Ευρωπαϊκών μεταπτυχιακών προγραμμάτων

#### Προγράμματα Πιστοποίησης

##### Επιχειρηματολογία

Η κατανάλωση προϊόντων καπνού αποτελεί ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα δημόσιας υγείας, υπεύθυνο για το θάνατο περισσότερων των 6 εκατομμυρίων ανθρώπων παγκοσμίως και ο αριθμός αυτός αναμένεται να αυξηθεί στα 8 εκατομμύρια το 2030<sup>1</sup>. Στην Ευρώπη μόνο, τα προϊόντα καπνού είναι υπεύθυνα για το θάνατο περίπου 500.000 ανθρώπων κάθε χρόνο. Οι έρευνες έχουν δείξει ότι το ήμισυ των ενεργών καπνιστών θα πεθάνει εξαιτίας προβλημάτων υγείας που σχετίζονται με τον καπνό, ενώ πολλοί από τους οποίους θα πεθάνουν πρόωρα<sup>1</sup>. Εκτός από αυτό το φόρο θανάτου, η κατανάλωση προϊόντων καπνού βλάπτει το περιβάλλον και οδηγεί σε σημαντική οικονομική επιβάρυνση. Ως εκ τούτου, υπάρχει επείγουσα ανάγκη για τον έλεγχο της κατανάλωσης προϊόντων καπνού και τη μείωση του αριθμού των καπνιστών. Μία από τις προσεγγίσεις προς το σκοπό αυτό είναι η βοήθεια προς τους καπνιστές να διακόψουν το κάπνισμα. Πολλές χώρες εφαρμόζουν επιτυχημένα προγράμματα ελέγχου της κατανάλωσης προϊόντων καπνού, συμπεριλαμβανομένης της θεραπείας των ασθενών, και έχουν επιτύχει τη μείωση της κατανάλωσης προϊόντων καπνού και των θυμάτων εξαιτίας της κατανάλωσης προϊόντων καπνού<sup>1</sup>.

##### Στόχοι των εκπαιδευτικών προγραμμάτων

Ο στόχος του προγράμματος εκπαίδευσης είναι να διδάξει την πρόληψη, τη διάγνωση και τη θεραπεία της εξάρτησης από τον καπνό στους συμμετέχοντες. Κατά το τέλος της εκπαίδευσης, οι συμμετέχοντες αναμένεται να είναι σε θέση να λειτουργήσουν ένα κέντρο διακοπής του καπνίσματος. Για να επιτευχθεί αυτός ο σκοπός, τα ακόλουθα θέματα συζητούνται στο πλαίσιο εφαρμογής του προγράμματος:

- επιδημία του καπνίσματος, στην Ευρώπη και παγκοσμίως, συμπεριλαμβανομένων των εθνικών στατιστικών,
- παράγοντες που ευθύνονται για την έναρξη της κατανάλωσης προϊόντων καπνού,
- φαρμακολογική βάση της εξάρτησης από τον καπνό,
- κίνδυνοι για την υγεία από την κατανάλωση προϊόντων καπνού,
- άλλες (π.χ. περιβαλλοντικές, οικονομικές κλπ.) συνέπειες της κατανάλωσης προϊόντων καπνού,
- προσεγγίσεις για τον έλεγχο της κατανάλωσης προϊόντων καπνού,
- ρόλος του ιατρού σχετικά με τον έλεγχο της κατανάλωσης προϊόντων καπνού,
- νομοθεσία για τον έλεγχο της κατανάλωσης προϊόντων καπνού (διεθνής και εθνική),
- υπηρεσίες ελέγχου της κατανάλωσης προϊόντων καπνού σε εγχώριο επίπεδο,
- ίδρυση και λειτουργία ενός κέντρου διακοπής του καπνίσματος.

##### Διδακτικές μέθοδοι

Το πρόγραμμα διεξάγεται σε δύο μέρη: εξ' αποστάσεως εκπαίδευση και δια ζώσης εκπαίδευση. Το διδακτικό υλικό είναι διαθέσιμο σε ιστοσελίδα και οι συμμετέχοντες μπορούν να έχουν πρόσβαση στην ιστοσελίδα με τον κωδικό τους για ένα συγκεκριμένο αριθμό ημερών. Οι τελευταίοι οφείλουν να ολοκληρώσουν το υλικό προς ανάγνωση και να λάβουν μέρος σε εξέταση μετά την ολοκλήρωση. Εκείνοι που επιτυγχάνουν στην εξέταση λαμβάνουν δια ζώσης εκπαίδευση διάρκειας δύο ημερών. Το πρόγραμμα αυτό οργανώνεται από το Υπουργείο Υγείας ή από εξουσιοδοτημένα πανεπιστήμια. Ο μέγιστος αριθμός συμμετεχόντων είναι 25 άτομα.

Λεπτομέρειες που αφορούν τα δια ζώσης εκπαιδευτικά προγράμματα:

- προκαταρκτική εξέταση, προσδοκίες των συμμετεχόντων, στόχοι του εκπαιδευτικού προγράμματος,
- επιδημιολογία της κατανάλωσης προϊόντων καπνού, εθνικά στοιχεία και τάσεις,
- κατανάλωση προϊόντων καπνού σε ειδικές ομάδες: παιδιά και νέοι, γυναίκες, έγκυες γυναίκες, ασθενείς με συνοσηρότητα, προσωπικό υγείας,
- εξάρτηση από τον καπνό, μηχανισμοί, μέτρηση του επιπέδου της εξάρτησης: Η δοκιμασία Fagerström για την Εξάρτηση από τη Νικοτίνη (FTND), τα κριτήρια της Ευρωπαϊκής Ιατρικής Εταιρίας για το Κάπνισμα και την Υγεία (EMASH),
- προσέγγιση των καπνιστών: 5As και 5Rs,
- απαιτητικές / προβληματικές περιπτώσεις, βαρείς καπνιστές, ελαφρείς καπνιστές, καπνιστές με συνοδά νοσήματα κλπ.,
- ψυχοκοινωνική υποστήριξη,
- φαρμακολογική θεραπεία, συμπεριλαμβανομένης της NRT,
- νομοθεσία: νομοθεσία για τον έλεγχο της κατανάλωσης προϊόντων καπνού, νομοθεσία για τα κέντρα ελέγχου της κατανάλωσης προϊόντων καπνού (χωρητικότητα, ανθρώπινο δυναμικό κλπ.),
- μελέτες περίπτωσης, αναπαραστάσεις κλπ.,
- επίσκεψη σε ένα κέντρο διακοπής,
- μεταγενέστερη εξέταση και αξιολόγηση της εκπαίδευσης, προτάσεις των συμμετεχόντων για μελλοντικά προγράμματα.

##### Αξιολόγηση

Η επιτυχία του προγράμματος, αξιολογείται μέσω προκαταρκτικών και μεταγενέστερων εξετάσεων και οι επιτυγχόντες λαμβάνουν πιστοποίηση από το Υπουργείο Υγείας. Ίδεται επίσης αντιδραστική (feed-back) δοκιμασία μέσω συζήτησης. Οι πιστοποιημένοι ιατροί δικαιούνται να ιδρύσουν και να λειτουργήσουν ένα κέντρο διακοπής του καπνίσματος. Εκπαιδευτικά προγράμματα για τις ιατρικές ειδικότητες του θώρακα Η Ευρωπαϊκή Πνευμονολογική Εταιρία έχει δημοσιεύσει κατά το έτος 2007 μια μονογραφία για τη διακοπή του καπνίσματος σε ασθενείς με ΧΑΠ2 και μια καινούργια έκδοση θα είναι σύντομα διαθέσιμη. Ο Πίνακας 17 αναφέρεται στην τουρκική εμπειρία.



## Πίνακας 17: Παράδειγμα εκπαιδευτικού προγράμματος για τη διακοπή του καπνίσματος για τους επαγγελματίες υγείας στην Τουρκία

Το πρόγραμμα εκπονήθηκε από την Τουρκική Πνευμονολογική Εταιρεία, με χρηματοδότηση από την Pfizer International Foundation (επιχορηγήσεις για τον έλεγχο του καπνού και τη σχετική πολιτική). Το «σπονδυλωτό» πρότυπο εκπαίδευσης συντάχθηκε από τα μέλη της ομάδας εργασίας για τον έλεγχο του καπνού της Τουρκικής Πνευμονολογικής Εταιρείας. Στη συνέχεια, μια ομάδα απαρτιζόμενη από 40 πνευμονολόγους, οι οποίοι εκπαιδεύτηκαν ως εκπαιδευτές, αποτέλεσε τη βασική εκπαιδευτική ομάδα. Το εκπαιδευτικό πρόγραμμα τέθηκε στη διάθεση όλων των μελών της Εταιρείας με ηλεκτρονικά μέσα. Συνολικά 765 συμμετέχοντες ολοκλήρωσαν την ηλεκτρονική εκπαιδευτική ενότητα. Ο στόχος των ηλεκτρονικών αυτών μαθημάτων ήταν η ενσωμάτωση των πρώτων 2Α (Ρωτήστε και Παρέχετε Συμβουλές) των αρχών 5Α στην καθημερινή κλινική πρακτική τους. Στο τέλος κάθε ενότητας, οι συμμετέχοντες απάντησαν σε ερωτήσεις σχετικές με τα κύρια σημεία της ενότητας. Μετά την ολοκλήρωση των μαθημάτων, οι συμμετέχοντες που επιθυμούσαν να βελτιώσουν τη μέθοδό τους συμμετείχαν σε μια πρόσωπο με πρόσωπο εκπαίδευση διάρκειας μίας ημέρας (μάλιστα, και οι 765 συμμετέχοντες παρακολούθησαν την εκπαίδευση αυτή). Αυτά τα εκπαιδευτικά προγράμματα, πραγματοποιήθηκαν από τα μέλη της βασικής ομάδας σε 18 επαρχίες της Τουρκίας. Στο τέλος αυτών των τομεακών εκπαιδευτικών προγραμμάτων, οι συμμετέχοντες είχαν αναπτύξει την ικανότητα να εργάζονται με καπνιστές και να τους βοηθούν να διακόψουν το κάπνισμα με την εφαρμογή επιστημονικών μεθόδων διακοπής του καπνίσματος. Όλοι οι συμμετέχοντες αξιολόγησαν το πρόγραμμα από καλό έως πολύ καλό, τόσο από πλευράς περιεχομένου όσο και από πλευράς ενδιαφέροντος.

### Βιβλιογραφία

- 1 MPOWER WHO Global Tobacco Control Report, 2008
- 2 P. Tønnesen, L. Carrozzi, K.O. Fagerstrom, C. Gratziou, C. Jimenez-Ruiz, S. Nardinie, G. Viegi, C. Lazzaro, I.A. Campell, E. Dagli and R. West ERS TASK FORCE Smoking cessation in patients with respiratory diseases: a high priority, integral component of therapy Eur Respir J 2007; 29: 390–417

## 6.4 Συστάσεις για τη συγκρότηση διδακτικού υλικού αναφορικά με τη διακοπή καπνίσματος, προς εφαρμογή από άλλες κατηγορίες εμπλεκόμενων επαγγελματιών: ψυχολόγων, νοσηλευτών, συντακτών προγραμμάτων πολιτικής υγείας

Εκτός από τους ιατρούς, όλες οι κατηγορίες του προσωπικού που εργάζονται σε κέντρα διακοπής καπνίσματος ή εμπλέκονται στην παροχή βοήθειας σε καπνιστές, πρέπει να έχουν βασικές γνώσεις και δεξιότητες για τη θεραπεία της κατανάλωσης προϊόντων καπνού και της συνοδού εξάρτησης. Αυτό είναι ζωτικής σημασίας για τη διασφάλιση των βέλτιστων πρακτικών που αφορούν τη διακοπή του καπνίσματος. Ένα βασικό εκπαιδευτικό πρόγραμμα για τη διακοπή του καπνίσματος, επομένως, συνιστάται για: νοσηλευτές, μαίες, ψυχολόγους, διαμεσολαβητές, κοινωνικούς λειτουργούς και φαρμακοποιούς ή οποιαδήποτε άλλη κατηγορία προσωπικού που βοηθά τους καπνιστές να διακόψουν το κάπνισμα, ανάλογα με τους κανονισμούς που ισχύουν σε κάθε χώρα. Τα προγράμματα σπουδών, πρέπει να περιλαμβάνουν ως ελάχιστο διδακτικό περιεχόμενο τις διαταραχές που σχετίζονται με το κάπνισμα, τη νευροβιολογία του εθισμού στη νικοτίνη, την εξάρτηση από τον καπνό (σε ψυχολογικά και ψυχοκοινωνικά επίπεδα), το κάπνισμα και τις διαδικασίες διακοπής του καπνίσματος, τα είδη των παρεμβάσεων για τη διακοπή του καπνίσματος, την εκτίμηση των καπνιστών ως ασθενείς και των τεκμηριωμένων θεραπειών για την κατανάλωση προϊόντων καπνού. Η εκπαίδευση πρέπει να υποστηρίζεται από τα κυβερνητικά συστήματα, τα οποία διασφαλίζουν ότι οι επαγγελματίες της υγείας έχουν πρόσβαση σε αυτή. Αυτό είναι ένα ζήτημα για τους επιτρόπους και διαχειριστές των εθνικών υγειονομικών αρχών, οι οποίοι πρέπει να χρηματοδοτήσουν την εκπαίδευση για τη διακοπή του καπνίσματος ως βασική δραστηριότητα της υγειονομικής περίθαλψης. Για την καλύτερη κατανόηση αυτών των αναγκών και την καλύτερη σχεδίαση τέτοιων προγραμμάτων, συνιστάται ανεπιφύλακτα να προσφέρεται μία ελάχιστη εκπαίδευση στους επαγγελματίες σε θέσεις εξουσίας. Με την απόκτηση στοιχειωδών γνώσεων σχετικά με τη νοσηρότητα και τη θνησιμότητα που σχετίζονται με την κατανάλωση προϊόντων καπνού, αλλά και σχετικά με την αποδοτικότητα σε όρους κόστους-οφέλους της πρόληψης του καπνίσματος και της θεραπείας διακοπής, οι συντάκτες προγραμμάτων πολιτικής υγείας θα καταστούν περισσότερο ενήμεροι για το μέγεθος του προβλήματος και θα θέσουν προτεραιότητες αναλόγως, προκειμένου να βελτιώσουν την κατάσταση. Το επίπεδο 2 της εκπαίδευσης είναι κατάλληλο για όλους τους επαγγελματίες υγείας. Το επίπεδο 1 της εκπαίδευσης έχει σχεδιαστεί για όσους επιθυμούν να εξειδικευθούν στη διακοπή του καπνίσματος.

### Συστάσεις

- Το κάπνισμα και η διακοπή του καπνίσματος θα πρέπει να είναι μέρος του πυρήνα του προγράμματος σπουδών της βασικής εκπαίδευσης για όλους τους επαγγελματίες υγείας που εργάζονται με καπνιστές.
- Η εκπαίδευση θα πρέπει να είναι ένα βασικό μέρος του προγράμματος διακοπής καπνίσματος για όλες τις υγειονομικές αρχές. Η εξασφάλιση χρόνου και χρηματοδότησης θα πρέπει να ενσωματωθεί σε αυτό το πρόγραμμα (επίπεδο τεκμηρίωσης Β).

- Η διακοπή του καπνίσματος θα πρέπει να χρηματοδοτείται και να έχει προτεραιότητα στο πλαίσιο των υφιστάμενων προϋπολογισμών για την εκπαίδευση (επίπεδο τεκμηρίωσης Β)<sup>1</sup>.

### Βιβλιογραφία

1 *Smoking cessation clinical guidelines for health professionals, Thorax 1998;53 (Suppl 5, Part 1):S1*

## 6.5. Προδιαγραφές εκπαίδευσης κλινικών ιατρών στη διακοπή του καπνίσματος

### Υπόβαθρο

Η διακοπή του καπνίσματος συνεπάγεται συχνά μια πολύπλοκη θεραπευτική διαδικασία και υπάρχουν πολλές διαφορετικές εκπαιδευτικές μέθοδοι για την ανάπτυξη κλινικών δεξιοτήτων. Παρ' όλο που η εξάρτηση από τον καπνό έχει πολλά κοινά χαρακτηριστικά οπουδήποτε έχει περιγραφεί σε όλον τον κόσμο, το περιβάλλον και η κουλτούρα του καταναλωτή μπορεί να διαφέρουν σημαντικά. Τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης μπορεί επίσης να διαφέρουν, τόσο σχετικά με τους πόρους όσο και με τις προτεραιότητές τους. Στο εδάφιο που ακολουθεί, οι καταναλωτές προϊόντων καπνού αναφέρονται ως καπνιστές, καθώς τα τσιγάρα είναι η πιο διαδεδομένη μορφή προϊόντων καπνού. Η διακοπή της κατανάλωσης άλλων προϊόντων καπνού έχει μελετηθεί σε πολύ μικρότερο βαθμό, αλλά εφαρμόζονται εν προκειμένω, οι μέθοδοι που χρησιμοποιούνται για τη διακοπή του καπνίσματος στην περίπτωση που εξαρτημένοι καταναλωτές άλλων προϊόντων καπνού ζητούν βοήθεια για να διακόψουν την κατανάλωση των εν λόγω προϊόντων. Η διακοπή του καπνίσματος δεν είναι απαραίτητο να αποτελεί αποκλειστικά μέρος των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης, αλλά το σχέδιο εκπαίδευσης που προτείνεται εδώ απευθύνεται σε επαγγελματίες υγείας. Στόχο αποτελεί η ανάπτυξη δεξιοτήτων των κλινικών ιατρών σχετικά με τη διακοπή του καπνίσματος, οι οποίοι είναι σε θέση να αφιερώσουν χρόνο και πόρους για το σκοπό αυτό, συμπεριλαμβανομένης της παρακολούθησης εκπαιδευτικού προγράμματος διάρκειας τουλάχιστον έξι μηνών.

### Περιεχόμενο της εκπαίδευσης

Το εκπαιδευτικό πρόγραμμα αναπτύσσεται σε δύο ενότητες, με μεσοδιάστημα 3-6 μηνών μεταξύ τους, ως εξής:

1. Βασικό πιστοποιητικό (2 ημέρες). Προκειμένου να πληρούνται οι προϋποθέσεις, η παρουσία είναι υποχρεωτική τις δύο πρώτες ημέρες του μαθήματος. Περιεχόμενο: 50% θεωρία, 50% πρακτική (γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία, συνέντευξη παρακίνησης και πρακτική πάνω στη διακοπή του καπνίσματος).
2. Ανώτερο πιστοποιητικό (μία ημέρα παρακολούθησης-follow up). Προκειμένου να πληρούνται οι προϋποθέσεις γι' αυτό το πιστοποιητικό, απαιτούνται τα ακόλουθα, εκτός από το βασικό πιστοποιητικό:

- μία ημέρα (3η ημέρα) παρακολούθησης, τρεις έως έξι μήνες μετά τη βασική εκπαίδευση (βλ. παραπάνω),
- γραπτή εξέταση γνώσεων, διάρκειας 30 λεπτών περίπου, ξεκινώντας την 3η ημέρα,
- 3 περιπτώσεις ασθενών, γραπτές κλινικές εκθέσεις παρατηρώντας ένα πρότυπο,
- 3 εποπτευόμενες συμβουλευτικές ομαδικές ή ατομικές συνεδρίες (ζωντανά ή μέσω τηλεφώνου).

Το ανώτερο πιστοποιητικό χορηγείται όταν όλα τα μέρη έχουν ολοκληρωθεί με επιτυχία, δηλαδή 2+1 ημέρες εκπαίδευσης, γραπτή εξέταση, τρία γραπτά αρχεία ασθενή σχετικά με τη διακοπή του καπνίσματος (εκ των οποίων ο ένας παρακολουθείται για τουλάχιστον 2 μήνες) κι επιπλέον τρεις εποπτευόμενες περιπτώσεις (ομαδικές ή ατομικές, ζωντανά ή μέσω τηλεφώνου). Το ανώτερο πιστοποιητικό πρέπει να αποδεικνύει ότι η εκπαίδευση έχει πραγματοποιηθεί ακολουθώντας εθνικές προδιαγραφές (βλ. παρακάτω). Ένα ειδικό λογότυπο μπορεί να εκδοθεί για να αποδεικνύει ότι έχει ακολουθηθεί εκπαίδευση εθνικών προδιαγραφών (συμπεριλαμβανομένης μιας λεπτομερούς περιγραφής). Το πιστοποιητικό της βασικής εκπαίδευσης, θα πρέπει, κατά προτίμηση, να είναι λιγότερο περίπλοκο και να διαχωρίζεται με σαφή τρόπο από το ανώτερο πιστοποιητικό.

### Απαιτούμενη διδακτέα ύλη

Περιεχόμενο βασικής εκπαίδευσης (1η και 2η ημέρα)

Θ= θεωρία και Π= πρακτική

Θ Εισαγωγή: Μια ανασκόπηση των σημαντικότερων επιπτώσεων της κατανάλωσης προϊόντων καπνού στην υγεία, του κόστους της κατανάλωσης προϊόντων καπνού, της συνοδού εξάρτησης από τη νικοτίνη. Επίσης, μια ανασκόπηση των διαφόρων πτυχών της πρόληψης του καπνίσματος και της κατανάλωσης προϊόντων καπνού.

Θ Λεπτομερέστερη περιγραφή των κινδύνων που ενέχει η κατανάλωση προϊόντων καπνού και των οφελών που προκύπτουν από τη διακοπή του καπνίσματος.

Θ Μέθοδοι για τη διακοπή του καπνίσματος (Cochrane Library, [www.treatobacco.net](http://www.treatobacco.net)), μέθοδοι για την αξιολόγηση των αποτελεσμάτων.

Π Μέθοδοι για τη διεξαγωγή της συμβουλευτικής και τις συνεδρίες εκπαίδευσης.

Π Διακοπή του καπνίσματος στην πράξη, διαδικασίες διεξαγωγής ατομικής συμβουλευτικής, πρόληψη υποτροπής, παρακολούθηση και εκπαιδευτικές συνεδρίες.

Θ Εξάρτηση από τον καπνό, στέρηση, φαρμακοθεραπεία.

Θ Μέθοδοι για εξειδικευμένες ομάδες, υλικά και άλλοι πόροι.

Θ Προαιρετικό περιεχόμενο, όπως: νομοθεσία, διαφήμιση των προϊόντων καπνού ή / και παγκόσμια ζητήματα.

## Περιεχόμενο παρακολούθησης της εκπαίδευσης (3η ημέρα)

### Υποχρεωτικά στοιχεία:

1. Εξέταση γνώσεων: 0,5 ώρα, 10 ερωτήσεις, 5 ερωτήσεις πολλαπλής επιλογής + 5 ερωτήσεις ανάπτυξης.
2. Ομαδική θεραπεία: Συζήτηση με ερωτήσεις και απαντήσεις για 2,5 ώρες σχετικά με το σχεδιασμό, τον ρόλο του ηγέτη της ομάδας, τη δομή των συναντήσεων, τα θέματα της στρατολόγησης και της σύνθεσης της ομάδας, την τεκμηρίωση.
3. Ατομική θεραπεία: Ανταλλαγή εμπειριών / συζήτηση σε μικρές ομάδες για περιπτώσεις ασθενών και μελέτες περίπτωσης που παρέχονται από τους εκπαιδευόμενους (2 ώρες).

### Προαιρετικές συζητήσεις:

4. Θέματα της ημέρας (1 ώρα), για παράδειγμα νεότερα αποτελέσματα της σχετικής έρευνας, το κάπνισμα ναργιλέ, η κατανάλωση άλλων προϊόντων καπνού, νεότερη νομοθεσία, φαρμακολογική θεραπεία, νεολαία / σχολεία, φύλο, παγκόσμια ζητήματα και νέο υλικό.

### Αξιολόγηση της εκπαίδευσης

Οι συμμετέχοντες θα πρέπει να έχουν τη δυνατότητα να αξιολογήσουν (α) τις δύο πρώτες ημέρες της εκπαίδευσης και έπειτα (β) το σύνολο των τριών ημερών για την ολοκλήρωση της σειράς μαθημάτων.

I. Εκπαιδευτικές ενότητες που θα πρέπει να αποτελούν μέρος της αξιολόγησης των ημερών 1 και 2.

Ερωτήσεις σχετικά με:

1. Το ιστορικό, περιβάλλον / επάγγελμα.
2. Το περιεχόμενο του θεωρητικού μέρους.
3. Το περιεχόμενο του πρακτικού μέρους.

II. Εκπαιδευτικές ενότητες που θα πρέπει να είναι μέρος της αξιολόγησης της ημέρας 3.

Ερωτήσεις σχετικά με:

1. Το περιεχόμενο του θεωρητικού μέρους, ημέρα 3
2. Το περιεχόμενο του πρακτικού μέρους, ημέρα 3
3. Την εκπαίδευση μεταξύ των ημερών 1-2 και ημέρας 3 - οργάνωση και περιεχόμενο.
4. Την εκπαίδευση στο σύνολο
5. Πόσους ασθενείς έχετε αναλάβει μετά τη βασική εκπαίδευση (ημέρες 1 και 2);

### Υλικό που χρησιμοποιείται στην εκπαίδευση

- Σειρά ερωτήσεων για την εξέταση γνώσεων
- Πρότυπα κατ' οίκον μαθημάτων και καταγραφής των ασθενών
- Γραπτές περιπτώσεις ασθενών για χρήση κατά τη διάρκεια των συζητήσεων
- Πληροφορίες (παρουσίαση) σχετικά με τα φαρμακευτικά σκευάσματα

- Πληροφορίες (παρουσίαση) σχετικά με το πώς να παρακολουθείται και να αξιολογείται η επαναδραστηριοποίηση (reactivation).

Θα πρέπει να προσφέρεται η ευκαιρία σε κλινικούς ιατρούς που επιθυμούν να τελειοποιήσουν παλαιότερα αποκτηθείσες γνώσεις και κλινικές δεξιότητες, να επαναλάβουν την ημέρα 3 της εκπαίδευσης, που περιγράφεται παραπάνω, σε συνδυασμό με άλλες, προηγηθείσες εκπαιδευτικές δραστηριότητες. Θα πρέπει επίσης να καλούνται να παρουσιάσουν τρεις γραπτές περιπτώσεις ασθενών, μέσω των οποίων θα εξετάζεται αν πληρούν τις προϋποθέσεις για τη χορήγηση του ανώτερου πιστοποιητικού.

### Εξουσιοδότηση για τη διεξαγωγή εκπαιδευτικών προγραμμάτων με αντικείμενο τη διακοπή του καπνίσματος

Θα πρέπει να ιδρυθεί ένα εθνικό συμβούλιο εμπειρογνομόνων με την εξουσία να αξιολογεί τις προτάσεις σχετικά με τα εκπαιδευτικά προγράμματα. Ένα αναλυτικό πρόγραμμα και μία περιγραφή των αρμοδιοτήτων των εκπαιδευτικών θα πρέπει να εξετάζεται από το εν λόγω εθνικό συμβούλιο. Μία νέα σειρά μαθημάτων μπορεί να λαμβάνει έγκριση μετά τις τυχόν απαραίτητες προσαρμογές.

### Επισημάνσεις

Τα παραπάνω βασίζονται στα σουηδικά πρότυπα εκπαίδευσης. Το εθνικό συμβούλιο εμπειρογνομόνων στη Σουηδία, αναδείχθηκε από μια πρωτοβουλία πολλών ΜΚΟ με εκτεταμένη πρακτική και ακαδημαϊκή εμπειρία στη διακοπή του καπνίσματος. Μετά από περίπου 80 μαθήματα τα τελευταία 20 χρόνια, είναι εμφανές ότι οι ιατροί σπάνια λαμβάνουν τέτοιου είδους εκπαίδευση, αντιπροσωπεύοντας μόνο το 2% έως 3% των συμμετεχόντων. Οι νοσηλεύτριες δε, αποτελούν τη μεγαλύτερη ομάδα εκπαιδευόμενων στη χώρα αυτή. Οι προσπάθειες που έγιναν για να εκπονηθούν πιο περίτεχνα εκπαιδευτικά προγράμματα, δεν βελτίωσαν τα ποσοστά συμμετοχής των ιατρών. Η εμπειρία από τον Καναδά αναφέρει μια παρόμοια δομή συμμετοχής<sup>1</sup>.

### Βιβλιογραφία

- 1 Herie M, Connolly H, Voci S, Dragonetti R, Selby P. Changing practitioner behavior and building capacity in tobacco cessation treatment: the TEACH project. Patient Educ Couns. 2012 Jan;86(1):49-56

## 6.6 Ποιοτικές προδιαγραφές της θεραπείας της εξάρτησης από τον καπνό

### Ορισμός

Ένας ειδικός στη θεραπεία της εξάρτησης από τον καπνό (TDTS)<sup>1</sup> είναι ένας επαγγελματίας που διαθέτει τις δεξιότητες, τις γνώσεις και την εκπαίδευση για να παρέχει αποτελεσματικές, τεκμηριωμένες παρεμβάσεις για τη θεραπεία της εξάρτησης από τον καπνό, σε ένα ευρύ φάσμα εντάσεων. Οι TDTS μπορεί να έχουν διάφορες επαγγελματικές διασυνδέσεις και μπορεί να εργάζονται σε μια ή περισσότερες



από τις παρακάτω θέσεις: νοσοκομεία, κοινοτικά κέντρα υγείας, οργανώσεις διατήρησης υγείας (HMOs), ιδιωτικά ιατρεία και οδοντιατρεία, εκπαιδευτικές θέσεις, κοινωνικές υπηρεσίες, οργανισμούς δημόσιας υγείας, κέντρα θεραπείας της εξάρτησης από τον καπνό, τηλεφωνικές γραμμές υποστήριξης της διακοπής του καπνίσματος, προγράμματα θεραπείας κατάχρησης ουσιών και κέντρα ψυχικής υγείας. Οι TDTS μπορούν να ασχολούνται όχι μόνο με την παροχή θεραπείας, αλλά και με την εκπαίδευση άλλων (επαγγελματιών υγειονομικής περίθαλψης, διοικητικών υπαλλήλων, επιστημόνων, καπνιστών και μη καπνιστών) σχετικά με τις θεραπείες της εξάρτησης από τον καπνό.

### **Ρόλος και ευθύνες του ειδικού στη θεραπεία της εξάρτησης από τον καπνό**

#### **Εξάρτηση από τον καπνό – υπάρχουσα γνώση και εκπαίδευση**

Πρέπει να παρέχονται σαφείς και ακριβείς πληροφορίες σχετικά με την επιδημιολογία της κατανάλωσης προϊόντων καπνού, τις στρατηγικές για τη διακοπή του καπνίσματος και τις αιτίες, αλλά και τις συνέπειες της κατανάλωσης προϊόντων καπνού στην ατομική και δημόσια υγεία.

Ο ειδικός, θα πρέπει να συγκεντρώνει τα παρακάτω χαρακτηριστικά:

1. Θα πρέπει να εκτιμά συνεχώς τον επιπολασμό και τις μορφές κατανάλωσης προϊόντων καπνού, την εξάρτηση από τη νικοτίνη και τις παρεμβάσεις διακοπής του καπνίσματος στη χώρα και την περιοχή στην οποία παρέχεται η θεραπεία, καθώς και τις διαφορές που εκπορεύονται από τα δημογραφικά, οικονομικά και πολιτισμικά στοιχεία, στις διάφορες, υποομάδες ασθενών.
2. Να εξηγεί το ρόλο της θεραπείας της κατανάλωσης και της εξάρτησης από τα προϊόντα καπνού στο πλαίσιο ενός προγράμματος ελέγχου της κατανάλωσης των προϊόντων καπνού.
3. Να χρησιμοποιεί τα πορίσματα των εθνικών εκθέσεων, τα αποτελέσματα των ερευνητικών εργασιών και τις κατευθυντήριες οδηγίες για τη θεραπεία της εξάρτησης από τον καπνό, με σκοπό τη συγκρότηση και εφαρμογή της βέλτιστης κλινικής πρακτικής.
4. Να αξιολογεί τούς κοινωνικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες που προάγουν ή αναστέλλουν την εξάπλωση της κατανάλωσης προϊόντων καπνού και της συνοδού εξάρτησης.
5. Να εξηγεί τις επιπτώσεις από την κατανάλωση προϊόντων καπνού στην υγεία, αλλά και τα οφέλη της διακοπής του καπνίσματος και τους βασικούς μηχανισμούς των πιο κοινών διαταραχών που προκαλούνται από το κάπνισμα.
6. Να περιγράφει τον τρόπο ανάπτυξης και εδραίωσης της εξάρτησης από τον καπνό και είναι σε θέση να εξηγήσει τις βιολογικές, ψυχολογικές και κοινωνικές αιτίες της εξάρτησης από τον καπνό.
7. Να συνοψίζει και είναι σε θέση να εφαρμόσει έγκυρα και αξιόπιστα διαγνωστικά κριτήρια για την εξάρτηση από τον καπνό.
8. Να περιγράφει τη χρόνια υποτροπιάζουσα φύση της εξάρτησης από τον καπνό, συμπεριλαμβανομένων των τυπικών μοτίβων υποτροπής και των παραγόντων προδιάθεσης.
9. Να παρέχει πληροφορίες φυλετικά, ηλικιακά και πολιτισμικά ευαίσθητες και προσφείς στο χαρακτήρα και τις ικανότητες εκμάθησης.

10. Να προσδιορίζει τις τεκμηριωμένες θεραπευτικές στρατηγικές καθώς και τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα κάθε στρατηγικής.
11. Να είναι σε θέση να συζητήσει την πιθανότητα εφαρμογής εναλλακτικών θεραπειών, όπως η ύπνωση, ο βελονισμός, η βαθμιαία ελάττωση του αριθμού τσιγάρων που καταναλώνονται.
12. Να επιδεικνύει ικανότητα πρόσβασης σε πληροφορίες σχετικά με τα παραπάνω θέματα.

#### **Συμβουλευτικές ικανότητες**

Πρέπει να επιδεικνύεται αποτελεσματική εφαρμογή των συμβουλευτικών θεωριών και στρατηγικών για την εγκαθίδρυση μιας σχέσης συνεργασίας και τη διευκόλυνση της συμμετοχής του ασθενούς στη θεραπεία της εξάρτησης από τον καπνό.

1. Ο ειδικός θα πρέπει να επιδεικνύει αποτελεσματικές συμβουλευτικές ικανότητες, όπως ενεργητική ακρόαση και αίσθηση της κατανόησης του προβλήματος της εξάρτησης από τον καπνό, οι οποίες διευκολύνουν τη διαδικασία της θεραπείας.
2. Ο ειδικός θα πρέπει να φροντίζει για τη δημιουργία ενός μη επικριτικού περιβάλλοντος εμπιστοσύνης στα πλαίσια της συμβουλευτικής.
3. Ο ειδικός θα πρέπει να εφαρμόζει τεκμηριωμένες μεθόδους σύντομων παρεμβάσεων για την αντιμετώπιση της κατανάλωσης προϊόντων καπνού και της συνοδού εξάρτησης, όπως προσδιορίζονται στις υπάρχουσες κατευθυντήριες οδηγίες.
4. Ο ειδικός θα πρέπει να περιγράφει τη χρήση μοντέλων συμπεριφορικής αλλαγής, συμπεριλαμβανομένων των συνεντεύξεων παρακίνησης, των γνωσιακών-συμπεριφορικών θεραπειών και της υποστηρικτικής συμβουλευτικής.
5. Ο ειδικός θα πρέπει να κάνει αποτελεσματική χρήση των κλινικά ασφαλών στρατηγικών για την ενίσχυση του κινήτρου του ασθενή και την ενθάρρυνση του ως προς τη δέσμευση για αλλαγή.
6. Ο ειδικός θα πρέπει να επιδεικνύει ικανότητες σε τουλάχιστον ένα από τα εμπειρικά υποστηριζόμενα είδη συμβουλευτικής, όπως στην ατομική, ομαδική και τηλεφωνική συμβουλευτική.

#### **Συνέντευξη εκτίμησης του ασθενούς**

Είναι απαραίτητη η διεξαγωγή μιας συνέντευξης εκτίμησης για την απόκτηση πληροφοριών, απαραίτητων για το σχεδιασμό της θεραπείας.

1. Ο ειδικός θα πρέπει να είναι σε θέση να διεξάγει μια εισαγωγική συνέντευξη εκτίμησης του ασθενούς που συμπεριλαμβάνει:
  - (α) το ιστορικό κατανάλωσης προϊόντων καπνού,
  - (β) την εκτίμηση του κινήτρου για τη διακοπή του καπνίσματος,
  - (γ) την εκτίμηση της κατανάλωσης προϊόντων καπνού και της συνοδού εξάρτησης,
  - (δ) τρέχουσες προκλήσεις και εμπόδια για την επίτευξη μόνιμης αποχής,
  - (ε) τρέχουσες δυνάμεις για να υποστηρίξουν την αποχή,

(στ) προγενέστερες απόπειρες διακοπής συμπεριλαμβανομένης της εμπειρίας από προηγούμενη θεραπεία, των επιτυχιών και των εμποδίων,

(ζ) διαθεσιμότητα των συστημάτων κοινωνικής υποστήριξης,

(η) προτιμήσεις για τη θεραπεία,

(θ) πολιτισμικοί παράγοντες που επηρεάζουν μια απόπειρα διακοπής.

2. Ο ειδικός θα πρέπει να επιδεικνύει ικανότητα για συλλογή βασικών πληροφοριών του ιατρικού ιστορικού και διεξαγωγή μιας σύντομης εξέτασης σχετικά με ψυχιατρικά ζητήματα και ζητήματα κατάχρησης ουσιών.
3. Ο ειδικός θα πρέπει να εκτιμά πότε πρέπει να ζητείται συμβουλή από φορείς παροχής πρωτοβάθμιας ιατρικής περίθαλψης και να προχωρά σε κατάλληλες παραπομπές πριν την υλοποίηση του θεραπευτικού σχεδίου.
4. Ο ειδικός θα πρέπει να είναι σε θέση να αξιολογήσει τις υπάρχουσες αντικειμενικές μετρήσεις της κατανάλωσης προϊόντων καπνού (π.χ. εκπνεόμενο μονοξείδιο του άνθρακα (CO) και επίπεδα κοτινίνης).

### **Προγραμματισμός θεραπευτικών χειρισμών**

Πρέπει να επιδεικνύεται ικανότητα ανάπτυξης ενός εξατομικευμένου προγράμματος θεραπευτικού χειρισμού με χρήση τεκμηριωμένων θεραπευτικών στρατηγικών.

1. Σε συνεργασία με τον ασθενή, πρέπει να προσδιορίζονται συγκεκριμένοι και μετρήσιμοι στόχοι της θεραπείας.
2. Ο ειδικός σχεδιάζει εξατομικευμένες θεραπείες που λαμβάνουν υπόψη τις πληροφορίες που αντλήθηκαν κατά την εισαγωγική εκτίμηση του ασθενούς και τη λήψη του ιστορικού.
3. Ο ειδικός αναπτύσσει, σε συνεργασία με τον ασθενή, ένα θεραπευτικό χειρισμό με τεκμηριωμένες στρατηγικές, για να βοηθήσει τον ασθενή να κινητοποιηθεί προς την κατεύθυνση μιας απόπειρας διακοπής ή/και την επακόλουθη αποχή τον καπνό.
4. Ο ειδικός περιγράφει ένα σχέδιο παρακολούθησης για την αντιμετώπιση πιθανών ζητημάτων, συμπεριλαμβανομένων των αρνητικών αποτελεσμάτων.
5. Ο ειδικός επεξηγεί τη διαδικασία παραπομπής σε άλλους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης ή συστήνει επιπρόσθετη φροντίδα.

### **Φαρμακοθεραπεία**

Πρέπει να παρέχονται σαφείς και ακριβείς πληροφορίες σχετικά με τις διαθέσιμες επιλογές φαρμακοθεραπείας και τις θεραπευτικές τους εφαρμογές.

1. Ο ειδικός περιγράφει τα πλεονεκτήματα του συνδυασμού φαρμακοθεραπείας και συμβουλευτικής.
2. Ο ειδικός παρέχει πληροφορίες σχετικά με την ορθή χρήση, την αποτελεσματικότητα, τις ανεπιθύμητες ενέργειες και τις αντενδείξεις, για όλα τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται ως

μέρος της θεραπείας της εξάρτησης από τον καπνό και έχουν εγκριθεί από τις εθνικές ρυθμιστικές υπηρεσίες.

3. Ο ειδικός συλλέγει πληροφορίες σχετικές με την παρούσα νόσο, το ατομικό αναμνηστικό ιστορικό, αλλά και το ιστορικό καπνίσματος του ασθενούς (συμπεριλαμβανομένων παρελθοντικών θεραπειών διακοπής καπνίσματος) που μπορεί να επηρεάσουν τις αποφάσεις για τη φαρμακοθεραπεία.
4. Ο ειδικός παρέχει κατάλληλη εκπαίδευση του ασθενούς σχετικά με τις θεραπευτικές επιλογές και δοσολογίες σε ένα ευρύ φάσμα καταστάσεων.
5. Ο ειδικός ενημερώνει για τα συμπτώματα, τη διάρκεια, την εκδήλωση και το μέγεθος της στέρησης.
6. Ο ειδικός επεξηγεί τη δυνατότητα χορήγησης συνδυασμών φαρμακοθεραπείας και φαρμάκων υψηλότερης δόσης για να αυξηθεί η πιθανότητα της αποχής.
7. Ο ειδικός εντοπίζει τα διαθέσιμα φάρμακα δεύτερης γραμμής και είναι σε θέση να βρει πληροφορίες σχετικά με αυτά.
8. Ο ειδικός εντοπίζει τις πιθανές ανεπιθύμητες ενέργειες και επιπλοκές που σχετίζονται με τη χρήση της φαρμακοθεραπείας για την εξάρτηση από τον καπνό και να κάνει έγκαιρες παραπομπές σε άλλους επαγγελματίες / υπηρεσίες υγείας. Επιδεικνύει επίσης την ικανότητα αντιμετώπισης των ανησυχιών του ασθενούς, σχετικά με ήσσοнос σημασίας ή/και προσωρινές ανεπιθύμητες ενέργειες των φαρμακοθεραπειών.
9. Ο ειδικός επιδεικνύει την ικανότητα συνεργασίας με άλλους φορείς παροχής υγειονομικής περίθαλψης για να συντονιστεί η κατάλληλη παρακολούθηση του ασθενούς, ειδικά εάν υπάρχει σημαντική συνοσηρότητα.
10. Ο ειδικός παρέχει πληροφορίες σχετικά με τις διαθέσιμες εναλλακτικές θεραπείες, των οποίων η αποτελεσματικότητα έχει τεκμηριωθεί με επιστημονική μεθοδολογία.

### **Πρόληψη υποτροπής**

Πρέπει να διατίθενται παρεμβάσεις για τη πρόληψη της υποτροπής και να παρέχεται συνεχής στήριξη στους καταναλωτές προϊόντων καπνού.

1. Ο ειδικός προσδιορίζει τους προσωπικούς παράγοντες κινδύνου και τούς ενσωματώνει στο σχέδιο θεραπείας.
2. Ο ειδικός περιγράφει τις στρατηγικές και καλλιέργει δεξιότητες αντιμετώπισης δύσκολων καταστάσεων, που μπορούν να μειώσουν τον κίνδυνο υποτροπής.
3. Ο ειδικός παρέχει καθοδήγηση με την τροποποίηση του σχεδίου θεραπείας, ώστε να μειωθεί ο κίνδυνος υποτροπής καθ' όλη τη διάρκειά της.
4. Ο ειδικός περιγράφει το σχέδιο για την επακόλουθη φροντίδα μετά την αρχική θεραπεία.
5. Ο ειδικός περιγράφει τον τρόπο με τον οποίο γίνονται οι παραπομπές σε πρόσθετες πηγές υποστήριξης για τη μείωση του κινδύνου υποτροπής.

6. Ο ειδικός εφαρμόζει εξατομικευμένες θεραπευτικές στρατηγικές στην περίπτωση εκείνων που παρεκκλίνουν από τη θεραπεία ή παρουσιάζουν υποτροπή.

### **Προσέγγιση απαιτητικών/ειδικών κατηγοριών καπνιστών**

Πρέπει να επιδεικνύεται επάρκεια στη συνεργασία με διάφορες υποομάδες του πληθυσμού και με τις κατηγορίες των καπνιστών που έχουν ειδικά προβλήματα υγείας.

1. Ο ειδικός παρέχει πολιτισμικά κατευθυνόμενη συμβουλευτική.
2. Ο ειδικός περιγράφει συγκεκριμένες ενδείξεις θεραπείας για ειδικές ομάδες πληθυσμού (π.χ. έγκυες γυναίκες, έφηβους, νεαρούς ενήλικες, ηλικιωμένους, ασθενείς που νοσηλεύονται, άτομα με ψυχοπαθολογία, χρόνια αναπνευστικά νοσήματα, κλπ.).
3. Ο ειδικός επιδεικνύει την ικανότητα να ανταποκρίνεται σε περιπτώσεις ασθενών υψηλού κινδύνου.
4. Ο ειδικός κάνει αποτελεσματικές συστάσεις θεραπείας στους μη καταναλωτές καπνού.
5. Ο ειδικός κάνει συστάσεις σε εκείνους που εκτίθενται στην περιβαλλοντική ρύπανση που προέρχεται από τον καπνό.

### **Τεκμηρίωση και αξιολόγηση**

Πρέπει να εντοπίζονται και να χρησιμοποιούνται μέθοδοι για την παρακολούθηση της ατομικής προόδου, τη φύλαξη των αρχείων, την τεκμηρίωση του προγράμματος, τη μέτρηση των αποτελεσμάτων και την υποβολή εκθέσεων.

1. Ο ειδικός διατηρεί ακριβή αρχεία αξιοποιώντας αποδεκτές πρακτικές κωδικοποίησης που είναι κατάλληλες για το περιβάλλον στο οποίο παρέχονται οι υπηρεσίες.
2. Ο ειδικός αναπτύσσει και εφαρμόζει ένα πρωτόκολλο για την παρακολούθηση της προόδου των ασθενών.
3. Ο ειδικός εντοπίζει τυποποιημένες μεθόδους αξιολόγησης των αποτελεσμάτων της θεραπείας της εξάρτησης από τον καπνό ανά άτομο και πρόγραμμα.

### **Επαγγελματικές πηγές**

Πρέπει να γίνεται χρήση των διαθέσιμων πηγών για την υποστήριξη των ασθενών και για την εκπαίδευση των επαγγελματιών.

1. Ο ειδικός περιγράφει τις πηγές (σε επίπεδο διαδικτύου ή κοινότητας, γραμμές υποστήριξης για τη διακοπή του καπνίσματος) που είναι διαθέσιμες για τη συνεχή υποστήριξη της αποχής από το κάπνισμα.
2. Ο ειδικός χρησιμοποιεί διαθέσιμες δομές σε επίπεδο κοινότητας, για την παραπομπή ασθενών με συνυπάρχουσα ψυχοπαθολογία ή άλλη συνοσηρότητα.
3. Ο ειδικός αναφέρει και χρησιμοποιεί βιβλιογραφία προερχόμενη από ιατρικά περιοδικά που έχουν εκδοθεί μετά από ομότιμη αναθεώρηση, από επαγγελματικές ενώσεις, ιστοσελίδες και

Ευρωπαϊκές προδιαγραφές για την διαπίστευση των παρεχόμενων υπηρεσιών διακοπής καπνίσματος και της αντίστοιχης εκπαίδευσης

ενημερωτικά δελτία που σχετίζονται με τη θεραπεία της εξάρτησης από τον καπνό ή/και την συναφή έρευνα.

4. Ο ειδικός περιγράφει τον τρόπο κατά τον οποίο οι ασθενείς μπορούν να αναζητήσουν οικονομική κάλυψη για τη θεραπεία.

### **Νομικό πλαίσιο και κανόνες δεοντολογίας**

Πρέπει να γίνεται συνεπής χρήση ενός κώδικα δεοντολογίας και να τηρείται συμμόρφωση με τους κυβερνητικούς κανονισμούς σχετικά με την υγειονομική περίθαλψη ή το εργασιακό περιβάλλον.

1. Ο ειδικός περιγράφει και χρησιμοποιεί έναν κώδικα δεοντολογίας που έχει καθιερωθεί από τον επαγγελματικό επιστημονικό κλάδο των ειδικών για τη θεραπεία της εξάρτησης από τον καπνό, εάν αυτός είναι διαθέσιμος.
2. Ο ειδικός συμμορφώνεται με τους κανονισμούς που διέπουν τη θεραπεία της εξάρτησης από τον καπνό (εμπιστευτικότητα, HIPAA, ειδικοί κανονισμοί εργασιακού περιβάλλοντος).

### **Επαγγελματική εξέλιξη**

Είναι αναγκαία η ανάληψη της ευθύνης για συνεχή επαγγελματική εξέλιξη και συμβολή στην εξέλιξη των συναδέλφων.

1. Ο ειδικός τηρεί τις επαγγελματικές προδιαγραφές, όπως απαιτείται από την επαγγελματική του άδεια ή πιστοποίηση.
2. Ο ειδικός χρησιμοποιεί τη βιβλιογραφία και άλλες επίσημες πηγές πληροφόρησης/έρευνας για να ανανεώνει τις γνώσεις και δεξιότητές του σχετικά με τη θεραπεία της εξάρτησης από τον καπνό.
3. Ο ειδικός εντοπίζει τις νέες εφαρμογές που προκύπτουν από την έρευνα περί των θεραπευτικών παρεμβάσεων για την εξάρτηση από τον καπνό.
4. Ο ειδικός διαδίδει τις γνώσεις και τα ευρήματα σχετικά με τη θεραπεία της εξάρτησης από τον καπνό, μέσω επίσημων και ανεπίσημων οδών.

### **Βιβλιογραφία**

- 1 ATTUD – Association for the Treatment of Tobacco Use and Dependence [www.attud.org](http://www.attud.org)

### **6.7 Διαπιστευτήρια ειδικών υπηρεσιών διακοπής καπνίσματος**

Υπηρεσία διακοπής καπνίσματος (TCS)<sup>1</sup> συνιστά οποιοδήποτε μέρος στο οποίο ένας επαγγελματίας υγείας παρέχει υπηρεσίες σχετικές με τη θεραπεία της εξάρτησης από τον καπνό. Οι εν λόγω θεραπευτικές παρεμβάσεις, μπορούν να αποτελούν το μόνο αντικείμενο της υπηρεσίας ή να αποτελούν τμήμα μιας ευρύτερης υγειονομικής δραστηριότητας.

Σύμφωνα με την εκτίμηση της έκθεσης e.SCCAN υπάρχουν 2500 υπηρεσίες διακοπής καπνίσματος



στην Ευρώπη. Όλες αυτές οι υπηρεσίες δηλώνουν ότι η διακοπή του καπνίσματος είτε αποτελεί μοναδικό στόχο, είτε έναν από τους στόχους της υπηρεσίας. Οι υπηρεσίες διακοπής καπνίσματος έχουν ευθύνη για τα ακόλουθα:

- να αντιμετωπίζουν τις περιπτώσεις εξάρτησης από τον καπνό και να επικεντρώνονται στη θεραπεία των πλέον «δύσκολων» περιπτώσεων,
- να εκπαιδεύουν/καταρτίζουν τους επαγγελματίες υγείας σχετικά με τη διακοπή του καπνίσματος,
- να ερευνούν/ αξιολογούν τις παρεμβάσεις για τη διακοπή του καπνίσματος,
- να διαδίδουν ορθές πρακτικές σχετικά με τη διακοπή του καπνίσματος ανάμεσα στους επαγγελματίες υγείας και στο γενικό πληθυσμό και να προωθούν την εξάλειψη των κακών πρακτικών,
- να προωθούν την υγεία.

### 6.7.1 Τα τρία επίπεδα υπηρεσιών διακοπής καπνίσματος<sup>2</sup>

Ο ορισμός των υπηρεσιών διακοπής καπνίσματος καλύπτει τρεις υποομάδες:

- τις κλινικές διακοπής καπνίσματος,
- τα εξειδικευμένα στη διακοπή του καπνίσματος ιατρεία,
- τα συμβουλευτικά κέντρα διακοπής καπνίσματος.

#### Ειδικές μονάδες διακοπής καπνίσματος (STCU)

Οι ειδικές μονάδες διακοπής καπνίσματος (STCU) είναι αφιερωμένες στη διακοπή του καπνίσματος, με ελάχιστο προσωπικό έναν ιατρό και δύο επαγγελματίες υγείας, ο ένας εκ των οποίων είναι ειδικός στη διακοπή του καπνίσματος, με πλήρη δυνατότητα να παρέχει φαρμακευτική αγωγή και συμπεριφορική υποστήριξη. Η μονάδα πρέπει να είναι εφοδιασμένη με μηχανήματα ελέγχου των επιπέδων εκπνεόμενου CO για όλους τους ασθενείς και στις δεξιότητες του προσωπικού, θα πρέπει να περιλαμβάνονται, η τυπική δημιουργία και διατήρηση ιατρικού φακέλου και η εφαρμογή ενδεδειγμένων πρωτόκολλων παρακολούθησης των ασθενών.

#### Ειδικό επαγγελματίες ασχολούμενοι με τη διακοπή του καπνίσματος (TCSP)

Οι TCSPs είναι κλινικοί ιατροί, οι οποίοι ασχολούνται μερικώς ή πλήρως με τη θεραπεία της εξάρτησης από τα προϊόντα καπνού. Έχουν βεβαίως τη δυνατότητα συνταγογράφησης φαρμάκων, αλλά δεν μπορούν να παρέχουν το πλήρες εύρος των θεραπευτικών επιλογών που προσφέρονται από μια κλινική διακοπής καπνίσματος.

#### Κέντρα συμβουλευτικής για τη διακοπή του καπνίσματος (TCCC)

Τα κέντρα συμβουλευτικής για τη διακοπή του καπνίσματος (TCCC) είναι κέντρα αφιερωμένα στην θεραπεία της εξάρτησης από τα προϊόντα καπνού, όπου απαιτείται η παρουσία ενός ειδικού διακοπής

καπνίσματος, αλλά όχι και η παρουσία ενός ιατρού. Συνήθως υπάρχει παρουσία ενός ψυχολόγου, νοσηλεύτη ή άλλου επαγγελματία υγείας που ενεργεί ως σύμβουλος. εν παρέχεται συνταγογράφηση φαρμάκων, αλλά είναι διαθέσιμη η συμβουλευτική υποστήριξη.

**Εικόνα 20: Τα τρία επίπεδα των υπηρεσιών διακοπής καπνίσματος (προσαρμοσμένα από την e.SCCAN)**



Όπως συμβαίνει σε όλες τις δομές παροχής υπηρεσιών υγείας που εμπλέκονται στη θεραπεία της διακοπής του καπνίσματος (γενικά ιατρεία κλπ.), οι TCS οφείλουν να ακολουθούν τις κατευθυντήριες οδηγίες βέλτιστης πρακτικής για τη θεραπεία της εξάρτησης από τον καπνό. Προκειμένου να αποκτήσουν διαπιστευτήρια ως εξειδικευμένες υπηρεσίες διακοπής καπνίσματος, είναι υποχρεωτικό να πληρούν τις απαιτήσεις που περιγράφονται παρακάτω.

### 6.7.2 Διαπιστευτήρια των ειδικών μονάδων διακοπής καπνίσματος

Συνιστάται στα κέντρα που λαμβάνουν διαπίστευση ως ειδικές μονάδες διακοπής του καπνίσματος, να διαθέτουν τους βέλτιστους ανθρώπινους και υλικούς πόρους<sup>3</sup>. Οι μονάδες αυτές πρέπει να επιδεικνύουν κριτήρια υπεροχής ως προς την ποιότητα της παρεχόμενης υγειονομικής περίθαλψης, της εκπαίδευσης και της έρευνας που διεξάγουν.

### Ανθρώπινο δυναμικό

- Σύμφωνα με τις επιστημονικές ενδείξεις, μια ομάδα με περισσότερους του ενός επαγγελματίες υγείας οδηγεί σε αύξηση των ποσοστών επιτυχίας στη διακοπή του καπνίσματος.
- Μια διεπιστημονική ομάδα που περιλαμβάνει ιατρούς, νοσηλευτές, ψυχολόγους, διαιτολόγους είναι το βέλτιστο σχήμα για να καλύψει τις ανάγκες των περισσότερων καταναλωτών προϊόντων καπνού κατά τη διάρκεια της διακοπής του καπνίσματος.

Ένας ειδικός στη διακοπή της κατανάλωσης προϊόντων καπνού (καπνίσματος), είναι απαραίτητος σε κάθε υπηρεσία διακοπής καπνίσματος. Σύμφωνα με τον ΠΟΥ, ένας ειδικός διακοπής καπνίσματος είναι κάποιος που έχει εκπαιδευτεί ειδικά και αμείβεται για να παρέχει έμπειρη υποστήριξη σε καπνιστές που χρειάζονται βοήθεια για να διακόψουν το κάπνισμα, πέρα από σύντομες συμβουλές· το προσωπικό που συμμετέχει δεν χρειάζεται να έχει ιατρική κατάρτιση.

- Οι ιατροί μπορούν να καλύπτουν όλα τα καθήκοντα στην υπηρεσία διακοπής καπνίσματος.
- Οι μη ιατροί επαγγελματίες υγείας μπορούν να παρέχουν συμπεριφορική υποστήριξη και εκπαίδευση σχετικά με τη διακοπή του καπνίσματος
- Οι μη επαγγελματίες υγείας που έχουν εκπαιδευτεί στην παροχή υπηρεσιών για την αντιμετώπιση της εξάρτησης από τον καπνό, μπορούν να διαδραματίσουν έναν συγκεκριμένο ρόλο υπό επιτήρηση.
- Οι ειδικευμένοι επαγγελματίες υγείας, όπως οι μαίες στα μαιευτήρια, οι αναισθησιολόγοι, οι ψυχίατροι, που ασχολούνται με καταναλωτές προϊόντων καπνού με ψυχικά νοσήματα, μπορούν να διαδραματίσουν ιδιαίτερο ρόλο σε συγκεκριμένους πληθυσμούς ασθενών.
- Το προσωπικό πρέπει να είναι επαρκές για να εξασφαλίσει μια πρώτη επίσκεψη το αργότερο τρεις εβδομάδες αφού λάβει την αίτηση για τη θεραπεία της εξάρτησης από τον καπνό.
- Το κέντρο στελεχώνεται από μια διεπιστημονική ομάδα επαγγελματιών υγείας που ειδικεύεται στη θεραπεία της εξάρτησης από τον καπνό. Οι εν λόγω επαγγελματίες ορίζονται ως εργαζόμενοι στην υγειονομική περίθαλψη που διαθέτουν υψηλά προσόντα στον τομέα αυτό και είναι ειδικοί στην ικανότητά τους να προλαμβάνουν, να διαγιγνώσκουν και να θεραπεύσουν την εξάρτηση από το κάπνισμα/καπνό, εργάζονται με πλήρες ωράριο και λαμβάνουν αμοιβή για τις δραστηριότητες αυτές.
- Είναι απαραίτητο για τους επαγγελματίες της υγειονομικής περίθαλψης, που απασχολούνται σε μια εξειδικευμένη μονάδα διακοπής του καπνίσματος, να είναι σε θέση να παρέχουν και να διαπιστεύσουν επαρκή εκπαίδευση στην πρόληψη, τη διάγνωση και τη θεραπεία της εξάρτησης από το κάπνισμα/καπνό.
- Ίδανικά, το κέντρο θα πρέπει επίσης να διαθέτει διοικητικό προσωπικό για να παρακολουθεί και να μεταφέρει τις κλήσεις των ασθενών και να διατηρεί τα ιατρικά αρχεία τους, αλλά και να διεξάγει τις λοιπές διοικητικές λειτουργίες.

- Η διαθεσιμότητα των εν λόγω πόρων πρέπει να τεκμηριώνεται επαρκώς. Θα πρέπει να ζητείται πιστοποίηση από κάποια αρμόδια αρχή που θα αποδεικνύει την ύπαρξη μιας διεπιστημονικής ομάδας με τα συγκεκριμένα χαρακτηριστικά, η οποία θα εργάζεται με πλήρες ωράριο στο κέντρο.

Ομοίως, η πιστοποίηση είναι απαραίτητη για την επαρκή εκπαίδευση σχετικά με την πρόληψη, τη διάγνωση και τη θεραπεία του καπνίσματος.

### Υλικοτεχνική υποδομή

- Ιδιόκτητα δωμάτια διαθέσιμα κάθε ώρα της ημέρας: αίθουσα παροχής συμβουλών, αίθουσα εξέτασης, διοικητικά γραφεία, αίθουσα αναμονής και αίθουσα συσκέψεων.
- Βάσεις δεδομένων και αρχεία που υποστηρίζονται από υπολογιστή για ειδική τεκμηρίωση σχετικά με το κάπνισμα και την κατανάλωση καπνού.
- Ειδικά κλινικά αρχεία καπνίσματος/κατανάλωσης καπνού.
- Κλινικά πρωτόκολλα παρέμβασης.
- Υλικό αυτοβοήθειας.
- Ιδιόκτητο υλικό γραφείου.
- Οπτικοακουστικό υλικό προβολής.
- Κλινικό υλικό: στηθοσκόπιο, συσκευή καταγραφής της αρτηριακής πίεσης, συσκευή για τη μέτρηση μονοξειδίου του άνθρακα (CO) στον εκπνεόμενο αέρα, εξοπλισμός σπιρομέτρησης, ηλεκτροκαρδιογραφήματος, συστήματα μέτρησης του ύψους και του σωματικού βάρους του ασθενούς (συμπεριλαμβανομένου του υπολογισμού του δείκτη μάζας σώματος, BMI). είγματα ή παρουσίαση των φαρμάκων.
- υνατότητα μέτρησης νικοτίνης ή κοτινίνης στα σωματικά υγρά.
- Αποκλειστική τηλεφωνική γραμμή επικοινωνίας της υπηρεσίας.

Η διαθεσιμότητα αυτών των πόρων πρέπει να τεκμηριώνεται επαρκώς. Θα πρέπει να ζητείται πιστοποίηση από την αρμόδια αρχή, που θα αποδεικνύει την διαθεσιμότητα για την ίδια χρήση του κλινικού υλικού, των βάσεων δεδομένων που υποστηρίζονται από υπολογιστή και των αρχείων για ειδική τεκμηρίωση σχετικά με την κατανάλωση καπνού/καπνίσματος. Η δυνατότητα μέτρησης της νικοτίνης και κοτινίνης στα υγρά του σώματος θα πρέπει επίσης να τεκμηριώνεται.

Η παρουσίαση ενός ειδικού κλινικού αρχείου καπνίσματος είναι απαραίτητη, μαζί με ειδικά ερωτηματολόγια, πρωτόκολλα κλινικής παρέμβασης και υλικά αυτοβοήθειας..

## Πίνακας 18: Ερωτηματολόγια για τις υπηρεσίες διακοπής καπνίσματος

<p><b>Υποχρεωτικά ερωτηματολόγια αυτοαξιολόγησης:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Προφίλ κατανάλωσης καπνού</li> <li>• Τεστ εκτίμησης εξάρτησης από τον καπνό: Τεστ Fagerström.</li> </ul>
<p><b>Ερωτηματολόγια αυτοαξιολόγησης που συνιστώνται σε:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ερωτηματολόγιο εκτίμησης της διάθεσης (Ερωτηματολόγιο HAD ή άλλα)</li> <li>• Ερωτηματολόγιο εκτίμησης του κινήτρου διακοπής του καπνίσματος ή / και του βαθμού αντίληψης των εμποδίων</li> </ul>
<p><b>Ειδικά ερωτηματολόγια:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ερωτηματολόγιο Beck Depression Inventory (BID)</li> </ul>

### Κατηγορίες καταναλωτών καπνού προς παραπομπή στις υπηρεσίες διακοπής καπνίσματος

#### Καταναλωτές καπνού υψηλού κινδύνου

Ο κύριος ρόλος των υπηρεσιών διακοπής καπνίσματος είναι να διασφαλίσουν υψηλές προδιαγραφές στη θεραπεία για τους καταναλωτές προϊόντων καπνού υψηλού κινδύνου, όπως οι έγκυες γυναίκες, οι καπνιστές με προγραμματισμένη χειρουργική επέμβαση, οι καπνιστές με υποκείμενες ψυχικές, καρδιαγγειακές, αναπνευστικές νόσους και οι ασθενείς με καρκίνο, οι καταναλωτές καπνού με συνυπάρχοντες εθισμούς (αλκοόλ και άλλες ναρκωτικές ουσίες), οι κοινωνικά μειονεκτούντες καπνιστές και οι καπνιστές με ιστορικό προσπαθειών διακοπής του καπνίσματος κατά τις οποίες δεν είχε παρασχεθεί επιτυχημένη βοήθεια.

#### Όλοι οι καταναλωτές προϊόντων καπνού

Όλοι οι καταναλωτές προϊόντων καπνού που χρειάζονται βοήθεια κατά τη διαδικασία διακοπής του καπνίσματος, μπορούν να παραπεμφθούν σε υπηρεσίες διακοπής καπνίσματος από τους επαγγελματίες υγείας, τις τηλεφωνικές γραμμές υποστήριξης της διακοπής του καπνίσματος ή τις κοινωνικές υπηρεσίες ή να απευθυνθούν σε αυτές τις υπηρεσίες με δική τους βούληση.

#### Ειδικές ομάδες πληθυσμού

Οι υπηρεσίες διακοπής καπνίσματος μπορούν να ειδικευτούν σε μία ομάδα-στόχο, όπως οι έγκυες γυναίκες, οι έφηβοι ή οι καταναλωτές καπνού που είναι εθισμένοι και σε άλλες ουσίες.

Ευρωπαϊκές προδιαγραφές για την διαπίστευση των παρεχόμενων υπηρεσιών διακοπής καπνίσματος και της αντίστοιχης εκπαίδευσης

Σε αυτές τις περιπτώσεις, η εξειδίκευση της εν λόγω υπηρεσίας διακοπής καπνίσματος θα πρέπει να αναφέρεται σαφώς.

### Υγειονομικές δραστηριότητες

Η διαπίστευση ως εξειδικευμένη μονάδα διακοπής καπνίσματος βασίζεται κυρίως σε κριτήρια ποιότητας της υγειονομικής περίθαλψης. Τα κριτήρια που καθορίζουν την ποιότητα στην πρόληψη, τη διάγνωση και τη θεραπεία της εξάρτησης από το κάπνισμα/καπνό έχουν ως εξής:

Η υγειονομική περίθαλψη πρέπει να παρέχεται σε τρεις μορφές:

- εξατομικευμένη,
- ομαδική,
- μέσω τηλεφώνου.

Τα κέντρα πρέπει να έχουν εξατομικευμένα, ομαδικά και διά του τηλεφώνου πρωτόκολλα διαχείρισης. Τα πρωτόκολλα αυτά πρέπει να προβλέπουν το ελάχιστο των επισκέψεων κατά τη διάρκεια της παρακολούθησης, η οποία θα πρέπει να παρατείνεται για τουλάχιστον 12 μήνες μετά την ημερομηνία της διακοπής.

- Στην περίπτωση εξατομικευμένων επισκέψεων, οι ασθενείς παρακολουθούνται τουλάχιστον έξι φορές και κάθε επίσκεψη διαρκεί τουλάχιστον 15 λεπτά. Η πρώτη επίσκεψη δε, θα πρέπει να διαρκεί τουλάχιστον 30 λεπτά.
- Στην περίπτωση των ομαδικών συσκέψεων, οι ασθενείς παρακολουθούνται σε μια σειρά 5 έως 9 ομαδικών συνεδριών, διάρκειας μεταξύ 45 και 90 λεπτών.
- Οι τηλεφωνικές συσκέψεις πρέπει να διεξάγονται στις περιπτώσεις εκείνες κατά τις οποίες ο ασθενής έχει δυσκολία στο να επισκεφθεί το κέντρο, σε εκείνες που απαιτείται λιγότερο εντατική παρέμβαση, ή σε εκείνες που απαιτείται συγκεκριμένη, άμεση παρέμβαση.

Η υγειονομική δραστηριότητα πρέπει να πραγματοποιείται από μια διεπιστημονική ομάδα ιατρών, νοσηλευτών και ψυχολόγων. Όλοι οι επιστήμονες, θα πρέπει να είναι ειδικοί, με κατάλληλα προσόντα, στην πρόληψη, τη διάγνωση και τη θεραπεία της εξάρτησης από τον καπνό. Οι δραστηριότητες της υγειονομικής περίθαλψης αυτών των μονάδων δεν θα πρέπει να περιορίζονται στο κέντρο αυτό καθ' εαυτό· στην πραγματικότητα, οι επαγγελματίες της μονάδας θα πρέπει να είναι πρόθυμοι και ικανοί να αντιμετωπίσουν και να επιλύσουν ζητήματα που ανακύπτουν από θεραπευτικές παρεμβάσεις που εφαρμόστηκαν από άλλους επαγγελματίες υγείας, ιδιαίτερα σε καπνιστές που αντιμετωπίζουν μεγάλη δυσκολία να επιτύχουν αποχή από το κάπνισμα. Απαιτείται παρουσίαση της απαραίτητης τεκμηρίωσης της ύπαρξης πρωτοκόλλων υγειονομικής περίθαλψης, που ικανοποιούν τα χαρακτηριστικά που σχολιάστηκαν παραπάνω. Η τεκμηρίωση πρέπει να παρουσιάζεται και να εκδίδεται από τις αρμόδιες αρχές, γνωστοποιώντας τα ακόλουθα στοιχεία: αριθμός των νέων ασθενών που παρακολουθήθηκαν ανά έτος (ελάχιστος απαιτούμενος αριθμός = 300), αριθμός των προγραμματισμένων επισκέψεων (check-ups) που πραγματοποιήθηκαν ανά έτος (ελάχιστος απαιτούμενος αριθμός = 1000), αριθμός μετρήσεων εκπνεόμενου CO που πραγματοποιήθηκαν ετησίως (ελάχιστος απαιτούμενος αριθμός



= 1000), αριθμός μετρήσεων επιπέδων νικοτίνης ή/και κοτινίνης στα υγρά του σώματος που πραγματοποιήθηκαν ανά έτος (ελάχιστος απαιτούμενος αριθμός = 100), αριθμός των σπιρομετρικών μετρήσεων που πραγματοποιήθηκαν ανά έτος, καθώς και αριθμός των ηλεκτροκαρδιογραφημάτων κατ' έτος. Οι υπηρεσίες διακοπής του καπνίσματος τηρούν τις διεθνείς και εθνικές κατευθυντήριες οδηγίες βέλτιστης πρακτικής για τη διακοπή του καπνίσματος.

Οι υπηρεσίες διακοπής του καπνίσματος τηρούν γενικά τη βέλτιστη πρακτική σε όλες τις διαδικασίες, σέβονται τα δικαιώματα των ασθενών και δεσμεύονται από τους κανόνες προστασίας προσωπικών δεδομένων. Ομοίως, η τεκμηρίωση πρέπει να παρουσιάζεται και να εκδίδεται από τις αρμόδιες αρχές, πιστοποιώντας το συντονισμό των δραστηριοτήτων του κέντρου με άλλα κέντρα ή υπηρεσίες σε θέματα που σχετίζονται με την πρόληψη και τη θεραπεία του καπνίσματος.

### Πίνακας 19: Παράδειγμα οργάνωσης των επισκέψεων για τη διακοπή του καπνίσματος

<p><b>Πρώτη επίσκεψη:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• θα πρέπει να είναι πρόσωπο με πρόσωπο και / ή να λάβει τη μορφή ομαδικής επίσκεψης·</li> <li>• αποτελεί ευκαιρία να έρθει ο ιατρός σε επαφή με τον ασθενή, να καταγράψει την καπνιστική συνήθεια και να εκπαιδεύσει τον ασθενή σχετικά με τα προϊόντα καπνού και τις συνέπειες της κατανάλωσης καπνού για την υγεία, αλλά και να παρέχει πληροφορίες σχετικά με τη διακοπή του καπνίσματος·</li> <li>• θα πρέπει να έχει εκτεταμένη διάρκεια: 30-60 λεπτά.</li> </ul>
<p><b>Επισκέψεις παρακολούθησης(follow-up):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ο αριθμός των επισκέψεων παρακολούθησης κυμαίνεται συνήθως μεταξύ 5 και 9. Για παράδειγμα, κατά τις εβδομάδες 2, 4, 8, 12, 26, αλλά δεν αποκλείονται άλλα συστήματα (όπως μια επιπρόσθετη επίσκεψη κατά την 1η εβδομάδα μετά από 1 έτος)·</li> <li>• η διάρκειά τους συνήθως κυμαίνεται στα 15-30 λεπτά·</li> <li>• μπορεί να υποστηριχθεί από τηλεφωνική ή διαδικτυακή υποστήριξη και εξετάσεις, καθώς και μη προγραμματισμένες επισκέψεις·</li> <li>• πρέπει να προσαρμόζεται σε όρους διάρκειας και βαθμού υποστήριξης, ανάλογα με την κατάσταση και τις ανάγκες του ασθενούς.</li> </ul>

Η υπηρεσία διακοπής καπνίσματος θα πρέπει να διαδίδει τη βέλτιστη πρακτική της θεραπείας της εξάρτησης από τον καπνό και της πρόληψης του καπνίσματος, σε άλλες υπηρεσίες υγείας και στο ευρύ κοινό.

### Εκπαιδευτικές δραστηριότητες

- Συνιστάται ανεπιφύλακτα στους επαγγελματίες υγείας που απασχολούνται στις ειδικές μονάδες διακοπής καπνίσματος, να διαθέτουν επαρκή προσόντα και διαπίστευση για διεξάγουν εκπαιδευτικές δραστηριότητες που σχετίζονται με την πρόληψη, τη διάγνωση και τη θεραπεία του καπνίσματος σε ιατρικές σχολές, ψυχιατρικές κλινικές και τμήματα, καθώς και σε νοσηλευτικές σχολές και άλλες σχολές επαγγελματιών υγείας.
- Οι μονάδες αυτές θα πρέπει επίσης να είναι σε θέση να ανταποκρίνονται στις εκπαιδευτικές απαιτήσεις άλλων τομέων υγειονομικής περίθαλψης. Οι επαγγελματίες που ανήκουν στη μονάδα πρέπει να είναι σε θέση να παραδώσουν μαθήματα εκπαίδευσης για την πρόληψη και τον έλεγχο του καπνίσματος, που θα απευθύνονται σε άλλους επαγγελματίες υγείας που διαθέτουν λιγότερη κατάρτιση στους τομείς αυτούς.
- Οι ειδικές μονάδες διακοπής του καπνίσματος πρέπει να είναι σε ετοιμότητα να παρέχουν εκπαίδευση σχετικά με την πρόληψη, τη διάγνωση και τη θεραπεία του καπνίσματος στους ειδικευόμενους ιατρούς στις ειδικότητες της πνευμονολογίας, της οικογενειακής και κοινωνικής ιατρικής, της προληπτικής ιατρικής και δημόσιας υγείας, ή άλλου είδους κλινικές - χειρουργικές ειδικότητες, καθώς επίσης και στους εκπαιδευόμενους στον τομέα της ψυχολογίας.

Απαιτείται παρουσίαση της απαραίτητης τεκμηρίωσης που επιδεικνύει ότι ορισμένοι από τους επαγγελματίες υγείας, που εργάζονται με πλήρες ωράριο στο κέντρο, διαθέτουν τα ακαδημαϊκά προσόντα που απαιτούνται για να διδάξουν σε φοιτητές. Επίτιμοι συνεργάτες, λέκτορες σε ιδιωτικά πανεπιστήμια, λέκτορες με σύμβαση, συνεργάτες καθηγητές, επίκουροι καθηγητές πανεπιστημίων και πρυτάνεις πανεπιστημίων, εκτιμούνται ιδιαίτερα από την άποψη αυτή. Η παρουσίαση της τεκμηρίωσης που εκδίδεται από τις αρμόδιες αρχές, υποδεικνύοντας ότι το κέντρο αναλαμβάνει κατά τυπικό τρόπο εκπαιδευτικές δραστηριότητες για τη συνεχιζόμενη εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας σε θέματα που σχετίζονται με την πρόληψη, τη διάγνωση και τη θεραπεία του καπνίσματος, ομοίως εκτιμάται ιδιαίτερως. Ο αριθμός των μαθημάτων, συνεδρίων και άλλων συναντήσεων διδασκαλίας, που έγιναν από τα μέλη του κέντρου τα τελευταία δύο χρόνια, πρέπει να προσδιορίζεται επακριβώς. Τουλάχιστον τέσσερις συνεχιζόμενες εκπαιδευτικές δραστηριότητες πρέπει να έχουν πραγματοποιηθεί κάθε χρόνο, προκειμένου να γίνει η διαπίστευση του κέντρου ως εξειδικευμένη μονάδα διακοπής του καπνίσματος. Πιστοποίηση από την επιτροπή διδασκαλίας σε ένα κέντρο υγειονομικής περίθαλψης ή νοσοκομείο, που βεβαιώνει ότι ειδικευόμενοι ιατροί ή εκπαιδευόμενοι ψυχολόγοι ασκούνται κλινικά στο κέντρο, εκτιμάται ιδιαίτερως.

**Πίνακας 20: ΑΥΤΟΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ (SELF AUDIT) ΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ ΠΑΚΟΠΗΣ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ**
**Ερευνητικές δραστηριότητες**

Η ειδική μονάδα διακοπής καπνίσματος πρέπει να επιδεικνύει επαρκή ερευνητική δραστηριότητα με τη μορφή δημοσιευμένων επιδημιολογικών και κλινικών μελετών ή μελετών βασικής έρευνας.

Οι υπηρεσίες διακοπής καπνίσματος πρέπει να αξιολογούν τη δραστηριότητά τους και να παρέχουν δεδομένα. Τα δεδομένα που παρέχονται θα βοηθούν στην ενημέρωση πιθανών ερευνητικών έργων και τη βελτίωση της πρακτικής της διάγνωσης, πρόληψης και θεραπείας της εξάρτησης από τον καπνό. Με την υποστήριξη ενός διαπιστευμένου φορέα, οι υπηρεσίες διακοπής καπνίσματος μπορούν να συμμετέχουν στην διοικητική ή ακαδημαϊκή έρευνα.

Οι υπηρεσίες διακοπής καπνίσματος θα πρέπει να υποβάλουν έκθεση σχετικά με τις δραστηριότητές τους σε ετήσια βάση, διασφαλίζοντας συγκεκριμένα ότι:

- καταγράφονται ο αριθμός των νέων ασθενών και οι επισκέψεις παρακολούθησης,
- καταγράφεται ο εξαμηνιαίος έλεγχος διακοπής καπνίσματος για όλους τους ασθενείς που επισκέπτονται την υπηρεσία διακοπής καπνίσματος,
- χρησιμοποιούνται τυποποιημένα ηλεκτρονικά αρχεία για την καταγραφή της διακοπής του καπνίσματος.

Για τη διαπίστευση Gold Level, θα πρέπει να παρουσιάζεται η απαραίτητη τεκμηρίωση που επιδεικνύει την ερευνητική δραστηριότητα της μονάδας κατά τα τελευταία πέντε έτη. Οι παρακάτω τεκμηριώσεις πρέπει να υποβάλλονται με τη μορφή: επιστημονικών δημοσιεύσεων (τουλάχιστον τρεις σε εθνικά ή διεθνή επιστημονικά περιοδικά), ανακοινώσεων σε διεθνή συνέδρια (τουλάχιστον τρεις), και ανακοινώσεων σε εθνικά συνέδρια (τουλάχιστον έξι).

**Ο ρόλος των υπηρεσιών διακοπής καπνίσματος στην προώθηση της δημόσιας υγείας**

Οι TCS πρέπει να προωθούν έναν υγιεινό τρόπο ζωής χωρίς κάπνισμα, τόσο στους καταναλωτές καπνού με ή χωρίς σχετιζόμενη νόσο, όσο και στο ευρύ κοινό.

**Συστάσεις:**

Κατά την εφαρμογή του τυποποιημένου ευρωπαϊκού συστήματος διαπίστευσης που βασίζεται στα κοινά Πρότυπα Ποιότητας του ENSP, θα πρέπει να γνωρίζουμε και να σεβόμαστε τη διαφορετικότητα των 53ών κρατών μελών στο πλαίσιο της Ευρωπαϊκής Ζώνης του ΠΟΥ4, με διαφορετικές δομές και οργανισμούς στον τομέα της υγείας και τον τομέα της εκπαίδευσης.

Αυτοαξιολόγηση της Υπηρεσίας Διακοπής Καπνίσματος		μη υλοποίηση	κάποιος βαθμός υλοποίησης	υλοποίηση κατά το ήμισυ	σχεδόν πλήρης υλοποίηση	ΝΑΙ πλήρως	Δεν εφαρμόζεται (ΝΑ)	Παρατηρήσεις	
<b>1. Η ΥΙΚ δηλώνει ξεκάθαρα ότι μοναδικό της στόχο αποτελεί η υποστήριξη των καταναλωτών προϊόντων καπνού και η διακοπή του καπνίσματος</b>									
1.01	Η φράση «προϊόντα καπνού» (ή παραπλήσια) είναι παρούσα σε έντυπα έγγραφα της ΥΔΚ και στην είσοδο του κτιρίου	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	NA <input type="checkbox"/>	ΣΤΟΧΟΣ	
1.02	Η φράση «προϊόντα καπνού» (ή παραπλήσια) είναι παρούσα στην ιστοσελίδα της υπηρεσίας στο διαδίκτυο	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	NA <input type="checkbox"/>		
1.03	Υπάρχει συγκεκριμένος τηλεφωνικός αριθμός για την επικοινωνία με έναν επαγγελματία υγείας ειδικό για τη διακοπή του καπνίσματος της ΥΔΚ	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	NA <input type="checkbox"/>		
1.04	Εάν η σύνθεση (ανάρτητο δυναμικό) της ΥΔΚ αναγνωρίζεται σε τοπικό ή εθνικό επίπεδο, η ΥΔΚ υπάρχει στη λίστα	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	NA <input type="checkbox"/>		
<b>2. Η ΥΙΚ καταβάλλει τις καλύτερες δυνατές προσπάθειες για να διαθέτει επαρκείς ανθρώπινους και υλικούς πόρους ώστε να υλοποιεί τους στόχους της</b>									
2.01	Ο αριθμός του προσωπικού είναι επαρκής για να εξασφαλιστεί η δυνατότητα πρώτου ραντεβού με καθυστέρηση λιγότερη των 3ων εβδομάδων	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	NA <input type="checkbox"/>	ΠΟΡΟΙ	
2.02	Το προσωπικό στο σύνολό του είναι άρτια εκπαιδευμένο στη διακοπή του καπνίσματος	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	NA <input type="checkbox"/>		
2.03	Τουλάχιστον το ήμισυ του προσωπικού έχει λάβει πιστοποίηση ως ειδικός/-ή στη διακοπή του καπνίσματος	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	NA <input type="checkbox"/>		
2.04	Η συνταγογράφηση είναι δυνατή	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	NA <input type="checkbox"/>		
2.05	Διαθέτει ήσυχη αίθουσα > 10 τμ. για τη διεξαγωγή των συσκέψεων	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	NA <input type="checkbox"/>		
2.06	Διαθέτει συσκευή μέτρησης του CO / 600 επισκέψεις το έτος	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	NA <input type="checkbox"/>		
2.07	Διαθέτει ΗΥ στην αίθουσα διεξαγωγής των συσκέψεων	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	NA <input type="checkbox"/>		
2.08	Διαθέτει ερωτηματολόγια αυτοαξιολόγησης, όπως το τεστ εκτίμησης βαθμού εξάρτησης από το κάπνισμα Fagerstrom, επαρκή για όλους τους ασθενείς	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	NA <input type="checkbox"/>		
2.09	Διαθέτει φάρμακα ή είναι σε θέση να κάνει επίδειξη των διαθέσιμων φαρμακευτικών σκευασμάτων στον ασθενή	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	NA <input type="checkbox"/>		
<b>3. Η ΥΙΚ δέχεται όλους τους καπνιστές, αλλά θέτει προτεραιότητα στις περισσότερες σοβαρές περιπτώσεις</b>									
3.01	Σε >50% των νέων ασθενών αναμένονται συνοσπρήματα συνοδός εξάρτησης, εγκυμοσύνη, ή έχουν χαμηλά βιοδείγματα	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	NA <input type="checkbox"/>	ΚΟΙΝΟ	
3.02	Οι αιδικές κατηγορίες του πληθυσμού με πρόσβαση στην ΥΔΚ προσδιορίζονται με σαφήνεια (NB: 4 αν δεν υφίσταται περιορισμός στην πρόσβαση)	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	NA <input type="checkbox"/>		
<b>4. Η ΥΙΚ σέβεται τις βέλτιστες πρακτικές και τις συγκεκριμένες κατευθυντήριες οδηγίες για τη διακοπή του καπνίσματος</b>									
4.01	Οι συστάσεις σχετικά με τις βέλτιστες πρακτικές καταγράφονται και εφαρμόζονται	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	NA <input type="checkbox"/>	ΒΕΛΤΙΩΤΗ ΠΡΑΚΤΙΚΗ	
4.02	Η πρώτη επίσκεψη διαρκεί τουλάχιστον 30 λεπτά	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	NA <input type="checkbox"/>		
4.03	Η ΥΔΚ φροντίζει για τη διάδοση των βέλτιστων πρακτικών σε επαγγελματίες υγείας, οι οποίοι δεν είναι ειδικοί στη διακοπή του καπνίσματος	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	NA <input type="checkbox"/>		
<b>5. Η ΥΙΚ συμμετέχει στην εκπαίδευση και κατάρτιση των επαγγελματιών υγείας στη διακοπή του καπνίσματος</b>									
5.01	Η ΥΔΚ συμμετέχει στην εκπαίδευση των κατ'άρτων για την διάγνωση της εξάρτησης από τον καπνό και για τη διακοπή του καπνίσματος	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	NA <input type="checkbox"/>	ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ	
5.02	Η ΥΔΚ συμμετέχει στην εκπαίδευση και κατάρτιση των υπολοίπων επαγγελματιών υγείας ως προς τα θέματα της εξάρτησης από τον καπνό	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	NA <input type="checkbox"/>		
<b>6. Η ΥΙΚ καταγράφει και προμηθεύει δεδομένα σε τοπικούς και/ή εθνικούς φορείς αξιολόγησης της διακοπής του καπνίσματος</b>									
6.01	Η ΥΔΚ καταγράφει και προμηθεύει δεδομένα σε τοπικούς και/ή εθνικούς φορείς αξιολόγησης της διακοπής του καπνίσματος	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	NA <input type="checkbox"/>	ΈΡΕΥΝΑ	
6.02	Η ΥΔΚ συμμετέχει στην ακαδημαϊκή έρευνα για την εξάρτηση από τον καπνό	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	NA <input type="checkbox"/>		
<b>7. Η ΥΙΚ αναλαμβάνει δράσεις ανά τακτά διαστήματα για την προώθηση της υγείας σε τοπικό επίπεδο</b>									
7.01	Η ΥΔΚ ανέλαβε κατά το τρέχον ή προηγούμενο έτος δράση για την προώθηση της υγείας	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	NA <input type="checkbox"/>	ΠΡΟΩΘΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	
<b>8. Η ΥΙΚ αξιολογεί την πρόοδο του ασθενή και συνεχίζει με διαρκή βελτίωση της θεραπείας με βάση τα αποτελέσματα της αξιολόγησης</b>									
8.01	Το αποτέλεσμα της αποχής μετά από 6 μήνες καταγράφεται και αξιολογείται	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	NA <input type="checkbox"/>	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ	
8.02	Είναι διαθέσιμα στατιστικά στοιχεία αναφορικά με το αποτέλεσμα της διακοπής του καπνίσματος	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	NA <input type="checkbox"/>		
ΣΥΝΟΛΟ / 100									
ΚΕΝΤΡΟ		ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ					ΣΥΝΟΛΟ		

## Κατάλογος πινάκων

Πίνακας 1: Ο οδηγός αυτός ταξινομεί τα αποδεικτικά στοιχεία σε τρεις κατηγορίες ανάλογα με το είδος, την ποιότητα και τον αριθμό των μελετών που αναφέρονται.....	17
Πίνακας 2: Κατάταξη της εξάρτησης από τον καπνό στην ταξινόμηση νόσων ICD10CM, ΠΟΥ (εφαρμόζονται στις ΗΠΑ από τον Οκτώβριο του 2013, δεν έχουν ακόμη εγκριθεί στην ΕΕ).....	31
Πίνακας 3: Δοκιμασία εκτίμησης βαθμού εξάρτησης από το κάπνισμα (κλίμακα Fagerström) (FTND).....	37
Πίνακας 4: Παράδειγμα άμεσων ερωτήσεων για την εκτίμηση του κινήτρου διακοπής του καπνίσματος.....	39
Πίνακας 5: Εγκεκριμένα φάρμακα από την FDA (προσαρμογή: Fiore M.C.).....	64, 65
Πίνακας 6: Ισοδυναμία της νικοτίνης που διοχετεύεται από τα επιδερμικά επιθέματα στις 16 και 24 ώρες. ....	86
Πίνακας 7: Ανεπιθύμητες ενέργειες της νικοτίνης.....	96
Πίνακας 8: Σύγκριση των ανεπιθύμητων ενεργειών λόγω της χρήσης βαρενικλίνης, βουπροπιόνης και εικονικού φαρμάκου.....	113
Πίνακας 9: Σύγκριση του ποσοστού των θανάτων και των ανεπιθύμητων ενεργειών από το καρδιαγγειακό (από τη μελέτη Rigotti, σε ασθενείς με ατομικό ιστορικό καρδιαγγειακής νόσου).....	114
Πίνακας 10: Μερικές πρακτικές συμβουλές για να αποφύγετε το κάπνισμα <sup>7</sup> .....	135
Πίνακας 11: Κοινά στοιχεία της πρακτικής συμβουλευτικής (επίλυση προβλημάτων/ανάπτυξη δεξιοτήτων).....	144
Πίνακας 12: Ο ασθενής αναλύει τον εαυτό του.....	147
Πίνακας 13: Ο ασθενής προβλέπει τον τρόπο με τον οποίο η εξάρτηση από τον καπνό θα επηρεάσει τους στόχους που επιθυμεί να επιτύχει στη ζωή.....	147
Πίνακας 14: Κοινά στοιχεία των υποστηρικτικών παρεμβάσεων στα πλαίσια της θεραπείας.....	149
Πίνακας 15: Κεφάλαιο από την εκπαιδευτική διαδικασία εκτίμησης της διακοπής του καπνίσματος των Εθνικών Υπηρεσιών Υγείας.....	205
Πίνακας 16: Λεπτομέρειες του προγράμματος.....	207, 208
Πίνακας 17: Παράδειγμα εκπαιδευτικού προγράμματος για τη διακοπή του καπνίσματος για τους επαγγελματίες υγείας στην Τουρκία.....	212
Πίνακας 18: Ερωτηματολόγια για τις υπηρεσίες διακοπής καπνίσματος.....	228
Πίνακας 19: Παράδειγμα οργάνωσης των επισκέψεων για τη διακοπή του καπνίσματος.....	230
Πίνακας 20: ΑΥΤΟΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ ΔΙΑΚΟΠΗΣ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ.....	233

## Κατάλογος εικόνων

Εικόνα 1: Οι θάνατοι εξαιτίας του καπνίσματος θα αυξηθούν δραματικά μέσα στα επόμενα 50 χρόνια, εκτός αν οι ενεργοί καπνιστές διακόψουν την κατανάλωση προϊόντων καπνού. Εκτιμώμενοι συνολικοί θάνατοι κατά τα έτη 1950-2050 με διαφορετικές στρατηγικές παρέμβασης. (Πηγή: Παγκόσμια Τράπεζα).....	21
Εικόνα 2: Ο αλγόριθμος των 5 Α για να την υποβοήθηση των καπνιστών να διακόψουν το κάπνισμα.....	27

Εικόνα 3: Ο υποδοχέας νικοτίνης στην κυτταρική μεμβράνη των νευρώνων του επικλινή πυρήνα: ο επικλινή πυρήνας του εγκεφάλου και η δομή του διαμεμβρανικού νικοτινικού υποδοχέα.....	29
Εικόνα 4: Φυσική ιστορία της κατανάλωσης προϊόντων καπνού και της εξάρτησης από τον καπνό. Η έναρξη της κατανάλωσης προϊόντων καπνού ξεκινά στην εφηβεία· μετά από μερικούς μήνες ή χρόνια, επέρχεται η εξάρτηση από τον καπνό και παραμένει πιθανότατα εφ' όρου ζωής· μπορεί να επέλθει διακοπή του καπνίσματος, ωστόσο ο καπνιστής δε γίνεται μη καπνιστής, αλλά παραμένει πρώην καπνιστής.....	34
Εικόνα 5: Στάδια προετοιμασίας για την αλλαγή σύμφωνα με το μοντέλο Prochaska 1991.....	39
Εικόνα 6: Εύχρηστη κλίμακα μέτρησης του κινήτρου.....	40
Εικόνα 7: Συσκευές μέτρησης του εκπνεόμενου μονοξειδίου του άνθρακα (CO).....	42
Εικόνα 8: Σχέση μεταξύ του αριθμού των τσιγάρων και του εκπνεόμενου μονοξειδίου του άνθρακα(αποτελέσματα από την εκστρατεία HELP της ΕΕ· σημειώσατε ότι υπάρχουν σημαντικές ατομικές αποκλίσεις).....	44
Εικόνα 9: Ελάχιστη συμβουλευτική στη γενική πρακτική.....	52
Εικόνα 10: Ο αλγόριθμος των 5Α για την υποβοήθηση των καπνιστών να διακόψουν το κάπνισμα.....	58
Εικόνα 11: Η διακοπή του καπνίσματος στην τρέχουσα πρακτική - περισσότερο συχνές καταστάσεις.....	59
Εικόνα 12: Εξαμηνιαία αποχή, εκπεφρασμένη σε λόγους αναλογιών (OR), συγκριτικά με την ομάδα ελέγχου (controls), για διάφορες θεραπείες υποκατάστασης της νικοτίνης, σύμφωνα με μετανάλυση του Michael C. Fiore, ευρισκόμενη στον Οδηγό Ιατρών για τη Ξακοπή του Καπνίσματος των ΗΠΑ (2008).....	66
Εικόνα 13: Οι δύο στόχοι της θεραπείας υποκατάστασης νικοτίνης: η άμβλυση του συνδρόμου στέρησης (οξέως) και η μείωση του εθισμού, μέσω της ελάττωσης του αριθμού των νικοτινικών υποδοχέων (χρονίως).....	80
Εικόνα 14: Παρακολούθηση των συγκεντρώσεων νικοτίνης στις εγκεφαλικές αρτηρίες, με την επαναλαμβανόμενη κατανάλωση νικοτίνης.....	81
Εικόνα 15: Στρατηγική ελάττωσης του καπνίσματος.....	85
Εικόνα 16: Φαρμακοκινητική της νικοτίνης επί 24 ώρες, ανάλογα με τον τύπο επιθέματος που χρησιμοποιείται (σύμφωνα με τον Benowitz, 1993).....	87
Εικόνα 17: Φαρμακοκινητική και επίπεδα νικοτίνης στο αρτηριακό αίμα, μετά την κατανάλωση ενός τσιγάρου ή διαφορετικών υποκατάστατων νικοτίνης.....	89
Εικόνα 18: Προτεινόμενες αρχικές δόσεις θεραπείας υποκατάστασης νικοτίνης (NRT) για τη διακοπή του καπνίσματος (πηγή: INPES, Γαλλία).....	92
Εικόνα 19: Αξιολόγηση του κινδύνου έναρξης του εθισμού και της διατήρησης της εξάρτησης από τη νικοτίνη ανά προϊόν.....	95
Εικόνα 20: Τα τρία επίπεδα των υπηρεσιών διακοπής ω (προσαρμοσμένα από την e.SCCAN).....	225

Όλοι οι διαδικτυακοί τόποι που αναφέρονται σε αυτόν τον οδηγό επαληθεύθηκαν ως ενεργοί κατά την 21η Σεπτεμβρίου 2012.



Connecting • Sharing • Advocating



# Saving Lives

© 2012 European Network for Smoking and Tobacco Prevention aisbl (ENSP)

Chaussée d'Ixelles 144, B-1050 Brussels, Belgium  
Tel. : +32 2 2306515, Fax: +32 2 2307507  
E-mail: [info@ensp.org](mailto:info@ensp.org)  
[www.enso.org](http://www.enso.org)