

2018

Κατευθυντήριες
οδηγίες για
τη θεραπεία
εξάρτησης απο
την νικοτίνη



ENSP

*European Network
for Smoking and Tobacco Prevention*

2018

Κατευθυντήριες οδηγίες
για τη θεραπεία εξάρτησης
απο την νικοτίνη





ENSP

*European Network
for Smoking and Tobacco Prevention*

© 2018

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.enasp.org

E-learning platform: <http://elearning-ensp.eu/>

ISBN: 978-618-83869-3-8

Περιεχόμενα

Δηλώσεις Σύγκρουσης Συμφερόντων.....	8
Πρόλογος.....	10
Μέρος Πρώτο	13
1.0 Αξιολόγηση της χρήσης καπνού και της εξάρτησης από καπνό	14
1.1 Η χρήση καπνού είναι ασθένεια.....	14
1.2. Ορισμοί, ταξινομήσεις, όροι και συγκεκριμένες οδηγίες.....	15
1.2.1 Εξάρτηση από την νικοτίνη: μία επίκτητη βιομηχανική νόσος.....	15
1.2.2 Μηχανισμός εξάρτησης.....	15
1.2.3 Η νικοτίνη δεν είναι η μόνη που ευθύνεται για την εξάρτηση.....	15
1.2.4 Η εξάρτηση από τη νικοτίνη σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ.....	16
1.3 Το κάπνισμα είναι μία χρόνια υποτροπιάζουσα νόσος.....	17
1.3.1 Μοτίβα υποτροπής.....	17
1.3.2 Θεραπεία μετά από την διακοπή.....	18
1.4. Η καταγραφή της καπνιστικής συνήθειας είναι υποχρεωτική στην τρέχουσα κλινική πράξη	18
1.5 Αξιολόγηση/διάγνωση της χρήσης καπνού και του βαθμού εξάρτησης	19
1.5.1. Κλινική διάγνωση της χρήσης καπνού και του βαθμού εξάρτησης.....	19
1.5.2 Ανάλυση των προηγούμενων προσπαθειών διακοπής του καπνίσματος.....	20
1.5.3 Κίνητρο για διακοπή του καπνίσματος.....	20
1.5.4 Ιατρικό ιστορικό ασθενούς.....	22
1.5.5 Εγκυμοσύνη/ Θηλασμός/ Αντισύλληψη.....	22
1.5.6 Το άγχος και ιστορικό κατάθλιψης	22
1.5.6.1 Αρχικός Έλεγχος.....	22
1.5.6.2 Κλινική Αξιολόγηση Άγχους και Κατάθλιψης.....	22
1.5.7 Εργαστηριακή διάγνωση της εξάρτησης από την νικοτίνη.....	22
2.0 Γενικές συστάσεις για τη θεραπεία διακοπής του καπνίσματος και της εξάρτησης από την νικοτίνη.....	27
2.1 Χρήση καπνού.....	28
2.2 Εξάρτηση από την νικοτίνη ως ασθένεια.....	28
2.3 Διακοπή καπνίσματος.....	29
2.3.1 Θεραπευτική εκπαίδευση	29
2.3.2 Συμπεριφορική υποστήριξη	29
2.3.3 Φαρμακευτική θεραπεία.....	29
2.3.4 Διακοπή καπνίσματος.....	29
2.4 Θεραπεία εξάρτησης από την νικοτίνη μετά τη διακοπή.....	29
2.5 Πρόληψη υποτροπής.....	30

3.0 Σύντομη συμβουλευτική για τη διακοπή του καπνίσματος	31
3.1 Γενικές συστάσεις.....	32
3.2 Πλάνο παρέμβασης ορθής κλινικής πρακτικής για την παροχή βοήθειας για την διακοπή του καπνίσματος	32
3.3 Συστάσεις για γενικούς γιατρούς.....	32
3.4 Συστάσεις για νοσηλευόμενους ασθενείς	33
3.5 Συστάσεις για έγκυες γυναίκες	33
3.6 Συστάσεις για ασθενείς που πρόκειται να υποβληθούν σε χειρουργική επέμβαση.....	34
ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ	35
4.0 Πρότυπες παρεμβάσεις διακοπής του καπνίσματος.....	36
4.1. Θεραπευτικές παρεμβάσεις για τη χρήση καπνού και την εξάρτηση από την νικοτίνη	37
4.1.1 Οι θεραπευτικές παρεμβάσεις για διακοπή του καπνίσματος είναι υποχρεωτικές.....	37
4.1.2 Τεκμηριωμένη πρακτική για την διακοπή του καπνίσματος	38
4.1.3 Αποτελεσματικότητα της θεραπείας για την διακοπή του καπνίσματος και εξάρτηση (Βοηθώ)	42
4.1.4 Επαναληπτικές συνεδρίες (Προγραμματίζω).....	42
4.1.5 Θεραπεία εξάρτησης από τη νικοτίνη στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης.....	43
4.1.6 Τύποι παρεμβάσεων διακοπής του καπνίσματος.....	44
4.1.6.2 Εξειδικευμένες ατομικές παρεμβάσεις για τη διακοπή του καπνίσματος	44
4.2 Συμπεριφορική Συμβουλευτική.....	46
4.2.1 Ψυχολογική υποστήριξη για τη διακοπή του καπνίσματος	46
4.2.2 Γνωσιακή συμπεριφοριστική θεραπεία (Cognitive-behavioural therapy, CBT)	48
4.2.3 Συνέντευξη κινητοποίησης (Motivational Interviewing)	50
4.2.4 Τρόποι παροχής θεραπείας διακοπής του καπνίσματος.....	53
4.2.4.1 Ατομική συμβουλευτική θεραπεία για τη διακοπή του καπνίσματος.....	53
4.2.4.2 Ομαδική συμβουλευτική για τη διακοπή του καπνίσματος.....	53
4.2.4.3 Τηλεφωνική υποστήριξη και γραμμές διακοπής καπνίσματος.....	54
4.2.4.4 Υλικό αυτό-βοήθειας	55
4.2.4.5 Παρεμβάσεις μέσω υπολογιστή/διαδίκτυο	59
4.3 Φαρμακοθεραπεία για την αντιμετώπιση της εξάρτησης από την νικοτίνη.....	60
4.3.1. Θεραπεία υπακατάστασης νικοτίνης	62
4.3.1.1 Ενδείξεις	62
4.3.1.2 Μηχανισμός δράσης	62
4.3.1.3 Αποτελεσματικότητα της θεραπείας υπακατάστασης νικοτίνης.....	63
4.3.1.4 Διαδερμικό επίθεμα.....	64
4.3.1.5 Θεραπεία υπακατάστασης νικοτίνης δια στόματος.....	65
4.3.1.6 Οδηγίες συνταγογράφησης	67
4.3.1.7 Αντενδείξεις.....	68
4.3.1.8 Παρενέργειες, προφυλάξεις, προειδοποιήσεις, αλληλεπιδράσεις φαρμάκων	68
4.3.2 Θεραπεία με βουπροπιόνη SR.....	70
4.3.3 Θεραπεία με βαρενικλίνη.....	73

4.3.3.1 Μηχανισμός δράσης	74
4.3.3.2 Αποτελεσματικότητα βαρενικλίνης	74
4.3.3.3 Βαρενικλίνη σε συνδυασμό με φαρμακοθεραπεία	77
4.3.3.4 Βαρενικλίνη και συμβουλευτική	78
4.3.3.5 Ενδείξεις	78
4.3.3.6 Κλινική χρήση	78
4.3.3.7 Αντενδείξεις	78
4.3.3.8 Προφυλάξεις που πρέπει να λαμβάνονται με τη θεραπεία της βαρενικλίνης	78
4.3.3.9 Ανοχή και ασφάλεια	79
4.3.4 Θεραπεία με κλονιδίνη	82
4.3.5 Θεραπεία με νορτριπτυλίνη	83
4.3.6 Κυτισίνη	84
Βιβλιογραφία	86
4.4 Εξατομικευμένα θεραπευτικά προγράμματα	88
4.4.1 Συνδυασμός φαρμακολογικών θεραπειών	89
4.4.1.1 Γενικές αρχές του συνδυασμού φαρμακοθεραπείας	89
4.4.1.2 Συνδυασμός θεραπείας υποκατάστασης νικοτίνης (NRT)	89
4.4.2 Συστάσεις για παράταση θεραπείας	94
Βιβλιογραφία	95
4.5 Διαθέσιμα στοιχεία για άλλες παρεμβάσεις διακοπής καπνίσματος	95
4.6 Συστάσεις για τη μείωση του καπνίσματος	100
4.6.1 Μείωση του καπνίσματος με υποκατάστατα νικοτίνης	100
Βιβλιογραφία	101
4.6.2 Μείωση του καπνίσματος με βαρενικλίνη	101
4.7 Θεραπευτικές συστάσεις για την πρόληψη της υποτροπής του καπνίσματος	102
Βιβλιογραφία	103
4.8 Συστάσεις θεραπείας σε ειδικές καταστάσεις και πληθυσμιακές ομάδες υψηλού κινδύνου	104
4.8.1. Συστάσεις θεραπείας για εγκύους	104
Βιβλιογραφία	105
4.8.2. Συστάσεις θεραπείας για νέους κάτω των 18 ετών	105
Βιβλιογραφία	108
4.8.3. Συστάσεις θεραπείας για καπνιστές με αναπνευστικά, καρδιαγγειακά, ψυχιατρικά προβλήματα, καρκίνο ή άλλες συνυπάρχουσες παθήσεις	109
Βιβλιογραφία	114
4.8.4 Συστάσεις για την αντιμετώπιση αύξησης βάρους μετά τη διακοπή καπνίσματος	116
Βιβλιογραφία	117
5.0 Έρευνα και Κατευθυντήριες Οδηγίες για την Αξιολόγηση της Διακοπής του Καπνίσματος	119
5.1. Κριτήρια για την κλινική έρευνα στη διακοπή καπνίσματος	120
5.2 Κόστος – όφελος των θεραπειών εξάρτησης καπνού	120

Βιβλιογραφία	122
5.3 Συστάσεις σχετικά με την εφαρμογή κατευθυντήριων οδηγιών για τη διακοπή του καπνίσματος.....	123
Βιβλιογραφία	123
5.4 Προτεινόμενες Βιβλιογραφικές Πηγές για τη Διακοπή του Καπνίσματος	124
ΜΕΡΟΣ ΤΡΙΤΟ.....	125
Ευρωπαϊκά Πρότυπα για τη Διαπίστευση Υπηρεσιών Διακοπής Καπνίσματος και την Κατάρτιση	
πάνω στη Διακοπή Καπνίσματος	125
6.0 Συστάσεις για την εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας στην αντιμετώπιση της χρήσης καπνού και της	
εξάρτησης από τη νικοτίνη και ποιοτικά πρότυπα για ειδικούς και υπηρεσίες πάνω στη διακοπή καπνίσματος	126
Βιβλιογραφία	128
6.1 Συστάσεις κριτηρίων της τυπικής εκπαίδευσης για τη διακοπή του καπνίσματος.....	128
6.2 Συστάσεις για την ανάπτυξη προγραμμάτων σπουδών για τη διακοπή του καπνίσματος που απευθύνονται σε απόφοιτους σχολών επιστημών υγείας στην Ευρώπη	129
6.3 Συστάσεις για τη δημιουργία προγραμμάτων σπουδών που αφορούν στην διακοπή του καπνίσματος και απευθύνονται σε επαγγελματίες υγείας στην Ευρώπη – Πιστοποιημένο Πρόγραμμα.....	132
6.4 Συστάσεις για την ανάπτυξη ενός προγράμματος διακοπής καπνίσματος για άλλες κατηγορίες επαγγελματιών υγείας που συμμετέχουν στη διακοπή του καπνίσματος στην Ευρώπη: ψυχολόγοι, νοσηλεύτες, άλλοι επαγγελματίες υγείας	134
Βιβλιογραφία	135
6.5. Πρότυπα εκπαίδευσης διακοπής καπνίσματος για ιατρούς	135
6.6 Πρότυπα ποιότητας στη θεραπεία εξάρτησης από τη νικοτίνη.....	136
Βιβλιογραφία	139
6.7 Προϋποθέσεις σχετικά με την παροχή διαπίστευσης για την εξειδίκευση μιας υπηρεσίας πάνω στη διακοπή του καπνίσματος.....	140
6.7.1 Τα τρία επίπεδα των υπηρεσιών διακοπής καπνίσματος	140
6.7.2 Πιστοποίηση εξειδικευμένων μονάδων διακοπής καπνίσματος.....	140
ΜΕΡΟΣ ΤΕΤΑΡΤΟ	147
7.0 Διακοπή του καπνίσματος σε πληθυσμιακές ομάδες υψηλού κινδύνου	148
7.1 Διακοπή του καπνίσματος κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης	148
Βιβλιογραφία	153
7.2 Διακοπή του καπνίσματος στους εφήβους.....	154
Βιβλιογραφία	158
7.3 Διακοπή του καπνίσματος σε ασθενείς με διαβήτη.....	159
Βιβλιογραφία	162
7.4 Διακοπή του καπνίσματος σε ασθενείς με Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια (ΧΑΠ).....	163
7.5 Διακοπή του καπνίσματος σε ασθενείς με καρδιαγγειακά νοσήματα	169
Βιβλιογραφία	172

Ευχαριστίες

Η 4η Έκδοση συντονίστηκε και αναθεωρήθηκε από την Δρ Σοφία Παπαδάκη και τον Δρ Κωνσταντίνο Βαρδαβά.

Το ENSP επιθυμεί να ευχαριστήσει τη Συντακτική Επιτροπή για τη συνεισφορά της στην 1η, 2η και στη 3η έκδοση:

Panagiotis K. Behrakis, MD, PhD (McGill), FCCP, Chair of the Scientific Committee of ENSP, Director of the Institute of Public Health of the American College of Greece and a Researcher at the Biomedical Research Foundation of the Academy of Athens, Greece;

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

Andrey Konstantinovich Demin, MD, D.Polit.Sci., 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;

Sophia Papadakis, PhD, MHA, is a Scientist, Division of Prevention and Rehabilitation at the University of Ottawa Heart Institute, Adjunct Professor in the Faculty of Medicine at the University of Ottawa, and Visiting Scientist in the Clinic of Social and Family Medicine of the School of Medicine of the University of Crete, Greece.

Antigona Trofor, MD PhD, 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.

Constantine Vardavas, MD, RN, MPH, PhD, FCCP, Research Associate in the Clinic of Social and Family Medicine of the School of Medicine of the University of Crete, Greece & the Associate Director of

the Institute of Public Health (IPH) of the American College of Greece;

Επίσης, το ENSP επιθυμεί να ευχαριστήσει το Διοικητικό Συμβούλιο της αναθεωρημένης 1ης έκδοσης για τη συνεισφορά τους:

Sofia Cattaruzza, Head of UNITAB, Sapienza University, Rome, Italy;

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

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

Το ENSP επίσης ευχαριστεί θερμά, τον Γενικό Γραμματέα της οργάνωσης, κ. Cornel Radu-Loghin, για την συνολική προσφορά του στο έργο.

Για την Ελληνική έκδοση των Οδηγιών, επίσης εργάστηκαν η Δρ. Χάρης Γριβαλάκη, Δρ. Άγγελος Μεχίλι, η κ. Κατερίνα Νικηταρά και η κ. Βεργίνα Βυζικίδου.

Δηλώσεις Σύγκρουσης Συμφερόντων

Τα μέλη της Συντακτικής Επιτροπής των κατευθυντήριων οδηγιών του ENSP για τη θεραπεία της εξάρτησης από την νικοτίνη δηλώνουν ότι:

Ο **Panagiotis K. Behrakis** δηλώνει ότι δεν έχει καμία σύγκρουση συμφερόντων με οποιαδήποτε εταιρεία,

Ο **Luke Clancy** δηλώνει ότι το ινστιτούτο του βραβεύτηκε με ερευνητική επιχορήγηση από την Pfizer το 2010, έλαβε αμοιβές συμβούλων από την Pfizer και τη Pierre Fabre το 2010, 2011, 2012, έλαβε αμοιβές διαλέξεων από την Pfizer και την Novartis το 2010, 2011, 2012,

Ο **Bertrand Dautzenberg** έχει συνεργαστεί τα τελευταία τρία χρόνια, αλλά έχει αρνηθεί προσωπική αμοιβή από τις εταιρείες Pfizer, GlaxoSmithKline, Pierre Fabre Santé,

Ο **Andrey Konstantinovich Demin** δηλώνει ότι δεν έχει σχέση με τη φαρμακευτική βιομηχανία,

Η **Antigona Trofor** έχει λάβει τακτικά αμοιβές συμβούλων για κλινική έρευνα από τις εταιρείες Novartis Pharma Services Romania SRL, CROM Research Org. SRL, INC Research και Glaxo SmithKline από το 2011 έως το 2015 και έχει λάβει αμοιβές για διαλέξεις από: European Commission, AstraZeneca, Servier Pharma SRL, Glaxo SmithKline, Chiesi Pharmaceuticals, Cipla, and Pierre-Fabre από το 2011 έως το 2015,

Η **Sophia Papadakis** δε δηλώνει καμία σύγκρουση συμφερόντων,

Ο **Constantine Vardavas** δε δηλώνει καμία σύγκρουση συμφερόντων.

Επίπεδο αξιοπιστίας των συστάσεων των κατευθυντήριων οδηγιών

Πίνακας 1: Οι τρέχουσες κατευθυντήριες οδηγίες χωρίζονται σε τρεις κατηγορίες, σε σχέση με το είδος, την ποιότητα και το πλήθος των μελετών.

Επίπεδα Εμπιστοσύνης: Περιγραφή			Επίπεδα Εμπιστοσύνης: Περιγραφή		
Κατηγορία	Πηγές	Ορισμός	Code	Ποιότητα των ευρημάτων	Ορισμός
A	Ελεγχόμενες, τυχαιοποιημένες δοκιμές (Randomized Controlled Trials, RCT). Μεγάλη βάση δεδομένων.	Μεγάλος αριθμός των μελετών που συνεπάγονται με σημαντικό αριθμό συμμετεχόντων	A	Υψηλή	Περαιτέρω έρευνα είναι απίθανο να αλλάξει την αξιοπιστία του αποτελέσματος. Αρκετές μελέτες υψηλής ποιότητας, με συνεπή αποτελέσματα. Σε ειδικές περιπτώσεις: μία μεγάλη, υψηλής ποιότητας πολυκεντρική μελέτη.
B	Ελεγχόμενες, τυχαιοποιημένες δοκιμές. Περιορισμένη βάση δεδομένων.	Μελέτες περιλαμβάνουν έναν περιορισμένο αριθμό ασθενών, ανάλυση υπό ομάδων ή μετα-ανάλυση δεδομένων. Οι τυχαιοποιημένες κλινικές δοκιμές είναι μικρές σε διάφορες ομάδες του πληθυσμού με αντιφατικά αποτελέσματα	B	Μέτρια	Περαιτέρω έρευνα είναι πιθανό να μεταβάλλει τα έως τώρα ευρήματα σχετικά με την εκτίμηση του αποτελέσματος. Μία μελέτη υψηλής ποιότητας. Αρκετές μελέτες με κάποιους περιορισμούς.
C	Μη τυχαιοποιημένες μελέτες. Μελέτες παρατήρησης. Ομοφωνία εμπειρογνομώνων	Αποδείξεις από μη ελεγχόμενες μη τυχαιοποιημένες μελέτες ή μελέτες παρατήρησης.	C	Χαμηλή	Περαιτέρω έρευνα είναι πολύ πιθανό να έχει σημαντικό αντίκτυπο στην εκτίμηση του αποτελέσματος. Μία ή περισσότερες μελέτες με σοβαρούς περιορισμούς.
			D	Πολύ χαμηλή	Οποιαδήποτε εκτίμηση του αποτελέσματος είναι αβέβαιη. Γνώμες ειδικών. Όχι άμεση επιστημονική απόδειξη. Μία ή περισσότερες μελέτες με πολύ σοβαρούς περιορισμούς.

Πρόλογος

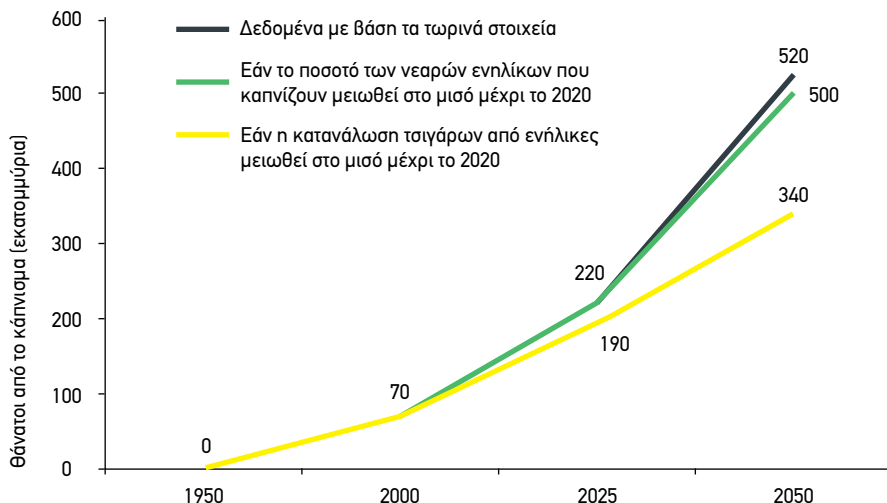
Το ENSP οραματίζεται ένα μέλλον χωρίς τσιγάρο, στο οποίο κανένας Ευρωπαίος δεν θα υποφέρει από ασθένειες σχετιζόμενες με το κάπνισμα και τον πρόωρο θάνατο. Όλες οι συνεχείς προσπάθειές μας επικεντρώθηκαν στο να παρέχουμε στα παιδιά και στους νέους την ελευθερία να μεγαλώνουν ανεξάρτητοι και υγιείς χωρίς να υποκύψουν στον εθισμό. Η χρήση του καπνού είναι όχι μόνο μεγάλος εθισμός, αλλά είναι επίσης και μία θανάσιμη παγίδα από την οποία θέλουμε να βοηθήσουμε τους καπνιστές να ξεφύγουν. Ως εκ τούτου, ο στόχος μας είναι να δημιουργήσουμε μία μεγαλύτερη συνοχή μεταξύ των δραστηριοτήτων πρόληψης για το κάπνισμα και να προωθήσουμε ολοκληρωμένες πολιτικές ελέγχου του καπνίσματος σε Ευρωπαϊκό, εθνικό και ατομικό επίπεδο.

Σύμφωνα με την έρευνα του Ευρωβαρόμετρου που δημοσιεύτηκε στο 2017ⁱⁱⁱ, σχεδόν το ένα τέταρτο (26%) των Ευρωπαίων ηλικίας άνω των 15 ετών και 33% των Ευρωπαίων ηλικίας μεταξύ 25-39 είναι καπνιστές. Το κάπνισμα σκοτώνει τους μισούς καπνιστές, δηλαδή περίπου 700.000 Ευρωπαίους κάθε χρόνο. Στο πλαίσιο αυτό, υπάρχει μία αυξανόμενη επικρατούσα άποψη ότι η εξάρτηση

από τον καπνό είναι μία ασθένεια που πρέπει να αντιμετωπιστεί από τους επαγγελματίες υγείας. Όλοι οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να καταλάβουν ότι η χρήση καπνού είναι μία παθολογική κατάσταση, μια κατάσταση υψηλού εθισμού (ICD-10) και όχι μία συνήθεια, μία κακή συμπεριφορά, μία ευχαρίστηση ή ένας τρόπος ζωής.

Οι παρεμβάσεις διακοπής του καπνίσματος έχουν μία μεσοπρόθεσμη επίδραση στον αριθμό των θανάτων και ως εκ τούτου θα πρέπει να ενθαρρύνεται η πραγματοποίησή τους. Όπως εξηγείται και στην έκθεση της Παγκόσμιας Τράπεζας, «Ο περιορισμός της επιδημίας: Οι πολιτικές και τα οικονομικά της καταπολέμησης του καπνίσματος», εάν η έναρξη του καπνίσματος έχει μειωθεί κατά 50% μέχρι το 2020, ο αριθμός των θανάτων που σχετίζονται με το κάπνισμα θα μειωθεί από 520 σε περίπου 500 εκατομμύρια το 2050. Από την άλλη πλευρά, εάν οι μισοί από τους τωρινούς καπνιστές κόψουν το κάπνισμα μέχρι το 2020, ο αριθμός των θανάτων από το κάπνισμα θα μειωθεί από 520 σε 340 εκατομμύρια μέχρι το 2050.

Διάγραμμα 1: Εάν οι τωρινοί καπνιστές δεν διακόψουν το κάπνισμα, οι θάνατοι από αυτό θα αυξηθούν δραματικά τα επόμενα 50 χρόνια. Εκτιμώμενο σύνολο θανάτων 1950-2000 με διαφορετικές στρατηγικές παρεμβάσεις. (Πηγή: Παγκόσμια Τράπεζα)



Το Άρθρο 14 της Σύμβασης πλαισίου του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (Π.Ο.Υ.) για τον Έλεγχο του Καπνού ορίζει ότι:

“Κάθε συμβαλλόμενος θα πρέπει να αναπτύξει και να διαδώσει τις κατάλληλες, περιεκτικές και ολοκληρωμένες κατευθυντήριες οδηγίες βασισμένες σε επιστημονικά στοιχεία και βέλτιστες πρακτικές, λαμβάνοντας υπόψη τις εθνικές συνθήκες και προτεραιότητες και να λάβει αποτελεσματικά μέτρα για να προωθήσει τη διακοπή καπνίσματος και την ενδεδειγμένη θεραπεία για την εξάρτηση από την νικοτίνη”.

Οι κατευθυντήριες οδηγίες για την εφαρμογή του Άρθρου 14:

- i. *Ενθαρύνουν τα μέλη να ενισχύσουν και να δημιουργήσουν βιώσιμες υποδομές για την διακοπή του καπνίσματος, να εξασφαλίσουν την ευρεία πρόσβαση των καπνιστών που επιθυμούν να διακόψουν και να παρέχουν βιώσιμους πόρους ώστε αυτού του είδους οι παροχές να είναι διαθέσιμες*
- ii. *Αναγνωρίζουν τις κύριες και αποτελεσματικές μεθόδους που είναι απαραίτητες για την προώθηση της διακοπής του καπνίσματος και συμπεριλαμβάνουν την θεραπεία για την διακοπή του καπνίσματος σε εθνικά προγράμματα για τον έλεγχο του καπνίσματος και στο εθνικό σύστημα υγείας*
- iii. *Προτρέπουν τα μέλη να μοιράσουν τις εμπειρίες τους και να συναργαστούν ώστε να διευκολύνουν την ανάπτυξη και την ενδυνάμωση της στήριξης της διακοπής του καπνίσματος και της θεραπείας εξάρτησης από την νικοτίνη*

Σύμφωνα με αυτές τις κατευθυντήριες οδηγίες, οι προσπάθειες πρέπει να επικεντρωθούν στην ανάπτυξη των υποδομών για τη διακοπή και θεραπεία της εξάρτησης από την νικοτίνη μεταξύ των μελών κρατών της Σύμβασης – Πλαισίου για τον έλεγχο καπνού (Framework Convention on Tobacco Control, FCTC), η οποία συνιστά ότι «τα κράτη μέλη θα πρέπει να εφαρμόσουν τις ενέργειες που αναφέρονται παρακάτω, προκειμένου να ενισχύσουν και να δημιουργήσουν την υποδομή που απαιτείται, να προωθήσουν τη διακοπή του καπνίσματος αποτελεσματικά και να παρέχουν επαρκή θεραπεία για την εξάρτηση από την νικοτίνη, λαμβάνοντας υπόψη τις εθνικές καταστάσεις και προτεραιότητες.

Αυτά τα βήματα μπορούν να συνοψιστούν ως εξής:

1. Διεξαγωγή ανάλυσης της υφιστάμενης κατάστασης σε εθνικό

επίπεδο

2. Δημιουργία ή ενίσχυση του εθνικού συντονισμού
3. Δημιουργία και διάδοση κατανοητών κατευθυντήριων οδηγιών
4. Αντιμετώπιση της χρήσης του καπνού από τους επαγγελματίες υγείας και όσους ασχολούνται με τη διακοπή καπνίσματος
5. Ανάπτυξη δικτύου εκπαίδευσης
6. Χρησιμοποίηση υπαρχόντων συστημάτων και πόρων για να διασφαλιστεί η μεγαλύτερη δυνατή πρόσβαση σε υπηρεσίες
7. Να γίνει υποχρεωτική η καταγραφή του καπνιστικού προφίλ στο ιατρικό ιστορικό
8. Ενθάρρυνση συνεργασίας
9. Καθιέρωση μίας βιώσιμης πηγής χρηματοδότησης για την θεραπεία διακοπής του καπνίσματος

Εντός των συγκεκριμένων κατευθυντήριων οδηγιών του ENSP για τη θεραπεία Εξάρτησης από την νικοτίνη, στοχεύουμε κυρίως στο Βήμα 3, λαμβάνοντας ωστόσο, υπόψη τις εθνικές περιστάσεις όπως αναφέρει το Βήμα 1 και την ένταση στο μέτρο του δυνατού του Βήματος 5 και 7.

Σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες «τα μέλη πρέπει να αναπτύξουν και να διαδώσουν, κατανοητές κατευθυντήριες γραμμές για την εξάρτηση από την νικοτίνη βασισμένες στις διαθέσιμες επιστημονικές αποδείξεις και καλές πρακτικές, λαμβάνοντας υπόψη τις εθνικές περιστάσεις και προτεραιότητες. Αυτές οι κατευθυντήριες οδηγίες περιλαμβάνουν 2 κύρια στοιχεία: (1) την εθνική στρατηγική για τη διακοπή του καπνίσματος, για να προωθηθεί η διακοπή καπνίσματος και η θεραπεία εξάρτησης από την νικοτίνη, με στόχο κυρίως όσους είναι υπεύθυνοι για τη χρηματοδότηση και την εφαρμογή πολιτικών και προγραμμάτων (2) και τις εθνικές κατευθυντήριες οδηγίες που θα στοχεύουν κυρίως σε εκείνους που θα αναπτύξουν, θα διαχειριστούν και θα παρέχουν την διακοπή καπνίσματος.»

Οι εθνικές κατευθυντήριες οδηγίες με στρατηγικές για την διακοπή του καπνίσματος και την θεραπεία εξάρτησης από την νικοτίνη, θα πρέπει να έχουν τα παρακάτω χαρακτηριστικά:

- *Θα πρέπει να είναι τεκμηριωμένες*
- *Θα πρέπει να προστατεύονται από όλες τις πραγματικές και δυνητικές συγκρούσεις συμφερόντων*

- *Θα πρέπει να δημιουργηθούν σε συνεργασία με τους βασικούς ενδιαφερόμενους φορείς συμπεριλαμβανομένων των επιστημόνων υγείας, οργανισμών υγείας, επαγγελματιών υγείας, εκπαιδευτικών, νεαρών εργαζόμενων και μη κυβερνητικών οργανώσεων με σχετική εμπειρία σε αυτό τον τομέα, χωρίς όμως να περιορίζονται σε αυτούς.*
- *Θα πρέπει να ανατεθούν και να καθοδηγηθούν από την κυβέρνηση, αλλά σε συνεργασία και διαβούλευση με τους υπόλοιπους ενδιαφερόμενους οργανισμούς. Ωστόσο, εάν άλλοι οργανισμοί αναλάβουν τη δημιουργία των κατευθυντήριων οδηγιών τότε θα πρέπει να γίνει σε συνεργασία με την κυβέρνηση*
- *Θα πρέπει να περιλαμβάνουν ένα σχέδιο διάδοσης και εφαρμογής, το οποίο θα υπογραμμίζει τη σημασία του να δίνουν όλες οι υπηρεσίες (εντός ή εκτός του τομέα της υγειονομικής περίθαλψης) το παράδειγμα, με το να μην κάνουν χρήση καπνού και ανά τακτά χρονικά διαστήματα να ενημερώνονται για τις τελευταίες επιστημονικές εξελίξεις και σύμφωνα με τις υποχρεώσεις που θεσπίζονται από το άρθρο 5.1. του FCTC του Π.Ο.Υ.*

Όλες οι προσπάθειες και το έργο μας έχουν στόχο την υποστήριξη του FCTC του Π.Ο.Υ., το οποίο θεωρούμε ότι αποτελεί εργαλείο για την εκπλήρωση των στόχων του ENSP. Αυτός είναι ο λόγος για τον οποίο σύμφωνα με το άρθρο 14 του FCTC, αυτές οι ευρωπαϊκές κατευθυντήριες οδηγίες για τη θεραπεία εξάρτησης από τον καπνό έχουν γραφτεί και είναι ελεύθερα διαθέσιμες για επαγγελματίες υγείας και το κοινό. Είμαστε βέβαιοι ότι αυτές οι κατευθυντήριες οδηγίες για τη θεραπεία εξάρτησης από τον καπνού θα εξοπλίσουν τους επαγγελματίες υγείας με τις απαραίτητες δεξιότητες για την καταπολέμηση αυτού του θανατηφόρου εθισμού και θα τους παρέχουν ένα ευρύ φάσμα εργαλείων προκειμένου να βελτιώσουν τις στρατηγικές τους στη διακοπή καπνίσματος.

Καταληκτικά, οι παρούσες Κατευθυντήριες Οδηγίες αποτελούν το αποτέλεσμα μίας συνεχούς και εντατικής εργασίας από τη Συντακτική Επιτροπή τόσο της 1ης, 2ης όσο και της 3ης έκδοσης, στην οποία το ENSP είναι εξαιρετικά ευγνώμων.

Francisco Lozano
President, ENSP

Panagiotis Behrakis
Chair, ENSP Scientific Committee

- i) European Commission, 2017. Special Eurobarometer 458 Report Attitudes of Europeans towards Tobacco and Electronic Cigarettes. Available at: <https://ec.europa.eu/commfrontoffice/publicopinion/index.cfm/ResultDoc/download/DocumentKy/79003>
- ii) WHO Framework Convention on Tobacco Control: guidelines for implementation, 2011 http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501316_eng.pdf

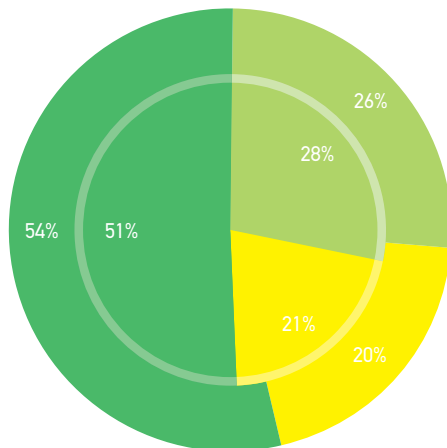
ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ | Κεφάλαιο 1

Αξιολόγηση της χρήσης
καπνού και της εξάρτησης
από την νικοτίνη



1.0 Αξιολόγηση της χρήσης καπνού και της εξάρτησης από την νικοτίνη

Σχετικά με την χρήση τσιγάρων, πούρων ή πούρακίων ή πίπας, ποιο από τα παρακάτω ταιριάζει στην περίπτωση σας; Σε αυτή την περίπτωση και στις επόμενες ερωτήσεις αυτού του μέρους, η καπνιστική συνήθεια δεν περιλαμβάνει την χρήση ηλεκτρονικού τσιγάρου.



- Είστε καπνιστής/ια
- Δεν έχετε καπνίσει ποτέ
- Είστε πρώην καπνιστής/ια
- Δεν γνωρίζετε

Εσωτερική πίδα: EB77.1 Φεβ-Μαρ 2012,
Εξωτερική πίδα: EB82.4 Νοε-Δεκ 2014

«Λίγο περισσότεροι από το ένα τέταρτο των ερωτηθέντων στην ΕΕ καπνίζουν καθημερινά τσιγάρα, πούρα, πούρακια ή πίπα (26%), τα ποσοστά αυτά δείχνουν δύο τοις εκατό μείωση από το 2012»
Ευρωβαρόμετρο 2015

1.1 Η χρήση καπνού είναι ασθένεια

Η χρήση καπνού είναι η κύρια αιτία πρόωγου θανάτου και αναπηρίας στην Ευρώπη.^{1,2} Κάθε χρόνο περισσότεροι από 700.000 Ευρωπαίοι πεθαίνουν από ασθένειες που σχετίζονται με το κάπνισμα.² Είναι ευρέως γνωστό ότι το προσδόκιμο ζωής ενός καπνιστή είναι δέκα χρόνια μικρότερο από αυτό ενός μη καπνιστή και το ήμισυ των καπνιστών θα χάσουν 20 χρόνια υγιούς ζωής πριν πεθάνουν από

μία ασθένεια σχετιζόμενη με το κάπνισμα.³

Η εξάρτηση από την νικοτίνη είναι μία ασθένεια, από την οποία πάσχει η συντριπτική πλειοψηφία των καπνιστών. Η εξάρτηση από την νικοτίνη συνδέεται με τη μακροχρόνια και καθημερινή χρήση προϊόντων καπνού (τσιγάρα, πίπες πούρα, bidis, ναρργιλέ, μάσημα καπνού κλπ.). Οι περισσότεροι καπνιστές δεν είναι σε θέση να διακόψουν το κάπνισμα από μόνοι τους. Με ιατρικούς όρους το χρόνιο κάπνισμα ορίζεται ως εξάρτηση από τον καπνό, εξάρτηση από τη νικοτίνη, εθισμός στον καπνό, εθισμός στη νικοτίνη.

Οι ιατροί και οι επαγγελματίες υγείας πρέπει γι' αυτό το λόγο να λαμβάνουν υπόψιν τους ότι η εξάρτηση από την νικοτίνη είναι μία ιατρική κατάσταση και όχι συνήθεια, κακή συμπεριφορά, ευχαρίστηση ή επιλογή τρόπου ζωής.

Ο κύριος αιτιολογικός παράγοντας στην εξάρτηση είναι η νικοτίνη. Η νικοτίνη είναι ένα εξαιρετικά εθιστικό ναρκωτικό που περιέχεται στον καπνό και καθορίζει την εξάρτηση εκείνων που χρησιμοποιούν προϊόντα καπνού για χρόνια. Παρόλο που ανάλογα με την ένταση, τη διάρκεια χρήσης και το είδος των προϊόντων καπνού που χρησιμοποιείται, δεν έχουν όλοι οι καπνιστές την ίδια πιθανότητα κινδύνου, η απάντηση των επαγγελματιών υγείας στη χρήση καπνού πρέπει να είναι μία: η θεραπεία της εξάρτησης από την νικοτίνη πρέπει να γίνεται χωρίς καθυστέρηση.

Καθώς η εξάρτηση από την νικοτίνη είναι μία ασθένεια, πρέπει να διαγνωστεί και να αντιμετωπιστεί με τον ίδιο τρόπο όπως και άλλες χρόνιες παθήσεις. Ένας επαγγελματίας υγείας έχει την υποχρέωση να παρέμβει και να βοηθήσει στην διακοπή του καπνίσματος. Η έγκαιρη έναρξη της θεραπείας διακοπής του καπνίσματος είναι μία καλή πρακτική για ιατρούς και επαγγελματίες υγείας, καθώς η εξάρτηση αποτελεί την κύρια αιτία χρήσης: μόνο σε πολύ εξαιρετικές περιπτώσεις το κάπνισμα αποτελεί ελεύθερη επιλογή τρόπου ζωής του καπνιστή. Η μη θεραπεία και η μη μέριμνα της εξάρτησης αποτελούν κακή πρακτική. Ο ιατρός θα πρέπει να παρέχει τουλάχιστον μία σύντομη συμβουλευτική παρέμβαση σε όλους τους ασθενείς του είναι καπνιστές. (Σχήμα 1.1).

Όταν η χρήση καπνού και η εξάρτηση από την νικοτίνη θεωρηθούν ορθώς ως ασθένεια, ακολούθως θα πρέπει να γίνει γνωστό ότι οι καπνιστές χρειάζονται ιατρική βοήθεια από επαγγελματία υγείας για

Σχήμα 1.1: Παρέμβαση στους καπνιστές σε κλινικό περιβάλλον.



να διακόψουν το κάπνισμα, η οποία θα παρέχεται μέσω θεραπειών εξάρτησης. Όπως συμβαίνει και με άλλες χρόνιες παθήσεις, η ιατρική βοήθεια αποτελείται από τη διάγνωση της χρόνιας χρήσης καπνού και της εξάρτησης από την νικοτίνη και την τακτική θεραπεία για την διακοπή του καπνίσματος και την θεραπεία της χρόνιας εξάρτησης την νικοτίνη.

Εν κατακλείδι, με το κάπνισμα, τα άτομα όχι μόνο εισάγουν νικοτίνη στο σώμα τους, διατηρώντας ή αυξάνοντας την εξάρτηση από την νικοτίνη, αλλά εκθέτουν και τον εαυτό τους σε πολλές σοβαρές ασθένειες, πολλές από τις οποίες είναι θανατηφόρες και προκαλούνται από τις τοξίνες που περιέχονται στον καπνό. Όσο πιο νωρίς αντιμετωπιστεί η εξάρτηση και όσο πιο γρήγορα ο ασθενής διακόψει το κάπνισμα, τόσο πιο υψηλό είναι το όφελος για την υγεία του.³

1.2 ➤ Ορισμοί, ταξινομήσεις, όροι και συγκεκριμένες οδηγίες

1.2.1 Εξάρτηση από την νικοτίνη: μία επίκτητη βιομηχανική νόσος

Η εξάρτηση μέσω του καπνίσματος είναι ένας εθισμός που προκαλείται από την νικοτίνη. Ο εξαρτημένος καπνιστής δεν μπορεί να σταματήσει να χρησιμοποιεί την ουσία, παρά το γεγονός ότι του/της κάνει κακό. Η εισπνεόμενη νικοτίνη είναι γνωστή ως ναρκωτικό ικανό να προκαλέσει εθισμό τουλάχιστον τόσο ισχυρό όσο η ηρωίνη ή η κοκαΐνη.⁴ Οι χρήστες καπνού που ξεκίνησαν το κάπνισμα ως έφηβοι είναι συνήθως πιο εξαρτημένοι από εκείνους που το ξεκίνησαν ως ενήλικες.⁵ Η νικοτίνη είναι μία ουσία με ψυχοτρόπες ιδιότητες η οποία δημιουργεί την επιθυμία για κάπνισμα, κάνοντας

τους χρήστες ανίκανους να διακόψουν εύκολα και προκαλώντας στους καπνιστές σωματικά και ψυχολογικά συμπτώματα όταν απέχουν από το κάπνισμα.

1.2.2 Μηχανισμός εξάρτησης

Η εισπνεόμενη νικοτίνη φθάνει στον εγκέφαλο μέσω των πνευμόνων και της κυκλοφορίας του αρτηριακού αίματος σε λιγότερο από 7 δευτερόλεπτα.⁶ Η νικοτίνη προσδένεται σε ειδικούς υποδοχείς της ακετυλοχολίνης (κυρίως στον $\alpha 4\beta 2$ νικοτινικό υποδοχέα της ακετυλοχολίνης) στην περιοχή του πρόσθιου μέρους του εγκεφάλου, οι οποίοι διεγείρουν την απελευθέρωση νευροδιαβιβαστών, όπως η ντοπαμίνη και η νοραδρεναλίνη που δίνουν το αίσθημα της ευχαρίστησης στον καπνιστή.^{7,8} Η ευχαρίστηση που νιώθει ο καπνιστής όταν καπνίζει είναι στην πραγματικότητα η ανακούφιση από τα πρώιμα συμπτώματα στέρησης, καθώς αυξάνονται τα επίπεδα της νικοτίνης, επομένως και οι απελευθέρωση συγκεκριμένων νευροδιαβιβαστών.

Το κύριο χαρακτηριστικό της εξάρτησης από την νικοτίνη είναι η επιθυμία του καπνιστή να βιώσει τις φαρμακολογικές επιδράσεις της νικοτίνης και να αποφευχθούν τα πιθανά συμπτώματα στέρησης όπως και οι καταστάσεις που έπακολουθούν της χρήσης είτε θετικές (η νικοτίνη προκαλεί διέγερση) είτε αρνητικές (η απουσία νικοτίνης οδηγεί σε δυσφορία).⁷

Κάθε τσιγάρο αυτόματα μειώνει την επιθυμία αλλά απευαισθητοποιεί τους υποδοχείς της νικοτίνης και αυξάνει τον αριθμό τους, αυξάνοντας έτσι και την ανάγκη για το επόμενο τσιγάρο.⁸ Αυτή η διέγερση που προκαλείται από τη χρήση του καπνού πυροδοτεί τη χρόνια κατανάλωση.^{7,9} Κατά τη φάση όπου ο καπνιστής αρχίζει να είναι εξαρτημένος, θα πρέπει σταδιακά να αυξάνει την ποσότητα της νικοτίνης που προσλαμβάνει, προκειμένου να μπορέσει να διατηρήσει το αίσθημα πληρότητας και ευχαρίστησης. Μετά την αρχική περίοδο προσαρμογής, ο καπνιστής χρειάζεται την δική του ατομική δόση νικοτίνης έτσι ώστε να βρίσκεται σε μία ουδέτερη κατάσταση και να αποφεύγει τα συμπτώματα στέρησης. Αυτή η μορφολογική προσαρμογή που συμβαίνει στο κεντρικό νευρικό σύστημα οδηγεί στην ανάπτυξη της φυσικής εξάρτησης.^{7,9}

1.2.3 Η νικοτίνη δεν είναι η μόνη που ευθύνεται για την εξάρτηση

Η εξάρτηση από τη νικοτίνη χωρίζεται σε σωματική και

ψυχολογική.¹⁰

Εκτός από τη φυσική εξάρτηση, η επανειλημμένη χρήση προϊόντων καπνού μπορεί να γίνει συνήθεια. Οι κοινωνικές καταστάσεις που συσχετίζονται με μία συγκεκριμένη καθημερινή ρουτίνα μπορεί να ενισχύσουν τη χρήση καπνού. Με την πάροδο του χρόνου, η συμπεριφορά αυτή ενσωματώνεται στην καθημερινή ρουτίνα. Ως εκ τούτου η θεραπεία της χρήσης καπνού υποστηρίζεται τόσο με φαρμακολογική θεραπεία για την ανακούφιση των σωματικών συμπτωμάτων, όσο και με συμπεριφορική θεραπεία που στοχεύει στην αντιμετώπιση του ψυχολογικού παράγοντα που συνεπάγεται της χρήσης καπνού και την καθιστά καθημερινή συνήθεια.

1.2.4 Η εξάρτηση από τη νικοτίνη σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ.

Ένα άτομο θεωρείται εξαρτημένο από τη νικοτίνη όταν αυτός/η έχει ιστορικό χρόνιας κατανάλωσης με τα ακόλουθα χαρακτηριστικά: κατάχρηση της ουσίας, συνέχιση της χρήσης της παρά τις αντληπτές αρνητικές επιπτώσεις, υψηλή ανοχή στην ουσία που προκαλεί την εξάρτηση και εκδήλωση συμπτωμάτων στέρησης όταν γίνεται προσπάθεια διακοπής της χρήσης.⁶

Σύμφωνα με τα κριτήρια του Π.Ο.Υ. στη Διεθνή Ταξινόμηση των Ασθενειών (International Classification of Diseases, ICD), η εξάρτηση από την νικοτίνη περιλαμβάνεται στις ψυχικές διαταραχές και διαταραχές συμπεριφοράς οφειλόμενες στην χρήση προϊόντων καπνού με κωδικό νόσου «F17» (Πίνακας 1.1.)¹¹

Το σύνδρομο εξάρτησης αναφέρονται σε ένα σύμπλεγμα σωματικών, συμπεριφορικών και γνωστικών φαινομένων όπου η χρήση μίας ουσίας (σε αυτή την περίπτωση, της νικοτίνης μέσω του καπνίσματος) γίνεται προτεραιότητα για το άτομο, παραγκωνίζοντας άλλες συμπεριφορές οι οποίες στο παρελθόν είχαν περισσότερη αξία.

Σύνδρομο στέρησης από την νικοτίνη

Όταν εισέρχεται η νικοτίνη στο σώμα, κυρίως με εισπνοή, οδηγεί σε εξάρτηση. Αντιστρόφως, όταν η νικοτίνη δεν εισέρχεται στο σώμα ενός εξαρτημένου ατόμου, τότε εμφανίζεται το σύνδρομο στέρησης από την νικοτίνη.

Το σύνδρομο στέρησης από την νικοτίνη προκαλείται από ξαφνική διακοπή της πρόσληψης της νικοτίνης. Το στερητικό σύνδρομο νικοτίνης μπορεί να εμφανιστεί τις πρώτες τέσσερις με δώδεκα ώρες μετά τη διακοπή καπνίσματος.

Τα συμπτώματα περιλαμβάνουν:¹²

Πίνακας 1.1.: Ταξινόμηση της εξάρτησης από την νικοτίνη με βάση το ICD-10, Π.Ο.Υ. (Ενημέρωση, 1 Οκτωβρίου 2015)

Βιβλιογραφία: <http://www.icd10data.com>

Εξάρτηση από την Νικοτίνη F17

Εξαιρέσεις (άλλοι ειδικοί κωδικοί)

- Ιστορία εξάρτησης από την νικοτίνη (Z87.891)
- Χρήση καπνού NOS (Z72.0)
- Χρήση καπνού (κάπνισμα) κατά τη διάρκεια εγκυμοσύνης, τοκετού, λοχείας (O99.33-)
- Τοξικές επιπτώσεις νικοτίνης (T65.2-)

F17	Εξάρτηση από την νικοτίνη
F17.2	Εξάρτηση από την νικοτίνη
F17.20	Εξάρτηση από την νικοτίνη, απροσδιόριστη
F17.200	... απλή
F17.201	... σε ύφεση
F17.203	... απροσδιόριστη, με συμπτώματα στέρησης
F17.208	... με άλλες διαταραχές προκαλούμενες από την νικοτίνη
F17.209	... με απροσδιόριστες διαταραχές προκαλούμενες από την νικοτίνη
F17.21	Εξάρτηση από την νικοτίνη, τσιγάρα
F17.210	... απλή
F17.211	... σε ύφεση
F17.213	... Εξάρτηση από την νικοτίνη
F17.218	... με άλλες διαταραχές προκαλούμενες από την νικοτίνη
F17.219	... με απροσδιόριστες διαταραχές προκαλούμενες από την νικοτίνη
F17.22	Εξάρτηση από την νικοτίνη, μασώμενος καπνός
F17.220	... απλή
F17.221	... σε ύφεση
F17.223	... συμπτώματα στέρησης
F17.228	... με άλλες διαταραχές προκαλούμενες από την νικοτίνη
F17.229	... με απροσδιόριστες διαταραχές προκαλούμενες από την νικοτίνη
F17.29	Εξάρτηση από την νικοτίνη, άλλα προϊόντα καπνού
F17.290	... απλή
F17.291	... σε ύφεση
F17.293	... συμπτώματα στέρησης
F17.298	... με άλλες διαταραχές προκαλούμενες από την νικοτίνη
F17.299	... με απροσδιόριστες διαταραχές προκαλούμενες από την νικοτίνη

- Οξεία/ ανεξέλεγκτη ανάγκη για κάπνισμα (λαχτάρα),
- Ευερεθιστότητα / επιθετικότητα / θυμό,
- Άγχος
- Ανησυχία,
- Κόπωση,
- Αυξημένη όρεξη,
- Δυσκολία συγκέντρωσης,
- Κατάθλιψη,
- Πονοκεφάλους,
- Ξύπνημα μέσα στη νύχτα,
- Ελαφρύ πονοκέφαλο/ζάλη.

Τα συμπτώματα αυτά ποικίλουν ανάλογα με το άτομο. Κάποιοι καπνιστές βιώνουν το στερητικό σύνδρομο πιο έντομα από άλλους. Όλα αυτά τα συμπτώματα είναι προσωρινά φθάνοντας σε μεγάλη ένταση τις πρώτες 24 με 72 ώρες ενώ μειώνονται η ένταση τους μέσα στις επόμενες 3-4 εβδομάδες.¹² Κατά μέσο όρο, το 40% των συμπτωμάτων των ασθενών μπορεί να διαρκέσουν περισσότερο από 3-4 εβδομάδες.¹²

Το στερητικό σύνδρομο από την νικοτίνη στην ουσία είναι ένα άθροισμα όλων των αλλαγών που προκαλούνται από την απότομη διακοπή πρόσληψης της νικοτίνης, η οποία είναι ιδιαίτερα δύσκολη τις πρώτες δύο με έξι εβδομάδες και πρέπει να συνοδεύεται από ειδική ιατρική βοήθεια και ψυχολογική υποστήριξη. Έτσι, η καλύτερη στρατηγική που συνιστάται από όλες τις κατευθυντήριες οδηγίες για την επιτυχημένη διακοπή καπνίσματος είναι ο συνδυασμός φαρμακευτικής και ψυχο-συμπεριφορικής θεραπείας.¹³

Το προφίλ του καπνιστή

Συνιστάται όλοι οι επαγγελματίες υγείας να διερευνούν την τρέχουσα και παρελθούσα χρήση καπνού των ασθενών τους.

Οι κατηγορίες που χρησιμοποιούνται για την ταξινόμηση του καπνιστικού προφίλ είναι:

- **Μη καπνιστής** είναι το άτομο που δεν έχει καπνίσει παραπάνω από 100 τσιγάρα στη ζωή του/της (ή 100 γρ. καπνού, στην περίπτωση πίπας, πούρων ή άλλων προϊόντων καπνού).
- **Καθημερινός καπνιστής** είναι το άτομο που καπνίζει σε καθημερινή βάση τους τελευταίους 3 μήνες.
- **Περιστασιακός καπνιστής** είναι το άτομο που καπνίζει, αλλά όχι σε καθημερινή βάση.

- **Πρώην καπνιστής** είναι το άτομο που έχει διακόψει το κάπνισμα για τουλάχιστον 6 μήνες.

Μερικές τυπικές ερωτήσεις που θεωρούνται χρήσιμες για την διερεύνηση της καπνιστικής συνήθειας είναι οι εξής:

1. Έχετε καπνίσει ποτέ τσιγάρα ή έχετε χρησιμοποιήσει άλλα προϊόντα καπνού (π.χ. πίπα, πούρα κ.α.);

Για καπνιστές:

2. Πόσα τσιγάρα (ή προϊόντα καπνού, π.χ. πίπες, πούρα κ.α.) καπνίζετε καθημερινά;
3. Πόσα χρόνια καπνίζετε;
4. Πόσα τσιγάρα έχετε καπνίσει στη ζωή σας; Είναι πιο πολλά ή πιο λίγα από 100;
5. Καπνίζετε κάθε μέρα/ μερικές μέρες/ σε συγκεκριμένες περιστάσεις; Ποιες περιστάσεις;

Για πρώην καπνιστές:

6. Πόσα χρόνια/μήνες έχουν περάσει από τότε που διακόψατε το κάπνισμα;

1.3 Το κάπνισμα είναι μία χρόνια υποτροπιάζουσα νόσος

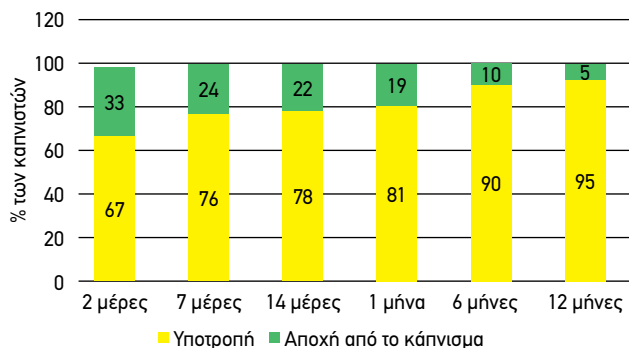
1.3.1 Μοτίβα υποτροπής

Η εξάρτηση από νικοτίνη είναι μία χρόνια υποτροπιάζουσα νόσος η οποία στο μεγαλύτερο ποσοστό των καπνιστών, ξεκίνησα στην εφηβεία.⁵ Η εξάρτηση από την νικοτίνη έχει πολλά από τα χαρακτηριστικά μίας χρόνιας ασθένειας με τους περισσότερους καπνιστές να κάνουν χρήση καπνού για χρόνια ή δεκαετίες.

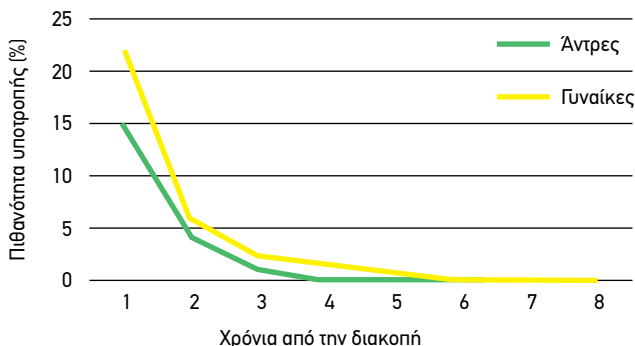
Ως «υποτροπή» θεωρείται η επιστροφή στο τακτικό κάπνισμα από κάποιον που το έχει διακόψει. Η υποτροπή αναφέρεται συνήθως σε μία περίοδο αρκετών ημερών συνεχούς καπνίσματος μετά από περίοδο αποχής. Πιο συγκεκριμένα, υποτροπή είναι το καθημερινό κάπνισμα τουλάχιστον τριών ημερών μετά από περίοδο τουλάχιστον 24 ωρών χωρίς κάπνισμα.

Ως «στραβοπάτημα» θεωρείται η χρήση καπνού μετά από μία προηγούμενη περίοδο αποχής που δεν θα οδηγηθεί σε επιστροφή σε τακτικό κάπνισμα. Σε αυτή την περίπτωση μπορούν να ενταχθούν πρώην καπνιστές, οι οποίοι καπνίζουν λιγότερο από ένα τσιγάρο την ημέρα έως και τρεις μέρες μέσα σε μία εβδομάδα, ή καπνίζουν

Σχήμα 1.2: Μοτίβα υποτροπής σε καπνιστές που διακόπτουν χωρίς Βοήθεια¹²



Σχήμα 1.3: Πιθανότητα υποτροπής ανά έτη διακοπής¹⁴



έναν αριθμό τσιγάρων μία μόνο ημέρα μέσα σε μία εβδομάδα πριν από την προγραμματισμένη επίσκεψη. Ένα στραβοπάτημα μπορεί να είναι ένα μεμονωμένο γεγονός ή ένας ισχυρός δείκτης υποτροπής. Η υποτροπή συμβαίνει συχνά στους πρώην καπνιστές. Επιπλέον, η υποτροπή συμβαίνει συχνότερα κατά τις πρώτες ημέρες της προσπάθειας διακοπής καπνίσματος, όπου τα συμπτώματα της στέρησης είναι μεγαλύτερα. Πάνω από το 75% εκείνων που προσπαθούν να διακόψουν το κάπνισμα χωρίς βοήθεια, υποτροπιάζουν μέσα στην πρώτη εβδομάδα, η οποία αποτελεί την πιο κρίσιμη περίοδο.¹² Το Σχήμα 1.2 απεικονίζει την πιθανότητα υποτροπής μέσα στον πρώτο χρόνο διακοπής του καπνίσματος.

Όπως απεικονίζεται παραπάνω, όταν οι ασθενείς δεν έχουν καπνίσει για δύο με τρεις μήνες ο κίνδυνος υποτροπής είναι μεν πολύ πιο

χαμηλός, αλλά σε καμία περίπτωση δεν έχει εξαφανιστεί. Ακόμη και μεταξύ των καπνιστών που μπορεί να έχουν καταφέρει να το διακόψουν για ένα σύντομο ή μεγαλύτερο χρονικό διάστημα ο κίνδυνος υποτροπής παραμένει υψηλός. Οι ασθενείς που έχουν διακόψει το κάπνισμα για τουλάχιστον 12 μήνες έχουν 35% πιθανότητα υποτροπής (Δείτε Σχήμα 1.3).¹⁴

1.3.2 Θεραπεία μετά από την διακοπή

Προκειμένου να θεραπευτεί ένας ασθενής που είναι εξαρτημένος από την νικοτίνη μπορεί να χρειαστεί επαναλαμβανόμενες θεραπευτικές παρεμβάσεις καθώς και μακροχρόνια παρακολούθηση.¹⁵ Η κατανόηση της χρόνιας φύσης της εξάρτησης, συνεπάγεται και μακροχρόνια παρακολούθηση και όχι απλές παρεμβάσεις που πραγματοποιούνται κατά τη διάρκεια των οξέων φάσεων.

Η χρήση φαρμακοθεραπείας μπορεί να είναι απαραίτητη μετά την υποτροπή, μερικές φορές εναλλάσσοντας ένα φάρμακο με ένα άλλο, καθώς και η εκπαίδευση των ασθενών και η προσφορά συμβουλευτικής υποστήριξης για να αποφευχθεί ο κίνδυνος υποτροπής. Ακόμη, δεν έχει προσδιοριστεί καμία αποτελεσματική θεραπεία για την υποτροπή για έναν επιρρεπή καπνιστή. Πολύ απλά, ένας πρώην καπνιστής δεν μπορεί να είναι σίγουρος για το τέλος της εξάρτησης από την νικοτίνη.

Παρόλο που οι περισσότεροι κλινικοί ιατροί είναι σε θέση να αντιμετωπίσουν ασθενείς με χρόνιες ασθένειες όπως ο διαβήτης, η αρτηριακή πίεση, Χ.Α.Π. κ.α., νιώθουν λιγότερο άνετα όταν πρόκειται για θεραπεία εξάρτησης από την νικοτίνη, επειδή αγνοούν το γεγονός ότι και η εξάρτηση είναι μία χρόνια νόσος. Αντιμετωπίζοντας τη χρήση καπνού ως μία χρόνια νόσο επιταχύνεται έτσι η θεραπευτική διαδικασία, αυξάνεται το ποσοστό επιτυχίας της φαρμακοθεραπείας και μειώνονται οι υποτροπές.

Συνιστούμε σε όλους τους επαγγελματίες υγείας που βοηθούν καπνιστές να διακόψουν να προσεγγίζουν τη χρήση καπνού και την εξάρτηση από την νικοτίνη ως μία χρόνια υποτροπιάζουσα νόσο.

1.4 Η καταγραφή της καπνιστικής συνήθειας είναι υποχρεωτική στην τρέχουσα κλινική πράξη

Για να επιτευχθούν ψηλότερα ποσοστά διακοπής του καπνίσματος, θα πρέπει όλοι οι καπνιστές να καταγράφονται συστηματικά σε

κάθε προγραμματισμένη συνάντηση με τον γιατρό, ακόμη και όταν ο ασθενής πάσχει από μία ασθένεια σχετιζόμενη με το κάπνισμα. Καλύτερες ευκαιρίες αποτελούν η περιστασιακή ή ετήσια επίσκεψη στον οικογενειακό ή γενικό ιατρό που γίνεται συνήθως μία φορά το χρόνο. Επιπλέον, παράθυρο ευκαιρίας αποτελούν και οι περιστασιακές επισκέψεις στον οδοντίατρο, ή σε άλλο ιατρό και επαγγελματία υγείας. Όλοι οι ιατροί ανεξαρτήτως ειδικότητας, θα πρέπει να αξιοποιούν αυτές τις περιστάσεις για να καταγράψουν την καπνιστική συνήθεια των ασθενών τους και να προγραμματίζουν θεραπεία διακοπής του καπνίσματος.

Η κλινική αξιολόγηση της καπνιστικής συνήθειας είναι μία υποχρεωτική ιατρική πράξη και πρέπει να αναγνωριστεί ως παρέμβαση ρουτίνας.

Το καπνιστικό προφίλ και η χρήση καπνού, όπως συνιστάται από αυτές τις κατευθυντήριες οδηγίες διακοπής καπνίσματος, θα πρέπει να καταγράφεται στο ιατρικό ιστορικό του ασθενούς: π.χ. εισαγωγή σε νοσοκομείο, παραπομπή, εργαστηριακές εκθέσεις κλπ. Η σύσταση αυτή βασίζεται σε μία μετα-ανάλυση με εννέα τυχαιοποιημένες κλινικές μελέτες σχετικά με την επίδραση του ελέγχου της χρήσης καπνού στα ποσοστά διακοπής.¹³ Επίσης, σε μία έρευνα που δημοσιεύτηκε το 2009 των McCullough και συνεργατών φάνηκε ότι ο αριθμός των ασθενών που είχαν λάβει συμβουλευτική για την διακοπή του καπνίσματος ήταν υψηλότερος όταν οι ιατροί διερευνούσαν συστηματικά τη χρήση καπνού και προγραμμάτιζαν ένα πλάνο διακοπής καπνίσματος με τους ασθενείς τους.¹⁶

1.5 Αξιολόγηση/διάγνωση της χρήσης καπνού και του βαθμού εξάρτησης

Η αξιολόγηση της καπνιστικής συνήθειας είναι μία διαδικασία που αποτελείται από κλινική και βιολογική αξιολόγηση της έκθεσης στον καπνό, της εξάρτησης από την νικοτίνη, του ψυχο-συμπεριφορικού προφίλ και των συνεπειών της χρήσης καπνού στην υγεία.

1.5.1. Κλινική διάγνωση της χρήσης καπνού και του βαθμού εξάρτησης

Η κλινική διάγνωση βασίζεται:

Στο καπνιστικό προφίλ

Καπνιστικό προφίλ (μη καπνιστής, περιστασιακός καπνιστής,

καθημερινός καπνιστής, πρώην καπνιστής).

Στον τύπο του προϊόντος καπνού που χρησιμοποιείται

Ο τύπος του προϊόντος καπνού που χρησιμοποιείται μας προειδοίζει για το επίπεδο του εθισμού, καθώς η εξάρτηση από τη νικοτίνη είναι πιο ισχυρή στους χρήστες τσιγάρων σε σύγκριση με αυτούς που καπνίζουν πούρα, πίπες, ηλεκτρονικό τσιγάρο ή χρησιμοποιούν μασώμενο καπνό.

Κατανάλωση καπνού

Η κατανάλωση καπνού μπορεί να οριστεί ως:

- Αριθμός τσιγάρων που καπνίζονται ανά μέρα,
- Αριθμός πακετο-ετών (αριθμός ΠΕ). Ο αριθμός των πακετο-ετών υπολογίζεται πολλαπλασιάζοντας τον αριθμό των πακέτων που καπνίζονται ανά ημέρα, με τα έτη καπνίσματος (π.χ. εάν κάποιος καπνίζει 15 τσιγάρα ανά ημέρα για 15 χρόνια αυτό τα 15 ισούται με $15 \times 15 / 20 = 11.2$ ΠΕ)

Αξιολόγηση εξάρτησης από την νικοτίνη

Η εξάρτηση από την νικοτίνη μπορεί να διαγνωστεί. Σύμφωνα με τον ορισμό του Π.Ο.Υ, η εξάρτηση από τον καπνό ορίζεται από την παρουσία τουλάχιστον 3 από τα 7 κριτήρια, εάν εμφανίζονται κατά τη διάρκεια των τελευταίων 12 μηνών:¹⁷

- Δυνατή επιθυμία για κάπνισμα,
- Δυσκολία στον έλεγχο της ποσότητας,
- Συμπτώματα στέρησης κατά τη μείωση ή διακοπή της χρήσης,
- Συνέχιση χρήσης παρά τα προφανή επιβλαβή αποτελέσματα,
- Προτεραιότητα του καπνίσματος σε σχέση με άλλες δραστηριότητες,
- Υψηλή ανοχή,
- Φυσικά συμπτώματα στέρησης καπνού.

Η εξάρτηση από τη νικοτίνη αξιολογείται συνήθως με την χρήση της κλίμακας Fagerström, FTND (Πίνακας 1.2), η οποία δεν παρέχει μόνο μία απάντηση ναι/όχι, αλλά ένα τελικό σκορ, το οποίο κατηγοριοποιεί τον καπνιστή σε χαμηλό, μεσαίο, ή υψηλό επίπεδο εξάρτησης.¹⁸ Όσο πιο υψηλό σκορ σημειώσει ένα άτομο τόσο περισσότερο εξαρτημένο είναι από την νικοτίνη. Το επίπεδο της εξάρτησης από την νικοτίνη μπορεί να βοηθήσει στον εξατομικευμένο σχεδιασμό της θεραπευτικής παρέμβασης του ασθενή.

Πίνακας 1.2: Κλίμακα Fagerström για την εξάρτηση από την νικοτίνη (FTND)¹⁸

1. Πόσο σύντομα από τη στιγμή που ξυπνάτε, κάνετε το πρώτο σας τσιγάρο;
Μέσα στα πρώτα 5 λεπτά (3 βαθμοί)
6-30 λεπτά (2 βαθμοί)
31-60 λεπτά (1 βαθμός)
Μετά τα 60 λεπτά (0 βαθμοί)
2. Το βρίσκετε δύσκολο να μην καπνίσετε σε μέρη όπου απαγορεύεται το κάπνισμα (π.χ. εκκλησία, σινεμά, λεωφορείο, εστιατόριο κλπ.);
Ναι (1)
Όχι (0)
3. Ποιο τσιγάρο δεν θα μπορούσατε να αποφύγετε?
Το πρώτο τσιγάρο το πρωί (1)
Οποιοδήποτε άλλο (0)
4. Πόσα τσιγάρα καπνίζετε την ημέρα;
10 ή λιγότερα (0 βαθμοί)
11-20 (1 βαθμός)
21-30 (2 βαθμοί)
31 ή περισσότερα (3 βαθμοί)
5. Καπνίζετε περισσότερο τις πρώτες ώρες της ημέρας αφότου ξυπνήσετε ή κατά τη διάρκεια της υπόλοιπης μέρας;
Ναι (1)
Όχι (0)
6. Καπνίζετε ακόμα και όταν είστε τόσο άρρωστοι που περνάτε όλη την ημέρα στο κρεβάτι;
Ναι (1)
Όχι (0)

Ο ασθενής θα πρέπει να συμπληρώσει το ερωτηματολόγιο απευθείας. Το φάσμα των βαθμών είναι από το 0-10. Αυτό επιτρέπει την ακριβή αξιολόγηση της εξάρτησης από τη νικοτίνη με βάση την οποία θα πραγματοποιηθεί σχεδιαστεί η θεραπεία.

Βαθμοί 0-3: καθόλου ή ελάχιστη εξάρτηση
Βαθμοί 4-6: μέτρια εξάρτηση
Βαθμοί 7-10: υψηλή εξάρτηση

Οι ερωτήσεις κλειδιά είναι η 1 και η 4: ο αριθμός των τσιγάρων που καπνίζονται καθημερινά και ο χρόνος του πρώτου τσιγάρου από τη στιγμή που ξυπνάει το άτομο το πρωί. Αυτές οι ερωτήσεις, είναι κατάλληλες για να διερευνηθεί η εξάρτηση του ασθενούς από την νικοτίνη ακόμα και σε πολυάσχολα ιατρεία όπου πραγματοποιείται σύντομη διερεύνηση και συμβουλευτική. Το σύντομο αυτό τεστ των δύο ερωτήσεων παίρνει βαθμούς από 0 έως 6, και βαθμολογείται όπως η κλίμακα των 10 ερωτήσεων του FTND.¹⁸

Σε εξειδικευμένες κλινικές διακοπής καπνίσματος η χρήση πρόσθετων εργαλείων αξιολόγησης για να σκιαγραφήσουν το επίπεδο εξάρτησης των καπνιστών είναι προαιρετική. Μία τέτοια αξιολόγηση είναι δυνατή χρησιμοποιώντας διάφορα εργαλεία όπως π.χ. η Κλίμακα για το Σύνδρομο Εξάρτησης Νικοτίνης (Nicotine Dependence Syndrome Scale, NDSS¹⁹ και το Ερωτηματολόγιο Wisconsin για τα Μοτίβα της Εξάρτησης από την νικοτίνη (Wisconsin Inventory of Smoking Dependence Motives, WISDM).²⁰

1.5.2 Ανάλυση των προηγούμενων προσπαθειών διακοπής του καπνίσματος

Η εμπειρία από προηγούμενες απόπειρες διακοπής του καπνίσματος έχει αποδειχθεί ότι είναι υψηλός προγνωστικός παράγοντας για μελλοντικές απόπειρες διακοπής και μπορεί να χρησιμοποιηθούν ως οδηγός για μια επιτυχημένη μελλοντική θεραπεία.²¹ Συνιστάται ο επαγγελματίας υγείας να αξιολογήσει:

- Τον αριθμό των προηγούμενων προσπαθειών,
- Την μεγαλύτερη περίοδο αποχής από το κάπνισμα,
- Οποιαδήποτε προηγούμενη θεραπεία διακοπής και το πόσο αποτελεσματική ήταν,
- Το ιστορικό συμπτωμάτων στέρσης,
- Τυχόν παράγοντες κινδύνου υποτροπής,
- Θετικές πτυχές που περιγράφονται κατά τη διάρκεια της αποχής.

Τα χαρακτηριστικά αυτά είναι σημαντικά για την πρόβλεψη της επιτυχίας της θεραπείας, των παραγόντων κινδύνου, της τήρησης της θεραπείας και της ικανότητας του ασθενούς να ξεπεράσει το στερεοτικό σύνδρομο.

1.5.3 Κίνητρο για διακοπή του καπνίσματος

Όλοι οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να αξιολογούν το κίνητρο του καπνιστή να διακόψει το κάπνισμα. Υπάρχει μία ποικιλία

μεθόδων που μπορούν να χρησιμοποιούν για να αξιολογηθεί το κίνητρο για διακοπή, τα οποία περιγράφονται παρακάτω.

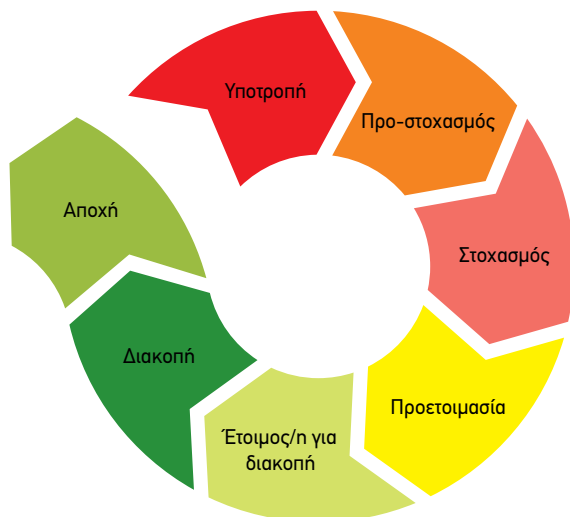
Τα κίνητρα μπορούν να αξιολογηθούν με άμεσες ερωτήσεις όπως:

- Επιθυμείτε να διακόψετε το κάπνισμα (τώρα);
- Εάν αποφασίσετε να διακόψετε το κάπνισμα, πόσο σίγουροι είστε ότι θα τα καταφέρετε;
- Ποιοι είναι οι λόγοι για τους οποίους θέλετε να διακόψετε το κάπνισμα;
- Πόσο σημαντικό είναι για σας να διακόψετε το κάπνισμα;

Σύμφωνα με το Διαθεωρητικό μοντέλο για αλλαγή συμπεριφοράς (Transtheoretical Model, TTM) των J.O. Prochaska και C.C. DiClemente's, η ψυχολογική πορεία της διακοπής καπνίσματος περνάει από πέντε στάδια (Σχήμα 1.4).²³

- *Προ-στοχασμός*: ο ασθενής είναι πλήρως ικανοποιημένος από την καπνιστική του συμπεριφορά και δεν υπάρχει καμία πρόθεση για αλλαγή

Σχήμα 1.4: Τα στάδια αλλαγής σε μια προσπάθεια διακοπής καπνίσματος σύμφωνα με το μοντέλο του Prochaska²³



Πηγή: Di Clemente C.C., et al. J Consult Clin Psychol, 1991; 59: 295-304

- *Στοχασμός*: ο ασθενής νιώθει την ανάγκη για αλλαγή, αλλά αυτό δεν είναι αρκετό για να πιέσει τον εαυτό του να λάβει δράση ή να φτιάξει ένα πλάνο διακοπής
- *Προετοιμασία*: ο ασθενής έχει αποφασίσει να δοκιμάσει να αλλάξει την καπνιστική του συμπεριφορά και είναι έτοιμος για αυτή την αλλαγή στο άμεσο μέλλον
- *Δράση*: ο ασθενής ξεκίνησε την προσπάθεια διακοπής καπνίσματος
- *Διατήρηση*: αποχή από το κάπνισμα για παραπάνω από 6 μήνες

Συνήθως το στάδιο της αλλαγής εκτιμάται χρησιμοποιώντας την ερώτηση: «ποια είναι τα συναισθήματά σας για διακοπή καπνίσματος αυτή τη στιγμή;» οι απαντήσεις μπορεί να είναι:

- Θα ήθελα να διακόψω μέσα στις επόμενες 30 μέρες
- Θα ήθελα να διακόψω το κάπνισμα μέσα στους επόμενους 6 μήνες
- Δεν σκοπεύω να διακόψω το κάπνισμα μέσα στους επόμενους 6 μήνες

Είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι τα άτομα δεν περνούν απαραίτητα από τα στάδια αλλαγής με γραμμικό τρόπο, αλλά μπορεί να κινηθούν μπρος - πίσω σε συνάρτηση με τα κίνητρα, την ετοιμότητα και άλλους παράγοντες που επηρεάζουν την αλλαγή.

Η χρήση απλών κλίμακων, με τις οποίες ο κλινικός μπορεί να ρωτήσει τους ασθενείς του να βαθμολογήσουν από το 1 έως το 10, την ετοιμότητά τους για διακοπή του καπνίσματος, μπορεί να είναι χρήσιμες στην κλινική πράξη. (Σχήμα 1.5).

Υπάρχουν επιπλέον, δημοσιευμένα εργαλεία για τη μέτρηση των κινήτρων, συμπεριλαμβανομένης της Κλίμακας Κινήτρων για Διακοπή Καπνίσματος (Motivation to Stop Smoking Scale).²³ Ανεξάρτητα από την ετοιμότητα του ασθενούς για διακοπή, η συμβουλευτική για την διακοπή θα πρέπει να εφαρμόζεται σε κάθε ασθενή που καπνίζει. Οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να

Σχήμα 1.5: Μια εύκολη στη χρήση κλίμακα κινήτρων



συζητούν με τον ασθενή τον κίνδυνο που ενέχει η συνεχιζόμενη χρήση του καπνού και την ανάγκη άμεσης διακοπής. Όπως συμβαίνει με όλες τις ιατρικές αποφάσεις, ο ασθενής είναι ελεύθερος να αρνηθεί τη θεραπεία, αλλά ο επαγγελματίας υγείας πρέπει να προτείνει θεραπεία διακοπής καπνίσματος με την ίδια αποφασιστικότητα που προτείνει θεραπεία για τον διαβήτη ή την υπέρταση.

1.5.4 Ιατρικό ιστορικό ασθενούς

Το ιατρικό ιστορικό του ασθενούς είναι χρήσιμο για την επιλογή της φαρμακοθεραπείας, όσον αφορά στην αντίδραση σε φάρμακα ή συννοσηρότητα με άλλη ασθένεια. Οξεία καρδιαγγειακά συμβάντα, νεφρική ανεπάρκεια, τωρινή ή παρελθούσα εξάρτηση κλπ. θα πρέπει να ληφθούν υπόψη για τη συνταγογράφηση. Για τους λόγους αυτούς είναι σημαντικό να σημειώνονται στο ιατρικό ιστορικό του ασθενούς.

1.5.5 Εγκυμοσύνη/ Θηλασμός/ Αντισύλληψη

Είναι αρκετά σημαντικό να ελεγχθεί η οργανική κατάσταση της γυναίκας (εγκυμοσύνη, θηλασμός, αντισύλληψη κλπ.) για να πραγματοποιηθεί αποτελεσματικά η διακοπή καπνίσματος. Η εγκυμοσύνη συνδέεται με σημαντική αύξηση του βαθμού μεταβολισμού της νικοτίνης που κάνει δυσκολότερη την διακοπή.²⁴

1.5.6 Το άγχος και ιστορικό κατάθλιψης

1.5.6.1 Αρχικός Έλεγχος

Σε γενικές γραμμές, η κατάθλιψη και το άγχος είναι οι πιο συχνές διαταραχές που εμφανίζονται στους βαρείς καπνιστές. Πολύ συχνά τέτοιες διαταραχές απαιτούν προσοχή ή αρκετή ευαισθητοποίηση σχετικά με τις παρενέργειες των φαρμάκων διακοπής του καπνίσματος. Δύο απλές ερωτήσεις συνιστώνται ως εργαλείο ελέγχου για την κατάθλιψη.²⁵

- Έχετε νιώσει λυπημένος, καταθλιπτικός, ή απελπισμένος τον τελευταίο μήνα;
- Έχετε την αίσθηση ότι κάντε πράγματα τον τελευταίο μήνα χωρίς ευχαρίστηση ή ενδιαφέρον;

Η θετική απάντηση και στις δύο ερωτήσεις είναι ισχυρό σημάδι κατάθλιψης.

Ένας γρήγορος τρόπος για να διερευνηθεί η κατάθλιψη είναι μία

ακόμη ερώτηση:

- *Αισθανόσασταν θλίψη τις περισσότερες ημέρες κατά τη διάρκεια των δύο τελευταίων εβδομάδων;*

Εάν η απάντηση είναι ναι, είναι πολύ πιθανό το άτομο να πάσχει από κατάθλιψη.

- *Κάνετε καθόλου σκέψεις θανάτου;*

Όλοι οι ασθενείς που θα απαντήσουν ναι σε αυτή την ερώτηση θα πρέπει να παραπεμφθούν σε ειδικό ώστε να εξετάσουν για αυτοκτονικό ιδεασμό με εργαλεία αξιολόγησης.

1.5.6.2 Κλινική Αξιολόγηση Άγχους και Κατάθλιψης

Σταθμισμένα κλινικά εργαλεία μπορούν να χρησιμοποιηθούν στην κλινική πράξη για να βοηθήσουν στη διάγνωση και αξιολόγηση του άγχους και της κατάθλιψης:

- Η κλίμακα Άγχους και Κατάθλιψης (The Anxiety and Depression Scale).²⁶
- Η υποκλίμακα Κατάθλιψης του Hamilton (Hamilton Depression Subscale).²⁷
- Ερωτηματολόγιο της Υγείας του Ασθενή (Patient Health Questionnaire, PHQ),²⁸ και
- Η Κλίμακα Κατάθλιψης του Beck (Beck Depression Scale – II)²⁹

1.5.7 Εργαστηριακή διάγνωση της εξάρτησης από την νικοτίνη

Το καπνιστικό προφίλ εκτός του ότι ορίζεται με βάση κλινικά κριτήρια, μπορεί να αξιολογηθεί επίσης με βιοχημικές εργαστηριακές δοκιμές για την αξιολόγηση των βιοδεικτών της έκθεσης στον καπνό, όπως η συγκέντρωση του μονοξειδίου του άνθρακα στον εκπνεόμενο αέρα και το επίπεδο της κοτινίνης (μεταβολίτης της νικοτίνης).

Οι βιοχημικές αξιολογήσεις χρησιμοποιούνται γενικά στον τομέα της έρευνας για την επιβεβαίωση αυτό-αναφερόμενων ποσοστών αποχής καπνίσματος και δεν συνιστάται να χρησιμοποιείται στην κλινική πράξη.

Μονοξείδιο του άνθρακα (Carbon monoxide, CO)

Η εξέταση για την συγκέντρωση του άνθρακα στον εκπνεόμενο αέρα, αποτελεί μια εύκολη μέθοδο. Σε περίπτωση απουσίας μονοξειδίου του άνθρακα στο περιβάλλον, η χρήση του συγκεκριμένου τέστ

είναι μία ευρέως αποδεκτή μέθοδος μέτρησης της χρήσης του καπνού. Το CO τεστ γίνεται εύκολα, απλά ζητώντας από τον καπνιστή να εκπνεύσει σε έναν μετρητή CO (Σχήμα 1.6). Το μονοξείδιο του άνθρακα μετριέται σε ppm (parts per million). Η μέτρηση αυτή μετατρέπεται σε ανθρακυλαιμοσφαιρίνη, μία μονάδα μέτρησης που μπορεί να μετατραπεί σε ισοδύναμη της καρβοξυαιμοσφαιρίνης. Ο χρόνος ημιζωής του μονοξειδίου του άνθρακα είναι περίπου 2-6 ώρες.³⁰ Τα επίπεδα μονοξειδίου του άνθρακα ενός καπνιστή μπορεί να είναι 10-20 ppm (δηλαδή 2-5% ανθρακυλαιμοσφαιρίνη)³⁰ Υπάρχει συσχέτιση μεταξύ του αριθμού των τσιγάρων που καπνίζονται ανά ημέρα και της ένδειξης που δίνει η μέτρηση CO. Ωστόσο, υπάρχουν σημαντικές ατομικές διαφορές καθώς τα επίπεδα CO επηρεάζονται και από την σωματική άσκηση.³⁰

Σε περίπτωση 24ωρης αποχή από το κάπνισμα, τα επίπεδα του μονοξειδίου του άνθρακα φθάνουν σε κανονικές τιμές, μη υπερβαίνοντας τα 4 ppm (ένδειξη μη καπνιστή). Η έκθεση στο παθητικό κάπνισμα επίσης επηρεάζει τις τιμές CO. Η συνιστώμενη τιμή για το διαχωρισμό ενός καπνιστή από έναν μη καπνιστή είναι τα 9 ppm.³¹ Η εμφάνιση της τιμής 10 ppm και πάνω σηματοδοτεί τη χρήση καπνού. Παρ' όλα αυτά, τα όρια των 2 ή 5 ppm παρέχουν τον υψηλότερο βαθμό ακρίβειας για το εάν έχει καπνίσει κάποιος τις τελευταίες 24 ώρες.^{32,33}

Η συγκέντρωση CO το πρωί (μετά από αρκετές ώρες ύπνου χωρίς κάπνισμα) είναι συνήθως χαμηλότερη από ότι είναι το απόγευμα.

Σχήμα 1.6: Συσσκευή μέτρησης του μονοξειδίου του άνθρακα (CO)



Για το λόγο αυτό συνιστάται οι μετρήσεις να γίνονται το απόγευμα, όπου τα αποτελέσματα θα είναι πιο αντιπροσωπευτικά.³⁰

Επιλέον, η συγκέντρωση CO σε καπνιστές με χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια (ΧΑΠ) έχει βρεθεί ότι είναι υψηλότερη από ότι στο γενικό πληθυσμό.³⁴ Σε αυτά τα άτομα, τα υψηλότερα επίπεδα CO εξηγούνται είτε από την παραγωγή μονοξειδίου του άνθρακα ως αποτέλεσμα χρόνιων φλεγμονωδών διεργασιών, είτε απλά οφείλεται στο γεγονός ότι η κατηγορία αυτών των ασθενών καπνίζει πιο έντονα.

Κλινική χρησιμότητα παρακολούθησης των επιπέδων CO

Οι μετρήσεις CO έχουν χρησιμοποιηθεί ως εργαλείο για την ενίσχυση των κινήτρων των ασθενών για διακοπή καπνίσματος.³⁵ Η επαφορά των τιμών του CO σε φυσιολογικά επίπεδα, ενθαρρύνει τον καπνιστή να είναι εγκρατής και να εμφανίζει χαμηλές τιμές CO σε κάθε επίσκεψη. Υπάρχουν επαρκή αποδεικτικά στοιχεία για να υποστηρίξουν τη αποδοτικότητα της χρήσης των μετρητών CO σε σύγκριση με την καθιερωμένη θεραπεία.³⁵ Επιπλέον, ο μετρητής CO συνιστάται ως εργαλείο διακοπής σε εξειδικευμένα κέντρα διακοπής καπνίσματος. Η χρήση των συσκευών CO αποτελεί καλή πρακτική και στην πρωτοβάθμια φροντίδα.

Κοτινίνη

Η κοτινίνη είναι ο κύριος μεταβολίτης της νικοτίνης και είναι ένας δείκτης της έκθεσης στον καπνό. Με την παρακολούθηση της συγκέντρωσης της κοτινίνης στον οργανισμό, μπορεί κανείς να αξιολογήσει την έκθεση στο κάπνισμα. Η κοτινίνη μπορεί να μετρηθεί από το αίμα, τα μαλλιά, το σάλιο και τα ούρα.

Ο χρόνος ημιζωής της νικοτίνης είναι περίπου 2 ώρες. Ωστόσο, η συγκέντρωση της νικοτίνης μπορεί να ποικίλει ανάλογα με την ώρα της ημέρας και το πότε κάπνισε το άτομο τελευταία φορά.³⁰ Η κοτινίνη έχει χρόνο ημιζωής 15-20 ώρες και ως εκ τούτου μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως δείκτης για να μετρηθεί η αποχή από το κάπνισμα σε 24 – 48 ώρες.³⁰ Στους καπνιστές, τα επίπεδα κοτινίνης είναι περίπου 200 ng/ml, αλλά μπορεί να φτάσουν και μέχρι 1000 ng/ml ανάλογα με την συχνότητα του καπνίσματος.³¹ Υπάρχει σημαντική διακύμανση στα επίπεδα κοτινίνης μεταξύ των καπνιστών αναλόγως και από τον αριθμό των τσιγάρων που καπνίζουν.³⁰ Το επίπεδο μεταβολισμού της νικοτίνης στον εκάστωτε καπνιστή είναι γενετικά προκαθορισμένο και μπορεί να επηρεάσει

τα επίπεδα κοτινίνης.³⁶

Οι τιμές που συνιστώνται για ανίχνευση στο σάλιο είναι < 15 ng/ml και στα ούρα 50 ng/ml.^{30, 31, 37}

Σε περιπτώσεις που ο ασθενής χρησιμοποιεί θεραπεία υποκατάστασης νικοτίνης (Nicotine Replacement Therapy, NRT), δεν συνίσταται η μέτρηση της κοτινίνης. Σε αυτές τις περιπτώσεις, προτείνεται η μέτρηση CO.³¹

Η μέτρηση των επιπέδων κοτινίνης δεν θεωρείται πιο αποτελεσματική από τη χρήση των συνηθισμένων κλινικών συμπτωμάτων για την προσαρμογή της φαρμακοθεραπείας για την διακοπή του καπνίσματος.³⁸ Ως εκ τούτου, η μέτρηση της κοτινίνης δεν συνίσταται ως τέτοιο εργαλείο στην κλινική πράξη.

Βιβλιογραφία

1. WHO. WHO global report: Mortality attributable to tobacco. . 2012;ISBN: 978 92 4 156443 4.
2. European Commission, 2017. Special Eurobarometer 458 Report Attitudes of Europeans towards Tobacco and Electronic Cigarettes. Available at: <https://ec.europa.eu/commfrontoffice/publicopinion/index.cfm/ResultDoc/download/DocumentKy/79003>
3. Doll R, Peto R, Boreham J, Sutherland I. Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. *BMJ* 2004;328:1519.
4. Stahl S.M. Stahl's Essential Psychopharmacology Neuroscientific Basis and Practical Applications, 3rd ed. 2008. Cambridge University Press, New York, USA. ISBN: 9780521673761.
5. Chassin L et al. The natural history of cigarette smoking: predicting young-adult smoking outcomes from adolescent smoking patterns. *Health Psychology*, 1990, 9:701–716.
6. Maisto SA, Galizio M, Connors GJ, eds. Drug use and abuse, 4th ed. Belmont, CA, Wadsworth/Thompson Learning, 2004.
7. Picciotto M. Molecular biology and knockouts of nicotinic receptors. National Cancer Institute, NIH Office on Smoking and Health & CDC. Addicted to nicotine. A national research forum. Bethesda, Maryland, USA. 27–28 July, 1998.
8. Kellar KJ. Neuropharmacology and biology of neuronal nicotinic receptors. National Cancer Institute, NIH Office on Smoking and Health & CDC. Addicted to nicotine. A national research forum. Bethesda, Maryland, USA. 27–28 July, 1998.
9. Benowitz NL. Cardiovascular toxicity of nicotine: pharmacokinetic and pharmacodynamic considerations. In: Benowitz NL, ed. Nicotine safety and toxicity. New York, NY, Oxford University Press, 1998, 19–28.
10. Jarvis MJ. ABC of smoking cessation: why people smoke. *British Medical Journal*, 2004, 328:277–279.
11. International Classification of Diseases (ICD-10). <http://www.icd10data.com/>
12. Hughes JR, Gulliver SB, Fenwick JW, et al. Smoking cessation among self-quitters. *Health Psychol* 1992;11:331–4.
13. 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.
14. West R, Shiffman S. Smoking cessation fast facts: Indispensable guides to clinical practice. Oxford: Health Press Limited, 2004.
15. 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.
16. McCulough A., Fisher, Goldstein AO, Kramer K, Ripley-Moffitt C. Smoking as a vital sign: prompts to ask and assess increase cessation counselling. *J Am Board Fam Med* 2009;22(6):625–632.
17. World Health Organization. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva, World Health Organization, 1992.
18. Fagerstrom KO, Schneider N. Measuring nicotine dependence: a review of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. *J Behav Med* 1989;12:159–182.
19. Shiffman S, Waters A., Hickcox A., The nicotine dependence syndrome scale: a multidimensional measure of nicotine dependence, *Nicotine Tob Res*. 2004;6(2):327–48.
20. Piper M.E., Piasecki T.M., Federman E.B., Bolt D.M., Smith S.S., Fiore M.C., Baker T.B. A Multiple Motives Approach to Tobacco Dependence: The Wisconsin Inventory of Smoking Dependence Motives (WISDM-68). *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2004;72(2):139–154.
21. Walker MS et al. Smoking relapse during the first year after treatment for early-stage non-small-cell lung cancer. *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention*, 2006; 15:2370–2377.
22. Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross JC. In search of how people change: applications to addictive behaviors. *The American Psychologist*, 1992;47:1102–1114.
23. Kotz D, Brown J, West R. Predictive validity of the motivation to stop scale (MTSS): A single-item measure of motivation to stop smoking. *Drug Alcohol Depend*. 2013;128(2):15–19.
24. Dempsey D, Jacob P III, Benowitz NL. Accelerated metabolism of nicotine and cotinine in pregnant smokers. *Pharmacology and Experimental Therapeutics*, 2002;301:594–598.
25. Spitzer RL, Williams JB, Kroenke K, et al. Utility of a new procedure for diagnosing mental disorders in primary care. The PRIME-MD 1000 study. *JAMA* 1994;272:1749–1756.
26. Hospital Anxiety and Depression Scale. <http://www.gl-assessment.co.uk/products/hospital-anxiety-and-depression-scale-0>
27. 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.* J. Monaldi Arch Chest Dis 2006;66:255–263.
28. The Patient Health Questionnaire. <http://www.patient.co.uk/doctor/patient-health-questionnaire-phq-9>

29. The Beck Depression Inventory – II. [http://www.pearsonclinical.co.uk/Psychology/AdultMentalHealth/AdultMentalHealth/BeckDepressionInventory-II\(BDI-II\)/BeckDepressionInventory-II\(BDI-II\).aspx](http://www.pearsonclinical.co.uk/Psychology/AdultMentalHealth/AdultMentalHealth/BeckDepressionInventory-II(BDI-II)/BeckDepressionInventory-II(BDI-II).aspx)
30. Benowitz NL. Biochemical verification of tobacco use and cessation. *Nicotine Tob Res.* 2002;4:149–159.
31. West R., Hajek P., Stead L., Stapleton J. Outcome criteria in smoking cessation trials: proposal for a common standard. *Addiction.* 2005;100(3):299-303.
32. Javors MA, Hatch JP, Lamb R. Cut-off levels for breath carbon monoxide as a marker for cigarette smoking. *Addiction* 2005;100:159-167.
33. Marrone GF, Shakleya DM, Scheidweiler KB, Singleton EG, Huestis MA, Heishman SJ. Relative performance of common biochemical indicators in detecting cigarette smoking. *Addiction.* 2011;106(7):1325-34.
34. Montuschi P1, Kharitonov SA, Barnes PJ. Exhaled carbon monoxide and nitric oxide in COPD. *Chest.* 2001;120(2):496-501.
35. Bize R1, Burnand B, Mueller Y, Rège-Walther M, Camain JY, Cornuz J. Biomedical risk assessment as an aid for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012 Dec 12;12:CD004705. doi: 10.1002/14651858.CD004705.pub4.
36. Ho M.K., Tyndale R.F. Overview of the pharmacogenomics of cigarette smoking *The Pharmacogenomics Journal* 2007;7:81–98.
37. Jarvis, M. J., Primatesta, P., Erens, B., Feyerabend, C. & Bryant, A. Measuring nicotine intake in population surveys: comparability of saliva cotinine and plasma cotinine estimates. *Nicotine and Tobacco Research*, 2003;5:349–355.
38. 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;106(4):833-43.

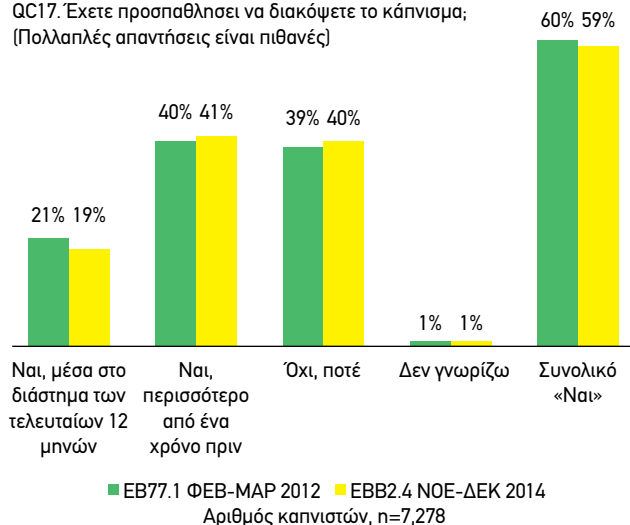
ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ | Κεφάλαιο 2

Γενικές συστάσεις για τη θεραπεία της χρήσης
καπνού και της εξάρτησης από την νικοτίνη



2.0 Γενικές συστάσεις για τη θεραπεία της χρήσης καπνού και της εξάρτησης από την νικοτίνη

QC17. Έχετε προσπαθήσει να διακόψετε το κάπνισμα;
(Πολλαπλές απαντήσεις είναι πιθανές)



«Τους τελευταίους δώδεκα μήνες στην Ε.Ε., σχεδόν ένας στους πέντε καπνιστές έχει προσπαθήσει να διακόψει το κάπνισμα (19%), ενώ ένα επιπλέον 41% προσπάθησε να το διακόψει στο παρελθόν. Συνολικά, το 59% των καπνιστών στην Ε.Ε. έχουν προσπαθήσει να διακόψουν το κάπνισμα.»
Ευρωβαρόμετρο, 2015

Το κεφάλαιο αυτό παρουσιάζει συνοπτικά γενικές συστάσεις για την θεραπεία διακοπής του καπνίσματος και της εξάρτησης από την νικοτίνη

2.1 Χρήση καπνού

Η χρήση καπνού οφείλεται κυρίως στην εξάρτηση από την νικοτίνη, μία χρόνια διαταραχή που οι περισσότεροι αποκτούν κατά την διάρκεια της εφηβείας. Όλοι οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να αντιμετωπίζουν τη χρήση καπνού (κάπνισμα ή μασώμενος καπνός) ως κίνδυνο για την υγεία, ακόμα και αν δεν υπάρχει εξάρτηση, παρόλο που ελάχιστα ενήλικα άτομα καπνίζουν, χωρίς να είναι εξαρτημένοι.^{1,2} Οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να ενημερώνουν τους καπνιστές ασθενείς τους για τους κινδύνους στην υγεία, να

τους συμβουλεύουν να διακόψουν και να προσφέρουν την βοήθεια τους ώστε να επιτευχθεί η διακοπή καπνίσματος χρησιμοποιώντας επιστημονικά τεκμηριωμένες θεραπείες.

Οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να έχουν ενεργό ρόλο αναφορικά με την καπνιστική συνήθεια στην εφηβική ηλικία, τόσο για να αποτρέψουν τους εφήβους από το να ξεκινήσουν το κάπνισμα αλλά και να βοηθήσουν αυτούς που ήδη καπνίζουν να το διακόψουν. Στόχος θα πρέπει να είναι και οι έφηβοι που καπνίζουν χωρίς να είναι εξαρτημένοι από τον καπνό, καθώς αυτό συνήθως μετατρέπεται σε εξάρτηση προς το τέλος της εφηβείας.

2.2 Εξάρτηση από την νικοτίνη ως ασθένεια

Όλοι σχεδόν οι ενήλικες καπνιστές ξεκίνησαν το κάπνισμα από την εφηβεία. Η εξάρτηση από την νικοτίνη είναι μία χρόνια ασθένεια, χωρίς πλήρη ίαση. Παρόλαυτα, η χρήση καπνού μπορεί να διακοπεί για ένα σύντομο χρονικό διάστημα ή εφ' όρου ζωής, με αποτέλεσμα σημαντικά οφέλη για την υγεία.³

Οι καπνιστές ανάβουν τα περισσότερα τσιγάρα όταν το επίπεδο της νικοτίνης μειώνεται στον εγκέφαλο, τυπικά 20 με 60 λεπτά από το τελευταίο τσιγάρο.⁴ Η καπνιστική συνήθεια δεν σχετίζεται με τον εγκεφαλικό φλοιό, αλλά καθοδηγείται από ένα μη-συνειδητό μέρος του εγκεφάλου που δεν ελέγχεται από τη θέληση (accumbens nucleus). Όπως συμβαίνει με όλες τις χρόνιες παθήσεις, μετά τη διάγνωση και την αξιολόγηση, οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να αναπτύξουν ένα πλάνο διακοπής καπνίσματος για να υποστηρίξουν τη διακοπή. Ο ασθενής μπορεί να αρνηθεί τη θεραπεία, αλλά οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να δράσουν και να θεραπεύσουν τους ασθενείς από μία ασθένεια που σκοτώνει τους μισούς ασθενείς που πάσχουν από αυτήν.⁵ Οι επαγγελματίες υγείας, θα πρέπει λοιπόν, αμέσως μετά την διάγνωση, να δώσουν την πρόποσα σημασία και να αντιμετωπίσουν την εξάρτηση από την νικοτίνη όπως όλες τις χρόνιες παθήσεις, για παράδειγμα, τον σακχαρώδη διαβήτη και την υπέρταση. Η θεραπεία διακοπής του καπνίσματος έχει μελετηθεί σε βάθος και υπάρχουν εργαλεία για να βοηθήσουν τους ασθενείς να διακόψουν το κάπνισμα.

2.3 Διακοπή καπνίσματος

Τα βασικά χαρακτηριστικά μίας επιτυχημένης διακοπής καπνίσματος είναι ο συνδυασμός εκπαίδευσης, συμπεριφορικής υποστήριξης και φαρμακοθεραπείας.^{2,6}

Η προετοιμασία, τα κίνητρα ενός καπνιστή, το ποσοστό της εξάρτησης, η ηλικία, η συννοσηρότητα και οι προσωπικοί παράγοντες θα επηρεάσουν τις πιθανότητες επιτυχίας.²

2.3.1 Θεραπευτική εκπαίδευση

- Εξηγήστε την φύση της ασθένειας της εξάρτησης από την νικοτίνη
- Εξηγήστε τους λόγους που ωθούν ένα καπνιστή να συνεχίσει να καπνίζει
- Εξηγήστε τις συνέπειες του καπνίσματος στην υγεία
- Εξηγήστε τα οφέλη της διακοπής
- Εξηγήστε τη θεραπεία διακοπής του καπνίσματος
- Εξηγήστε τη διαχείριση της χρόνιας εξάρτησης από τον καπνό για την πρόληψη της υποτροπής
- Παρουσιάστε τα διαθέσιμα εργαλεία για καπνιστές

2.3.2 Συμπεριφορική υποστήριξη

- Προσδιορισμός των συμπεριφορικών αιτιών, των μακροπρόθεσμων και άμεσων παραγόντων διέγερσης του καπνίσματος.
- Αυξήστε το κίνητρο και μειώστε το φόβο για διακοπή καπνίσματος για να γίνει κάποιος μη-καπνιστής
- Μάθετε στον ασθενή πώς να αντιμετωπίζει τα συναισθήματα.

2.3.3 Φαρμακευτική θεραπεία

- Η θεραπεία υποκατάσταση νικοτίνης είναι διαθέσιμη σε μορφή επιθεμάτων, και δια στόματος χρήσης όπως η τσίχλα, οι παστίλιες, τα υπογλώσσια δισκία, το στοματικό σπρέι ενώ σε κάποιες χώρες χρησιμοποιείται και το ρινικό σπρέι. Σε σύγκριση με το παρελθόν, η δοσολογία είναι περισσότερο προσαρμοστική με διάφορους συνδυασμούς χρήσης. Ευρέως διαδεδομένος είναι ο συνδυασμός χρήσης επιθεμάτων και στοματικών μορφών θεραπείας, έτσι ώστε η πρόσληψη της νικοτίνης να φτάσει τα επίπεδα που προσλάμβανε πριν ο ασθενής από το τσιγάρο.
- Η βαρενικλίνη είναι μερικός ανταγωνιστής του $\alpha 4\beta 2$

νικοτινικού υποδοχέα και χρησιμοποιείται κυρίως ως μονοθεραπεία για τη διακοπή καπνίσματος καθώς έχει βρεθεί ότι αποτελεί την πιο αποτελεσματική επιλογή μονοθεραπείας. Ο συνδυασμός της βαρενικλίνης και της θεραπείας υποκατάστασης της νικοτίνης είναι εξίσου αποτελεσματικός.⁶

- Η λήψη βουπροπιόνης χρησιμοποιείται για τη θεραπεία της κατάθλιψης, αλλά φαίνεται να είναι αποτελεσματική και στην διακοπή καπνίσματος.^{2,6} Η θεραπεία αυτή μπορεί να συνδυαστεί με θεραπεία υποκατάστασης νικοτίνης.
- Η νορτριπτυλίνη (τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά) και η κυτοσίνη (μερικός ανταγωνιστής) είναι δεύτερης γενιάς θεραπείες διακοπής καπνίσματος και φαίνεται να είναι αποτελεσματικές.^{2,6} Η θεραπεία αυτή είναι λιγότερο ακριβή.

2.3.4 Διακοπή καπνίσματος

Ο αρχικός στόχος της θεραπείας είναι η διακοπή.

- Ένας πρώην καπνιστής είναι ένας καπνιστής που εκουσίως δεν έχει καπνίσει ούτε ένα τσιγάρο τους τελευταίους 6 μήνες.
- Η αποχή πρέπει να παρακολουθείται όταν είναι δυνατό με μετρητή μονοξειδίου του άνθρακα (CO).
- Το μέγιστο συνιστάμενο επίπεδο CO για αποχή καπνίσματος είναι τα 7 ppm.

Στην κλινική πρακτική, συνιστάται η επιβεβαίωση της αποχής από το κάπνισμα μετά από έξι εβδομάδες από την έναρξη της διακοπής, με ένα διάστημα απόκλισης («περίοδος χάριτος») δύο εβδομάδων. Επίσης, η αποχή ξεκινά, από την στιγμή που ο ασθενής δηλώσει ότι δεν έχει καπνίσει και η μέτρηση CO εμφανίσει 7 ppm και κάτω. Η «περίοδος χάριτος» ξεκινάει αμέσως μετά την ημέρα διακοπής κατά την οποία η συνέχιση του καπνίσματος δεν λαμβάνεται ως αποτυχία. Συνιστάται μία 6-μηνια αξιολόγηση ρουτίνας για την αποχή, που θα βοηθήσει τη διακοπή καπνίσματος και την αποφυγή υποτροπής.

2.4 Θεραπεία εξάρτησης από την νικοτίνη μετά τη διακοπή

Η εξάρτηση από την νικοτίνη είναι μία χρόνια ασθένεια με υψηλό κίνδυνο υποτροπής. Το 50% των πρώην καπνιστών που έχουν

πρόσφατα διακόψει, κάνουν υποτροπή μέσα στον επόμενο χρόνο.⁷ Καθώς το ποσοστό υποτροπής είναι υψηλότερο τις πρώτες βδομάδες της διακοπής, συνιστάται, στην κλινική πράξη, να πραγματοποιούνται συχνές επαναξιολογήσεις σε 2μηνη βάση, έτσι ώστε να επιβεβαιωθεί η αποχή και να εξαλειφθεί ο κίνδυνος υποτροπής. Ακόμα και μετά από αρκετά χρόνια αποχής, ο κίνδυνος παραμένει υψηλός.⁸ Περαιτέρω μελέτες, απαιτούνται για να εντοπιστούν τα χαρακτηριστικά εκείνων που διατρέχουν υψηλό κίνδυνο υποτροπής.

Η έντονη επιθυμία («λαχτάρα») για κάπνισμα είναι ένας σημαντικός παράγοντας υποτροπής και θα πρέπει να αντιμετωπίζεται με συμβουλευτική και φαρμακοθεραπεία, η οποία μπορεί να συνδυαστεί με τη θεραπεία υποκατάσταση της νικοτίνης. Η επιθυμία για κάπνισμα και τα συμπτώματα στέρησης πρέπει να αξιολογούνται σε κάθε συνάντηση. Ωστόσο, τα στοιχεία δείχνουν ότι οι προληπτικές παρεμβάσεις είναι υψηλές σε κόστος-όφελος.⁹

2.5 Πρόληψη υποτροπής

Μετά τη διακοπή καπνίσματος, η υποτροπή ορίζεται ως το κάπνισμα ≥ 7 τσιγάρων για επτά συνεχόμενες ημέρες ή για δύο συνεχόμενες βδομάδες. Το κάπνισμα ακόμη λιγότερων τσιγάρων χαρακτηρίζεται ως ολίσθημα (Για πιο συγκεκριμένους ορισμούς για την κλινική πράξη, ανατρέξτε στο Κεφάλαιο 1.3.1)

Μετά από την ημερομηνία διακοπής, η θεραπεία θα πρέπει να προσαρμοστεί στις ανάγκες του ατόμου ανάλογα με την επιθυμία για τσιγάρο και τον κίνδυνο υποτροπής. Υπάρχει μία επείγουσα ανάγκη να γίνουν μελέτες για εργαλεία και θεραπείες. Η έντονη επιθυμία για κάπνισμα είναι σημαντικός παράγοντας που πρέπει πάντα να λαμβάνεται υπόψη για την σωστή πρόληψη του κινδύνου υποτροπής.

Αμέσως μόλις, ο ασθενής υποπέσει σε κάποιο ολίσθημα, οι παρακάτω παρεμβάσεις μπορεί να βοηθήσουν στην πρόληψη της υποτροπής:

- Εντατικές συνεδρίες, βασισμένες στην γνωσιακή συμπεριφορική θεραπεία, τον πρώτο χρόνο - η μορφή και ο αριθμός παίζουν ρόλο στην αποτελεσματικότητα της θεραπείας.
- Χρήση επιθεμάτων νικοτίνης για παραπάνω από 14 εβδομάδες, μαζί με άλλη θεραπεία υποκατάσταση νικοτίνης, όταν χρειάζεται.

- Παράταση της χρήσης της βαρενικλίνης από 12 σε 24 εβδομάδες.
- Παράταση της χρήσης βουπροπιόνη.
- Συνδυασμός φαρμακευτικής θεραπείας.

Η θεραπεία της χρόνιας εξάρτησης μετά από διακοπή καπνίσματος έχει αξιολογηθεί ευρέως και παραμένει πρόκληση.¹⁰ Δεν υπάρχουν επικυρωμένα εργαλεία που να αξιολογούν ποιοι πρώην καπνιστές έχουν υψηλό κίνδυνο υποτροπής, ούτε θεραπείες διαφορετικές από τις θεραπείες διακοπής και τη γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία (CBT) για την πρόληψη υποτροπών σε υψηλού κινδύνου υποτροπιάζουσες καταστάσεις.¹⁰ Νέες μελέτες είναι απαραίτητες για να βρεθούν νέες στρατηγικές για τη θεραπεία της εξάρτησης από την νικοτίνη σε καπνιστές και να αποτρέψουν την υποτροπή.

Βιβλιογραφία

1. National Institute on Drug Abuse. Research Report Series: Is Nicotine Addictive?. Bethesda (MD): National Institutes of Health, National Institute on Drug Abuse, 2012.
2. 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.
3. Chassin L et al. The natural history of cigarette smoking: predicting young-adult smoking outcomes from adolescent smoking patterns. Health Psychology, 1990;9:701-716.
4. Kellar KJ. Neuropharmacology and biology of neuronal nicotinic receptors. National Cancer Institute, NIH Office on Smoking and Health & CDC. Addicted to nicotine. A national research forum. Bethesda, Maryland, USA. 27-28 July, 1998.
5. WHO. WHO global report: Mortality attributable to tobacco. 2012; ISBN: 978 92 4 156443 4.
6. Cahill K, Stevens S, Perera R, Lancaster T. Pharmacological interventions for smoking cessation: an overview and network meta-analysis. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 5. Art. No.: CD009329. DOI: 10.1002/14651858.CD009329.pub2.
7. Hughes JR, Gulliver SB, Fenwick JW, et al. Smoking cessation among self-quitters. Health Psychol. 1992;11:331-4.
8. West R, Shiffman S. Smoking cessation fast facts: Indispensable guides to clinical practice. Oxford: Health Press Limited, 2004.
9. Cost effectiveness of interventions to reduce relapse to smoking following smoking cessation. Addiction 2011;106:1819-1826.
10. Hajek P, Stead LF, West R, Jarvis M, Hartmann-Boyce J, Lancaster T. Relapse prevention interventions for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 8. Art. No.: CD003999. DOI: 10.1002/14651858.CD 003999.pub4.

ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ | Κεφάλαιο 3

Σύντομη συμβουλευτική για τη
διακοπή του καπνίσματος

*"Να ανοίξεις διάλογο με έναν καπνιστή είναι εύκολο.
Απλά ρωτάς: Καπνίζετε;"*



3.0 Σύντομη συμβουλευτική για τη διακοπή του καπνίσματος

Είναι υποχρεωτικό για όλους τους επαγγελματίες υγείας να παρέχουν σε όλους τους ασθενείς τους λίγες συμβουλές για διακοπή καπνίσματος. Η μη αντιμετώπιση του προβλήματος της χρήσης καπνού σε έναν ασθενή είναι κακή πρακτική και επιδεινώνει την εξάρτηση του.

3.1 Γενικές συστάσεις

Η σύντομη αλλά σαφής συμβουλευτική διακοπής του καπνίσματος που παρέχεται από οποιοδήποτε επαγγελματία υγείας αυξάνει σημαντικά το κίνητρο των ασθενών να διακόψουν το κάπνισμα και τα ποσοστά αποχής.^{1,2} Η μικρή διάρκεια συμβουλευτική (3-5 λεπτά) από τον γιατρό αυξάνει την αποχή από το κάπνισμα.^{1,2} Σύμφωνα με κάποιες έρευνες, η προσφορά βοήθειας για διακοπή καπνίσματος, ανεξάρτητα από την ετοιμότητα των καπνιστών για διακοπή είναι πιο αποτελεσματική από τις ιατρικές συμβουλές.² Μία σύντομη συμβουλευτική μπορεί να έχει σημαντικές επιπτώσεις στη δημόσια υγεία λόγω του μεγάλου αριθμού των καπνιστών που έρχονται σε επαφή με κλινικούς γιατρούς κάθε χρόνο. Όλοι οι επαγγελματίες υγείας, για παράδειγμα γιατροί, χειρουργοί, νοσηλευτές, μαίες, οδοντίατροι θα πρέπει να παρέχουν σύντομη συμβουλευτική στους καπνιστές. Οι οδοντίατροι και οδοντοτεχνίτες μπορεί να είναι πολύ αποτελεσματικοί στη συμβουλευτική διακοπής καπνίσματος.³

Συστάσεις

- Όλοι οι γιατροί θα πρέπει να συστήνουν την χρήση προϊόντων που θα συμβάλλουν στην διακοπή του καπνίσματος σε όλους τους καπνιστές. Τα επιστημονικά τεκμήρια δείχνουν ότι η συμβουλή από το γιατρό αυξάνει σημαντικά τις προσπάθειες διακοπής και τα ποσοστά αποχής από το κάπνισμα (Επίπεδο Εμπιστοσύνης Α).^{1,2}
- Η αποτελεσματικότητα της σύντομης συμβουλευτικής (3-5 λεπτά) από έναν γιατρό ή άλλο επαγγελματία υγείας οδηγεί μακροπρόθεσμα στην αποχή από το κάπνισμα (επίπεδο εμπιστοσύνης Α).

- Η προσφορά συμβουλευτικής για διακοπή καπνίσματος σε όλους τους καπνιστές είναι μία συνισταμένη πρακτική (Επίπεδο εμπιστοσύνης Β).²

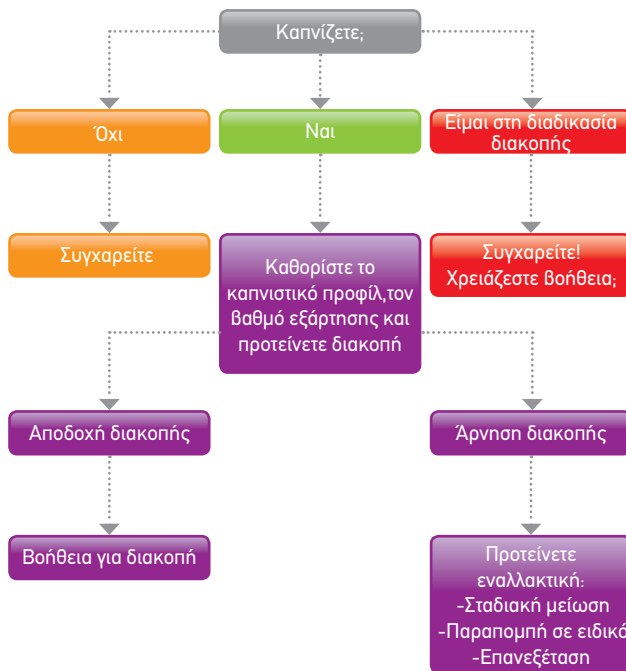
3.2 Πλάνο παρέμβασης ορθής κλινικής πρακτικής για την παροχή βοήθειας για την διακοπή του καπνίσματος

- Αξιολόγηση του καπνιστικού προφίλ κάθε ασθενή σε κάθε κλινική επίσκεψη.
- Παροχή βοήθειας σε όλους τους καπνιστές που θέλουν να διακόψουν.
- Παροχή συμβουλευτικής σε όσους επιθυμούν να διακόψουν.
- Όπου και όποτε είναι δυνατόν, οι καπνιστές να παραπέμπονται σε κέντρα διακοπής καπνίσματος.
- Προτροπή για χρήση υποκατάστατων νικοτίνης, φαρμακευτική αγωγή ή συμβουλευτική σε κάθε καπνιστή που επιθυμεί να διακόψει.

3.3 Συστάσεις για γενικούς γιατρούς

- Όλοι οι γενικοί γιατροί θα πρέπει να συμβουλεύουν τους καπνιστές ασθενείς τους να διακόψουν το κάπνισμα, να τους προσφέρουν υποστήριξη κατά τη διακοπή και να συστήνουν ειδική φαρμακευτική αγωγή. Συνιστάται, να καταγράφεται η συμπεριφορά του ασθενή και εάν χρειάζεται να γίνεται παραπομπή των ασθενών για εξειδικευμένη θεραπεία και συμβουλευτική. (Επίπεδο εμπιστοσύνης Α).
- Όλοι οι γενικοί γιατροί και οι νοσηλευτές θα πρέπει να είναι εκπαιδευμένοι στη συμβουλευτική διακοπής καπνίσματος και να είναι έτοιμοι να βοηθήσουν ασθενείς που προσπαθούν να διακόψουν το κάπνισμα και να συστήνουν την κατάλληλη θεραπεία. (Επίπεδο εμπιστοσύνης Α).
- Οι καπνιστές που δεν μπορούν να διακόψουν το κάπνισμα με πρωτογενείς δράσεις (θέληση, σύντομη ιατρική συμβουλή,

Σχήμα 3.1: Σύνοψη συμβουλευτική στην κλινική πράξη



φαρμακοθεραπεία) θα πρέπει να λαμβάνουν εξειδικευμένη θεραπεία δεύτερου σταδίου. Αυτή η στρατηγική δεν έχει εφαρμοστεί στην τρέχουσα πρακτική, παρ' όλα αυτά ένα συμβουλευτικό πρόγραμμα διακοπής καπνίσματος θα πρέπει να αποτελεί μέρος της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και θα πρέπει να συνοδεύεται με δευτέρης γραμμής παρεμβάσεις σε εξειδικευμένα κέντρα. (Επίπεδο εμπιστοσύνης Γ).

- Η σύνοψη συμβουλευτική δίνει στον καπνιστή ένα κίνητρο, όταν δεν υπάρχει κανένα, ενώ παράλληλα αυξάνει τα επίπεδα διακοπής καπνίσματος.^{1,2} Πολλοί καπνιστές δεν μπορούν να διακόψουν το κάπνισμα χωρίς ιατρική βοήθεια, το μεγαλύτερο ποσοστό των βαρέων καπνιστών, οι οποίοι βρίσκονται σε μεγαλύτερο κίνδυνο να εμφανίσουν ασθένειες σχετιζόμενες με το κάπνισμα, έχουν περισσότερη ανάγκη για εξειδικευμένη θεραπεία.

3.4 ➤ Συστάσεις για νοσηλευόμενους ασθενείς

Η παρέμβαση διακοπής καπνίσματος σε νοσηλευόμενους ασθενείς έχει αποδειχτεί ότι είναι αποτελεσματική, ιδιαίτερα μεταξύ των ασθενών που πάσχουν από σχετιζόμενες με το κάπνισμα ασθένειες, αλλά και σε άλλους ασθενείς.⁴

- Συνιστάται όλο το προσωπικό του νοσοκομείου να είναι σε θέση και να αξιολογεί το καπνιστικό προφίλ των ασθενών και να παρέχει σύνοψη συμβουλευτική διακοπής του καπνίσματος σε όλους τους ασθενείς που καπνίζουν. (Επίπεδο εμπιστοσύνης Α).
- Οι ασθενείς θα πρέπει να ενημερώνονται σχετικά με την πολιτική των νοσοκομείων για την απαγόρευση του καπνίσματος (Επίπεδο εμπιστοσύνης Γ).
- Για νοσηλευόμενους ασθενείς οι οποίοι είναι ενεργοί καπνιστές, συνιστάται να παρέχεται υποστήριξη για τη διαχείριση των συμπτωμάτων στέρησης καθώς και βοήθεια διακοπής του καπνίσματος από εξειδικευμένο ιατρικό προσωπικό (Επίπεδο εμπιστοσύνης Α).
- Επιπλέον, οι παρεμβάσεις υψηλής έντασης που διαρκούν τουλάχιστον 1 μήνα και παρέχουν υποστηρικτική επαφή είναι αρκετά αποτελεσματικές στην αύξηση των ποσοστών αποχής (Επίπεδο εμπιστοσύνης Α).

3.5 ➤ Συστάσεις για έγκυες γυναίκες

- Συνιστάται, όλο το ιατρικό προσωπικό που ασχολείται με έγκυες γυναίκες (γυναικολόγοι, μαίες, νοσηλεύτες), να καταγράφει το καπνιστικό προφίλ των εγκύων και να παρέχει συμβουλευτική διακοπής καπνίσματος σε όσες καπνίζουν (Επίπεδο εμπιστοσύνης Α).
- Η διακοπή καπνίσματος είναι ζωτικής σημασίας για την μητρότητα. Όσο το δυνατόν νωρίτερα γίνει κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης τόσο το καλύτερο. Είναι επιπλέον ιδιαίτερα σημαντικό να διατηρηθεί η διακοπή και μετά το πρώτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης, καθώς οι πιο αρνητικές συνέπειες του καπνίσματος συμβαίνουν κατά τη διάρκεια του δεύτερου και τρίτου τριμήνου της εγκυμοσύνης (Επίπεδο εμπιστοσύνης Γ).⁵

3.6 Συστάσεις για ασθενείς που πρόκειται να υποβληθούν σε χειρουργική επέμβαση

Η χρήση του καπνού διπλασιάζει τον κίνδυνο επιπλοκών, όπως την επούλωση τραύματος, την οστική επούλωση και τη λοίμωξη ενώ προκαλεί και άλλες παρενέργειες.^{6,7} Είναι επίσης γνωστό ότι η διακοπή καπνίσματος μετά από μία εγχείρηση και η διατήρηση της αποχής για 6 εβδομάδες μειώνει τον κίνδυνο επιπλοκών κατά το ήμισυ.^{6,8}

- Συνιστάται όλοι οι ασθενείς να διακόψουν το κάπνισμα 6 με 8 εβδομάδες πριν την εγχείρηση, έτσι ώστε να μειωθεί ο κίνδυνος επιπλοκών (Επίπεδο εμπιστοσύνης Α).⁶
- Είναι απαραίτητο να ενημερωθούν όλοι οι ασθενείς ότι πρέπει να διακόψουν το κάπνισμα μέχρι το τέλος της διαδικασίας επούλωσης (τρεις εβδομάδες για μικρές χειρουργικές επεμβάσεις και τρεις μήνες για ορθοπεδική χειρουργική επέμβαση) προκειμένου να ξεπεραστούν όλοι οι κίνδυνοι (Επίπεδο εμπιστοσύνης Α).^{6,8}

Βιβλιογραφία

1. Stead L, Buitrago D, Preciado N, Sanchez G, Hartmann-Boyce J, Lancaster T, Physician advice for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 4. Art. No.:CD000165. DOI: 10.1002/14651858.CD000165.pub4.
2. Aveyard P, Begh R, Parsons A, West R. Brief opportunistic smoking cessation interventions: a systematic review and meta-analysis to compare advice to quit and offer of assistance. *Addiction*. 2012;107(6):1066-73.
3. Carr AB, Ebbert J. Interventions for tobacco cessation in the dental setting. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012, Issue 6. Art. No.: CD005084. DOI: 10.1002/14651858.CD005084.pub3.
4. Rigotti NA, Clair C, Munafò MR, Stead LF. Interventions for smoking cessation in hospitalised patients. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012, Issue 5. Art. No.: CD001837. DOI: 10.1002/14651858.CD001837.pub3.
5. Office on Smoking and Health. USDHHS. Women and Smoking. A report of the Surgeon General. Center for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic disease Prevention and Health Promotion. Atlanta. 2001.
6. Villebro N, Møller AM. Interventions for preoperative smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2014, Issue 3. Art. No.: CD002294. DOI: 10.1002/14651858.CD002294.pub4.
7. Silverstein P. Smoking and wound healing. *American Journal of Medicine* 1992;93(1A):22S-24S.

8. Nåsell 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;92(6):1335-42.

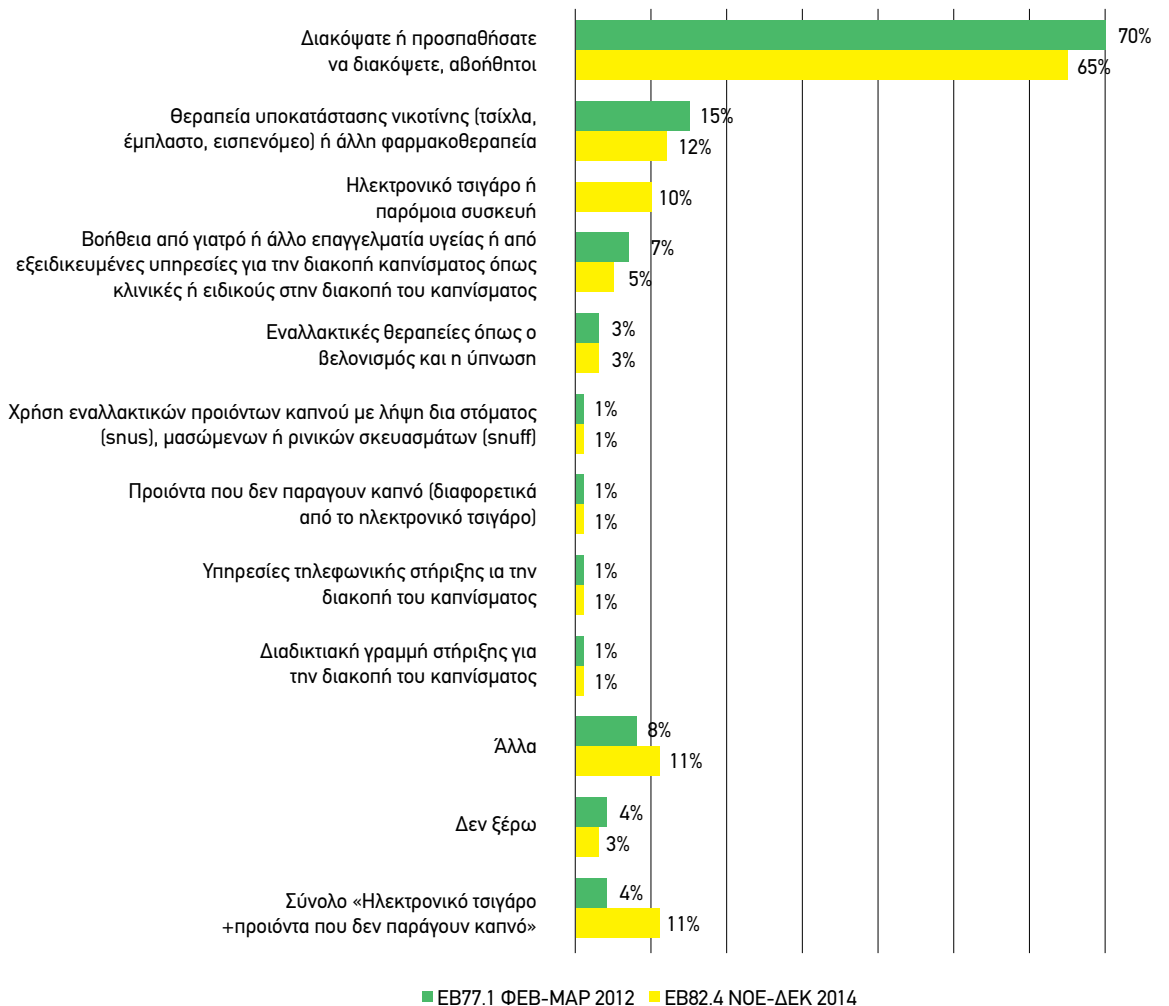
ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ | Κεφάλαιο 4

Πρότυπες παρεμβάσεις
διακοπής του καπνίσματος



4.0 Πρότυπες παρεμβάσεις διακοπής του καπνίσματος

QC18. Ποιό ή ποια από τα παρακάτω χρησιμοποίησατε στην προσπάθεια σας να διακόψετε το κάπνισμα;



“Σύμφωνα με το Ευρωβαρόμετρο του 2015, το 65% των καπνιστών και των πρώην καπνιστών ανέφεραν ότι διέκοψαν ή προσπάθησαν να διακόψουν το κάπνισμα χωρίς βοήθεια, το 12% χρησιμοποίησε φάρμακα υποκατάστασης νικοτίνης, όπως διαδερμικά επιθέματα, το 10% ηλεκτρονικά τσιγάρα, ενώ μόνο το 5% απευθύνθηκε σε ιατρό ή επαγγελματία υγείας”.

4.1 ▶ Θεραπευτικές παρεμβάσεις για τη χρήση καπνού και την εξάρτηση από την νικοτίνη

4.1.1 Οι θεραπευτικές παρεμβάσεις για διακοπή του καπνίσματος είναι υποχρεωτικές

Το άρθρο 14 της Σύμβασης Πλαισίου για τον Έλεγχο του Καπνού¹ ορίζει ότι κάθε χώρα θα πρέπει να παρέχει βοήθεια διακοπής του καπνίσματος, πολιτική που η εφαρμογή της, απασχολή σήμερα ένα μεγάλο αριθμό χωρών.² Η βοήθεια στη διακοπή του καπνίσματος θα πρέπει να αποτελεί σημαντικό μέρος της στρατηγικής κάθε Ευρωπαϊκής χώρας.

Σε ένα άρθρο (editorial) οι West και συν.³ αντέκρουσαν τέσσερις λανθασμένες αντιλήψεις σε μία εποικοδομητική συζήτηση σχετικά με το ρόλο της βοήθειας στη διακοπή του καπνίσματος.

«Οι περισσότεροι καπνιστές διακόπτουν χωρίς βοήθεια, για το λόγο αυτό η παροχή βοήθειας είναι περιττή.»

Η άποψη αυτή είναι λανθασμένη και το γεγονός ότι οι περισσότεροι καπνιστές που διακόπτουν το κάπνισμα το καταφέρνουν χωρίς βοήθεια, δε σημαίνει ότι αυτή είναι και η πιο αποτελεσματική μέθοδος διακοπής του καπνίσματος. Αντικατοπτρίζει μόνο το γεγονός ότι το ποσοστό εκείνων που προσπαθούν να διακόψουν το κάπνισμα χωρίς βοήθεια είναι μεγαλύτερο από εκείνο όσων προσπαθούν να διακόψουν με βοήθεια, αλλά τα στοιχεία δείχνουν ότι οι προσπάθειες διακοπής χωρίς βοήθεια είναι τέσσερις φορές λιγότερο αποτελεσματικές.

«Προωθώντας την παρόχη βοήθειας για την διακοπή του καπνίσματος μπορεί να δημιουργηθεί η εντύπωση στους ότι είναι εθισμένοι, έτσι λιγότεροι θα προσπαθήσουν να διακόψουν.»

Η άποψη αυτή είναι λανθασμένη, καθώς τα στοιχεία δείχνουν ότι οι καπνιστές που πίστευαν ότι είναι εθισμένοι, στην πραγματικότητα ήταν πιο πιθανό να κάνουν προσπάθειες διακοπής από ότι άλλοι καπνιστές.²

«Τα αποτελέσματα της έρευνας για την υποβοηθούμενη διακοπή καπνίσματος δεν ισχύουν στον πραγματικό κόσμο.»

Η άποψη αυτή είναι λανθασμένη, η αξιολόγηση των Βρετανικών

υπηρεσιών διακοπής καπνίσματος έδειξε ότι σχεδόν ένας στους επτά καπνιστές (14.6%) είχε διακόψει το κάπνισμα ένα χρόνο μετά τη θεραπεία, ένα ποσοστό παρόμοιο με τα αποτελέσματα άλλων κλινικών δοκιμών⁴ που υποστηρίζουν ότι το ποσοστό των καπνιστών που διακόπτουν με την παροχή θεραπείας είναι υψηλότερο εκείνων που διακόπτουν χωρίς υποστήριξη.

«Άλλες παρεμβάσεις ελέγχου του καπνίσματος είναι πιο αποδοτικές, ειδικά οι μαζικές εκστρατείες στα μέσα μαζικής ενημέρωσης.»

Αυτό δεν είναι αλήθεια, το κόστος-όφελος των παρεμβάσεων διακοπής του καπνίσματος έχει αξιολογηθεί αυστηρά από ελεγχόμενες τυχαίοποιημένες κλινικές δοκιμές με στοιχεία από τον «πραγματικό κόσμο» και βρέθηκε να είναι εξαιρετικά σημαντικό.² Επίσης, δεν θα πρέπει να δημιουργείται ψευδής διαχωρισμός μεταξύ των κλινικών παρεμβάσεων και άλλου τύπου παρεμβάσεων διακοπής του καπνίσματος, καθώς κάθε παρέμβαση εξυπηρετεί διαφορετικό σκοπό, και λειτουργεί σε συνεργασία με άλλες. Ο κατάλληλος συνδυασμός των παρεμβάσεων εξαρτάται από τις συνθήκες, τη χώρα, την περιοχή και τη χρονική περίοδο.⁵

Ως εκ τούτου, τα οφέλη της διακοπής καπνίσματος είναι καλά τεκμηριωμένα και η βοήθεια για την διακοπή του καπνίσματος έχει υψηλό κόστος-όφελος σε σύγκριση με άλλα μέτρα στον τομέα της υγείας.⁶ Για το λόγο αυτό είναι πολύ σημαντικό, κάθε καπνιστής που επισκέπτεται το γιατρό του να έχει τη δυνατότητα να λαμβάνει ιατρική βοήθεια για να διακόψει το κάπνισμα.

Οι υπηρεσίες διακοπής καπνίσματος στην Ευρώπη ποικίλλουν. Προς το παρόν, ενώ το Ηνωμένο Βασίλειο δίνει περισσότερη έμφαση στην παροχή βοήθειας στους καπνιστές, σε πολλές Ευρωπαϊκές χώρες, οι περισσότεροι από τους καπνιστές που επισκέπτονται ένα κέντρο διακοπής του καπνίσματος, δεν έχουν προηγουμένως επωφεληθεί από οποιαδήποτε υπηρεσία διακοπής του καπνίσματος. Μόνο ένα μικρό ποσοστό των καπνιστών είναι ενήμεροι για τους κινδύνους που ελλοχεύουν από το κάπνισμα ή τους έχουν παρασχεθεί συμβουλές για να διακόψουν το κάπνισμα με βοήθεια όπως η φαρμακοθεραπεία ή η συμβουλευτική.

Οι χώρες θα πρέπει να θέσουν ρεαλιστικούς στόχους τόσο για τον αριθμό των ανθρώπων που χρησιμοποιούν τις υπηρεσίες διακοπής του καπνίσματος όσο και το ποσοστό που διακόπτει επιτυχώς το κάπνισμα. Αυτοί οι στόχοι πρέπει να αντικατοπτρίζουν τα δημογραφικά στοιχεία του τοπικού πληθυσμού. Με βάση τα

προηγούμενα, οι υπηρεσίες θα πρέπει να στοχεύουν στη παροχή θεραπειών τουλάχιστον του 5% του εκτιμώμενου τοπικού πληθυσμού των καπνιστών, κάθε χρόνο, με επιτυχές να θεωρείται το 35% εξ αυτών να παραμένει μακριά από το τσιγάρο τουλάχιστον για τέσσερις εβδομάδες (η απόχρη από το κάπνισμα θα διαπιστώνεται με την χρήση μετρητή μονοξειδίου του άνθρακα). Ο αριθμός αυτός θα πρέπει να βασίζεται σε όλους όσους ξεκινούν τη θεραπεία, και ως επιτυχία να ορίζεται η μη χρήση καπνού στην τρίτη και την τέταρτη εβδομάδα μετά την ημερομηνία διακοπής.

Η επιτυχία θα πρέπει να επικυρώνεται με αποτέλεσμα ενός CO τεστ μικρότερο από 7 ppm στην τέταρτη εβδομάδα. Αυτό όμως δεν σημαίνει ότι η θεραπεία πρέπει να σταματήσει στις τέσσερις εβδομάδες αλλά να συνεχιστεί με βάση τις ανάγκες του ασθενούς και όσο τον δυνατόν περισσότερο.⁷

Η διακοπή του καπνίσματος αφορά όλους του επαγγελματίες υγείας. Μία ανασκόπηση των κατευθυντήριων οδηγιών για τη διακοπή του καπνίσματος έδειξε την ανάγκη όλοι οι γιατροί και οι επαγγελματίες υγείας να διερευνούν την καπνιστική συνήθεια των ασθενών τους, να εντοπίζουν τους καπνιστές και να καταγράφουν το καπνιστικό τους προφίλ στο ιατρικό ιστορικό σε κάθε επίσκεψη.⁸

Μία ανασκόπηση της βιβλιογραφίας δείχνει ότι τα ποσοστά επιτυχίας σε ασθενείς που διακόπτουν το κάπνισμα από μόνοι τους, είναι πολύ μέτρια. Παρά το γεγονός ότι οι περισσότεροι καπνιστές επιθυμούν να διακόψουν,^{9,10} μόνο το 30% αναφέρει μία σοβαρή προσπάθεια διακοπής του καπνίσματος τους τελευταίους 12 μήνες, από τους οποίους μόνο το 5% καταφέρνει να διακόψει επιτυχώς.¹¹ Επιπροσθέτως, πολύ συχνά οι καπνιστές δεν χρησιμοποιούν θεραπείες βασισμένες σε καλά τεκμηριωμένες πρακτικές και περίπου 90 με 95% δεν καταφέρνουν να διακόψουν το κάπνισμα.¹² Καταλυτικά, η μη συμμόρφωση στη φαρμακευτική αγωγή και τη συμβουλευτική θεραπεία είναι συχνή κάτι το οποίο μειώνει την πιθανότητα για επιτυχή διακοπή του καπνίσματος.⁵ Οι ασθενείς συνήθως λαμβάνουν μόνο το 50% των συνιστάμενων δόσεων φαρμακευτικής αγωγής και συχνά ολοκληρώνουν λιγότερο από το μισό των προγραμματισμένων συμβουλευτικών συνεδριών.¹³

Η παροχή βοήθειας για την θεραπεία εξάρτησης από την νικοτίνη θα πρέπει να αποτελεί προτεραιότητα για όλους τους επαγγελματίες υγείας, για τους οποίους θα πρέπει να αποτελεί βασική φροντίδα και να αντιμετωπίζεται με τον ίδιο τρόπο που θα αντιμετωπιζόταν οποιαδήποτε άλλη χρόνια ασθένεια.

Συστάσεις

- Όλοι οι γιατροί και οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να συστήνουν την θεραπεία διακοπής του καπνίσματος σε κάθε καπνιστή καθώς είναι γνωστό ότι η ιατρική συμβουλή είναι ένας παράγοντας που μπορεί να οδηγήσει σε σημαντική αύξηση των ποσοστών αποχής. (Επίπεδο εμπιστοσύνης Α).
- Κατά τη διάρκεια των ιατρικών επισκέψεων, οι γιατροί έχουν την υποχρέωση να συμβουλεύουν τους καπνιστές ασθενείς τους να διακόψουν το κάπνισμα, να συνταγογραφήσουν θεραπεία ή και να τους παραπέμψουν σε ένα εξειδικευμένο κέντρο διακοπής καπνίσματος ένα αυτό κρίνεται απαραίτητο. Όλες αυτές οι πληροφορίες θα πρέπει να καταγράφονται στο ιατρικό ιστορικό του ασθενή (Επίπεδο εμπιστοσύνης Α).
- Οι νοσηλευόμενοι ασθενείς θα πρέπει να λαμβάνουν την ίδια φροντίδα για την διακοπή του καπνίσματος με όλους τους καπνιστές ασθενείς: σύντομη συμβουλευτική διακοπής καπνίσματος, συνταγογράφηση φαρμακευτικής θεραπείας ή παραπομπή σε εξειδικευμένο κέντρο διακοπής. (Επίπεδο εμπιστοσύνης Α).

4.1.2 Τεκμηριωμένη πρακτική για την διακοπή του καπνίσματος

Το μοντέλο των 5As

Οι πέντε στρατηγικές που συνιστώνται για την θεραπεία εξάρτησης από την νικοτίνη στην κλινική πράξη, είναι ευρέως γνωστές ως το μοντέλο των 5As, το οποίο περιλαμβάνει:¹⁴

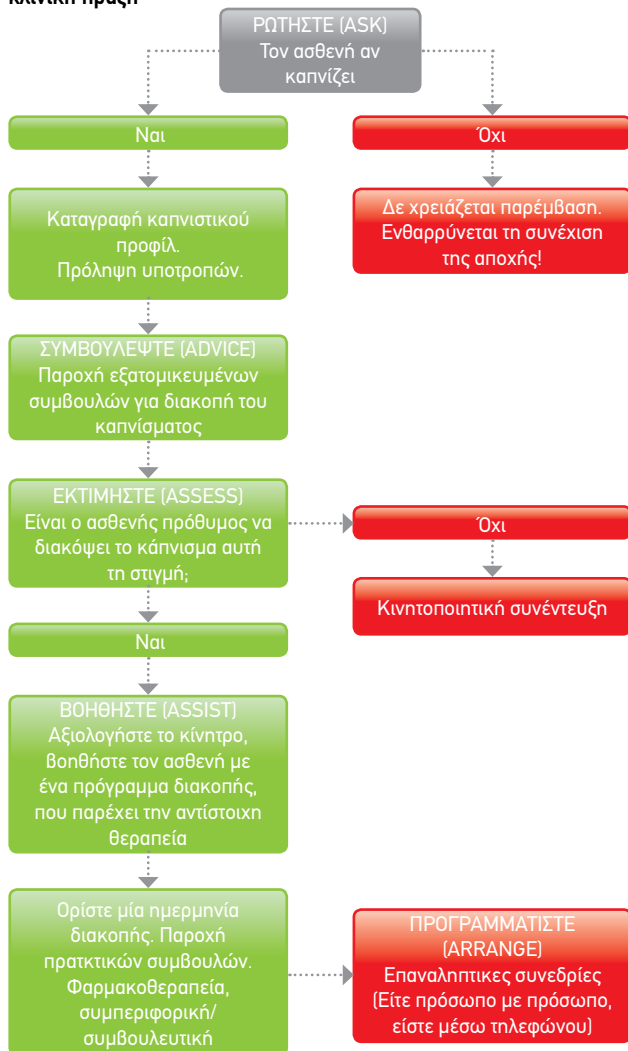
- **Ρωτήστε** (Ask) και διερευνήστε την καπνιστική συνήθεια σε όλους τους ασθενείς,
- **Συμβουλέψτε** (Advice) τους ασθενείς που καπνίζουν να διακόψουν,
- **Αξιολογήστε** (Assess) την ετοιμότητά τους για διακοπή,
- **Βοηθήστε** (Assist) στην προσπάθεια διακοπής, με την εφαρμογή της συμβουλευτικής/ συμπεριφορικής θεραπείας και της συνταγογράφησης φαρμακοθεραπείας πρώτης γραμμής
- **Προγραμματίστε** (Arrange) επαναληπτικές συνεδρίες.

Το μοντέλο 5As είναι μία καλά τεκμηριωμένη πρακτική για τη διακοπή καπνίσματος. Η μεθοδολογία του έχει χρησιμοποιηθεί σε ποικίλα προγράμματα παρέμβασης διακοπής του καπνίσματος. Το Σχήμα 4.1 παρουσιάζει το μοντέλο των 5As.

Ο κάθε επαγγελματίας υγείας θα πρέπει να διερευνά το καπνιστικό προφίλ του ασθενή σε κάθε επίσκεψη και να το καταγράφει στο ιατρικό ιστορικό.

Ο κάθε επαγγελματίας υγείας θα πρέπει να συμβουλεύει όλους τους

Σχήμα 4.1: Το μοντέλο 5As για τη διακοπή καπνίσματος στην κλινική πράξη



ασθενείς που αναφέρουν ότι καπνίζουν να διακόψουν το κάπνισμα, να αξιολογεί την ετοιμότητά του για διακοπή και να βοηθά τον ασθενή κατά την περίοδο της διακοπής, είτε μόνος του (εάν είναι εκπαιδευμένος), είτε να τον παραπέμπει σε εξειδικευμένο κέντρο διακοπής καπνίσματος.¹⁵

Ο κάθε επαγγελματίας υγείας θα πρέπει να δείχνει ενδιαφέρον για όλους τους ασθενείς που καπνίζουν είτε είναι κινητοποιημένοι είτε όχι, έτσι ώστε να λαμβάνουν ιατρική βοήθεια για να διακόψουν το κάπνισμα. Τέσσερις καταστάσεις είναι πιο συχνές ανάλογα με το καπνιστικό προφίλ και τα κίνητρα του καπνιστή (Βλ. Σχήμα 4.2).

Παρακάτω, παρατίθενται προσεγγίσεις για κάθε μία από αυτές τις καταστάσεις:

1. Για τους χρήστες καπνού που επιθυμούν να διακόψουν το κάπνισμα κατά τη στιγμή της αξιολόγησης, συνιστάται να τους παρέχεται φαρμακοθεραπεία και γνωσιακή-συμπεριφορική συμβουλευτική αμέσως.
2. Για τους χρήστες καπνού που δεν θέλουν να σταματήσουν το κάπνισμα, κατά τη στιγμή της αξιολόγησης, συνιστάται η χρήση της συνέντευξη κινητοποίησης για αύξηση ή δημιουργία κινήτρων, ώστε να ενθαρρύνεται τη διακοπή

Σχήμα 4.2: Διακοπή καπνίσματος – οι πιο συχνές περιπτώσεις



και να εγκαθιδρύσετε την απόφαση για διακοπή, το συντομότερο δυνατό στο εγγύς μέλλον. Μία μετα-ανάλυση 14 τυχαιοποιημένων κλινικών δοκιμών έδειξε ότι σε σύγκριση με τη σύντομη συμβουλευτική και τη συνήθη φροντίδα, η συνέντευξη κινητοποίησης, αυξάνει τα ποσοστά εξάμηνης διακοπής περίπου έως 30%. Τα ποσοστά διακοπής σε δύο μελέτες όπου οι ιατροί (που τυπικά έχουν λάβει ≥ 2 ώρες εκπαίδευσης) εφάρμοζαν την συμβουλευτική, έδειξαν το 8% εφάρμοζε την συνέντευξη κινητοποίησης έναντι του 2% που εφάρμοζε σύντομη συμβουλευτική ή συνήθη φροντίδα.¹⁶ Επιπλέον, τα ποσοστά διακοπής ήταν υψηλότερα εάν οι καπνιστές πραγματοποιούσαν δύο ή περισσότερες συνεδρίες συμβουλευτικής αντί μίας και εάν οι συνεδρίες διαρκούσαν περισσότερο από 20 λεπτά.

Οι ειδικά σχεδιασμένες παρεμβάσεις για αυτή την κατηγορία των ασθενών αποδείχθηκαν αποτελεσματικές στην ενίσχυση των κινήτρων για διακοπή καπνίσματος. Οι κατευθυντήριες οδηγίες της Δημόσιας Υπηρεσίας Υγείας των ΗΠΑ του 2008 χρησιμοποίησαν μέρη της συνέντευξης κινητοποίησης για να σχεδιάσουν μία σύντομη παρέμβαση που είναι πιο εύκολα εφαρμόσιμη.¹⁴

Βοηθώντας τους μη κινητοποιημένους καπνιστές να διακόψουν

Η ύπαρξη κινήτρων και η εκδήλωση της πρόθεσης για διακοπή του καπνίσματος είναι ζωτικής σημασίας για την επιλογή της θεραπευτικής μεθόδου απεξάρτησης από την νικοτίνη. Ορισμένοι ειδικοί θεωρούν ότι η παροχή θεραπείας μόνο σε κινητοποιημένους ασθενείς είναι προτιμότερη ενώ πολλοί είναι πλέον οι ειδικοί που υποστηρίζουν τώρα ότι η παροχή βοήθειας πρέπει να είναι διαθέσιμη για όλους τους ασθενείς χωρίς προϋποθέσεις. Οι συγκεκριμένες μέθοδοι έχουν προταθεί από τον Larabie, καθώς και από τους West & Sohal, οι οποίοι βρήκαν υψηλότερα ποσοστά επιτυχίας στις μη σχεδιασμένες προσπάθειες διακοπής σε σύγκριση με εκείνες που είχαν προγραμματιστεί.^{17,18} Αυτοί οι συγγραφείς δηλώνουν ότι, ειδικά σε ασθενείς με αναπνευστικά προβλήματα, όλα σχετίζονται με την συσσώρευση της έντασης, όπου ακόμα και ένα ανεπιθύμητο συμβάν, ακόμη και μείζονος σημασίας, μπορεί να οδηγήσει στην απόφαση για διακοπή.^{17,18}

Από άποψη δημόσιας υγείας, είναι πολύ πιο αποτελεσματικό, όλοι οι καπνιστές να λάβουν θεραπεία διακοπής, ακόμη και οι

μη κινητοποιημένοι, καθώς δεν υπάρχει ξεκάθαρο μειονέκτημα στην επιτυχία διακοπής, αναλόγως το βαθμό κινητοποίησης του ασθενούς.

Η στρατηγική του μοντέλου των 5Rs

Η στρατηγική του μοντέλου των 5Rs εστιάζει στους προσωπικούς λόγους για διακοπή, στους κινδύνους που σχετίζονται με τη συνέχιση του καπνίσματος, στα οφέλη της διακοπής και στις δυσκολίες μίας επιτυχημένης διακοπής, με επαναληπτικές συνεδρίες συμβουλευτικής.

Η στρατηγική των 5Rs, όπως εφαρμόζεται στην περίπτωση ενός καπνιστή που δεν επιθυμεί να διακόψει αμέσως το κάπνισμα, περιλαμβάνει τα εξής:¹⁴

- **Σύνδεση** (Relevance): Όταν συζητάει με τον ασθενή, ο γιατρός θα πρέπει να προσπαθήσει να απαντηθεί η ερώτηση: «Γιατί η διακοπή καπνίσματος είναι σημαντική για σένα σε προσωπικό επίπεδο;»
- **Κίνδυνοι** (Risks): Ο γιατρός θα πρέπει να προσπαθήσει να εντοπίσει πιθανούς κινδύνους για την υγεία του καπνιστή και να ξεχωρίσει τους άμεσους (χειροτέρευση ΧΑΠ) από τους μακροπρόθεσμους κινδύνους (στεριότητα, καρκίνος).
- **Ανταμοιβές** (Rewards): Ο γιατρός θα πρέπει να δείξει στον ασθενή τα προσωπικά οφέλη από τη διακοπή καπνίσματος.
- **Εμπόδια** (Roadblocks): Ο γιατρός θα πρέπει να ζητήσει από τον ασθενή να εντοπίσει τα εμπόδια που μπορεί να τον αποτρέπουν από το να προσπαθήσει να διακόψει το κάπνισμα.
- **Επανάληψη** (Repetition): Οι παρεμβάσεις διακοπής καπνίσματος θα πρέπει να πραγματοποιούνται κατ' επανάληψη, κάθε φορά που ο γιατρός θεωρεί ότι ο ασθενής δεν επιθυμεί ή δεν είναι έτοιμος να διακόψει.

Οι παρεμβάσεις που στοχεύουν στην αύξηση των κινήτρων για τη διακοπή καπνίσματος και βασίζονται στη κινητοποιητική συνέντευξη περιγράφονται παρακάτω:¹⁹

- Έκφραση ενσυναίσθησης μέσα από ανοιχτές ερωτήσεις που διερευνούν τη στάση απέναντι στο κάπνισμα. («Πόσο σημαντική θεωρείς ότι είναι η διακοπή καπνίσματος για σένα προσωπικά;»)
- Χρήση αντανάκλαστικών τεχνικών ακρόασης («Λοιπόν, θεωρείτε ότι το κάπνισμα βοηθάει να διατηρήσετε το βάρος σας;»)

- Υποστήριξη του δικαιώματος του ασθενή να απορρίψει την αλλαγή («Κατανοώ ότι δεν είστε έτοιμοι να διακόψετε το κάπνισμα τώρα. Όταν θα είστε πρόθυμοι, εγώ θα είμαι εδώ για να σας βοηθήσω.»)
- Ανάπτυξη ασυμφωνίας μεταξύ της συμπεριφοράς του καπνιστή και των προσωπικών του αξιών («Λέτε ότι η οικογένεια σας είναι πολύ σημαντική για εσάς. Πώς πιστεύετε ότι το κάπνισμα επηρεάζει τη σύζυγο και τα παιδιά σας;»)
- Δέσμευση για αλλαγή («Θα βοηθήσουμε στο να αποφεύγετε μία καρδιακή προσβολή όπως ο πατέρας σας.»)
- Στάση ενσυναίσθησης («Ανησυχείτε για πιθανά συμπτώματα στέρσης;»)
- Ζητήστε την άδεια για παροχή πληροφοριών («Συμφωνείτε να μάθουμε μαζί κάποιες συμπεριφορικές τεχνικές που θα σας βοηθήσουν να αντιμετωπίσετε καταστάσεις που θα σας κάνουν να καπνίσετε;»)
- Παροχή απλών λύσεων, όπως μικρά βήματα προς την αποχή: ένας αριθμός τηλεφώνου, γραμμή διακοπής καπνίσματος χωρίς χρέωση, φυλλάδια με συμβουλές για αλλαγή συμπεριφοράς κλπ.)

Ανατρέξτε στην ενότητα 4.2.3 για περισσότερες πληροφορίες σχετικά με τη συνέντευξη κινητοποίησης.

Μείωση καπνίσματος

Εάν η τυπική προσέγγιση αποτύχει, ενθαρρύνεται τους καπνιστές να μειώσουν το κάπνισμα όσο περισσότερο μπορούν, είτε μόνοι τους, είτε σε συνδυασμό με θεραπεία υποκατάστασης της νικοτίνης.²⁰

Ανατρέξτε στην ενότητα 4.6 για περισσότερες πληροφορίες σχετικά με τις προσεγγίσεις για μείωση καπνίσματος.

Χρήστες καπνού που διέκοψαν πρόσφατα

Όσοι έχουν διακόψει πρόσφατα το κάπνισμα, εξακολουθούν να είναι ευάλωτοι στην υποτροπή. Ειδικά τους πρώτους τρεις με έξι μήνες μετά τη λήξη της θεραπείας, συνιστάται από τον γιατρό να τους ρωτάει συστηματικά, σε κάθε επίσκεψη, εάν καπνίζουν ή εάν νιώθουν την ανάγκη να καπνίσουν. Ο πιθανός κίνδυνος υποτροπής είναι περίπου δύο εβδομάδες μετά την ημερομηνία διακοπής, και μειώνεται τις επόμενες εβδομάδες. Ο κίνδυνος αυτός πρέπει να αξιολογείται όσο το δυνατόν νωρίτερα. Οι

παρακάτω ερωτήσεις είναι πολύ σημαντικές για αυτή την περίπτωση:

- «Έχετε ακόμα την ανάγκη/επιθυμία να καπνίσετε;»
- «Πόσο δύσκολο είναι για εσάς να απέχετε από το κάπνισμα;»

Οι ασθενείς με σημαντικό κίνδυνο υποτροπής θα πρέπει να ακολουθούν πιο εντατικές συναντήσεις και να επαναλάβουν την αρχική θεραπεία εάν αυτό θεωρείται χρήσιμο.

Για επιτυχή αποχή από το κάπνισμα, συνιστάται να ενθαρρύνεται η διατήρηση της αποχής, να συχαίρεται κάθε μικρή νίκη και να παρακολουθείται προσεκτικά κάθε κίνδυνος υποτροπής.

Όλοι οι ασθενείς που διέκοψαν πρόσφατα το κάπνισμα θα πρέπει να επωφεληθούν από μία περίοδο επαναξιολόγησης με ειδική υποστήριξη προκειμένου να διατηρήσουν την αποχή τους από το κάπνισμα. Επιπλέον, ο γιατρός θα τους παρέχει γνωσιακή-συμπεριφορική συμβουλευτική, για να διατηρήσουν την αποχή και να τους αποτρέψει από την υποτροπή.⁹

Για μη χρήστες καπνού

Ο γιατρός θα πρέπει σε κάθε συνάντηση με τον ασθενή να επιβεβαιώνει και να επιβραβεύει την αποχή αυτών των ασθενών από το κάπνισμα. Επιπλέον, θα πρέπει να παρέχει σύντομες συστάσεις, με μηνύματα για την υγεία, για να διατηρήσει ο ασθενής αυτό το προφίλ. Αυτές οι μικρές παρεμβάσεις μπορούν να πραγματοποιηθούν από οποιονδήποτε γιατρό, είτε έχει εκπαιδευτεί στη διακοπή καπνίσματος, είτε όχι.

Συστάσεις

- Εκτίμηση των κινήτρων του ασθενή για διακοπή του καπνίσματος και παροχή συμβουλής για διακοπή (Επίπεδο εμπιστοσύνης Γ).
- Οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να χρησιμοποιούν τεχνικές αύξησης κινήτρων για να ενθαρρύνουν τους καπνιστές που δεν επιθυμούν να διακόψουν το κάπνισμα. (Επίπεδο εμπιστοσύνης Β)
- Οι παρεμβάσεις που χρησιμοποιούν τεχνικές κινήτρων θεωρούνται αποτελεσματικές στον καθορισμό της μελλοντικής προσπάθειας διακοπής του ασθενή, αλλά όλοι οι καπνιστές πρέπει να υποβάλλονται σε θεραπεία διακοπής, ανεξάρτητα το πόσο κινητοποιημένοι είναι. (Επίπεδο εμπιστοσύνης Γ).

4.1.3 Αποτελεσματικότητα της θεραπείας για την διακοπή του καπνίσματος και εξάρτηση (Βοηθώ)

Συνδυασμός συμβουλευτικής και φαρμακευτικής θεραπείας

Η έρευνα έχει αποδείξει ισχυρά την αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων με συνδυασμό συμβουλευτικής και φαρμακοθεραπείας στην αύξηση των ποσοστών διακοπής του καπνίσματος σε ασθενείς που επιθυμούν να διακόψουν το κάπνισμα.^{14,2,3} Η συμβουλευτική και η φαρμακοθεραπεία είναι αποτελεσματικές όταν χρησιμοποιούνται ξεχωριστά, αλλά ο συνδυασμός αυτών των δύο είναι πιο αποτελεσματικός και αυξάνει τα ποσοστά αποχής.^{14,21,22} Ο επαγγελματίας υγείας που θα παρέχει τη φαρμακοθεραπεία δεν χρειάζεται να είναι απαραίτητα ο ίδιος με εκείνον που θα παρέχει την συμβουλευτική. Τη συνταγογράφηση μπορεί να την κάνει είτε ο γιατρός, είτε ο οδοντίατρος και η συμβουλευτική να παρέχεται από κάποιον ειδικό στη θεραπεία της εξάρτησης από την νικοτίνη.

Την αποτελεσματικότητα όσων αναφέρονται παραπάνω, επικυρώνει μια σειρά μελετών. Πιο συγκεκριμένα, μία ανασκόπηση με 41 μελέτες σύγκρινε τη θεραπευτική αποτελεσματικότητα του συνδυασμού της φαρμακοθεραπείας και της συμβουλευτικής (Σχετικός Κίνδυνος (RR) 1.82, 95% CI 1.66 to 2.00).²² Μία δεύτερη μετα-ανάλυση με 38 μελέτες, το 2012, έδειξε ότι η παροχή συμβουλευτικής σε συνδυασμό με τη φαρμακοθεραπεία αυξάνει σημαντικά τα θεραπευτικά αποτελέσματα σε σύγκριση μόνο με τη φαρμακοθεραπεία (10% έως 25% αύξηση όταν διενεργούνται πολλαπλές συνεδρίες).²³ Υπάρχει μία σταθερή σχέση μεταξύ εντατικής συμβουλευτικής (σε σχέση τόσο με τη διάρκεια αλλά και τον αριθμό των συνεδριών) και αποχής από το κάπνισμα, ωστόσο ο βέλτιστος αριθμός των συνεδριών δεν έχει καθοριστεί.²³

Συστάσεις

- Ο συνδυασμός της παροχής συμβουλευτικής και φαρμακοθεραπείας είναι πιο αποτελεσματικός από ότι η συμβουλευτική ή η φαρμακοθεραπεία ξεχωριστά. Για το λόγο αυτό, όποτε είναι εφικτό θα πρέπει να παρέχονται και οι δύο παρεμβάσεις σε συνδυασμό (Επίπεδο εμπιστοσύνης Α).
- Υπάρχει μία ισχυρή σχέση μεταξύ του αριθμού των συνεδριών συμβουλευτικής, όταν συνδυάζεται με φαρμακοθεραπεία και της πιθανότητας μίας επιτυχημένης διακοπής καπνίσματος. Ως εκ τούτου, όσο είναι δυνατό, οι επαγγελματίες υγείας θα

πρέπει να παρέχουν συνεδρίες συμβουλευτικής μαζί με φαρμακοθεραπεία. (Επίπεδο εμπιστοσύνης Α).

4.1.4 Επαναληπτικές συνεδρίες (Προγραμματίζω)

Η μακροπρόθεσμη υποστήριξη των ασθενών, με παρακολούθηση της διαδικασίας διακοπής και των παρενεργειών της φαρμακοθεραπείας, είναι πολύ σημαντική. Το καπνιστικό προφίλ πρέπει να ελέγχεται σε κάθε επίσκεψη και να επικυρώνεται με τον μετρητή μονοξειδίου του άνθρακα. Η μέτρηση της κοτινίνης στα ούρα, στο αίμα, στο σάλιο και στα μαλλιά παρέχει χρήσιμες πληροφορίες για την έκθεση του ατόμου στο κάπνισμα, αλλά πρέπει να λαμβάνεται υπόψιν επίσης το εάν ο καπνιστής ακολουθεί θεραπεία υποκατάσταση νικοτίνης, καθώς η φαρμακευτική νικοτίνη αθροίζεται με τη νικοτίνη του καπνού, εφόσον ο ασθενής εξακολουθεί να καπνίζει.^{19,23}

Συμμόρφωση στη θεραπεία

Η συμμόρφωση στην συνδυασμένη θεραπεία (φαρμακοθεραπεία και συμβουλευτική) είναι επίσης σημαντικός παράγοντας για την επιτυχία της διακοπής του καπνίσματος. Η φαρμακοθεραπεία και συμβουλευτική αλληλοσυμπληρώνονται και αυτό υποστηρίζεται από μία μετα-ανάλυση που δείχνει ότι η συμπεριφορική θεραπεία μπορεί να βελτιώσει τις δεξιότητες των ανθρώπων στην αντιμετώπιση καταστάσεων που θα τους ωθούσαν στο κάπνισμα, ενώ η φαρμακοθεραπεία ανακουφίζει από τα στερητικά συμπτώματα.¹⁴ Επιπλέον, η φαρμακοθεραπεία βοηθάει τους ασθενείς να αντιμετωπίσουν την οξεία φάση της διακοπής, κατά την οποία τα στερητικά συμπτώματα είναι πολύ έντονα, ενώ η συμπεριφορική θεραπεία παρέχει μηχανισμούς προσαρμογής για τη διατήρηση μίας μακροχρόνιας αποχής. Ως εκ τούτου, ο συνδυασμός των δύο θεραπειών μπορεί να βελτιώσει τη συμμόρφωση στο πλάνο διακοπής.¹⁴

Πολλοί καπνιστές δεν θα παρακολουθήσουν συμβουλευτική, ιδιαίτερα εάν αυτό συνεπάγεται μεγάλες συνεδρίες και πολλαπλές επισκέψεις. Για το λόγο αυτό, θα πρέπει να προσφέρεται στους ασθενείς η επιλογή μίας σύντομης συμβουλευτικής για τη διακοπή του καπνίσματος. Η μη συμμόρφωση στην φαρμακευτική αγωγή διακοπής του καπνίσματος είναι συνηθισμένη και συνδέεται με την αντίληψη ότι είναι επικίνδυνη, αναποτελεσματική και ότι δεν πρέπει να χρησιμοποιείται εάν ένα άτομο υποτροπιάσει. Επειδή η μη

συμμόρφωση στην αγωγή σχετίζεται με την αποτυχία διακοπής, ο εκάστοτε επαγγελματίας υγείας θα πρέπει να συζητάει με τον ασθενή οποιεσδήποτε ανησυχίες έχει σχετικά με την φαρμακοθεραπεία και να τον ενθαρρύνει στην τήρηση του φαρμακευτικού πλάνου.

Οι μελέτες έχουν δείξει ότι κάνοντας τη θεραπεία εύκολη και διαθέσιμη και μειώνοντας τα εμπόδια, αυξάνεται η αποδοχή και η τήρησή της από τον ασθενή. Για παράδειγμα, όταν η θεραπεία καθυστερήσει και η συμβουλευτική θεραπεία λαμβάνει χώρα σε μακρινή τοποθεσία, μόνο το 10% ή και λιγότερο ποσοστό των καπνιστών την ξεκινούν, ενώ το ένα τρίτο των ασθενών ξεκινούν τη θεραπεία εάν αυτή είναι εύκολα προσβάσιμη.²⁴ Η αποδοχή της θεραπείας μπορεί επίσης να αυξηθεί όσο αυξάνεται και η συχνότητα με την οποία ο επαγγελματίας υγείας προσφέρει την βοήθεια του, καθώς το ενδιαφέρον των καπνιστών για διακοπή του καπνίσματος μπορεί να αλλάξει με την πάροδο του χρόνου.²⁵

Με άλλα λόγια, δεν υπάρχει καμία θαυματουργή συνταγή για τη διακοπή του καπνίσματος. Κάθε μέθοδος είναι ευηρόσδεκτη, εάν μπορεί να οδηγήσει σε αποχή από το κάπνισμα και εμμέσως σε όφελος για την υγεία. Από αυτή την άποψη, ο τρόπος με τον οποίο ο γιατρός επικοινωνεί με τον ασθενή που ζητά βοήθεια για διακοπή καπνίσματος, είναι πολύ σημαντικός. Ο γιατρός θα πρέπει να λάβει υπόψη του ότι οι καπνιστές που επισκέπτονται ιατρεία ή μονάδες υγείας, για άλλους λόγους, δεν θεωρούν τους εαυτούς τους ως «αρρώστους», δεν συνειδητοποιούν καν ότι είναι εθισμένοι και χρειάζονται φάρμακα ως θεραπεία. Αντίθετα, πιστεύουν ότι το κάπνισμα είναι μία «αδυναμία, έλλειψη θέλησης, μία κακιά συνήθεια» κλπ. Συνιστάται, η συζήτηση να λάβει χώρα σε ξεχωριστό χώρο, ενθαρρύνοντας τον καπνιστή να μιλήσει, χωρίς να τον κατηγορούμε και να αναπτύξουμε μία σχέση συνεργασίας και αμοιβαίας εμπιστοσύνης, ενώ θα πρέπει να παρουσιαστούν στον ασθενή όλες οι μέθοδοι διακοπής του καπνίσματος που μπορεί να ακολουθήσει.²⁷

Συστάσεις

- Υπάρχει ισχυρή σχέση μεταξύ της διάρκειας των συνεδριών και της επιτυχίας διακοπής του καπνίσματος. Οι πιο εντατικές παρεμβάσεις είναι περισσότερο αποτελεσματικές και θα πρέπει να πραγματοποιούνται όποτε είναι δυνατόν. (Επίπεδο εμπιστοσύνης Α).
- Οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να ενθαρρύνουν τους

ασθενείς τους να χρησιμοποιούν φαρμακοθεραπεία για τη διακοπή του καπνίσματος. (Επίπεδο εμπιστοσύνης Α).

- Οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να πραγματοποιούν τουλάχιστον 4 συνεδρίες συμβουλευτικής σε όλους τους καπνιστές που επιθυμούν να διακόψουν το κάπνισμα. Η μέθοδος αυτή έχει αποδειχθεί αποτελεσματική στην αύξηση των ποσοστών της αποχής. (Επίπεδο εμπιστοσύνης Α).
- Ο συνδυασμός συμβουλευτικής και φαρμακοθεραπείας είναι πιο αποτελεσματικός στη διακοπή του καπνίσματος από ότι η κάθε μία παρέμβαση ξεχωριστά. Για αυτό το λόγο συνιστάται να συνδυάζονται αυτές οι μέθοδοι όποτε είναι δυνατόν. (Επίπεδο εμπιστοσύνης Α).
- Όταν δεν είναι δυνατή η χρήση της φαρμακοθεραπείας, συνιστάται η μη φαρμακευτική θεραπεία, έτσι ώστε όλοι οι καπνιστές να λάβουν θεραπευτική υποστήριξη, δεδομένου ότι η θεραπευτική υποστήριξη έχει αποδειχθεί ότι είναι αποτελεσματική. (Επίπεδο εμπιστοσύνης Α).

4.1.5 Θεραπεία εξάρτησης από τη νικοτίνη στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης

Η συνεπής και αποτελεσματική παροχή θεραπείας για τη διακοπή του καπνίσματος απαιτεί υποστήριξη από τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης. Είναι πιο πιθανό, οι καπνιστές να κάνουν προσπάθεια διακοπής του καπνίσματος, εάν η θεραπεία αυτή καλύπτεται από την ασφάλεια υγείας τους.²⁶ Εξ' αιτίας του οφέλους στην υγεία και του κόστους της διακοπής, πολλές ασφαλιστικές εταιρείες, σχεδιάζουν και καλύπτουν τεκμηριωμένες θεραπείες διακοπής του καπνίσματος. Για παράδειγμα, το 2010, η Αμερικανική εταιρεία Medicare επέκτεινε την κάλυψη παροχής συμβουλευτικής σε όλους τους καπνιστές (4 εκατ. άτομα) και όχι μόνο σε όσους είχαν κάποια ασθένεια σχετιζόμενη με το κάπνισμα.

Επιπλέον, η χρήση ηλεκτρικών μητρώων υγείας έχει συσχετιστεί με αυξημένα ποσοστά καταγραφής του καπνιστικού προφίλ των ασθενών, κάτι το οποίο αυξάνει τη θεραπεία των ασθενών και μπορεί να αυξήσει τη θεραπεία για τη διακοπή του καπνίσματος.²⁷ Η εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας, η ανατροφοδότηση, ένα αφοσιωμένο προσωπικό ικανό να πραγματοποιήσει θεραπευτικές παρεμβάσεις και οι τηλεφωνικές γραμμές διακοπής καπνίσματος αυξάνουν επίσης τα ποσοστά διακοπής.

Από διάφορα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης ανα τον κόσμο

γίνεται προσπάθεια να ενσωματωθεί η παροχή της ελάχιστης δυνατής βοήθειας για την διακοπή του καπνίσματος, το οποίο σαφώς εξαρτάται από τις υπάρχουσες τοπικές δυνατότητες και τους πόρους. Αυτή περιλαμβάνει τον εντοπισμό των καπνιστών, τη συμβουλή για διακοπή καπνίσματος και την διευκόλυνση πρόσβασης σε φαρμακοθεραπεία. Επιπλέον, οι δωρεάν θεραπείες, σύμφωνα με στατιστικά στοιχεία, αποτελούν πιο επιτυχημένη μορφή παρέμβασης.²⁸

4.1.6 Τύποι παρεμβάσεων διακοπής του καπνίσματος

Στη σύγχρονη πρακτική, υπάρχουν δύο κύριοι τύποι θεραπευτικών παρεμβάσεων διακοπής του καπνίσματος: η μικρής έντασης παρεμβάσεις και οι εξειδικευμένες θεραπείες διακοπής καπνίσματος.

4.1.6.1 Μικρής διάρκειας παρεμβάσεις (σύντομη συμβουλευτική)

Αυτός ο τύπος παρέμβασης διαρκεί το πολύ 3 με 5 λεπτά (επίπεδο παρέμβασης 1) και συνιστάται στην πρωτοβάθμια ιατρική περίθαλψη καθώς και από όλους τους επαγγελματίες υγείας.

Η σύντομη συμβουλευτική περιλαμβάνει μία περίληψη λεκτικών υποδείξεων για διακοπή καπνίσματος, με ιατρικούς όρους και με πληροφορίες σχετικά με τις βλαβερές συνέπειες του καπνίσματος». Όταν εφαρμόζεται μόνο αυτή η μέθοδος, έχει πολύ χαμηλό αντίκτυπο. Μόλις 1 στους 40 καπνιστές καταφέρνει να διακόψει το κάπνισμα.²⁹ Όταν όμως εφαρμόζεται συνεχώς σε όλους τους ασθενείς, ως βασική συστηματική παρέμβαση, αποτελεί ένα πολύ ισχυρό θεραπευτικό εργαλείο.

Η σύντομη συμβουλευτική συνιστάται σε όλες τις κατηγορίες καπνιστών και πρώην καπνιστών όπως και σε εκείνους που δεν έχουν καπνίσει ποτέ. Η παροχή σύντομης συμβουλευτικής (3 λεπτά) είναι πιο αποτελεσματική από την απλή συμβουλή στον ασθενή να διακόψει και διπλασιάζει το ποσοστό διακοπής σε σύγκριση με τις περιπτώσεις όπου δεν πραγματοποιείται καμία παρέμβαση.⁷

Το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης θα πρέπει να προσφέρει θεραπεία και σε όσους χρειάζονται υποστήριξη. Οι παρεμβάσεις αυτές μπορούν να γίνονται είτε ατομικά είτε σε ομάδες και να περιλαμβάνουν την ανάπτυξη δεξιοτήτων, εκπαίδευση και κοινωνική υποστήριξη.

4.1.6.2 Εξειδικευμένες ατομικές παρεμβάσεις για τη διακοπή του καπνίσματος

Όσον αφορά το επίπεδο παρέμβασης 2, οι καπνιστές θα πρέπει να λαμβάνουν εξειδικευμένη ατομική θεραπεία που θα τους βοηθήσει στην διακοπή του καπνίσματος, από εκπαιδευμένο γιατρό, νοσηλεύτη, ψυχολόγο ή άλλο επαγγελματία υγείας εάν είναι διαθέσιμος. Εναλλακτικά, οι ασθενείς μπορεί να παραπέμπονται σε εξειδικευμένες υπηρεσίες διακοπής καπνίσματος, εάν είναι διαθέσιμες στην κοινότητα.

Η φαρμακοθεραπεία έχει αποδειχθεί ότι είναι αποτελεσματική στη θεραπεία εξάρτησης από την νικοτίνη και οι γνωστικο-συμπεριφορικές παρεμβάσεις λαμβάνουν χώρα εξατομικευμένα. Οι ειδικοί χρησιμοποιούν τον όρο «συμβουλευτική» για να προσδιορίσουν τη συγκεκριμένη γνωσιακο-συμπεριφορική βοήθεια που παρέχεται στους ασθενείς κατά την διάρκεια της θεραπείας διακοπής του καπνίσματος. Οι συνεδρίες συμβουλευτικής παρέχουν στους καπνιστές γνώσεις για τη διακοπή του καπνίσματος και λύσεις για την αντιμετώπιση των εμποδίων κατά τη διάρκεια της προσπάθειας διακοπής.

Η εξειδικευμένη παρέμβαση, συνήθως πραγματοποιείται από μία ομάδα (γιατρό, νοσηλεύτρια, προαιρετικά ψυχολόγο), εκπαιδευμένη στον τομέα της διακοπής του καπνίσματος, σε έναν ήδη ενημερωμένο ασθενή, που ζητά βοήθεια. Ο γιατρός διαδραματίζει τον κύριο ρόλο σε αυτή τη διαδικασία, δεδομένου ότι έχει την ευθύνη να συνταγογραφήσει φαρμακοθεραπεία, ο νοσηλεύτης βοηθά στην καταγραφή, στις ιατρικές εξετάσεις και μπορεί να παρέχει μικρές συμβουλές. Ο ψυχολόγος βοηθάει με ψυχολογικές παρεμβάσεις και γνωσιακο-συμπεριφοριστικές τεχνικές.

Ιδανικά, οι εξατομικευμένες στρατηγικές διακοπής καπνίσματος συνδυάζουν συμβουλές (δηλαδή σύσταση για διακοπή καπνίσματος), φαρμακοθεραπεία (βαρενικλίνη, βουπροπιόνη, θεραπεία υποκατάστασης νικοτίνης κλπ.) και γνωσιακο-συμπεριφορική θεραπεία. Συνήθως, η παρέμβαση αποτελείται από πολλές (το λιγότερο τέσσερις) συνεδρίες που διαρκούν 20-45 λεπτά μέσα σε 9 – 12 εβδομάδες θεραπείας.

Στην πρώτη συνάντηση, ο ασθενής πληροφορείται εν συντομία για τις διαθέσιμες θεραπείες, ενημερώνεται για τα στερητικά συμπτώματα και καταλήγει στην πιο κατάλληλη για αυτόν θεραπεία. Η αρχική επικοινωνία αποτελεί μία ευκαιρία για την αξιολόγηση των πιθανοτήτων επιτυχίας και των κινδύνων υποτροπής.

Κατά την τυπική θεραπεία 9-12 εβδομάδων, ανεξάρτητα από το είδος θεραπείας, συνιστάται να παρακολουθούνται κατά διαστήματα (follow-up) όλοι οι ασθενείς (τουλάχιστον 2 επισκέψεις), έτσι ώστε να είναι βέβαιο ότι ο ασθενής ακολουθεί τη σωστή θεραπεία, τις σωστές δόσεις στην περίπτωση της φαρμακοθεραπείας, να αντιμετωπιστούν οι ψυχολογικές – συμπεριφορικές δυσκολίες ή τα συμπτώματα στέρησης, και να διαπιστωθεί ότι δεν υπάρχουν παρενέργειες από την χρήση των φαρμάκων. Οι επισκέψεις ανά τακτά χρονικά διαστήματα βοηθούν τον γιατρό να αποκτήσει μία ολοκληρωμένη εικόνα της κατάστασης, του καπνιστικού προφίλ του ασθενή, να παρακολουθεί τους βιοδείκτες της χρήσης καπνού και να αποτρέπει τις υποτροπές. Οι επισκέψεις αυτές προσφέρουν άμεση στήριξη, καθώς ο γιατρός μπορεί να παρέμβει τη σωστή στιγμή, σε περίπτωση που ο καπνιστής έχει αποθαρρυνθεί. Η πιο σημαντική επίσκεψη είναι η πρώτη που προγραμματίζεται αμέσως μετά την ημερομηνία της διακοπής του καπνίσματος.

Οι περισσότεροι ειδικοί συνιστούν η ημερομηνία διακοπής του καπνίσματος να προγραμματιστεί τη δεύτερη βδομάδα από την έναρξη της θεραπείας. Ωστόσο, ανάλογα με την εμπειρία του γιατρού και το προφίλ του καπνιστή, ο γιατρός μπορεί να ορίσει διαφορετικά την ημερομηνία διακοπής, για παράδειγμα στις 3 ή στις 6 εβδομάδες, ανάλογα με την περίπτωση.

Η τελευταία συνάντηση της θεραπείας λαμβάνει χώρα, όταν ολοκληρωθεί η θεραπεία, συνήθως δύο με τρεις μήνες από την αρχική συνάντηση και στοχεύει κυρίως στην αξιολόγηση της αποχής από το κάπνισμα, ως αποτέλεσμα της θεραπείας. Σε αυτή τη συνάντηση, θα πρέπει να αξιολογηθεί ξανά κλινικά και βιολογικά, το καπνιστικό προφίλ. Θα πρέπει επίσης να αξιολογηθεί η όρεξη για κάπνισμα, καθώς και ο τρόπος που αντιμετωπίζει ο ασθενής τις δυσκολίες που σχετίζονται με το κάπνισμα. Παράλληλα, θα πρέπει να ελεγχθούν και τα στερητικά συμπτώματα της φαρμακοθεραπείας. Όσοι ασθενείς έχουν διακόψει το κάπνισμα θα πρέπει να λαμβάνουν συμβουλευτική με στόχο τη διατήρηση της αποχής και την πρόληψη υποτροπής. Για τους ασθενείς που δεν έχουν καταφέρει να διακόψουν το κάπνισμα, θα πρέπει να εκτιμηθεί εκ νέου η κατάστασή τους και να επαναπρογραμματίσουν μία άλλη ημερομηνία έναρξης για την διακοπή του καπνίσματος.

Η εξειδικευμένη ατομική παρέμβαση διακοπής του καπνίσματος είναι η πλέον συνιστώμενη μορφή θεραπείας για την εξάρτηση από την νικοτίνη. Ένα εντατικό πρόγραμμα με εβδομαδιαίες συνεδρίες,

προσωπική συμβουλευτική και φαρμακοθεραπεία, μπορεί να αυξήσει τα ποσοστά διακοπής των κινητοποιημένων καπνιστών να προσπαθήσουν να διακόψουν το κάπνισμα. Ωστόσο, καθώς η νικοτίνη είναι μια εξαιρετικά εθιστική ουσία, το υψηλότερο ποσοστό διακοπής ενός έτους, που αναμένεται, είναι 25% με 40%.⁷

Όπως προκύπτει από την υπάρχουσα βιβλιογραφία, οι υπηρεσίες διακοπής του καπνίσματος έχουν υψηλό κόστος-όφελος. Από δεδομένα των κλινικών διακοπής του καπνίσματος του Εθνικού συστήματος Υγείας του Ηνωμένου Βασιλείου (NHS) και διαθέσιμες ελεγχόμενες κλινικές δοκιμές είναι σαφές το γεγονός ότι οι καπνιστές που λαμβάνουν υποστήριξη από εξειδικευμένες κλινικές, μέσω υποστηρικτικών συνεδριών με θεραπεία ομάδων και με συνδυασμό χρήσης υποκατάστατων νικοτίνης ή βαρενικλίνης, είναι πιο πιθανό να πετύχουν τη διακοπή καπνίσματος, από αυτούς τους καπνιστές που λαμβάνουν θεραπεία στην πρωτοβάθμια φροντίδα ή από αυτούς που κάνουν μόνο ατομική θεραπεία και θεραπεία υποκατάσταση νικοτίνης.³⁰

Βιβλιογραφία

1. World Health Organization (WHO), Framework Convention on Tobacco Control. Geneva: WHO; 2003.
2. West R., McNeill A., Britton J., Bauld L., Raw M., Hajek P., Arnott D., Jarvis M., Stapleton J., Should smokers be offered assistance with stopping? *Addiction* 2011;105:1867-1869.
3. Ferguson J., Bauld L., Chesterman J., Judge K. The English smoking treatment services: one-year outcomes, *Addiction* 2005;100:59-69.
4. Bala M., Strzeszynski L., Cahill K. Mass media interventions for smoking cessation in adults, *Cochrane Database Systematic Review* 2013; Issue 6. Art. No. CD004704. doi:10.1002/14651858.CD004704.pub3.
5. Norway's National Strategy for Tobacco Control 2006-2010, The Norwegian Ministry of Health and Care Services.
6. 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.
7. Gratziau C., Tonnesen P. Smoking cessation and prevention, *Eur Respir Mon*, 2006;38:242-257.
8. Gratziau C., Review of current smoking cessation guidelines, *Eur. Respir. Mon.*, 2008; 42: 35-43.
9. Stead L., Buitrago D., Preciado N., Sanchez G., Hartmann-Boyce J., Lancaster T., Physician advice for smoking cessation. *Cochrane Database Systematic Review* 2013, Issue 4. Art. No.: CD000165. DOI: 10.1002/14651858.CD000165.pub4.
10. CDC: Cigarette smoking among adults—United States, 1995. *MMWR*

Morb Mortal Wkly Rep 1997;46:1217-20.

11. 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.
12. Hughes JR, Gulliver SB, Fenwick JW, et al. Smoking cessation among self-quitters. Health Psychol. 1992; 11:331-34.
13. 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.
14. 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.
15. 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.
16. Lindson-Hawley N, Thompson TP, Begh R. Motivational interviewing for smoking cessation, Cochrane Database of Systematic Reviews 2015, Issue 3. Art. No. CD006936. DOI: 10.1002/14651858.CD006936.pub3.
17. Larabee LC. To what extent do smokers plan quit attempts? Tob Control 2005;14: 425-428.
18. West R, Sohal T., 'Catastrophic' pathways to smoking cessation: findings from national survey. BMJ 2006;332:458-460.
19. Fagerstrom K.O., Assessment of the patient, in Smoking Cessation European Respiratory Monograph, 2008;42:44-50. ISSN 1025448x.
20. 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.
21. 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.
22. Stead LF, Koilpillai P, Fanshawe TR, Lancaster T. Combined pharmacotherapy and behavioural interventions for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2016, Issue 3. Art. No.: CD008286. DOI: 10.1002/14651858.CD008286.pub3.
23. Etter JF, Duc TV, Perneger TV, Saliva cotinine levels in smokers and non-smokers, Am J Epidemiology 2000; 151: 251-258.
24. Fiore MC, McCarthy DE, Jackson TC, et al. Integrating smoking cessation treatment into primary care: an effectiveness study, Prev. Med. 2004;38:412-20.
25. 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.]
26. Fagerstrom K.O., How to communicate with the smoking patient, Eur. Respir. Mon 2008, 42, 57-60.
27. Lindholm C, Adsit R, Bain P, et al. A demonstration project for using the electronic health record to identify and treat tobacco users, WML

010;109:335-40.

28. 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;100:1012-20.
29. 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.
30. Stop Smoking Wales Annual Report 2010-2011, Stop Smoking Wales Editorial Group, 15/08/2011, www.stop.smoking@wales.nhs.uk

4.2 Συμπεριφορική Συμβουλευτική

Σε αυτό το υποκεφάλαιο, εξετάζουμε τα στοιχεία που σχετίζονται με τη συμπεριφορική συμβουλευτική για τη διακοπή του καπνίσματος. Παρακάτω αναλύονται δύο αποτελεσματικά είδη συμβουλευτικής: η γνωσιακή συμπεριφορική συμβουλευτική και η συνέντευξη κινητοποίησης.

4.2.1 Ψυχολογική υποστήριξη για τη διακοπή του καπνίσματος

Εκτός από τη φαρμακοθεραπεία και τη συμβουλευτική, ο ασθενής που θέλει να διακόψει το κάπνισμα μπορεί να επωφεληθεί και από ψυχολογική υποστήριξη, εάν είναι απαραίτητο. Κάθε καπνιστής θα πρέπει να ενθαρρύνεται να κάνει μόνος του προσπάθεια διακοπής του καπνίσματος. Εάν η προσπάθεια αποτύχει, ή ο καπνιστής αισθανθεί ότι δεν είναι σε θέση να διακόψει το κάπνισμα, τότε οι τεχνικές ψυχοθεραπείας μπορούν να τον βοηθήσουν.

Τα βασικά συστατικά της θεραπείας προέρχονται από τη συμπεριφορική θεραπεία. Δεν υπάρχουν αρκετά στοιχεία για να αποδείξουν την αποτελεσματικότητα των ψυχοδυναμικών παρεμβάσεων, λόγω της έλλειψης ελεγχόμενων κλινικών δοκιμών. Τα προγράμματα διακοπής καπνίσματος είναι βασισμένα στη υπόθεση ότι η ψυχολογική εξάρτηση προκύπτει από συγκεκριμένες συνθήκες, οι γνωστικές διαδικασίες, οι προσωπικές αξίες που είναι παράγοντες που οδηγούν στην διατήρηση της καπνιστικής συνήθειας. Τέτοια προγράμματα συνδυάζουν ψυχολογική στήριξη και τεχνικές κινητοποίησης με συμπεριφορικο-θεραπευτικά στοιχεία. Οι παρεμβάσεις αυτές μπορούν να παρέχονται είτε μέσω θεραπείας σε ομάδα είτε στην ατομική θεραπεία. Ένα δημοφιλές μοντέλο είναι η ομάδα διακοπής καπνίσματος αποτελούμενη από

6 έως 12 ασθενείς, που παρακολουθούν 6 έως 10 συνεδρίες διάρκειας 90 λεπτών ή 120 λεπτών η κάθε μία.¹

Η ψυχολογική υποστήριξη πραγματοποιείται με μία συστηματική και τυποποιημένη προσέγγιση. Ξεκινάει με την αξιολόγηση των ψυχολογικών χαρακτηριστικών του ασθενή και βοηθά των ασθενή να αξιολογήσει τα προσωπικά πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα, καθώς και την επιρροή που έχει η εξάρτηση πό την νικοτίνη στη ζωή του. (Πίνακας 4.1, Πίνακας 4.2).

Στη συνέχεια, το περιεχόμενο της γραπτής ανάλυσης, συζητείται με τους ειδικούς, όσον αφορά στα μειονεκτήματα και πλεονεκτήματα, έτσι ώστε να καταλήξουν στα θετικά αποτελέσματα της διακοπής. Θα πρέπει να δοθεί έμφαση στα θετικά επιτεύγματα και συνιστάται να ενδυναμώνεται η αυτοπεποίθηση του ασθενή. Ο γιατρός σε συνεργασία με τον ασθενή σχεδιάζουν ένα εξατομικευμένο πλάνο θεραπείας διακοπής του καπνίσματος. Το επόμενο βήμα είναι ο ορισμός της ημερομηνίας διακοπής. Από εκείνη την ημέρα και μετά, ο ασθενής δεν θα πρέπει να έχει τσιγάρα μαζί του, ούτε στην τσέπη του, ή στην τσάντα του, ούτε στη βαλίτσα του ή στο σπίτι κλπ. Κάτι τέτοιο είναι πολύ σημαντικό καθώς, όπως είναι επιστημονικά γνωστό, η ανάγκη για κάπνισμα διαρκεί περίπου επτά λεπτά και στη συνέχεια, ακόμα και αν η ανάγκη για κάπνισμα παραμένει, σταδιακά μειώνεται και εκδηλώνεται σε πιο ανεκτά επίπεδα. Εάν λοιπόν ο ασθενής δεν έχει τσιγάρα μαζί του, μέχρι να βρεί, τα σημαντικά αυτά επτά λεπτά θα περάσουν και έτσι θα είναι σε θέση να αντιμετωπίσει αυτή τη δύσκολη κατάσταση πιο εύκολα.¹

Πρίν την ημερομηνία διακοπής και εάν ο ασθενής καπνίζει ακόμα,

Πίνακας 4.1: Ο ασθενής αναλύει τον εαυτό του

Η εξάρτηση από την νικοτίνη, μου δημιουργεί:	
Βραχυπρόθεσμα και μακροπρόθεσμα πλεονεκτήματα	Βραχυπρόθεσμα και μακροπρόθεσμα μειονεκτήματα

Πίνακας 4.2: Ο ασθενής προβλέπει πως η εξάρτηση από την νικοτίνη θα επηρεάσει τους στόχους που θέλει να πετύχει

Σε πέντε χρόνια από τώρα, θα είμαι ... χρονών	
Τι θα ήθελα να είμαι και να κάνω;	Τι θα συμβεί εάν δεν διακόψω το κάπνισμα;

αλλά έχει ήδη ξεκινήσει φαρμακοθεραπεία, συνιστώνται οι ακόλουθες ενέργειες:

- Να ανακοινώσει σε όλους τους φίλους, στην οικογένεια και σε άλλους κοντινούς του ανθρώπους ότι προσπαθεί να διακόψει το κάπνισμα.
- Να γράψει σε ένα χαρτί τους λόγους για τους οποίους επιθυμεί να διακόψει το κάπνισμα και να το κολλήσει σε ένα σημείο όπου θα το βλέπει συχνά, για παράδειγμα στο ψυγείο, στον υπολογιστή κλπ.
- Να προσδιορίσει με ποιον τρόπο μπορεί να αντικαταστήσει την κίνηση που κάνει με τα τσιγάρα. Αυτό μπορεί να το κάνει με ένα ποτήρι νερό, τσάι καφέ κλπ., πίνοντας λίγο, λίγο. Μπορεί ακόμη να χρησιμοποιήσει μπάλες αντι-στρες, να μασήσει τσίχλα, μπισκότα ή καρότα κλπ.
- Να ορίσει ένα άτομο υποστήριξης που μπορεί να του τηλεφωνεί όταν νιώθει ότι μπορεί να υποτροπιάσει και να καπνίσει.

Πίνακας 4.3: Χαρακτηριστικά στοιχεία για την ενίσχυση της θεραπείας και υποστηρικτικές παρεμβάσεις

Στοιχεία θεραπείας	Παραδείγματα
Ενθαρρύνετε τον ασθενή να κάνει προσπάθεια διακοπής	- Να επισημάνετε ότι υπάρχουν διαθέσιμες αποτελεσματικές θεραπείες για την εξάρτηση από την νικοτίνη και ότι οι μισοί από τους ανθρώπους που κάπνιζαν στο παρελθόν πλέον το έχουν διακόψει. - Δείξτε εμπιστοσύνη στην ικανότητα του ασθενή να διακόψει το κάπνισμα.
Εκδηλώστε το ενδιαφέρον και την ανησυχία σας	- Ρωτήστε τον ασθενή πως αισθάνεται με την ιδέα της διακοπής του καπνίσματος. - Εκφράστε άμεσα την ανησυχία σας και την προθυμία σας να τον βοηθήσετε. - Ρωτήστε τον ασθενή για τους φόβους του και την αμφιβολία του για τη διακοπή καπνίσματος.
Ενθαρρύνετε τον ασθενή να μιλήσει για τη διαδικασία διακοπής	- Ρωτήστε τους λόγους για τους οποίους ο ασθενής επιθυμεί να διακόψει, ανησυχίες σχετικά με τη διακοπή, δυσκολίες και τυχόν επιτυχίες

- Να σκεφτεί έναν τρόπο αντιμετώπισης της έντονης επιθυμίας για κάπνισμα για παράδειγμα έναν περίπατο.
- Να αλλάξει τις καθημερινές του συνήθειες-ρουτίνες ή πράγματα που σχετίζονται με τον χρόνο και τον χώρο που συνήθιζε να κάπνιζει.^{1,2,3}

Βλέπε πίνακα 4.3.

Συστάσεις

- Η ψυχολογική υποστήριξη για τη διακοπή καπνίσματος θα πρέπει να ενσωματωθεί στην ιατρική περίθαλψη των ασθενών που είναι εξισμενοί στη νικοτίνη. (Επίπεδο εμπιστοσύνης Α).

Βιβλιογραφία

1. Batra A. Treatment of Tobacco dependence, Deutsches Ärzteblatt International | Dtsch Arztebl Int. 2011;108(33):555–64.
2. Sullivan et al., State of the Art Reviews: Smoking Cessation: A Review of Treatment Considerations, American Journal of Lifestyle Medicine, 2007;1:201-213.
3. Aubin H.J., Dupont P., Lagrue G. – How to quit smoking-recommendations, treatment methods, Tei Publishing House, Bucureşti 2003.

4.2.2 Γνωσιακή συμπεριφοριστική θεραπεία (Cognitive-behavioural therapy, CBT)

Οι αρχές της CBT

Οι αρχές της CBT είναι οι εξής: σχέση συνεργασίας μεταξύ γιατρού και ασθενή, αποφυγή συγκρούσεων, ενεργητική ακρόαση, το οποίο σημαίνει επαναδιατύπωση αυτών που λέει ο ασθενής, εκτίμηση επιτυχίας, εκτίμηση του οφέλους που προκύπτει από την διακοπή του καπνίσματος.

Η θεραπεία αυτή στοχεύει στην αλλαγή ακατάλληλων συμπεριφορών και στην προσπάθεια υιοθέτησης νέων. Η εφαρμογή της θεραπείας CBT στη διακοπή του καπνίσματος βοηθάει τους καπνιστές να αντιλαμβάνονται την καπνιστική τους συμπεριφορά και να αξιολογούν τον εαυτό τους, δεδομένου ότι το κάπνισμα είναι μία επικτήκη συμπεριφορά, η οποία διατηρείται μέσω της εξάρτησης και επηρεάζεται συνεχώς από περιβαλλοντικά ερεθίσματα.¹ Η τεχνική αυτή που αρχικά αναπτύχθηκε για την αντιμετώπιση του άγχους και της κατάθλιψης, στοχεύει να αλλάξει τους τρόπους με

τους οποίους ο ασθενής σκέφτεται και αισθάνεται για το κάπνισμα. Επιπλέον, προσφέρει ενθάρρυνση, συμβουλές και τρόπους για την διαχείριση της επιθυμίας για κάπνισμα.²

Μέσω της συμβουλευτικής, ο ασθενής επίσης αποκτά γνώση των εμποδίων που θα συναντήσει στην προσπάθεια διακοπής και επιπλέον του παρέχεται ενθάρρυνση να χρησιμοποιήσει συγκεκριμένες στρατηγικές για να αντιμετωπίσει την επιθυμία του για κάπνισμα και να το αποφύγει. Ο γιατρός θα πρέπει να προειδοποιήσει και να συμβουλέψει τον ασθενή σχετικά με τους κινδύνους που ελλοχεύουν σε προκλήσεις σχετικά με τη διακοπή, όπως για παράδειγμα η ζωή με έναν καπνιστή, η υπερβολική χρήση αλκοόλ και ο φόβος αύξησης του σωματικού βάρους. Το άτομο λοιπόν που παρέχει την συμβουλευτική θα πρέπει να δείχνει ενσυναίσθηση και να είναι υποστηρικτικό και όχι συγκρουσιακό με τον κάπνιστη.¹ Η συμβουλευτική συνεχίζει να μην εφαρμόζεται επαρκώς στην καθημερινή κλινική πρακτική και βασικός στόχος είναι να αυξηθεί η χρήση της είτε σε συνεδρίες πρόσωπο με πρόσωπο, είτε μέσω τηλεφωνικής γραμμής στήριξης για την διακοπή του καπνίσματος.³

Μέσω της θεραπείας CBT ο καπνιστής μαθαίνει τεχνικές για την αντιμετώπιση των δύσκολων καταστάσεων που μπορεί να αντιμετωπίσει και τον βοηθάει ψυχολογικά και συμπεριφορικά να διακόψει τελείως το κάπνισμα. Τα στοιχεία δείχνουν ότι δεν είναι δυνατόν να εφαρμοστεί το ίδιο πρότυπο παροχής συμβουλευτικής σε όλους τους ασθενείς. Κάποια γνωστικο-συμπεριφορικά μοντέλα σχετίζονται με συγκεκριμένες θεραπευτικές στρατηγικές, ενώ σε καμία μελέτη δεν υπάρχει συσχέτιση με ομάδα ελέγχου. Η γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία συμβάλλει στην αύξηση της αποχής από το κάπνισμα, μέσω της αξιολόγησης των κινήτρων, της αμοιβαίας εμπιστοσύνης και κατανόησης γιατρού-ασθενή και της αξιολόγησης της εξάρτησης από την νικοτίνη (ανάλυση των λόγων που οι ασθενείς νιώθουν την επιθυμία να καπνίσουν όπως και του μηχανισμού εξάρτησης από την νικοτίνη). Οι περισσότεροι καπνιστές δεν γνωρίζουν πλήρως τι συμβαίνει στον εγκέφαλό τους όταν καπνίζουν και ποιοι είναι οι λόγοι για τους οποίους είναι δύσκολο να διακόψουν το κάπνισμα, ακόμη και στην περίπτωση που είναι αρκετά κινητοποιημένοι να διακόψουν. Η συζήτηση με έναν ειδικό για τον τρόπο που η νικοτίνη επιδρά στον ανθρώπινο εγκέφαλο και τον τρόπο με τον οποίο δημιουργείται η εξάρτηση από την νικοτίνη αυξάνει την επιθυμία του ασθενή να διακόψει το κάπνισμα.^{4,5,6} Η

παρέμβαση επιτρέπει τη σε βάθος ανάλυση των ανησυχιών και των φόβων των ασθενών και δίνει την ευκαιρία στον γιατρό και τον ασθενή να σχεδιάσουν μαζί την κατάλληλη θεραπεία.

Η αποτελεσματικότητα της CBT

Μία μετα-ανάλυση 64 κλινικών μελετών σχετικά με την αποτελεσματικότητα και τα εκτιμώμενα ποσοστά αποχής από το κάπνισμα έδειξε στατιστικά σημαντική αύξηση των ποσοστών αποχής με τη συμβουλευτική και τις συμπεριφορικές θεραπείες στις εξής κατηγορίες: (1) παροχή πρακτικής συμβουλευτικής, όπως προβλήματα-λύσεις/δεξιότητες, διαχείριση στρες, (2) παροχή υποστήριξης κατά την επαφή με τον γιατρό (κοινωνική υποστήριξη), (3) παρεμβάσεις για την αύξηση της κοινωνικής υποστήριξης από περιβάλλον του καπνιστή (επιπλέον θεραπεία για την κοινωνική υποστήριξη, και (4) ενεργοποίηση διαδικασιών που αποσπούν την πρόσοχή από το κάπνισμα (γρήγορο κάπνισμα).⁷ Βλέπε πίνακα 4.4.

Πώς να διαχειριστείτε τον εθισμό στην νικοτίνη

Οι επιτυχημένες παρεμβάσεις διακοπής του καπνίσματος θα πρέπει να εμποδίζουν την αλληλεπίδραση παραγόντων που ενδεχομένως να βοηθούν στη συνέχιση της χρήσης καπνού και αποτελούν εμπόδια στη διακοπή, όπως προσωπικοί, οικογενειακοί, κοινωνικοί, οικονομικοί, φαρμακευτικοί και συμπεριφορικοί παράγοντες. Εάν η πολυπλοκότητα αυτής της κατάστασης δεν λαμβάνεται υπόψη, μερικές φορές ο ασθενής δυσκολεύεται να επιτύχει μία μακροχρόνια αποχή και η διαδικασία αυτή μπορεί να διαρκέσει χρόνια ή και δεκαετίες. Έτσι, εκτός από τη φυσική και την ψυχολογική εξάρτηση, θα πρέπει να αντιμετωπίζεται και η συμπεριφορική εξάρτηση, καθώς σε μερικούς καπνιστές μπορεί να αποτελεί σοβαρό εμπόδιο στη διαδικασία διακοπής. Αναγνωρίζεται ευρέως το γεγονός ότι το κάπνισμα αποτελεί πρωταρχική εκδήλωση του εθισμού στην νικοτίνη και ότι οι καπνιστές προσλαμβάνουν διαφορετικά τη νικοτίνη, καθώς ρυθμίζουν εκείνοι πόσο καπνό θα εισπνεύσουν και πόση δόση νικοτίνης θα προσληφθεί.

Συστάσεις

- Η θεραπεία CBT θα πρέπει να περιλαμβάνεται στον σχεδιασμό όλων των ιατρικών παρεμβάσεων για διακοπή του καπνίσματος, ως μία αποτελεσματική μέθοδος η οποία συμβάλλει στην

Πίνακας 4.4 Πρακτικές συμβουλευτικής (προβλήματα-λύσεις/ ανάπτυξη δεξιοτήτων)

Στοιχεία θεραπείας	Παραδείγματα
Αναγνωρίστε επίφοβες καταστάσεις - Εντοπίστε καταστάσεις ή δραστηριότητες που αυξάνουν τον κίνδυνο καπνίσματος ή υποτροπής.	Αρνητικά συναισθήματα και άγχος. Το να βρίσκεται ο ασθενής σε ένα περιβάλλον καπνιστών. Κατανάλωση αλκοόλ. Επιθυμία για κάπνισμα. Διαθεσιμότητα τσιγάρων.
Ανάπτυξη δεξιοτήτων Αντιμετώπισης της επιθυμίας για κάπνισμα – Έυρεση και εξάσκηση πρακτικών και δεξιοτήτων αντιμετώπισης της επιθυμίας για κάπνισμα. Συνήθως, οι δεξιότητες αυτές προορίζονται για την αντιμετώπιση επίφοβων καταστάσεων.	Μάθετε να αποφεύγετε και να προβλέπετε τους πειρασμούς και τις επίφοβες καταστάσεις. Μάθετε γνωσιακές στρατηγικές, οι οποίες θα μειώσουν την αρνητική διάθεση. Κάντε αλλαγή στη ζωή σας για να μειώσετε το άγχος, βελτιώστε την ποιότητα ζωής και μειώστε την έκθεση σας στο παθητικό κάπνισμα. Μάθετε γνωστικές και συμπεριφορικές δεξιότητες για να αντιμετωπίσετε την επιθυμία για το κάπνισμα (π.χ. απόσπαση προσοχής, αλλαγή ρουτίνας).
Παρέχετε βασικές πληροφορίες σχετικά με το κάπνισμα και την επιτυχή διακοπή του	Το γεγονός ότι ακόμη και ένα τσιγάρο αυξάνει την πιθανότητα υποτροπής. Τα συμπτώματα στέρσης συνήθως κορυφώνονται μία με δύο εβδομάδες μετά τη διακοπή, αλλά μπορεί να επιμείνουν για μήνες. Τα συμπτώματα αυτά περιλαμβάνουν αρνητική διάθεση, επιθυμία για κάπνισμα, δυσκολία συγκέντρωσης. Επεξήγηση της εθιστικής φύσης του καπνίσματος.

- επιτυχία διακοπής καπνίσματος (Επίπεδο εμπιστοσύνης Β).
- Δύο τύποι συμβουλευτικής και συμπεριφορικής θεραπείας οδηγούν σε υψηλότερα ποσοστά αποχής: (1) παροχή πρακτικών

συμβουλών στους καπνιστές (δεξιότητες για επίλυση προβλημάτων) και (2) παροχή υποστήριξης ως μέρος της θεραπείας (Επίπεδο εμπιστοσύνης B).

- Αυτά τα στοιχεία συμβουλευτικής θα πρέπει να συμπεριληφθούν στις παρεμβάσεις διακοπής καπνίσματος (Επίπεδο εμπιστοσύνης B).

Βιβλιογραφία

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;18:305-311.
2. West R., New Approaches to Smoking Cessation, http://www.ttmed.com/respiratory/print.cfm? ID_Dis=8&ID_ Cou=23&ID_Art=159816/09/2006
3. Fiore M.C., Baker T.B., Treating Smokers in the Health Care Setting, *N Engl J Med*. 2011;365:1222-31.
4. Martinet Y., Bohadana A., Wirth N., Spinosa A., Le traitement de la dependance au tabac, *Guide Pratique* 2009.
5. 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:S1-S19.
6. NICE advice on the best way to quit smoking February 2008 National Institute for Clinical and Health Excellence, www.nice.org.uk.
7. Lancaster T, Stead LF. Individual behavioral counselling for smoking cessation. *Cochrane Database Systematic Review* 2005, Issue 2. Art. No: CD001292. DOI: 10.1002/14651858.CD001292.pub2.

4.2.3 Συνέντευξη κινητοποίησης (Motivational Interviewing)

Η δημιουργία κινήτρων είναι απαραίτητο στοιχείο ώστε ένας καπνιστής να μπει στην διαδικασία διακόψει το κάπνισμα. Για αυτό το λόγο, είναι σημαντικοί οι μέθοδοι ενίσχυσης κινήτρων για την κινητοποίηση του ασθενούς.

Τι είναι η συνέντευξη κινητοποίησης;

Η συνέντευξη κινητοποίησης είναι μία μέθοδος που αναπτύχθηκε από τον Αμερικανό ψυχολόγο William R. Miller τη δεκαετία του 1980 καθώς θεράπευε ασθενείς με προβλήματα κατάχρησης. Ο Miller κατέδειξε ότι η ενεργητική ακρόαση μπορούσε να μειώσει την πρόσληψη αλκοόλ των ασθενών. Μελέτες επίσης έχουν δείξει ότι η αντίσταση και η άρνηση για αλλαγή είναι φαινόμενα που προκύπτουν συχνά στην σχέση μεταξύ του ασθενούς και

έκκεινου που διενεργεί την συμβουλευτική. Το πρώτο βιβλίο για τη συνέντευξη κινητοποίησης του Miller σε συνεργασία με τον Stephen Rollnick, έναν ψυχολόγο από το Ηνωμένο Βασίλειο δημοσιεύτηκε το 1991.¹ Ο Rollnick αργότερα ανέπτυξε μικρότερες εκδοχές της συνέντευξης κινητοποίησης κατάλληλες για δομές υγείας. Συγκεκριμένα, αυτή η μέθοδος έχει στόχο να προσφέρει στους ενδιαφερόμενους ασθενείς, πληροφορίες για την υγεία σε σχέση με μία συγκεκριμένη εξάρτηση και να προκαλέσει ενδιαφέρον για αλλαγή συμπεριφοράς σχετικά με την εξάρτηση αυτή. Η συνέντευξη κινητοποίησης εφαρμόζεται σε πολλές χώρες για όσους χρειάζονται βελτίωση διατροφής και άσκησης. Επιπλέον, χρησιμοποιείται ευρέως για προβλήματα τζόγου και ως θεραπεία συμμόρφωσης στο σωφρονιστικό σύστημα.

Η συνέντευξη κινητοποίησης περιγράφει τι μπορείτε εσείς ως σύμβουλος να κάνετε έτσι ώστε να αυξήσετε την πιθανότητα ο ασθενής σας να επιτύχει την αλλαγή συμπεριφοράς που επιθυμεί. Βασίζεται στη βελτίωση της κατανόησης του συμβούλου καθώς και στον τρόπο με τον οποίο επικοινωνεί και συνδέεται καλύτερα με τον ασθενή. Η συνέντευξη κινητοποίησης δεν ταυτίζεται με μια επιθετική συγκρουσιακή προσέγγιση. Αντιθέτως, προσπαθεί να κατευθύνει τους ανθρώπους στην αλλαγή της συμπεριφοράς τους, βοηθώντας τους να χτίσουν την αυτοπεποίθησή τους.¹

- Ο σύμβουλος ενεργεί ως συνεργάτης και βλέπει τον εαυτό του ως ισότιμο.
- Ο σύμβουλος αναζητά και προκαλεί τις σκέψεις και τις ιδέες του ασθενή σχετικά με την καπνιστική του συμπεριφορά και τον τρόπο με τον οποίο μπορεί να την αλλάξει
- Ο σύμβουλος δείχνει σεβασμό στην αυτονομία του ασθενή και το δικαίωμά του να παίρνει μόνος του αποφάσεις.

Βασικές αρχές της Συνέντευξης Κινητοποίησης¹

- **Ενσυναίσθηση.** Ο σύμβουλος δείχνει ξεκάθαρα στον ασθενή το ενδιαφέρον του. Αυτό γίνεται μέσα από τις αντανακλάσεις και τις περιλήψεις.
- **Επισήμανση ασυμφωνιών.** Ο σύμβουλος βοηθά τον ασθενή να κατανοήσει το χάσμα μεταξύ των παρόντων καταστάσεων και των στόχων και αξιών του ασθενή. Η κατανόηση των μεγάλων διαφορών αποτελεί κινητήρια δύναμη για την αλλαγή της συμπεριφοράς του ασθενούς, υπό την προϋπόθεση ότι έχει τη δυνατότητα να αλλάξει.

- *Αποφυγή συγκρούσεων.* Η λεγόμενη αντίσταση είναι σεβαστή ως ένα φυσικό σημάδι άγχους και φόβου για αλλαγή. Εάν ο σύμβουλος διαπληκτιστεί με τον ασθενή λόγω της αντίστασης που θα προβάλει τότε εκείνη θα αυξηθεί. Ο σύμβουλος πρέπει να αποδεχτεί την αντίσταση και να προσπαθήσει να αποτρέψει τέτοιες καταστάσεις.
- *Ενίσχυση αυτοπεποίθησης του ασθενούς.* Ο σύμβουλος βοηθά τον ασθενή να έχει εμπιστοσύνη στον εαυτό του και του δείχνει και ο ίδιος εμπιστοσύνη στην ικανότητα του να αλλάξει. Ο σύμβουλος δείχνει ότι εκτιμάει τις προσπάθειές του ασθενούς.

Μερικά σημαντικά χαρακτηριστικά της Συνέντευξη Κινητοποίησης

- *Ζητήστε την άδεια.* Μία συζήτηση για το κάπνισμα σπάνια εκλαμβάνεται ως προσβλητική αλλά είναι πάντα καλό να ζητάμε την άδεια για να το συζητήσουμε.
- *Αμφιθυμία.* Η αμφιθυμία είναι ένα φυσιολογικό στάδιο καθώς ο ασθενής οδεύει προς την αλλαγή. Είναι όμως γεγονός ότι όπως κάθε αλλαγή έτσι και η διακοπή του καπνίσματος, έχει πλεονεκτήματα και δυσκολίες. Συστήνεται ωστόσο, ο σύμβουλος να επικεντρώνεται στο να βοηθήσει τον ασθενή να αναδείξει τους λόγους που τον ωθούν στο να επιθυμεί να διακόψει.
- *Διατυπώστε ερωτήσεις ανοικτού τύπου.* Κλειστού τύπου ερωτήσεις είναι εκείνες που δύναται να απαντηθούν με ένα ναι ή ένα όχι. Οι ερωτήσεις ανοικτού τύπου από την άλλη ενεργοποιούν την σκέψη του ασθενούς καθώς απαιτούν περισσότερη επεξεργασία και μεγαλύτερες απαντήσεις.
- *Συζήτηση για την αλλαγή.* Ένα σημαντικό στοιχείο κατά την διάρκεια της συνεδρίας, είναι ο σύμβουλος να προσπαθήσει να «πιαστεί» από λέξεις ή φράσεις του ασθενούς και να ξεκινήσει την συζήτηση για την αλλαγή στην συμπεριφορά.
- *Επιβεβαιώστε την θετική συζήτηση και συμπεριφορά του ασθενούς.* Ο ασθενής θα είναι πιο έτοιμος για αλλαγή εάν τα θετικά σημάδια στον λόγο ή σκέψεις του για την ικανότητα του να αλλάξει συμπεριφορά, αναγνωριστούν και επιβεβαιώθουν από τον σύμβουλο κατά την διάρκεια της συζήτησης
- *Αντανάκλαση αυτού που ακούτε και βλέπετε.* Στη βάση της, η αντανάκλαση είναι η εικασία του συμβούλου πάνω σε αυτά που λέει και ενδεχομένως σκέφτεται ο ασθενής. Οι αντανάκλασεις δεν επιβεβαιώνουν σε καμία περίπτωση ότι ο σύμβουλος

συμφωνεί με τα λόγια του ασθενούς. Αποτελούν απλά μια επιβεβαίωση για τον ασθενή ότι ο σύμβουλος τον παρακολουθεί με προσοχή και επιπλέον βοηθούν τον ασθενή να κατανοήσει σε μεγαλύτερο βαθμό αυτά που ο ίδιος λέει.

- *Περίληψη όσων έχουν ειπωθεί.* Η περίληψη είναι μία μορφή αντανάκλαστικού λόγου. Οι περιλήψεις υπενθυμίζουν στον ασθενή ποια ήταν τα σημαντικά σημεία της συζήτησης, το σχέδιο δράσης και ποιοι είναι οι σημαντικότεροι λόγοι του ασθενή ώστε να οδηγηθεί στην διακοπή. Οι περιλήψεις είναι χρήσιμες για δύο λόγους. Εάν ο ασθενής επιβραδύνει τον λόγο του ή σταματήσει να μιλάει, οι περιλήψεις μπορεί να αποτελέσουν την γέφυρα μεταξύ του συμβούλου και του ασθενούς έτσι ώστε να συνεχιστεί η συζήτηση. Επιπλέον, οι περιλήψεις υπενθυμίζουν στον ασθενή τι έχει πει και τον βοηθούν να κάνει σύνδεση των δηλώσεών του.

Συνέντευξη κινητοποίησης στην καθημερινή κλινική πρακτική

Η συνέντευξη κινητοποίησης διαφέρει από την παραδοσιακή συμβουλευτική στην ιατρική πράξη με πολλούς τρόπους. Η συνέντευξη κινητοποίησης μειώνει την εξουσία του «ειδικού με την άσπρη ρόμπα» που μιλάει στον ασθενή και του λέει τι να κάνει. Η συνέντευξη κινητοποίησης θα πρέπει να αποτελεί έναν «χορό» μεταξύ του συμβούλου και του ασθενή, όπου κρατούν ο ένας τον άλλον και ακολουθούν ο ένας τα βήματα του άλλου στην πίστα. Μερικοί επαγγελματίες υγείας έχουν ένα φυσικό ταλέντο να μιλούν με τον ασθενή με έναν μη επικριτικό και κατανοητό τρόπο και να διεξάγουν με ευκολία μια συνέντευξη κινητοποίησης. Πιο συχνά, ωστόσο, οι επαγγελματίες υγείας επανέρχονται στις παλιές τους συνήθειες και ξεκινούν να επιβάλλουν στον ασθενή τι πρέπει να κάνει. Ως εκ τούτου, προκειμένου ένας επαγγελματίας υγείας να εξελίξει τις ικανότητες του στην συνέντευξη κινητοποίησης χρειάζεται πολύ εκπαίδευση και επαναληπτικές εκπαιδεύσεις από ειδικούς για την καλύτερη εμπάθωση στο συγκεκριμένο πεδίο. Για να γίνει η συνέντευξη κινητοποίησης πιο προσιτή και εύχρηστη έχει αναπτυχθεί μία απλούστερη εκδοχή που ονομάζεται σύντομη συμβουλευτική.

Σύντομη συμβουλευτική. Η σύντομη συμβουλευτική του ασθενούς είναι μία συντομευμένη και απλοποιημένη εκδοχή της συνέντευξης κινητοποίησης προκειμένου να χρησιμοποιείται σε ιατρεία με μεγάλο φόρτο εργασίας.² Η ταχεία αυτή παρέμβαση αποτελείται από ένα

σύνολο ερωτήσεων. Η κλίμακα VAS μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να μετρήσει τον βαθμό κινητοποίησης του ασθενούς. Η χρήση της όμως δεν είναι απαραίτητη, καθώς παρόμοιες αξιολογήσεις μπορούν να γίνουν προφορικά.

Η σημασία της αλλαγής. Ερώτηση 1: Σε μια κλίμακα από το 1 έως το 10, Πόσο σημαντικό είναι για σένα να διακόψεις το κάπνισμα αυτή τη στιγμή (1 = καθόλου σημαντικό, 10 = πολύ σημαντικό). Η απάντηση στην συγκεκριμένη ερώτηση είναι αυτή που θα καθορίσει τη συζήτηση που θα ακολουθήσει. Ο σύμβουλος μπορεί να «προκαλέσει» τον ασθενή λέγοντάς του «Ωραία, εγώ θα φανταζόμουν έναν μικρότερο αριθμό». Αυτό συχνά οδηγεί σε μία συζήτηση όπου ο ασθενής παίρνει τα νήια και πείθει τον σύμβουλο ότι η υπόθεση που έκανε ήταν λάθος και επιπλέον οδηγεί την συζήτηση στους λόγους για τους οποίους ο ασθενής επιθυμεί να διακόψει και όχι σε αυτούς που τον κάνουν να διστάζει.

Αυτοπεποίθηση του ασθενούς. Το επίπεδο της αυτοπεποίθησης του ασθενούς ως προς την επιτυχημένη διακοπή του καπνίσματος εξαρτάται από πολλούς παράγοντες όπως οι επιτυχίες ή τις αποτυχίες προηγούμενων προσπαθειών, τα αποτελέσματα προσπαθειών άλλων ανθρώπων από το κοντινό περιβάλλον, οι γνώσεις γύρω από το θέμα της διακοπής και την υποστήριξη που λαμβάνει ο ασθενής από το στενό οικογενειακό και φιλικό περιβάλλον του. Ο ασθενής και πάλι, αξιολογεί από το 1 έως το 10 τις πιθανότητες επιτυχίας που έχει για να διακόψει το κάπνισμα. Εάν ο ασθενής τις βαθμολογήσει πάνω από 1, ο σύμβουλος θα πρέπει να ρωτήσει γιατί δεν επέλεξε μικρότερο αριθμό από αυτόν που διάλεξε. Σκοπός είναι ο ασθενής μέσω της ενδοσκόπησης να κινητοποιηθεί. Όσο καλύτερα γίνει αυτή η κινητοποίηση, τόσο πιο ισχυρή είναι η εμπιστοσύνη που θα αποκτήσει ο ασθενής στον εαυτό. Περισσότερη «συζήτηση αλλαγής» μπορεί να προκληθεί ρωτώντας: «Τι θα ήταν αυτό που θα αύξανε τις πιθανότητες σας για διακοπή;» Η θέληση και η ικανότητα για αλλαγή συμπεριφοράς είναι δυο διαφορετικές αν και σχετικές πτυχές των κινήτρων, τα όρια των οποίων δεν είναι εύκολα διακριτά. Για μερικούς ασθενείς μπορεί να είναι πιο εύκολο να καθορίσουν τι δεν θέλουν, από το να παραδεχτούν ότι δεν έχουν εμπιστοσύνη στον εαυτό τους. Για άλλους μπορεί να είναι το αντίθετο («θέλω, αλλά δεν θα λειτουργήσει»). Είναι σημαντικό ο σύμβουλος να είναι σε θέση να καταλάβει τι σημαίνει στην πραγματικότητα να είσαι στην θέση του εκάστοτε ασθενούς.

Τεκμηρίωση της αποτελεσματικότητας

Σε μια ανασκόπηση στην βάση δεδομένων Cochrane από το 2015, καταγράφηκαν 28 μελέτες δημοσιευμένες από το 1997 έως το 2014, που συμπεριέλαβαν πάνω από 16.000 καπνιστές και έγινε σύγκριση μεταξύ της αποτελεσματικότητας της συνέντευξης κινητοποίησης και της σύντομης συμβουλευτικής.³ Οι κλινικές δοκιμές που μελετήθηκαν περιελάμβαναν μία με έξι συνεδρίες που κυμαίνονταν σε διάρκεια από 10 έως 60 λεπτά. Η μετα-ανάλυση κατέδειξε ότι η συνέντευξη κινητοποίησης παρουσίαζε μία μικρή αλλά σημαντική αύξηση στη διακοπή καπνίσματος σε σχέση με τη συμβουλευτική και τη συνήθη φροντίδα (RR 1.26; 95% CI 1.16 to 1.36). Η ανάλυση σε υπο-ομάδες έδειξε ότι η συνέντευξη κινητοποίησης ήταν αποτελεσματική όταν πραγματοποιούνταν από γιατρούς πρωτοβάθμιας περίθαλψης (RR 3.49; 95% CI 1.53 to 7.94) και από σύμβουλους (RR 1.25; 95% CI 1.15 to 1.63), και όταν οι συνεδρίες ήταν μεγαλύτερες σε διάρκεια (περισσότερο από 20 λεπτά η συνεδρία) (RR 1.69; 95% CI 1.34 to 2.12). Πολλαπλές συνεδρίες μπορεί να είναι ελαφρώς πιο αποτελεσματικές από ότι μια μόνο συνεδρία, αλλά και οι δύο προσεγγίσεις παρουσιάζουν θετικά αποτελέσματα. Δεν υπάρχουν αρκετές αποδείξεις προς το παρόν σχετικά με τον βέλτιστο αριθμό συνεδριών εξακολουθητικής παρακολούθησης (follow-up). Τα υπάρχοντα αποτελέσματα είναι μέτριας ποιότητας και οποιαδήποτε επιφυλακτικότητα είναι δικαιολογημένη λόγω των ετερογενών χαρακτηριστικών της μελέτης.

Υπάρχει έλλειψη επιστημονικών στοιχείων για την σύντομη συμβουλευτική, αλλά οι επαγγελματίες υγείας αναφέρουν ότι η μέθοδος είναι χρήσιμη στην καθημερινή κλινική πρακτική ενός πολυάσχολου ιατρού και κάνει τις συζητήσεις για αλλαγή συμπεριφοράς πολύ πιο χαλαρές.

Συστάσεις

- Η συνέντευξη κινητοποίησης ή οι παραλλαγές της, χρησιμοποιούνται ευρέως ως τεχνικές παροχής συμβουλευτικής και μπορεί να είναι αποτελεσματικές για τη παροχή βοήθειας σε ασθενείς που επιθυμούν να διακόψουν το κάπνισμα (Επίπεδο εμπιστοσύνης Β).

Βιβλιογραφία

1. Miller, W.R., and Rollnick, S. Motivational Interviewing: Preparing People for Change, 2nd ed. New York: Guilford Press. 2002.

2. 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;11:69.
3. Nicola Lindson-Hawley, Tom P Thompson, Rachna Begh. Motivational interviewing for smoking cessation, Cochrane Database of Systematic Reviews 2015, Issue 3. Art. No.: CD006936. DOI: 10.1002/14651858.CD006936.pub3.

4.2.4 Τρόποι παροχής θεραπείας διακοπής του καπνίσματος

Έχουν δοκιμαστεί διάφοροι τρόποι παροχής θεραπείας για την διακοπή του καπνίσματος συμπεριλαμβανομένης της ατομικής συμβουλευτικής, της συμβουλευτικής δια μέσω τηλεφώνου, της συμβουλευτικής σε ομάδες, της θεραπείας μέσω διαδικτύου και των οδηγιών αυτό-βοήθειας των καπνιστών.

4.2.4.1 Ατομική συμβουλευτική θεραπεία για την διακοπή του καπνίσματος

Μία μετα-ανάλυση 30 μελετών έδειξε ότι η ατομική συμβουλευτική είναι πιο αποτελεσματική από την απλή παροχή συμβουλών για την διακοπή του καπνίσματος (13.9% v. 10.8%, RR = 1.39, CI 1.24–1.57).¹ Επιπλέον, σύμφωνα με μία μετα-ανάλυση 35 τυχαιοποιημένων μελετών, τα ποσοστά αποχής αυξήθηκαν σημαντικά με τη συμβουλευτική θεραπεία: περίπου 14% για συμβουλευτική διάρκειας 1 με 3 λεπτά, 19% για συμβουλευτική διάρκειας 4 με 30 λεπτά και 27% για συμβουλευτική διάρκειας 31 με 90 λεπτά, σε αντίθεση με 11% χωρίς συμβουλευτική. Θα πρέπει να σημειωθεί ότι, ορισμένες μελέτες, η συμβουλευτική συνοδευόταν από την χρήση φαρμακοθεραπείας και έτσι η αγωγή ενδεχομένως συνέβαλε στα ποσοστά επιτυχίας. Η επιτυχημένη συμβουλευτική ενισχύει το κίνητρο για διακοπή του καπνίσματος με το να προσωποποιεί ο ασθενής το κόστος και τους κινδύνους της χρήσης καπνού (όσον αφορά την υγεία του αλλά και την οικονομική και οικογενειακή του κατάσταση). Τέλος, υπάρχει σημαντική σχέση μεταξύ της εντατικής συμβουλευτικής (σε σχέση τόσο με τη διάρκεια και τον αριθμό των συνεδριών) και της αποχής από το κάπνισμα.

4.2.4.2 Ομαδική συμβουλευτική για την διακοπή του καπνίσματος

Η ομαδική συμβουλευτική για την διακοπή του καπνίσματος

περιλαμβάνει προγραμματισμένες συναντήσεις, όπου ομάδες ατόμων που καπνίζουν λαμβάνουν πληροφορίες, συμβουλές, ενθάρρυνση και κάποια μορφή συμπεριφορικής παρέμβασης (π.χ. γνωσιακή συμπεριφοριστική θεραπεία).² Η θεραπεία αυτή προσφέρεται εβδομαδιαία τουλάχιστον τις πρώτες τέσσερις εβδομάδες της προσπάθειας διακοπής (δηλ. για τέσσερις εβδομάδες μετά την ημερομηνία διακοπής) Κανονικά, η ομαδική συμβουλευτική για την διακοπή του καπνίσματος θα πρέπει να συνδυάζεται με φαρμακοθεραπεία.

Υπάρχουν δύο τρόποι για την προσέγγιση της ομαδικής συμβουλευτικής για την διακοπή του καπνίσματος. Ένας σχολαστικός τρόπος, με τους επαγγελματίες υγείας να παίρνουν το ρόλο του δασκάλου και να παρέχουν πληροφορίες για το πώς θα πετύχουν τη διακοπή καπνίσματος και τη διατήρηση της αποχής. Η άλλη αναζητά αμοιβαία στήριξη μεταξύ των μελών της ομάδας, προκειμένου να επιτευχθεί η αποχή.

Μία ανασκόπηση από την Cochrane Collaboration βρήκε 16 μελέτες που συνέκριναν ένα ομαδικό πρόγραμμα αυτοβοήθειας.³ Υπήρξε μία αύξηση στη διακοπή του καπνίσματος με τη χρήση ενός ομαδικού προγράμματος (OR 1.98; 95% CI 1.60–2.46). Δεν υπήρξε καμία απόδειξη ότι η ομαδική θεραπεία ήταν πιο αποτελεσματική από την ατομική συμβουλευτική παρόμοιας έντασης. Περιορισμένα στοιχεία βρήκαν ότι σε αντίθεση με την ομαδική θεραπεία, άλλες μορφές θεραπείας, όπως συμβουλές από έναν επαγγελματία υγείας ή θεραπεία υποκατάσταση νικοτίνης είχαν κάποια επιπλέον οφέλη. Δεδομένα από μία μελέτη με συνεντεύξεις από επαγγελματίες υγείας και καπνιστές σε τρεις διαφορετικές υπηρεσίες διακοπής του καπνίσματος (εξειδικευμένες ομάδες, επαγγελματίες υγείας της κοινότητας και συνδυασμός και των δύο), έδειξαν ότι η δομή της υπηρεσίας, η μέθοδος υποστήριξης, οι επαγγελματίες υγείας που εμπλέκονται και η φαρμακοθεραπεία, όλοι παίζουν ρόλο στην επιτυχημένη διακοπή του καπνίσματος.⁴ Η ομάδα υποστήριξης είχε τα υψηλότερα ποσοστά διακοπής (64.3% για κλειστές ομάδες v. 42.6% για την ατομική υποστήριξη). Οι υπηρεσίες πρέπει να είναι προσαρμοσμένες ώστε να υποστηρίζουν ατομικές ανάγκες, ανάλογα με τις επιλογές/επιθυμίες των ασθενών, και να έχουν ποικίλες υπηρεσίες συμπεριλαμβανομένης της ομαδικής παροχής συμβουλευτικής.⁴

Πολυάριθμα προγράμματα διακοπής του καπνίσματος περιλαμβάνουν ομαδικές στρατηγικές βασισμένες σε μεθόδους

με εκπαιδευτική διαδραστικότητα και καλύτερη πρόσβαση σε θεραπεία και ψυχολογική υποστήριξη. Μία καλά δοκιμασμένη ομαδική θεραπεία περιλαμβάνει περίπου πέντε συνεδρίες μίας ώρας μέσα σε έναν μήνα και με επισκέψεις επαναξιολόγησης (follow-up). Η εντατική υποστήριξη θα πρέπει να περιλαμβάνει την παρότρυνση και ενθάρρυνση για χρήση φαρμακοθεραπείας (ανάλογα με την περίπτωση) και σαφείς συμβουλές και οδηγίες για τη χρησιμοποίησή της.⁵ Η ομαδική θεραπεία θα πρέπει να γίνεται από ειδικά εκπαιδευμένους συμβούλους, οι οποίοι θα είναι σε θέση να βοηθήσουν τα άτομα να αλληλεπιδράσουν μεταξύ τους, έτσι ώστε να μοιραστούν τους φόβους τους για τα συμπτώματα στέρησης και τα εμπόδια, αλλά την ίδια στιγμή και να μάθουν από τη συλλογική εμπειρία. Κάτι τέτοιο μπορεί να λάβει χώρα με εβδομαδιαίες συνεδρίες και με τη βοήθεια προσωπικού (νοσηλευτές, ψυχολόγοι κ.α.). Σε κάθε περίπτωση, η ομαδική θεραπεία, είναι μία προσέγγιση που μπορεί να θεωρηθεί ως εναλλακτική λύση για εκείνους τους ασθενείς, οι οποίοι επικοινωνούν καλύτερα σε ομάδα, αλλά εάν υπάρχει η δυνατότητα μπορεί να ενσωματωθεί στην ατομική θεραπεία, προκειμένου να παγιωθεί η θεραπευτική παρέμβαση. Συνιστάται να προσφέρεται ατομική παρέμβαση (δηλαδή πρόσωπο με πρόσωπο) και παρέμβαση ομάδας για να ταιριάζει και να ικανοποιεί όλους τους ασθενείς, οι οποίοι θα πρέπει να εξετάζονται για τυχόν ψυχικές διαταραχές. Κριτήρια αποκλεισμού για την ομαδική θεραπεία θα μπορούσαν να είναι οι διαταραχές προσωπικότητας ή συγκεκριμένα ψυχοπαθολογικά χαρακτηριστικά (π.χ. ναρκισσιστική ή ιστριονική διαταραχή, άγχος, κοινωνική φοβία, συμπεριφορές χειραγώγησης, σχιζοφρενική συμπεριφορά ή πολύ-προβληματικές περιπτώσεις όπως η χρήση πολλαπλών εξαρτήσεων). Τα πιο διαδεδομένα μοντέλα ομαδικής θεραπείας περιλαμβάνουν συνήθως 5-10 συνεδρίες σε διάστημα δύο – τριών μηνών.

Συστάσεις:

- Η ομαδική θεραπεία είναι αποτελεσματική στη διακοπή καπνίσματος. Η ένταξη κοινωνικής υποστήριξης σε μία παρέμβαση ομάδας και τα στοιχεία γνωσιακο-συμπεριφοριστικής θεραπείας δεν επηρεάζουν την αποτελεσματικότητα της. (Επίπεδο τεκμηρίωσης Α)
- Η αποτελεσματικότητα της ομαδικής θεραπείας είναι παρόμοια με την ατομική συμβουλευτική και ο ασθενής μπορεί να

διαλέξει εάν επιθυμεί ομαδική ή ατομική θεραπεία. (Επίπεδο τεκμηρίωσης Β).

Βιβλιογραφία

1. Lancaster T, Stead LF. Individual behavioral counseling for smoking cessation. Cochrane Database Systematic Review 2005, Issue 2. Art. No: CD001292. DOI: 10.1002/14651858.CD001292.pub2.
2. www.nice.org.uk/page.aspx?o=404427
3. Stead LF, Lancaster T. Group behavior therapy programmes for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2005, Issue 2. Art. No.: CD001007. DOI: 10.1002/14651858.CD001007.pub2.
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.
5. Stop Smoking Wales Annual Report 2010-2011, Stop Smoking Wales Editorial Group, 15/08/2011. www.stop.smoking@wales.nhs.uk

4.2.4.3 Τηλεφωνική υποστήριξη και γραμμές διακοπής καπνίσματος

Σε πολλές χώρες, υπάρχει μία δωρεάν τηλεφωνική υπηρεσία, γνωστή ως «Γραμμή Βοήθειας για την διακοπή του καπνίσματος. Οι ασθενείς που καλούν αυτό τον αριθμό λαμβάνουν πληροφορίες σχετικά με την πρόσβαση στα τοπικά κέντρα διακοπής του καπνίσματος και τους δίνονται συμβουλές για το πώς να διακόψουν το κάπνισμα με ελάχιστη ή πλήρη συμβουλευτική.¹ Η γνωσιακή συμπεριφοριστική θεραπεία μέσω τηλεφώνου αν και είναι πιο ευέλικτη, έχει παρόμοια δομή με την παραδοσιακή πρόσωπο με πρόσωπο συμβουλευτική.

Ένα σημαντικό πλεονέκτημα που έχουν οι γραμμές διακοπής καπνίσματος είναι η προσβασιμότητά τους. Η τηλεφωνική συμβουλευτική εξαλείφει πολλά από τα εμπόδια που έχει η παραδοσιακή διακοπή του καπνίσματος σε ομάδες όπως, το να περιμένεις να δημιουργηθεί μία ομάδα ή η ανάγκη μετακίνησης για να παρευρεθεί κάποιος. Τα ραντεβού μπορούν να κανονιστούν τις ώρες που βολεύουν τον ασθενή, συμπεριλαμβανομένου του μεσημεριανού γεύματος, το απόγευμα ή το Σάββατο. Οι συμμετέχοντες μπορούν να διαλέξουν να καλέσουν είτε από το σπίτι τους, είτε από το κινητό τους τηλέφωνο και τους προσφέρεται τηλεφωνική υποστήριξη, που θα τους καθοδηγήσει να θέσουν σε εφαρμογή στρατηγικές διακοπής και να κάνουν θετικές αλλαγές στην

καθημερινή τους ζωή. Οι τηλεφωνικές συνεδρίες διαρκούν 20-25 λεπτά, είναι όμως ευέλικτες και προσαρμόζονται στις ατομικές ανάγκες των ασθενών.² Οι γραμμές διακοπής καπνίσματος είναι ιδιαίτερα χρήσιμες για τους ανθρώπους που έχουν προβλήματα κινητικότητας και για εκείνους που ζουν σε αγροτικές ή απομακρυσμένες περιοχές. Λόγω του σχεδόν ανώνυμου χαρακτήρα, στις τηλεφωνικές υπηρεσίες μπορούν να απευθυνθούν και όσοι δεν επιθυμούν την ομαδική θεραπεία.

Οι γραμμές διακοπής του καπνίσματος προσφέρουν επίσης, προληπτικές τηλεφωνικές συνεδρίες, όπου τουλάχιστον κάποιες από αυτές πραγματοποιούνται με πρωτοβουλία του επαγγελματία υγείας, καθώς και συμβουλευτική επαναπαρακολούθησης.

Οι τυχαιοποιημένες κλινικές δοκιμές έχουν αποδείξει την αποτελεσματικότητα των τηλεφωνικών υπηρεσιών διακοπής καπνίσματος.^{3,4} Μία μετα-ανάλυση με 70 μελέτες της Cochrane διαπίστωσε ότι η λήψη πολλαπλών προληπτικών κλήσεων αυξάνει τα ποσοστά αποχής από το κάπνισμα (RR 1.37, 95% CI 1.26, 1.50).⁴ Τουλάχιστον δύο κλήσεις φαίνεται να σχετίζονται με αυξημένα ποσοστά διακοπής καπνίσματος. Δεν είναι σαφές εάν η αύξηση του αριθμού των κλήσεων θα αυξήσει και τα ποσοστά διακοπής. Οι τηλεφωνικές γραμμές διακοπής καπνίσματος που ανταποκρίνονται μόνο σε άμεσα αιτήματα, έχει αποδειχθεί ότι είναι αποτελεσματικές (RR 1.27, 95%CI 1.20, 1.36).

Οι έρευνες δείχνουν ότι οι γραμμές διακοπής του καπνίσματος έχουν τη δυνατότητα όχι μόνο να παρέχουν αποτελεσματική βοήθεια για όσους τη ζητάνε, αλλά και μπορούν να βοηθήσουν στην αύξηση της διακοπής καπνίσματος ανάμεσα στους καπνιστές. Είναι ένας καλός τρόπος, να γνωρίζουν οι καπνιστές ότι υπάρχει διαθέσιμη βοήθεια.⁴

Συστάσεις:

- Από στοιχεία προκύπτει ότι η ενεργητική τηλεφωνική συμβουλευτική είναι μια αποτελεσματική παρέμβαση για την διακοπή του καπνίσματος (επίπεδο τεκμηρίωσης A)
- Ένα ελάχιστο όριο δυο συνεδριών είναι σημαντικό για να αυξηθεί τα επίπεδα διακοπής. Δεν είναι ακόμα ξεκάθαρο, αν υπάρχει καλύτερο αποτέλεσμα από την αύξηση των τηλεφωνικών κλήσεων σε περισσότερες απο δυο (επίπεδο τεκμηρίωσης B)

Βιβλιογραφία

1. NHS guided self help talking therapies, www.nice.org.uk/PH010
2. Centers for Disease Control and Prevention. Telephone Quit lines: 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.
3. 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;103(12):922-41.
4. Stead LF, Hartmann-Boyce J, Perera R, Lancaster T. Telephone counselling for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 8. Art. No.: CD002850. DOI: 10.1002/14651858.CD002850.pub3.

4.2.4.4 Υλικό αυτό-βοήθειας

Η κατηγορία αυτή περιλαμβάνει: βιβλία, φυλλάδια, εγχειρίδια, ηλεκτρονικό υλικό, τηλεφωνικές γραμμές υποστήριξης, ηλεκτρονικά προγράμματα διακοπής καπνίσματος κ.α. Οι παρεμβάσεις αυτό-βοήθειας περιλαμβάνουν οποιοδήποτε εγχειρίδιο ή πρόγραμμα που χρησιμοποιείται από ένα ασθενή στην προσπάθεια του να διακόψει το κάπνισμα χωρίς βοήθεια από επαγγελματίες υγείας, συμβούλους ή υποστήριξη ομάδας».²

Παρακάτω, παρατίθεται ένα σύντομο επεξηγηματικό φυλλάδιο που προορίζεται για καπνιστές, που τους βοηθάει να εξοικειωθούν με τις βασικές έννοιες για τη χρήση καπνού και την εξάρτηση από την νικοτίνη.

Παραδείγματα με πληροφορίες και ερωτήσεις για υλικά αυτό-βοήθειας

Γιατί χρησιμοποιείτε καπνό;

- Ποιος είναι λοιπόν ο λόγος που συνεχίζουν να καπνίζουν, παρά τις τόσες προσπάθειες διακοπής καπνίσματος με σκοπό την μείωση της νοσηρότητας και θνησιμότητας;
- Μπορούμε να συμπεράνουμε ότι οι καπνιστές δεν ενδιαφέρονται για την υγεία τους ή σκέφτονται «αυτή η βλαβερή επίδραση δεν θα συμβεί σε εμένα»;
- Δεν είναι ικανοί να συνειδητοποιήσουν τις βλαβερές συνέπειες που αναγράφονται στα εκπαιδευτικά υλικά; Ή είναι κάτι άλλο που τους κάνει αδύναμους απέναντι στη διακοπή καπνίσματος

παρά το γεγονός ότι γνωρίζουν τους κινδύνους;

- Θα μπορούσε αυτό να οφείλεται στις πολύπλοκες ψυχο-συμπεριφορικές και σωματικές αλλαγές που γίνονται από μία χημική ουσία που εμπριέχεται στον καπνό; Είναι σαφές ότι είναι αυτό;.^{3,4}

Εξάρτηση από την νικοτίνη

- Η ένταση της εξάρτησης από τη νικοτίνη είναι πολύ υψηλή, υψηλότερη ή παρόμοια με της ηρωίνης και της κοκαΐνης και πολύ πιο εθιστική από το αλκοόλ, την κάνναβη ή το LSD και παρόμοιες ναρκωτικές ουσίες.
- Η χρόνια χρήση καπνού, ή με απλά λόγια «το κάπνισμα», έχει αναγνωριστεί από όλους τους ψυχιατρικούς φορείς ως ασθένεια, προκαλώντας σωματική και ψυχολογική εξάρτηση, δηλαδή εξάρτηση από τον καπνό ή την νικοτίνη.
- Τα περισσότερα τσιγάρα δεν καταναλώνονται από επιλογή, αλλά εξ' αιτίας της εξάρτησης από τη νικοτίνη, ένα εξαιρετικά εθιστικό ναρκωτικό που βρίσκεται σε όλα τα προϊόντα καπνού.⁵
- Η χρόνια έκθεση στον καπνό έχει αποδειχθεί ότι προκαλεί ένα ευρύ φάσμα ασθενειών και θάνατο λόγω των τοξινών και των καρκινογόνων ενώσεων που υπάρχουν στον καπνό.
- Η καπνοβιομηχανία χρησιμοποιεί πολλές στρατηγικές για την αύξηση της εξάρτησης από τη νικοτίνη στα προϊόντα καπνού: πρόσθετες ουσίες, γεύσεις, χαρακτηριστικά φίλτρου κλπ.
- Οι καπνοβιομηχανίες επενδύουν συνεχώς σε νέες αγορές με στόχο τις ευάλωτες κατηγορίες δηλαδή τα παιδιά και τους νέους.
- Η καλύτερη μέθοδος ενάντια στην καπνοβιομηχανία είναι να παρέχεις στους ανθρώπους γνώσεις και δεξιότητες που βασίζονται σε επιστημονικά στοιχεία, προκειμένου να αντιμετωπίσουν αυτή την πρόκληση.

Ατομικές επιπτώσεις από τη χρήση καπνού⁶

- Ένας στους δύο καπνιστές θα πεθάνει πρόωρα, εξ 'αιτίας μίας ασθένειας σχετιζόμενης με το κάπνισμα.
- Η χρήση καπνού είναι η κυριότερη αιτία αποτρέψιμων θανάτων.
- Περισσότεροι από τους μισούς αυτούς τους θανάτους συμβαίνουν σε άτομα ηλικίας 35-69 ετών.
- Κάθε μέρα σε όλο τον κόσμο ο αριθμός των θανάτων από το κάπνισμα ισοδυναμεί με τη συντριβή 50 αεροσκαφών.
- Η χρήση καπνού είναι υπαίτια για: το 87% των θανάτων

καρκίνου του πνεύμονα, το 82% της Χρόνιας Αποφρακτικής Πνευμονοπάθειας (ΧΑΠ), το 21% της επίπτωσης της στεφανιαίας νόσου και το 18% των εγκεφαλικών επεισοδίων.

- Η χρήση καπνού έχει δείξει ότι προκαλεί επιπλοκές στην εγκυμοσύνη.
- Η χρήση καπνού προκαλεί άσχημη μυρωδιά τόσο στα μαλλιά όσο και στα ρούχα, κιτρινίζουν τα δόντια, τα νύχια και το δέρμα και καταστρέφονται τα ρούχα.
- Η χρήση καπνού μειώνει την απόδοση στον αθλητισμό.
- Το κάπνισμα είναι μία σημαντική αιτία πυρκαγιών και τυχαίων θανάτων.
- Η χρήση καπνού είναι μία πύλη για τη χρήση άλλων ναρκωτικών και ο εθισμός στο κάπνισμα μπορεί να κάνει ένα άτομο πιο επιρρέπη στο να δοκιμάσει πιο επικίνδυνα ναρκωτικά.

Συνέπειες στην οικογένεια, στους φίλους και στους συναδέλφους των καπνιστών⁶

- Η χρήση καπνού εκθέτει την οικογένεια, τους φίλους και τους συναδέλφους των καπνιστών στο παθητικό κάπνισμα.
- Ο καπνός από το παθητικό κάπνισμα αυξάνει τον κίνδυνο του καρκίνου του πνεύμονα κατά 30%. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα 3.000 επιπλέον κρούσματα καρκίνου του πνεύμονα ετησίως.
- Τα βρέφη και τα παιδιά που εκτίθενται επί χρόνια στο παθητικό κάπνισμα έχουν υψηλό κίνδυνο άσθματος, άλλες ασθένειες του αναπνευστικού, κακοήθειες και άλλα θέματα υγείας. Οι ασθένειες αυτές οδηγούν σε αύξηση των νοσηλείων και των απουσιών από το σχολείο.
- Η έκθεση στον καπνό αυξάνει τον κίνδυνο χαμηλού βάρους γέννησης στα μωρά και το σύνδρομο «αιφνίδιου θανάτου» στα βρέφη.
- Οι παθητικοί καπνιστές είναι πιο πιθανό να έχουν προβλήματα στο αναπνευστικό τους σύστημα και συμπτώματα που συμβάλλουν στην απουσία τους από την εργασία και από άλλες δραστηριότητες.
- Οι σύζυγοι των καπνιστών έχουν υψηλότερο κίνδυνο καρδιακών παθήσεων και καρκίνου των πνευμόνων.

Οφέλη διακοπής καπνίσματος

1. Βραχυπρόθεσμα οφέλη

- Μετά από 20 λεπτά, η αρτηριακή πίεση και οι σφυγμοί

επιστρέφουν σε φυσιολογικό επίπεδο.

- Μετά από 8 ώρες το μονοξείδιο του άνθρακα και τα επίπεδα του οξυγόνου επιστρέφουν σε φυσιολογικό επίπεδο.
- Μετά από 24 ώρες το μονοξείδιο του άνθρακα αποβάλλεται από το σώμα, οι πνεύμονες αρχίζουν να καθαρίζουν από τη βλέννα και τα υπολείμματα καπνού. Οι πιθανότητες μίας καρδιακής προσβολής μειώνεται.
- Μετά από 48 ώρες δεν έχει μείνει καθόλου νικοτίνη στο σώμα, οι νευρικές απολήξεις αρχίζουν να αυξάνονται εκ νέου και η ικανότητα οσμής και γεύσης βελτιώνονται

2. Μακροπρόθεσμα οφέλη

- Βελτίωση της αναπνοής
- Περισσότερη ενέργεια.
- Καλύτερος τόνος δέρματος.
- Μείωση του κινδύνου εμφάνισης ασθενειών σχετιζόμενες με το κάπνισμα, όπως:
 - Καρκίνος του πνεύμονα,
 - Εμφύσημα,
 - Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια (ΧΑΠ),
 - Αιφνίδιος θάνατος από καρδιακή προσβολή,
 - Στεφανιαία Καρδιακή Νόσος
 - Αθηροσκλήρωση (στένωση των αρτηριών)
 - Εγκεφαλικό,
 - Χρόνια Βρογχίτιδα

Προετοιμασία διακοπής

Όσο καλύτερα προετοιμασμένοι είναι ένας ασθενείς να διακόψει το κάπνισμα, τόσο μεγαλύτερη πιθανότητα επιτυχίας έχει.⁶ Μερικές προτάσεις για τους καπνιστές περιλαμβάνουν:

- Δείτε τους θετικούς λόγους για τους οποίους θέλετε να διακόψετε το κάπνισμα.
- Κάντε μία λίστα με τους λόγους, συμπεριλαμβανομένων και των προσωπικών, τα ιατρικά και τα οικονομικά οφέλη και τις υποχρεώσεις σας απέναντι στους άλλους.
- Επαναλάβετε έναν από τους παραπάνω λόγους στον εαυτό σας, αρκετές φορές κάθε πρωί.
- Ξεκινήστε άσκηση μέτριας ρουτίνας. Ξεκουραστείτε και πιείτε πολλά υγρά.
- Ορίστε μία ημερομηνία για διακοπή μέσα στις επόμενες δύο

εβδομάδες.

- Προσδιορίστε τα εμπόδια για τη διακοπή. Τι θα την καταστήσει δύσκολη; Ποιες καταστάσεις θα σας κάνουν να θέλετε να καπνίσετε; Τι μπορείτε να κάνετε για να το αλλάξετε;
- Κάντε μία λίστα με τους ανθρώπους που μπορούν να υποστηρίξουν τις προσπάθειες σας για διακοπή καπνίσματος, όπως οικογένεια, φίλοι και συνάδελφοι. Συζητήστε τα σχέδιά σας μαζί τους.
- Εάν κάποιος από αυτούς είναι καπνιστής, ζητήστε του να μην καπνίζει όταν είστε μαζί ή καλύτερα ζητήστε του να προσπαθήσει και εκείνος να διακόψει το κάπνισμα μαζί σας.
- Καθαρίστε τα μέρη που συνήθως καπνίζατε από οτιδήποτε σας θυμίζει τσιγάρο όπως:
 - αναπτήρες
 - τασάκια
 - σπίρτα.
- Καθαρίστε το σπίτι και το αυτοκίνητό σας. Προσπαθήστε να αφαιρέσετε τη μυρωδιά του καπνού όσο το δυνατόν περισσότερο.
- Κάντε μία λίστα με δραστηριότητες, χόμπι και ενδιαφέροντα που θα κρατήσουν το μυαλό σας μακριά από το κάπνισμα.
- Μάθετε περισσότερα πράγματα για τα συμπτώματα στέρησης και τον τρόπο αντιμετώπισής τους.
- Να είστε προετοιμασμένοι να αντιμετωπίσετε τις δυσκολίες διακοπής. Μάθετε περισσότερα για το «σύνδρομο στέρησης».
- Τα συμπτώματα στέρησης οφείλονται στην ξαφνική διακοπή πρόσληψης νικοτίνης. Τα συμπτώματα μπορούν να εκδηλωθούν από τις πρώτες 4 – 12 ώρες και κάποια από τα συμπτώματα αυτά είναι:
 - Οξεία και ανεξέλεγκτη ανάγκη για κάπνισμα (λαχτάρα);
 - Ευερεθιστότητα
 - Ανησυχία, θυμός και άγχος
 - Κούραση
 - Αυξημένη όρεξη, ιδιαίτερα για γλυκά, αύξηση βάρους
 - Δυσκολία συγκέντρωσης/ κακή μνήμη
 - Κατάθλιψη
 - Πονοκέφαλοι
 - Αϋπνία
 - Ζάλη.

Θεραπείες που βοηθάνε τη διακοπή καπνίσματος

- Τα δύο συστατικά που έχουν αποδειχθεί αποτελεσματικά στη θεραπεία διακοπής του καπνίσματος είναι: η συμβουλευτική και η φαρμακοθεραπεία.
- Η φαρμακευτική θεραπεία είναι ζωτικής σημασίας και περιλαμβάνει μεγάλη ποικιλία φαρμάκων, όπως υποκατάστατα νικοτίνης (τσίχλες, διαδερμικό επίθεμα νικοτίνης, ρινικό σπρέι, συσκευή εισπνοής, υπογλώσσια), αντικαταθλιπτικά, κ.λπ.
- Θα πρέπει να ρωτήσετε το γιατρό ή το φαρμακοποιό σας, ώστε να σας συνταγογραφήσει ή να σας συστήσει φαρμακευτική αγωγή για να διακόψετε το κάπνισμα.
- Ο συνδυασμός διάφορων φαρμακευτικών θεραπειών μπορεί να πραγματοποιηθεί με τη βοήθεια επαγγελματιών υγείας, η διάρκεια μπορεί να επεκταθεί και οι δοσολογίες να ρυθμιστούν ώστε να αποφευχθούν παρενέργειες.
- Έντυπα, αφίσες, φυλλάδια, διάφορα εκπαιδευτικά βιβλία και βιβλία αυτό-βοήθειας ή ηλεκτρονικό υλικό, μαζί με διαδικτυακά εργαλεία ή τηλεφωνικές γραμμές βοήθειας.
- Η γνωσιακή συμπεριφορική θεραπεία είναι μία θεραπευτική μέθοδος που επιχειρεί να αλλάξει το συνηθισμένο τρόπο σκέψης και τον τρόπο που σκέφτεται και αισθάνεται κάποιος για το κάπνισμα και παρέχει ενθάρρυνση και συμβουλές μείωσης και διαχείρισης της επιθυμίας του καπνίσματος.
- Ιδανικά, οι ατομικές στρατηγικές διακοπής του καπνίσματος συνδυάζουν συμβουλές (ίσυσταση για διακοπή καπνίσματος) με φαρμακευτική θεραπεία (βαρενικλίνη, βουπροπιόνη, θεραπεία υποκατάστασης νικοτίνης) μαζί με γνωσιακή συμπεριφορική θεραπεία.

Αποτελεσματικότητα εκπαιδευτικών υλικών

Αρκετές μελέτες αποδεικνύουν την αποτελεσματικότητα των εκπαιδευτικών υλικών που περιλαμβάνουν προγράμματα διακοπής του καπνίσματος.

Σε μία μελέτη συγκρίθηκαν συνολικά 2.000 ενήλικες που χωρίστηκαν σε τέσσερις ομάδες, η πρώτη χρησιμοποίησε ένα εργαλείο αυτό-βοήθειας 13 σελίδων για διακοπή καπνίσματος (ομάδα ελέγχου), η δεύτερη ένα εργαλείο αυτό-βοήθειας 28 σελίδων του Free & Clear (F&C), η τρίτη το εργαλείο F&C και κοινωνική υποστήριξη από οικογένεια και φίλους και η τέταρτη το εργαλείο F&C οδηγίες κοινωνικής υποστήριξης και τέσσερις τηλεφωνικές

Πίνακας 4.5: Μερικές πρακτικές συμβουλές για την αποφυγή του καπνίσματος⁷

ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑΤΑ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΩΝ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ/ ΣΥΜΒΟΥΛΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΠΟΦΥΓΗ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ

- Μάθετε να αρνείστε το πρώτο τσιγάρο!
- Πετάξτε το πακέτο με τα τσιγάρα, τον αναπτήρα και τα σπρίττα σας
- Αλλάξτε την καθημερινότητά σας
- Αποφύγετε να πιείτε καφέ ή τσάι
- Όταν νιώσετε την ανάγκη να καπνίσετε, πιείτε ένα μεγάλο ποτήρι νερό ή χυμό
- Να τρώτε 3-5 γεύματα την ημέρα
- Πρωινό: φυσικούς χυμούς, γαλακτοκομικά προϊόντα, κρέας, αυγά/ να είστε προσεκτικοί με το αναντικατάστατο πρωινό τσιγάρο με τον καφέ!
- Μεσημεριανό και βραδινό: να προτιμάτε ωμά φρούτα και λαχανικά
- Πριν πάτε για ύπνο να πιείτε ένα μεγάλο ποτήρι νερό ή τσάι
- Πρέπει να αποφεύγετε: να τρώτε ανάμεσα στα γεύματα, να τρώτε πολλά γλυκά, καραμέλες, σοκολάτα
- Μην διασάσετε να πίνετε περισσότερα από 2 λίτρα νερό την ημέρα
- Κάντε γυμναστική, περιπάτους στην ύπαιθρο, τεχνικές χαλάρωσης
- Ξεκινήστε ένα καινούργιο άθλημα
- Αποφύγετε να έρθετε σε επαφή με καπνιστές που μπορεί να σας βάλουν σε πειρασμό
- Φυλάξτε τα χρήματα που ξοδεύατε για τα τσιγάρα και αγοράστε στον εαυτό σας ένα δώρο!

κλήσεις από ειδικούς επαγγελματίες υγείας. Η χρήση οδηγών αυτό-βοήθειας και κοινωνικής υποστήριξης από την οικογένεια και τους φίλους δεν βοήθησαν σημαντικά τους καπνιστές να διακόψουν το κάπνισμα σε σύγκριση με τη χρήση του εργαλείου αυτοβοήθειας F&C και τις τέσσερις τηλεφωνικές κλήσεις.⁷

Σε μία μετα-ανάλυση για τον αντίκτυπο των φυλλαδίων αυτό-βοήθειας που είτε χρησιμοποιούνται ως μοναδική παρέμβαση ή με συμβουλευτική, τα φυλλάδια αυτό-βοήθειας δεν ενισχύουν σημαντικά τα ποσοστά αποχής σε σχέση με άλλες παρεμβάσεις όπως

η συμβουλή ενός επαγγελματία υγείας ή η θεραπεία υποκατάστασης νικοτίνης.² Τα υλικά που είναι προσαρμοσμένα φαίνεται να είναι πιο αποτελεσματικά από τα γενικά υλικά.²

Συστάσεις:

- Πρόσβαση των ατόμων που προσπαθούν να διακόψουν, στην πληροφορία.
- Δεν υπάρχει απόδειξη ότι τα υλικά αυτό-βοήθειας έχουν περισσότερα οφέλη από την ελάχιστη παρέμβαση (επίπεδο τεκμηρίωσης B).
- Τα υλικά που είναι προσαρμοσμένα στον καπνιστή είναι πιο αποτελεσματικά από τα γενικά υλικά, ωστόσο ο αντίκτυπος στα ποσοστά διακοπής καπνίσματος είναι μικρός (επίπεδο τεκμηρίωσης B).

Βιβλιογραφία

1. NHS guided self help talking therapies, www.nice.org.uk/PH010
2. Hartmann-Boyce J, Lancaster T, Stead LF. Print-based self-help interventions for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2014, Issue 6. Art. No.: CD001118. DOI: 10.1002/14651858.CD001118.pub3
3. Benowitz NL. Neurobiology of nicotine addiction: implications for smoking cessation treatment. Am J Med. 2008;121:S3-S10.
4. Benowitz NL. Pharmacology of nicotine: addiction, smoking-induced disease and therapeutics, Ann. Rev Pharmacol Toxicol. 2009;49:57-71.
5. Doll R, Peto R, Boreham J, Sutherland I. Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. BMJ 2004;328:1519.
6. ACCP kit (5=1 from M1 chapt BD)
7. 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;59(3):439-

4.2.4.5 Παρεμβάσεις μέσω υπολογιστή/διαδίκτυο

Οι παρεμβάσεις που γίνονται μέσω υπολογιστή ή του διαδικτύου απευθύνονται σε ένα μεγάλο ποσοστό του πληθυσμού των καπνιστών, είναι πιο ελκυστικές σε ειδικές κατηγορίες όπως οι νέοι αλλά και συνάμα πιο οικονομικές. Τέτοιες παρεμβάσεις μπορούν να πραγματοποιηθούν είτε μόνες τους είτε ως συμπληρωματικές. Σε τέτοιου είδους παρεμβάσεις συλλέγονται πληροφορίες για τον ασθενή και με τη βοήθεια αλγόριθμου προσαρμόζεται η παρέμβαση και οι συστάσεις. Οι σύγχρονες εφαρμογές επιτρέπουν πολλαπλές

αλλαγές, συνεχή ανατροφοδότηση, δημιουργία και μορφοποίηση ενός πλάνου διακοπής του καπνίσματος, ενώ υπάρχει η δυνατότητα να αποστέλλονται και μηνύματα τους χρήστες των υπηρεσιών.

Όπως έχει προκύψει από τα αποτελέσματα μίας πληθυσμιακής μελέτης η διενέργεια παρεμβάσεων μέσω ενός προγράμματος βασισμένο σε ηλεκτρονικά μέσα, έχει παρουσιάσει θετικά αποτελέσματα. Μία μελέτη με εφήβους έδειξε επίσης θετικά αποτελέσματα λόγω της εύκολης πρόσβασης, της διαδραστικής παρέμβασης με χρήση υπολογιστή, της παροχής συμβουλών από γιατρό, της σύντομης συμβουλευτικής και των επαναληπτικών τηλεφωνικών συνεδριών.¹

Τέλος, μία πρόσφατη ανασκόπηση κατέληξε στο συμπέρασμα ότι τα προγράμματα διακοπής καπνίσματος στο διαδίκτυο μπορούν να βοηθήσουν στην αύξηση των ποσοστών διακοπής, ωστόσο δεν έχουν τεκμηριωθεί επαρκώς τα ευρύματα και υπάρχει κίνδυνος σφάλματος.² Τα προγράμματα παρέμβασης μέσω διαδικτύου που παρέχουν εξατομικευμένες πληροφορίες και υποστήριξη μπορεί να είναι πιο αποτελεσματικά από μία στατική ιστοσελίδα, ενώ εκείνα που προσφέρουν διαδραστικότητα φαίνεται να είναι πιο αποτελεσματικά. Το διαδίκτυο μπορεί να έχει ένα πρόσθετο πλεονέκτημα όταν χρησιμοποιείται παράλληλα με άλλες παρεμβάσεις όπως η χρήση θεραπείας υποκατάστασης νικοτίνης ή άλλης φαρμακοθεραπείας. Οι καινοτόμες παρεμβάσεις διακοπής του καπνίσματος που παρέχονται μέσω διαδικτύου μπορεί να είναι πιο ελκυστικές για τους νέους και τις γυναίκες που καπνίζουν και λιγότερο ελκυστικές για τους καπνιστές που αναφέρουν κατάθλιψη.³ Για την καλύτερη κατανόηση της αξίας των προγραμμάτων μέσω διαδικτύου απαιτείται περαιτέρω έρευνα.

Συστάσεις:

- Περαιτέρω έρευνα είναι απαραίτητη για την αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων μέσω διαδικτύου.

Βιβλιογραφία

1. NHS guided self help talking therapies, www.nice.org.uk/PH010
2. Civiljak M, Stead LF, Hartmann-Boyce J, Sheikh A, Car J. Internet-based interventions for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 7. Art. No.: CD007078. DOI: 10.1002/14651858.CD007078.pub4
3. Gainsbury S.M., Blaszczynski A. A systematic review of Internet-based therapy for the treatment of addictions, Clinical Psychology Review, 2011;31(3):490-498.

4.3 Φαρμακοθεραπεία για την αντιμετώπιση της εξάρτησης από την νικοτίνη

Δεδομένου ότι το κάπνισμα αποτελεί μία χρόνια ασθένεια, η αντιμετώπιση του επιβάλλει μία πολλαπλή θεραπευτική παρέμβαση, η οποία να περιλαμβάνει και την φαρμακοθεραπεία η οποία είναι ζωτικής σημασίας. Η χρήση της φαρμακοθεραπείας είναι εγκεκριμένη στην πλειοψηφία των Ευρωπαϊκών χωρών, από τους αντίστοιχους εθνικούς ρυθμιστικούς φορείς. Οι δυο τύποι φαρμακοθεραπείας που είναι ενδεδειγμένοι για την διακοπή του καπνίσματος είναι τα φάρμακα πρώτης και δεύτερης γραμμής.

Τα φάρμακα πρώτης γραμμής έχει αποδειχθεί ότι είναι αποτελεσματικά στη διακοπή καπνίσματος, έχουν υψηλό επίπεδο ασφάλειας και έχουν εγκριθεί από τον Ευρωπαϊκό Οργανισμό Φαρμάκων. Τα φάρμακα πρώτης γραμμής πρέπει να είναι η πρώτη επιλογή για οποιονδήποτε επαγγελματία υγείας ασχολείται με την θεραπεία εξάρτησης από την νικοτίνη. Οι τρεις κατηγορίες φαρμάκων που έχουν εγκριθεί έως σήμερα για τη διακοπή καπνίσματος, θεωρούνται θεραπείες πρώτης γραμμής και περιλαμβάνουν: την θεραπεία υποκατάσταση της νικοτίνης, την βαρενικλίνη και την βουπροπιόνη (βλ. Πίνακα 4.4).

Τα φάρμακα δεύτερης γραμμής περιλαμβάνουν τη κυτισίνη που είναι μερικός αγωνιστής των νικοτινικών υποδοχέων (έχει εγκριθεί σε χώρες τις Ανατολικής Ευρώπης), την νορτριπτυλίνη που ανήκει στα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά και την κλονιδίνη που ανήκει στα αντι-υπερτασικά. Τα φάρμακα είναι εγκεκριμένα σε πολλές χώρες για άλλες παθήσεις, αλλά η χρήση τους φαίνεται να έχει αποτέλεσμα και για την διακοπή του καπνίσματος.

Τα φάρμακα δεύτερης γραμμής που συνιστώνται για τη διακοπή του καπνίσματος είναι εκείνα των οποίων έχει αποδειχθεί η αποτελεσματικότητα, αλλά σε μικρότερο βαθμό από τα φάρμακα πρώτης γραμμής, είτε γιατί δεν είναι εγκεκριμένα, είτε γιατί υπάρχουν υποψίες ότι έχουν περισσότερες παρενέργειες από τα φάρμακα πρώτης γραμμής. Γενικά, τα φάρμακα δεύτερης γραμμής συνιστώνται όταν τα φάρμακα πρώτης γραμμής δεν μπορούν να χρησιμοποιηθούν για διάφορους λόγους (έλλειψη αποτελεσματικότητας, παρενέργειες).

Τα τελευταία χρόνια έχει σημειωθεί σημαντική πρόοδος στην

αποτελεσματικότητα των φαρμάκων που χρησιμοποιούνται στη διακοπή καπνίσματος. Για να αυξηθεί η επιτυχία διακοπής μπορεί να χρησιμοποιηθεί ένας συνδυασμός φαρμακολογικών θεραπειών. Κάποιες στρατηγικές όπως η παράταση της διάρκειας της θεραπείας, η προσαρμογή της δόσης για την αποφυγή παρενεργειών και ο συνδυασμός φαρμακευτικής αγωγής, έχει αποδειχθεί ότι αυξάνουν την αποτελεσματικότητα αυτών των θεραπειών.

Αποτελεσματικότητα φαρμάκων πρώτης γραμμής

Μία μετα-ανάλυση με 83 τυχαίοποιημένες κλινικές δοκιμές που εξετάζουν την αποτελεσματικότητα διάφορων φαρμακευτικών αγωγών, σε σχέση με το ποσοστό αποχής από το κάπνισμα στους 6 μήνες μετά τη θεραπεία, έδειξε ότι τα περισσότερα φάρμακα διακοπής του καπνίσματος (επιθέματα νικοτίνης, τσίχλες, δισκία, ρινικό σπρέι, εισπνεόμενο, βουπροπιόνη) διπλασιάζουν τις πιθανότητες για διακοπή από το κάπνισμα (βλ. Πίνακα 4.7).¹ Το ποσοστό αποχής σε διάστημα έξι μηνών μεταξύ των ασθενών λάμβαναν εικονικό φάρμακο ήταν περίπου 14% σε σύγκριση με το 19% ή 26% των ασθενών που ελάμβαναν φαρμακοθεραπεία.

Ο συνδυασμός βαρενικλίνης και θεραπείας υποκατάστασης νικοτίνης (επιθέματα νικοτίνης μαζί με τσίχλα νικοτίνης ή δισκία για περισσότερο από 14 εβδομάδες) συνδέεται με μεγάλα ποσοστά αποχής από το κάπνισμα, 33% και 37% αντίστοιχα.¹ Τα ποσοστά αυτά ήταν πολύ πιο υψηλά από τα ποσοστά αποχής μελετών που περιελάμβαναν την χρήση μονοθεραπείας (π.χ. επιθέματα νικοτίνης). Η μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα των δύο αυτών φαρμακευτικών αγωγών σε σχέση με τα επιθέματα νικοτίνης και τη βουπροπιόνη έχει αποδειχθεί και σε συγκριτικές μελέτες.^{2,3}

Μία δεύτερη πρόσφατη μετα-ανάλυση της Cochrane Collaboration που εξέταζε την αποτελεσματικότητα των φαρμακοθεραπειών στη διακοπή καπνίσματος βρήκε παρόμοια αποτελέσματα.⁴ Με λίγα λόγια ο συνδυασμός θεραπείας υποκατάστασης νικοτίνης (σπρέι ή επιθέματα) και η βαρενικλίνη έχουν την ίδια αποτελεσματικότητα και ξεπερνούν την αποτελεσματικότητα της μονοθεραπείας υποκατάστασης νικοτίνης ή της βουπροπιόνης.

Η φαρμακευτική αγωγή για τη διακοπή καπνίσματος έχει αποδειχθεί ότι είναι αποτελεσματική και στην πραγματική ζωή αλλά και σε καπνιστές με συννοσηρότητα (κατάχρηση ουσιών και κατάθλιψη).^{1,5}

Πίνακας 4.6: Φάρμακοθεραπεία πρώτης γραμμής για τη διακοπή του καπνίσματος (Πηγή: Fiore M.C.)¹

ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΞΑΡΤΗΣΗ ΑΠΟ ΤΗΝ ΝΙΚΟΤΙΝΗ		
ΑΓΩΓΗ	ΔΟΣΗ	ΟΔΗΓΙΕΣ
Βουπροπιόνη	1-3 Μέρες: 150 mg κάθε πρωί; 4 - τελευταία μέρα: 150 mg x 2 ανά ημέρα (τουλάχιστον ανά 8 ώρες)	Ξεκινήστε 1-2 βδομάδες πριν την ημέρα διακοπής Χρήση 2-6 μήνες
Τσίχλα νικοτίνης	2 mg – για ασθενείς που καπνίζουν ≤ 24 τσιγάρα ανά ημέρα 4mg – για ασθενείς που καπνίζουν ≥ 25 τσιγάρα ανά ημέρα Η ομόφωνα συनिστάμενη δόση είναι 8-12 τσίχλες ανά ημέρα	Χρήση έως 12 βδομάδες
Εισπνεόμενο νικοτίνης	Για ασθενείς που καπνίζουν 6-16 τσιγάρα ανά ημέρα ένα φυσιίγιο μπορεί να προσφέρει 4mg νικοτίνης σε 80 εισπνοές	Χρήση έως 6 μήνες; μείωση προς το τέλος
Παστίλιες νικοτίνης	Δόσεις με 1, 2 και 4 mg; Αρχικά, 1 κάθε 1-2 ώρες, μετά μείωση στα 2 mg εάν ο ασθενής καπνίζει 30 λεπτά ή περισσότερα αφού ξυπνήσει και 4 mg εάν ο ασθενής καπνίζει σε λιγότερο από 30 λεπτά αφού ξυπνήσει	Χρήση 3-6 μήνες
Ρινικό σπρέι νικοτίνης	0.5 mg ανά ρουθούνι, αρχικά 1-2 δόσεις ανά ώρα, όριο: 8-40 δόσεις ανά ημέρα	Χρήση 3-6 μήνες
Διαδερμικό επίθεμα νικοτίνης	7, 14, 21 mg ανά 24ωρο (ή 10/15/25 mg/ανα 16ωρο) Εάν ο ασθενής καπνίζει 10 τσιγάρα ανά ημέρα, 21 mg/day για 4 βδομάδες, 14 mg ανά ημέρα για 2 βδομάδες, 7 mg ανά ημέρα για 2 βδομάδες Εάν ο ασθενής καπνίζει <10 τσιγάρα την ημέρα, ξεκινήστε με 14 mg ανά ημέρα για 6 βδομάδες, στη συνέχεια 7 mg ανά ημέρα για 2 εβδομάδες	Χρησιμοποιείστε νέο επίθεμα κάθε πρωί για 8-12 βδομάδες
Βαρενικλίνη	1-3 Μέρες: 0.5 mg κάθε πρωί 4-7 Μέρες: 0.5 mg δύο φορές την ημέρα 8-τέλος: 1mg δύο φορές την ημέρα	Ξεκινήστε 1 βδομάδα πριν την ημερομηνία διακοπής Χρήση 3-6 μήνες
Συνδυασμός θεραπειών – Μόνο ο συνδυασμός της βουπροπιόνης και των διαδερμικών εμπλάστρων νικοτίνης έχει εγκριθεί από την Αμερικανική Υπηρεσία Τροφίμων και Φαρμάκων (FDA) για τη διακοπή του καπνίσματος		
Διαδερμικά επιθέματα νικοτίνης + βουπροπιόνη	Ακολουθήστε τις παραπάνω οδηγίες για κάθε αγωγή	Ακολουθήστε τις παραπάνω οδηγίες για κάθε αγωγή
Διαδερμικά επιθέματα νικοτίνης + εισπνεόμενο Διαδερμικά επιθέματα νικοτίνης + παστίλιες Διαδερμικά επιθέματα νικοτίνης + τσίχλα	Ακολουθήστε τις παραπάνω οδηγίες για κάθε αγωγή	Ακολουθήστε τις παραπάνω οδηγίες για κάθε αγωγή

Πίνακας 4.7: Αποτελεσματικότητα φαρμάκων πρώτης γραμμής για τη διακοπή καπνίσματος

ΦΑΡΜΑΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑ	ΕΚΤΙΜΩΜΕΝΗ OR (95% CI) ΑΠΟΧΗΣ	ΕΚΤΙΜΩΜΕΝΟ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΠΟΧΗΣ (95% CI)
Εικονικό φάρμακο (placebo)	1.0	13.8
Μονοθεραπεία		
Διαδερμικά επιθέματα νικοτίνης	1.9 (1.7 - 2.2)	23.4 (21.3 - 25.8)
Διαδερμικά επιθέματα νικοτίνης υψηλής δόσης	2.3 (1.7 - 3.0)	26.5 (21.3 - 32.5)
Εισπνεόμενα νικοτίνης	2.1 (1.5 - 2.9)	24.8 (19.1 - 31.6)
Τσίχλα νικοτίνης	1.5 (1.2 - 1.7)	19.0 (16.5 - 21.9)
Βουπροπιδόνη	2.0 (1.8 - 2.2)	24.2 (22.2 - 26.4)
Βαρενικλίνη	3.1 (2.5 - 3.8)	33.2 (28.9 - 37.8)
Συνδυασμός φαρμακευτικής αγωγής		
Διαδερμικά επιθέματα νικοτίνης + εισπνεόμενο	2.2 (1.3 - 2.6)	25.8 (17.3 - 36.5)
Διαδερμικά επιθέματα νικοτίνης + τσίχλα	2.6 (2.5 - 5.2)	26.5 (28.6 - 45.3)
Διαδερμικά επιθέματα νικοτίνης + βουπροπιδόνη	2.5 (1.9 - 3.4)	28.9 (23.5 - 25.1)
Διαδερμικά επιθέματα νικοτίνης (μεγάλη διάρκεια; > 14 εβδομάδες) + θεραπεία υποκατάστασης (τσίχλες ή σπρέι)	3.6 (2.5 - 5.2)	36.5 (28.6 - 45.3)

Πηγή: Treating Tobacco Use and Dependence, U.S. Clinical Practice Guideline, 2008 Update.¹

4.3.1. Θεραπεία υποκατάστασης νικοτίνης

4.3.1.1 Ενδείξεις

- Η θεραπεία υποκατάστασης νικοτίνης προτείνεται ως θεραπεία πρώτης γραμμής για τη διακοπή καπνίσματος σε κινητοποιημένους για διακοπή ασθενείς.
- Μπορεί επίσης να χρησιμοποιηθεί για να μειωθεί η χρήση καπνού όταν η διακοπή καπνίσματος δεν είναι δυνατή ή αποδεκτή από τον καπνιστή.

4.3.1.2 Μηχανισμός δράσης

Η νικοτίνη ως ουσία μπορεί να είναι ακριβώς ίδια είτε αυτή μεταφέρεται από το τσιγάρο είτε από την χρήση θεραπείας υποκατάστασης νικοτίνης, εντούτοις ο τρόπος που μεταφέρεται στον εγκέφαλο είναι ριζικά διαφορετικός.

Η θεραπεία υποκατάστασης της νικοτίνης έχει δύο στόχους:

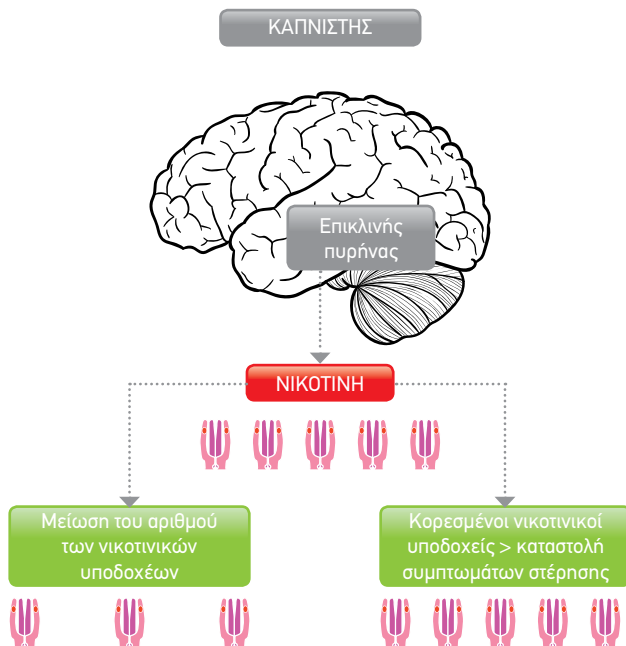
- Την διέγερση των υποδοχέων νικοτίνης για να σταματήσει η επιθυμία για κάπνισμα και τα συμπτώματα στέρησης: η επίδραση είναι άμεση.
- Την μείωση του αριθμού των υποδοχέων νικοτίνης: η μείωση του αριθμού των υποδοχέων νικοτίνης έχει ως αποτέλεσμα να μειώνεται το επίπεδο του εθισμού (Σχήμα 4.3).

Μετά το κάπνισμα ενός τσιγάρου η νικοτίνη φτάνει στον εγκέφαλο του καπνιστή μέσα σε 7 δευτερόλεπτα και τροφοδοτεί τους υποδοχείς της νικοτίνης (Σχήμα 4.4).

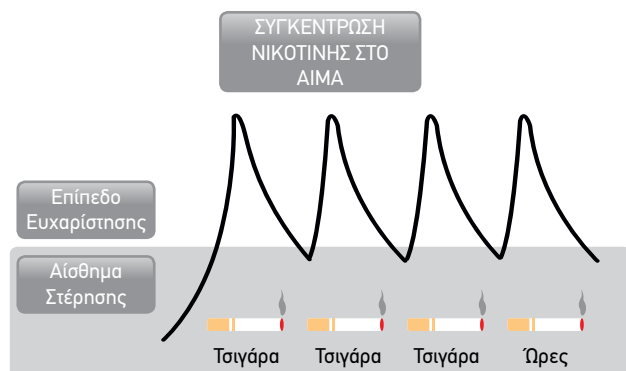
Το συνεχόμενο κάπνισμα οδηγεί στην απευαισθητοποίηση των υποδοχέων νικοτίνης, των οποίων ο αριθμός πολλαπλασιάζεται, αναγκάζοντας τον καπνιστή να αυξάνει συνεχώς τον αριθμό των τσιγάρων που καπνίζει προκειμένου να μπορέσει να διατηρήσει το αίσθημα ευχαρίστησης. Οι καπνιστές έχουν πολύ περισσότερους νικοτινικούς υποδοχείς από τους μη καπνιστές, και αυτό εξηγεί την υψηλή ανοχή και τον εθισμό στη νικοτίνη. Οι υποδοχείς αυτοί είναι τόσοι πολλοί που μπορούν να φανούν με τομογραφία εκπομπής ποζιτρονίων: ένα κέντρο νικοτίνης που φωτίζει την περιοχή του επικλινή πυρήνα και το πρόσθιο κοιλιακό καλυπτικό πεδίο όπου βρίσκονται οι υποδοχείς νικοτίνης.

Μέσω της χρήσης της θεραπείας υποκατάστασης, η νικοτίνη φτάνει στον εγκέφαλο πολύ πιο αργά από ότι με το τσιγάρο. Η θεραπεία υποκατάστασης νικοτίνης διεγείρει τους υποδοχείς της νικοτίνης, μειώνοντας ή εξαλείφοντας την ανάγκη για νικοτίνη, έτσι προοδευτικά παράγονται λιγότεροι υποδοχείς, οι οποίοι μετά από

Σχήμα 4.3: Οι δύο στόχοι της θεραπείας υποκατάστασης της νικοτίνης: μείωση συμπτωμάτων στέρησης (άμεσος στόχος) και μείωση εθισμού μέσω της μείωσης του αριθμού των υποδοχέων νικοτίνης (μακροπρόθεσμος στόχος).



Σχήμα 4.4: Εξέλιξη των επιπέδων νικοτίνης στο αρτηριακό σύστημα με επαναλαμβανόμενη κατανάλωση νικοτίνης



τρεις μήνες χρήσης της θεραπείας θα επανέλθουν στο φυσιολογικό αριθμό. Ωστόσο, διατηρούν τη μνήμη του καπνίσματος και είναι σε θέση να πολλαπλασιαστούν πολύ γρήγορα στην κυτταρική μεμβράνη, αν επανέλθει το κάπνισμα: η εξάρτησή από την νικοτίνη είναι επομένως μία χρόνια υποτροπιάζουσα ασθένεια.

4.3.1.3 Αποτελεσματικότητα της θεραπείας υποκατάστασης νικοτίνης

Όπως και με τη θεραπεία όλων των χρόνιων ασθενειών, η θεραπεία εξάρτησης από την νικοτίνη υπήρξε το αντικείμενο πολλών τυχαιοποιημένων μελετών τα τελευταία 40 χρόνια.

Δύο μεγάλες μετα-αναλύσεις έχουν συνοψίσει τα διαθέσιμα υπάρχοντα στοιχεία όσον αφορά στην αποτελεσματικότητα της θεραπείας υποκατάστασης νικοτίνης για την διακοπή του καπνίσματος. Η πρώτη μετα-ανάλυση διεξήχθη από το U.S. Surgeon General, σε συνεργασία με Michael C. Fiore.¹ Η δεύτερη μετα-ανάλυση που έχει πρόσφατα ανανεωθεί, διεξήχθη από την Cochrane Collaboration.

Η μετα-ανάλυση της Cochrane Collaboration εντόπισε 150 μελέτες με προϊόντα υποκατάστασης νικοτίνης, σε 117 από τις οποίες συμμετείχαν πάνω από 50.000 άτομα και συγκρίθηκαν διαφορετικοί τύποι της θεραπείας υποκατάστασης νικοτίνης, με εικονικό φάρμακο ή ομάδες που δεν έλαβαν θεραπεία υποκατάστασης νικοτίνης.⁶ Ο Σχετικός Κίνδυνος (ΣΚ) της αποχής από όλες τις μορφές θεραπείας σε σχέση με την ομάδα ελέγχου βρέθηκε να είναι 1.60 [95% confidence interval [CI]: 1.53 to 1.68].⁶

Ο ΣΚ για κάθε τύπο ήταν: 6

- 1.49 (95% CI 1.40 to 1.60, 55 δοκιμές) για τσιγάρα νικοτίνης
- 1.64 (95% CI 1.52 to 1.78, 43 δοκιμές) για επιθέματα νικοτίνης
- 1.95 (95% CI 1.61 to 2.36, 6 δοκιμές) για υπογλώσσια δισκία
- 1.90 (95% CI 1.36 to 2.67, 4 δοκιμές) για εισπνεόμενα νικοτίνης
- 2.02 (95% CI 1.49 to 2.73, 4 δοκιμές) για ρινικό σπρέι νικοτίνης
- 2.48 (95% CI 1.24 to 4.94, 1 δοκιμές) για σπρέι στόματος.

Η παρατηρούμενη διαφορά, στην αποτελεσματικότητα μεταξύ των επιθεμάτων νικοτίνης και των υποκατάστατων που χρησιμοποιούνται δια της στοματικής κοιλότητας, μπορεί να είναι δοσο-εξαρτώμενη, επειδή στις κλινικές δοκιμές οι δόσεις στις αγωγές από το στόμα είναι συγκεκριμένες.

Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, ο συνδυασμός επιθεμάτων νικοτίνης

με μια θεραπεία υποκατάστασης νικοτίνης ταχείας δράσης, είναι πιο αποτελεσματικός από την χρήση της μονοθεραπείας υποκατάστασης νικοτίνης [Σ.Κ. 1.34, 95% CI 1.18 to 1.51, 9 δοκιμές].⁶

Βρέθηκε επίσης ότι οι σε μεγάλο βαθμο εξαρτημένοι ασθενείς επωφελούνται περισσότερο από την χρήση της τσίχλας νικοτίνης των 4 mg σε σύγκριση με αυτή των 2 mg, ενώ μικρότερο φαίνεται να είναι το όφελος από την χρήση των επιθεμάτων στις έρευνες που υπάρχουν σήμερα.

Οι συγγραφείς της Cochrane Collaboration κατέληξαν στο ότι όλες οι διαθέσιμες στην αγορά μορφές θεραπείας υποκατάστασης νικοτίνης (τσίχλες, επιθέματα, ρινικό σπρέι, συσκευή εισπνοής και υπογλώσσια δισκία) μπορούν να βοηθήσουν τους καπνιστές στην προσπάθεια διακοπής του καπνίσματος και να αυξήσουν την επιτυχία τους. Η θεραπεία υποκατάστασης νικοτίνης λοιπόν αυξάνει τα ποσοστά αποχής κατά 50-70%, ανεξάρτητα από τον τύπο και τη δόση.⁶

Η αποτελεσματικότητα της θεραπείας υποκατάστασης νικοτίνης δεν είναι πλήρως ανεξάρτητη από την στήριξη που παρέχεται στον καπνιστή. Όσο μεγαλύτερη ψυχολογική στήριξη υπάρχει, τόσο μεγαλύτερο είναι το όφελος, αλλά ακόμα αν αυτό δεν είναι εφικτό, η θεραπεία υποκατάστασης νικοτίνης είναι αποτελεσματική.

Θεραπεία υποκατάστασης νικοτίνης σε συνδυασμό με φαρμακοθεραπεία

Η Cochrane Collaboration έχει δείξει ότι ο συνδυασμός επιθεμάτων νικοτίνης με θεραπεία υποκατάστασης νικοτίνης που λαμβάνεται από το στόμα είναι πιο αποτελεσματικά από ό,τι η χρήση μόνο ενός είδους.

- Η θεραπεία υποκατάστασης νικοτίνης μπορεί να χρησιμοποιηθεί με συνδυασμό επιθεμάτων και μιας αγωγής που λαμβάνεται από το στόμα.
- Η θεραπεία υποκατάστασης νικοτίνης μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε συνδυασμό με βουπροπιόνη και νορτριπτυλίνη.
- Οι τρέχουσες κατευθυντήριες οδηγίες, δεν συνιστούν τη χρήση θεραπείας υποκατάστασης νικοτίνης σε συνδυασμό με βαρενικλίνη. Αυτό συμβαίνει κυρίως επειδή η θεραπεία υποκατάστασης νικοτίνης μπλοκάρει από τη βαρενικλίνη.
- Σε ασθενείς που συνεχίζουν να καπνίζουν μετά από 2 έως 6 βδομάδες με μονοθεραπεία βαρενικλίνης δεν υπάρχει κάποια αντένδειξη στην αντικατάσταση αυτών των τσιγάρων

με θεραπεία υποκατάστασης νικοτίνης. Πρόσφατες κλινικές δοκιμές αποδεικνύουν ότι μπορεί να υπάρχει όφελος από το συνδυασμό των θεραπείας υποκατάστασης νικοτίνης και της βαρενικλίνης, παρ' όλα αυτά τα αποτελέσματα είναι ανάμεικτα.⁴ Χρειάζεται επιπλέον έρευνα για να αποδειχθεί η αποτελεσματικότητα αυτής της προσέγγισης ως πάγια πρακτική. Ομοίως, η προσθήκη βαρενικλίνης στη θεραπεία υποκατάστασης νικοτίνης ακολουθεί τις ίδιες οδηγίες.

4.3.1.4 Διαδερμικό επίθεμα

Τα επιθέματα δημιουργήθηκαν για να καλύψουν τα προβλήματα που σχετίζονται με τις δυσκολίες χρήσης της τσίχλας. Έχουν επίσης το πλεονέκτημα παροχής πιο σταθερών συγκεντρώσεων νικοτίνης, που είναι ένα επιθυμητό αποτέλεσμα στη διακοπή καπνίσματος, με το μειονέκτημα ότι δεν καλύπτουν την άμεση ανάγκη για νικοτίνη προκειμένου να αντιμετωπιστούν τα συμπτώματα στέρησης και η έντονη επιθυμία για κάπνισμα.

Η νικοτίνη που περιέχεται στα επιθέματα απορροφάται σταδιακά από το δέρμα και τον υποδόριο ιστό, φτάνοντας έτσι στο αίμα και στον εγκέφαλο. Ακόμα και όταν το επίθεμα αφαιρεθεί, η νικοτίνη συνεχίζει να εξαπλώνεται από το δέρμα στον εγκέφαλο.

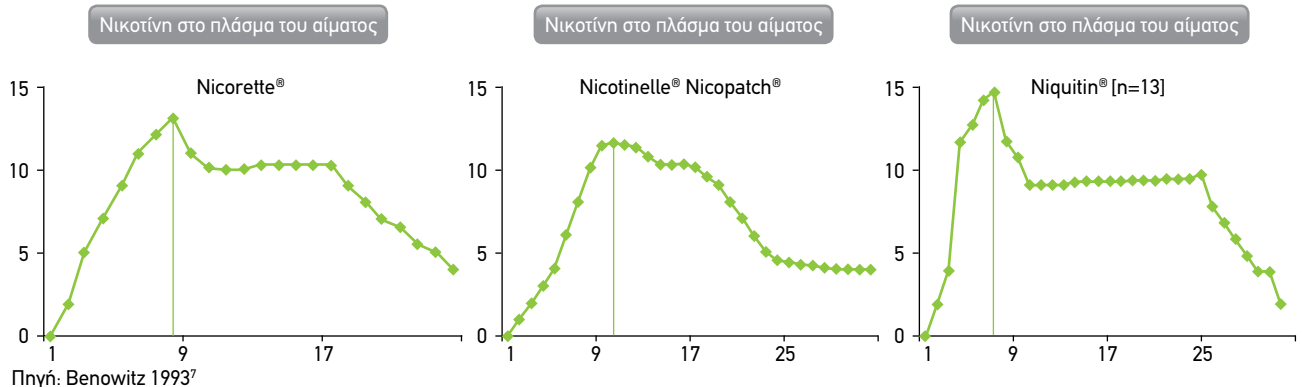
Το επίθεμα επιτρέπει τη συμμόρφωση του ασθενή λόγω της εύκολης χρήσης του. Για να μειωθεί ο κίνδυνος ερεθισμού του δέρματος ο χρήστης πρέπει να αλλάζει το σημείο εφαρμογής του επιθέματος καθημερινά, εναλλάσσοντας το στα χέρια, στους ώμους και στο στήθος.

Υπάρχουν επιθέματα που μπορούν να χρησιμοποιηθούν για 24 ώρες με μέγιστη συγκέντρωση νικοτίνης τα 21 mg την ημέρα, και άλλα που χρησιμοποιούνται για 16 ώρες με μέγιστη συγκέντρωση νικοτίνης τα 25 mg. Έτσι, 21 mg/24 ώρες ισοδυναμούν περίπου με 0.9 mg νικοτίνης την ώρα, ενώ 25 mg/16 ώρες ισοδυναμούν με 1.4 mg/ώρα [Πίνακας 4.8].

Πίνακας 4.8: Αντιστοιχία διαδερμικών εμπλάστρων. Τύποι και συγκεντρώσεις πιθεμάτων νικοτίνης στις 16 και 24 ώρες

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

Σχήμα 4.5: Κινητική της νικοτίνης επί 24 ώρες ανάλογα με το είδος διαδερμικού εμπλάστρου



Είδη επιθεμάτων

Όλα τα είδη επιθεμάτων είναι βασισμένα στην ίδια αρχή, με μικρές διαφορές (Σχήμα 4.5).⁷

Κάθε μορφή επιθέματος έχει κάποια μικρά πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα. Η θεραπεία ρυθμίζεται για κάθε ασθενή.

Εφαρμογή διαδερμικών εμπλάστρων

Το επίθεμα εφαρμόζεται το πρωί πριν ή μετά το ντους (με προσοχή για να μην μειωθεί η απορρόφηση νικοτίνης). Εάν το επίθεμα ξεκολλήσει κατά τη διάρκεια της ημέρας, μπορείτε να χρησιμοποιήσετε το ίδιο επίθεμα με τη βοήθεια για παράδειγμα ενός αυτοκόλλητου επιδέσμου.

Ανοχή στην χρήση των διαδερμικών εμπλάστρων

Όπως σε όλα τα προϊόντα υποκατάστασης νικοτίνης, η ανοχή στη χρήση των επιθεμάτων είναι μεγαλύτερη στους υψηλά εξαρτιμένους καπνιστές που συνήθως δεν έχουν καμία παρενέργεια, ακόμη και με την χρήση πολλαπλών επιθεμάτων. Αντίθετα, τόσο οι λιγότερο εξαρτιμένοι όσο και οι μη καπνιστές, μπορεί να έρθουν αντιμέτωποι με παρενέργειες. Οι παρενέργειες αυτές είναι δοσοεξαρτώμενες και συνδέονται στενά με την ένταση των συμπτωμάτων στέρησης. Μία συχνή παρενέργεια από την χρήση επιθεμάτων είναι η αλλεργία στο δέρμα: η κόκκινη δερματική αντίδραση και ο ερεθισμός είναι πολύ συχνό φαινόμενο. Ωστόσο, το μεγαλύτερο ποσοστό εμφάνισης των ερεθισμών εντοπίζεται σε ασθενείς που είναι αλλεργικοί στην

κόλλα που περιέχουν. Οι γιατροί θα πρέπει να διερευνούν πιθανές αλλεργίες τέτοιου τύπου. Εάν τα συμπτώματα είναι μέτρια μπορεί να αλλάξει η μάρκα του επιθέματος, καθώς κάθε μάρκα χρησιμοποιεί διαφορετικό είδος κόλλας.

Εάν η δερματική αντίδραση συνεχιστεί, θα πρέπει να αφαιρεθεί το επίθεμα και να σταματήσει η χρήση του.

4.3.1.5 Θεραπεία υπακατάστασης νικοτίνης δια στόματος

Υπάρχουν στην αγορά πολλά είδη θεραπείας υπακατάστασης νικοτίνης χορηγούμενα δια στόματος.

Αυτά είναι:

- Τσίχλες,
- Παστίλιες/Υπογλώσσια,
- Σπρέι (ρινικο/στοματικό),
- Εισπνεόμενα

Όλα αυτά τα προϊόντα υποκατάστασης νικοτίνης απορροφώνται μέσω του στοματικού βλεννογόνου.

Η απορρόφηση της νικοτίνης μέσω του στοματικού βλεννογόνου μεγιστοποιείται εάν το pH του στόματος είναι ουδέτερο. Για το λόγο αυτό ο χρήστης θα πρέπει να αποφύγει οποιαδήποτε κατανάλωση φαγητού, αλκοόλ ή αναψυκτικών (τα οποία είναι όξινα) 30 λεπτά πριν τη λήψη της θεραπείας.

Η ποσότητα σάλιου που απορροφάται από το στομάχι πρέπει να ελαχιστοποιηθεί όσο το δυνατόν περισσότερο, καθώς μπορεί να

προκαλέσει ερεθισμό και λόξιγκα. Η αυξημένη σιελόρροια και η κατάποση σάλιου είναι συχνή με την χρήση τσίχλας, όταν αυτή γίνεται από καπνιστές που δεν ξέρουν πως χρησιμοποιείται και τη μασάνε πολύ γρήγορα σαν μια κανονική τσίχλα.

Βιο-διαθεσιμότητα νικοτίνης σε θεραπεία υπακατάστασης νικοτίνης δια στόματος

Η νικοτίνη απορροφάται μέσω του βλεννογόνου του στόματος όταν αρχίζει το μάσημα, καθ' όλη τη διάρκεια του μασήματος και μετά από λίγα λεπτά ή για 15 με 30 λεπτά.

Με αυτό τον τρόπο η αύξηση της συγκέντρωσης νικοτίνης στο αίμα είναι σταδιακή και λιγότερο απότομη από ότι με τα τσιγάρα ή τα σπρέι, εξηγώντας γιατί είναι προτιμότερο να διατηρούμε ένα συγκεκριμένο επίπεδο συγκέντρωσης νικοτίνης με σταθερές δόσεις, έτσι ώστε η χρήση του δια στόματος υποκατάστατου να γίνεται μόνο για την αντιμετώπιση της έντονης επιθυμίας για κάπνισμα και σε όσο το δυνατόν λιγότερη δοσολογία.

Στην κορύφωση της συγκέντρωσης νικοτίνης, που παράγεται από τσίχλα, είναι πιθανό για μερικά λεπτά να ικανοποιούνται οι υποδοχείς νικοτίνης πέρα από το απαιτούμενο επίπεδο, κάτι το οποίο μπορεί να προκαλέσει απευαισθητοποίηση των υποδοχέων αυτών και το ξύπνημα νέων υποδοχέων. Για το λόγο αυτό μερικοί ασθενείς είναι δύσκολο να διακόψουν τη χρήση τσίχλας νικοτίνης έξι μήνες ή και ένα χρόνο μετά τη διακοπή. Είναι όμως τελείως λάθος να συμπεραίνουμε ότι η τσίχλα τους καθιστά εθισμένους στη νικοτίνη. Ήταν ήδη εθισμένοι στην νικοτίνη από τα τσιγάρα, αλλά θα πρέπει να αναφέρουμε ότι η θεραπεία υποκατάστασης νικοτίνης που λαμβάνεται δια στόματος συμβάλλει στη διατήρηση της εξάρτησης από τη νικοτίνη. Κάτι τέτοιο δεν ισχύει με τα επιθέματα καθώς προμηθεύουν τον οργανισμό με νικοτίνη σε πιο αργό ρυθμό, με αποτέλεσμα να είναι πιο πιθανό να μειωθεί η εξάρτηση. Πάντα βέβαια υπάρχει ο κίνδυνος να βιώνει ο καπνιστής έντονη επιθυμία για κάπνισμα στην διάρκεια της ημέρας. Η νικοτίνη που εμπεριέχεται στην τσίχλα δεν αποδίδεται όλη κατά την χρήση. Πιο συγκεκριμένα από την τσίχλα συγκέντρωσης 2 mg τσίχλας, απορροφώνται λιγότερο από 1,5 mg με διακυμάνσεις από τη μία μάρκα στην άλλη. Οι εξατομικευμένες διακυμάνσεις απορρόφησης εξαρτώνται από τον τρόπο που μασιέται η τσίχλα. Θα πρέπει επίσης να σημειωθεί ότι οι διακυμάνσεις αυτές είναι μεγαλύτερες με την χρήση των επιθεμάτων νικοτίνης, από ότι με την χρήση θεραπείας υπακατάστασης νικοτίνης δια στόματος, αλλά

λιγότερο σημαντικές από τις διακυμάνσεις μέσω των τσιγάρων. Ακόμη και η απορρόφηση νικοτίνης από το ίδιο τσιγάρο κυμαίνεται από 1 έως 5 mg από τη μία μέρα στην άλλη.

Στην πράξη, οι αλλαγές αυτές δεν είναι τόσο σημαντικές, καθώς η δόση της θεραπείας υπακατάστασης νικοτίνης που λαμβάνεται δια στόματος, συνήθως καθορίζεται από τον ασθενή ο οποίος ρυθμίζει μόνος του την ποσότητα που χρειάζεται ανάλογα με την επιθυμία του για κάπνισμα.

Σε κάθε περίπτωση γίνεται σαφές στον ασθενή ότι η τσίχλα δεν πρέπει να χρησιμοποιείται σαν τη συννησισμένη τσίχλα, αντίθετα θα πρέπει να τη μασάει αργά και χωρίς να γίνεται κατάποση του σάλιου.

Τσίχλα

Η τσίχλα υπάρχει σε δύο συγκεντρώσεις, των 2 mg και των 4 mg. Τα 2mg προτείνονται σε χαμηλά και μέτρια εξαρτημένους καπνιστές, ενώ τα 4 mg σε πολύ εξαρτημένους καπνιστές (με σκορ 7 και πάνω στην κλίμακα εξάρτησης). Η τσίχλα έχει είτε ουδέτερη γεύση είτε γεύση μέντα, κανέλα, πορτοκάλι ή άλλες γεύσεις φρούτων.

Το μάσημα τσίχλας απαιτεί καλή τεχνική έτσι ώστε να είναι αποτελεσματικό και να αποφεύγονται ανεπιθύμητες παρενέργειες όπως: πόνος στο στόμα, στο σαγόι, στη γνάθο, στο στομάχι. Η τσίχλα πρέπει να μασιέται μία ή δύο φορές μετά να μένει στο μάγουλο για 3 λεπτά («παρκάρισμα»), μετά ξανά μάσημα για 3 λεπτά και μετά μάσημα κάθε ένα λεπτό για 20 λεπτά. Στο τέλος η τσίχλα πρέπει να πεταχτεί αμέσως και να είναι μακριά από παιδιά καθώς είναι προϊόν που περιέχει νικοτίνη.

Υπογλώσσια δισκία

Τα δισκία αυτά των 2mg τοποθετούνται κάτω από τη γλώσσα. Μπορεί να προκαλέσουν τσούξιμο, αλλά δεν έχουν καμία γεύση. Δεν χρειάζονται μάσημα, ενώ τα δισκία λιώνουν στο στόμα μέσα σε 15 – 30 λεπτά.

Παστίλιες

Τα δισκία είναι διαθέσιμες σε δόσεις του 1 έως 4 mg και η απορρόφηση είναι καλύτερη από την τσίχλα. Η χρήση τους είναι απλή και απορροφούνται σιγά σιγά χωρίς μάσημα.

Εισπνεόμενα

Η συσκευή εισπνοής αποτελείται από ένα λευκό πλαστικό σωλήνα

που μοιάζει με τσιγάρο και περιέχει μέσα νικοτίνη. Καθώς γίνεται η εισπνοή, η νικοτίνη απορροφάται από το βλεννογόνο του στόματος. Το κάθε ανταλλακτικό φιαλίδιο περιέχει 10 mg νικοτίνης. Κάποιοι βαρείς καπνιστές καταναλώνουν το φιαλίδιο μίας μέρας σε μία ώρα. Άλλοι μπορεί να κρατήσουν το ίδιο φιαλίδιο όλη την ημέρα. Με αυτή τη μορφή θεραπείας υποκατάστασης νικοτίνης, ο καπνιστής κάνει την ίδια κίνηση που έκανε και όταν κάπνιζε τσιγάρο, γεγονός που την καθυστά ιδιαίτερα αποδεκτή.

Ρινικό σπρέι

Το ρινικό σπρέι χορηγείται με ιατρική συνταγή και είναι διαθέσιμο σε ορισμένες χώρες. Το ρινικό σπρέι έχει το πλεονέκτημα ότι είναι πολύ αποτελεσματικό στην καταστολή των συμπτωμάτων στέρησης. Δύο είναι τα σημαντικά μειονεκτήματά του: το πρώτο είναι ότι προκαλεί ρινικό ερεθισμό και το δεύτερο είναι ότι χορηγεί απότομα νικοτίνη

στον εγκέφαλο, σχεδόν εξίσου γρήγορα με τα τσιγάρα, γεγονός που μπορεί να προκαλέσει εθισμό σε αυτό το προϊόν.

4.3.1.6 Οδηγίες Συνταγογράφησης

Επιλέξτε την αρχική δόση της θεραπείας υποκατάστασης νικοτίνης

Όταν ξεκινάει η διακοπή καπνίσματος, το κλειδί είναι η χορήγηση της νικοτίνης να γίνεται σε επίπεδο κοντινό με το επίπεδο πρόσληψης από το τσιγάρο (80-90%). Η ποσότητα αυτή είναι δύσκολο να προσδιοριστεί εκ των προτέρων, γιατί ορισμένοι καπνιστές ακόμη και με ένα τσιγάρο είναι 10 φορές περισσότερο εξαρτημένοι από τη νικοτίνη σε σχέση με άλλους.

Η αρχική δόση μπορεί να προσδιοριστεί από τον αριθμό των τσιγάρων που καπνίζεται ανά ημέρα και από την ώρα που κάνει ο καπνιστής κάνει το πρώτο τσιγάρο (Πίνακας 4.9).⁸ Οι λιγότερο εξαρτημένοι μπορεί να μην χρειάζονται θεραπεία ενώ οι

Πίνακας 4.9: Προτεινόμενες αρχικές δόσεις για τη Θεραπεία Υποκατάστασης Νικοτίνης (Nicotine Replacement Therapy, NRT), (πηγή: INPES, France)⁸

Ώρα πρώτου τσιγάρου μέσα στην ημέρα	Αριθμός τσιγάρων την ημέρα			
	<10 τσιγ/ημ	10-19 τσιγ/ημ	20-30 τσιγ/ημ	> 30 τσιγ/ημ
< 5 λεπτά		Υψηλή δόση διαδερμικού εμπλάστρου (0.9 mg/h) ± θεραπεία υποκατάστασης δια στόματος	Υψηλή δόση διαδερμικού εμπλάστρου (0.9 mg/h) ± θεραπεία υποκατάστασης δια στόματος	2 Υψηλή δόση διαδερμικού εμπλάστρου (1.8 mg/h) ± θεραπεία υποκατάστασης δια στόματος
< 30 λεπτά		Υψηλή δόση διαδερμικού εμπλάστρου (0.9 mg/h)	Υψηλή δόση διαδερμικού εμπλάστρου (0.9 mg/h) ± θεραπεία υποκατάστασης δια στόματος	Υψηλή δόση διαδερμικού εμπλάστρου (0.9 mg/h) ± θεραπεία υποκατάστασης δια στόματος
< 60 λεπτά μετά από το ξύπνημα	Όχι φαρμακευτική αγωγή ή θεραπεία υποκατάστασης δια στόματος	Θεραπεία υποκατάστασης δια στόματος	Υψηλή δόση διαδερμικού εμπλάστρου (0.9 mg/h)	Υψηλή δόση διαδερμικού εμπλάστρου (0.9 mg/h) ± θεραπεία υποκατάστασης δια στόματος
> 60 λεπτά μετά από το ξύπνημα	Όχι φαρμακευτική αγωγή ή θεραπεία υποκατάστασης δια στόματος	Όχι φαρμακευτική αγωγή ή θεραπεία υποκατάστασης δια στόματος	Θεραπεία υποκατάστασης δια στόματος	
Όχι καθημερινά	Όχι φαρμακευτική αγωγή ή θεραπεία υποκατάστασης δια στόματος	Όχι φαρμακευτική αγωγή ή θεραπεία υποκατάστασης δια στόματος		

περισσότερο εξαρτημένοι μπορεί να χρειάζονται δύο είδη θεραπείας υποκατάστασης νικοτίνης. Η ποσότητα νικοτίνης που παρέχεται από το ισχυρότερο επίθεμα νικοτίνης είναι παρόμοια με εκείνη που παρέχεται από ένα πακέτο τσιγάρα. Σε σπάνιες περιπτώσεις, για κάποιους καπνιστές μπορεί αυτό να μην είναι αποτελεσματικό.

Όταν χρειάζεται υψηλή δόση, ο πιο συχνά συνιστώμενος συνδυασμός είναι αυτός των επιθεμάτων νικοτίνης και θεραπείας υποκατάστασης δια στόματος ή η χρήση παραπάνω από ενός επιθέματος.

Για την ανακούφιση των συμπτωμάτων που επιμένουν μπορούν να συνδυαστούν τα επιθέματα νικοτίνης και η θεραπεία υποκατάστασης δια στόματος, όπως συμβαίνει στους ασθενείς με καρκίνο στους οποίους χορηγείται μορφίνη για να ανακουφιστούν από τον έντονο πόνο. Όταν υπάρχει έντονη επιθυμία για τσιγάρο η χορήγηση, δύο ειδών θεραπείας υποκατάστασης δεν είναι επικίνδυνη. Επικίνδυνη θα ήταν η μείξη δύο ειδών προϊόντων καπνού π.χ. τσιγάρα με πούρα.

Τα επίπεδα συγκέντρωσης της νικοτίνης στο αίμα, η συγκέντρωση κοτινίνης στα ούρα και τα επίπεδα CO μπορούν να συμβάλλουν σε μία πιο ακριβή ρύθμιση της δοσολογίας, αλλά ο παραπάνω πίνακας προτείνει μία δόση που είναι κοντά στην τελική που ελάμβανε ο καπνιστής από τα τσιγάρα που κάπνιζε ανα ημέρα.

Ρύθμιση δόσης μετά από 24-72 ώρες

Η διαθεσιμότητα της ποικιλίας της θεραπείας υποκατάστασης δια στόματος επιτρέπει την άμεση προσαρμογή των δόσεων νικοτίνης, αλλά οι καπνιστές συνήθως διστάζουν ή φοβούνται τη φαρμακευτική αγωγή παρά το γεγονός ότι έπαιρναν υψηλότερες δόσεις νικοτίνη για χρόνια από την χρήση του τσιγάρου. Οι καπνιστές συνήθως, για πολλά χρόνια προσπαθούν να μειώσουν τη συγκέντρωση νικοτίνης στο αίμα αλλά παράλληλα να ικανοποιήσουν τους υποδοχείς νικοτίνης τους με τη μείωση των τσιγάρων που καπνίζουν.

Οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να είναι έτοιμοι να εντοπίζουν εάν ο ασθενής λαμβάνει υψηλότερη (σπάνια) ή χαμηλότερη (συχνά) δόση νικοτίνης από την φαρμακοθεραπεία τις πρώτες 24-72 ώρες μετά τη διακοπή.

Σημάδια υπερδοσολογίας

Είναι φανερό ότι δεν γίνεται πρόσληψη υπερβολικής δόσης νικοτίνης όταν η επιθυμία για τσιγάρο επιμένει. Σε έναν ασθενή που

δεν έχει επιθυμία να καπνίσει, η υπερβολική δόση νικοτίνης μπορεί να προκαλέσει ναυτία και ταχυκαρδία. Τα συμπτώματα αυτά είναι παροδικά και σταματούν αμέσως μετά τη διακοπή της θεραπείας. Έπεται από αναπροσαρμογή, ο ασθενής μπορεί να συνεχίσει την θεραπεία χρησιμοποιώντας μειωμένη δόση.

Σημάδια πρόσληψης χαμηλότερης δόσης

Οι ασθενείς που λαμβάνουν χαμηλότερη δόση εμφανίζουν:

- μεγάλη επιθυμία για κάπνισμα,
- εξαιρετική νευρική κατάσταση
- μεγάλη επιθυμία για κατανάλωση φαγητού,
- δυσκολία στον ύπνο
- συνεχίζουν να καπνίζουν λίγα τσιγάρα

Συχνά, είναι χρήσιμο να καθοδηγείται ο ασθενής:

- με την παροχή πληροφοριών έτσι ώστε να μπορεί να ρυθμίζει τη δόση και μόνος του
- να καλέσει έναν επαγγελματία υγείας μέσα σε 24-72 ώρες από τη διακοπή για να τον βοηθήσει να ρυθμίσει τη δόση και να λάβει συμβουλές.

4.3.1.7 Αντενδείξεις

Δεν υπάρχουν σημαντικές αντενδείξεις στη θεραπεία υποκατάστασης νικοτίνης, εκτός από την περίπτωση αλλεργίας. Σε μερικές χώρες η εγκυμοσύνη δεν θεωρείται κατάλληλη περίοδος για χορήγηση θεραπείας υποκατάστασης νικοτίνης. Φυσικά, η θεραπεία υποκατάστασης της νικοτίνης δεν ενδείκνυται για μη-καπνιστές. Πρέπει να λαμβάνονται προφυλάξεις στην περίπτωση παιδιών κάτω των 18 ετών, σοβαρών καρδιαγγειακών προβλημάτων και εγκυμοσύνης. Οι προφυλάξεις αυτές όμως θα πρέπει να σταθμίζονται ανάλογα με το σχετικό κίνδυνο της ασθένειας με το κάπνισμα (50% των καπνιστών πεθαίνουν από μία ασθένεια σχετιζόμενη με το κάπνισμα).

4.3.1.8 Παρενέργειες, προφυλάξεις, προειδοποιήσεις, αλληλεπιδράσεις φαρμάκων

Η θεραπεία υποκατάστασης νικοτίνης έχει τους ίδιους κινδύνους με την πρόσληψη νικοτίνης από τσιγάρο. Δεν υπάρχει επιπλέον κίνδυνος λόγω μερικής ή ολικής αντικατάστασης της πρόσληψης νικοτίνης. Με τη λήψη νικοτίνης μέσω φαρμακευτικής αγωγής, ο

καπνιστής δεν λαμβάνει εκατοντάδες άλλες τοξίνες που περιέχονται στον καπνό και έτσι είναι πιο υγιεινό από τη χρήση καπνού.

Κίνδυνος εξάρτησης από την θεραπεία υποκατάστασης νικοτίνης

Ο κίνδυνος εξάρτησης από τη θεραπεία υποκατάστασης νικοτίνης είναι πολύ μικρός. Με την θεραπεία υποκατάστασης νικοτίνης δια στόματος θα μπορούσε να υπάρξει μεγαλύτερη διάχυση νικοτίνης στο εγκέφαλο με αποτέλεσμα να οδηγήσει σε εξάρτηση μετά τη διακοπή του καπνίσματος. Ο μεγαλύτερος κίνδυνος εξάρτησης είναι με το κάπνισμα, πιο μικρός με τον μασώμενο καπνό, μικρότερος με ηλεκτρονικό τσιγάρο, ακόμα πιο μικρός με θεραπεία υποκατάστασης νικοτίνης δια στόματος και σχεδόν καθόλου με τα επιθέματα νικοτίνης. (Σχήμα 4.7).

Τα άτομα που χρησιμοποιούν τσιχλα νικοτίνης, μπορούν να χρησιμοποιούν τη θεραπεία αυτή για μήνες ή και χρόνια. Τις περισσότερες φορές όμως αναφέρουν ότι τους κουράζει η χρήση τσιχλας.

Εάν ελεγχθεί η στιγμή που καταναλώνεται η τσιχλα προκύπτουν χρήσιμες πληροφορίες, για να καταλάβουμε εάν ο καπνιστής χρησιμοποιεί την τσιχλα για να διαχειριστεί τα συναισθήματά του ή προσπαθεί να καλύψει μία μόνιμη ανάγκη. Σε μερικές περιπτώσεις, εάν τα επιθέματα αντικαθίστανται από θεραπεία υποκατάστασης νικοτίνης δια στόματος μπορούν να εξαλείψουν σταδιακά τη συγκέντρωση νικοτίνης στο αίμα.

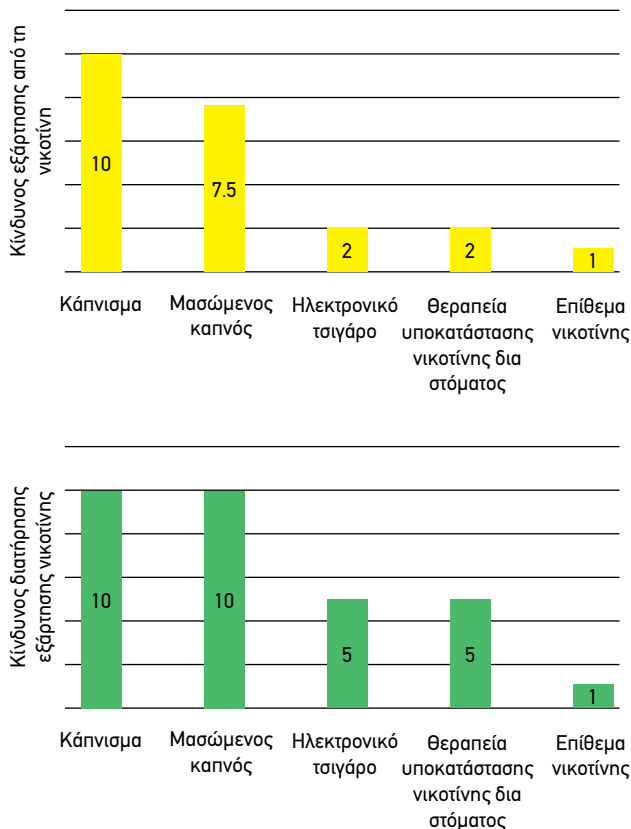
Κίνδυνοι από τη θεραπεία υποκατάστασης νικοτίνης

Η θεραπεία υποκατάστασης νικοτίνης μπορεί να προκαλέσει παρενέργειες, όπως αλλεργία ή αλλεργικές αντιδράσεις. Μερικές φορές είναι δύσκολο όμως να γνωρίζουμε εάν οι ανεπιθύμητες παρενέργειες προκλήθηκαν από την θεραπεία ή λόγω της διακοπής του καπνίσματος (π.χ. συμπτώματα στέρησης).

Σε περίπτωση εμφάνισης αλλεργίας, είναι πιθανό να είναι κάποιος αλλεργικός στην ίδια τη θεραπεία υποκατάστασης νικοτίνης, αλλά ο κίνδυνος αυτός είναι εξαιρετικά σπάνιος. Ωστόσο υπάρχουν αλλεργίες σχετιζόμενες κυρίως με τα επιθέματα νικοτίνης. Σε τέτοιες περιπτώσεις όμως θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψιν η σοβαρότητα και η ένταση της αλλεργίας.

Άλλες παρενέργειες (δείτε Πίνακα 4.10) είναι γενικά μέτριες σε ένταση και δεν μπορούν να συγκριθούν με τις συνέπειες του καπνίσματος. Αυτός είναι και ο λόγος που μία τέτοια φαρμακευτική

Σχήμα 4.7: Εκτιμώμενος κίνδυνος εξάρτησης από τη νικοτίνη ανά προϊόν



αγωγή είναι διαθέσιμη χωρίς ιατρική συνταγή.

Είναι πάντα ασφαλέστερο να παίρνει κάποιος θεραπεία υποκατάστασης νικοτίνης από το να συνεχίζει να καπνίζει τσιγάρο.

Οι παρενέργειες από τη θεραπεία σε σύγκριση με τα συμπτώματα της διακοπής καπνίσματος

Οι ασθενείς συχνά παρερμηνεύουν τις παρενέργειες της θεραπείας που σχετίζονται πραγματικά με τη διακοπή καπνίσματος. Τα συμπτώματα στέρησης που συχνά αποδίδονται στη θεραπεία είναι

Πίνακας 4.10: Παρενέργειες νικοτίνης

Συνήθεις παρενέργειες της νικοτίνης (>1 στα 100 άτομα):
Πονοκέφαλος
Ζάλη
Λόξυγγας
Πονόλαιμος
Ερεθισμός ή ξηρότητα στο στόμα,
Ναυτία, εμετός, πεπτικές διαταραχές
Ασυνήθιστες (>1 στα 1000 άτομα):
Ταχυπαλμία
Σπάνιες παρενέργειες (>1 στα 10,000 άτομα):
Καρδιακή αρρυθμία

το καταθλιπτικό σύνδρομο και η διαταραχή ύπνου.

- Πολλά άτομα που διακόπτουν το κάπνισμα εμφανίζουν σημάδια κατάθλιψης τα οποία μπορεί να κυμαίνονται από ήπια μέχρι σοβαρά. Η παρουσία κατάθλιψης δεν σχετίζεται με τη φαρμακευτική αγωγή, αλλά με την ίδια τη διακοπή του καπνίσματος η οποία μπορεί να διεγείρει λανθάνουσα κατάθλιψη. Εάν ο ασθενής έχει ιστορικό κατάθλιψης, πρέπει να αποφευχθεί η υποτροφή της και να παρακολουθείται η αλλαγή στη διάθεση του. Για τους ασθενείς που αναφέρουν τρέχουσα κατάθλιψη, οι γιατροί θα πρέπει να ξεκινήσουν αντικαταθλιπτική αγωγή παράλληλα με τη αγωγή για τη διακοπή καπνίσματος.
- Η διακοπή του ύπνου και οι αλλαγές στην ποιότητα του ύπνου εμφανίζονται στην πλειονότητα των καπνιστών που πορπαθούν να διακόψουν το κάπνισμα, ανεξάρτητα από τη χρήση φαρμακευτικής αγωγής. Οι αλλαγές αυτές έχουν ποικίλους βαθμούς σοβαρότητας. Χρειάζεται να γίνει εκτίμηση της σοβαρότητας της διαταραχής. Η εμφάνιση εφιαλτών αποτελεί άμεση προειδοποίηση για πιθανή κατάθλιψη. Άλλες διαταραχές μπορεί να εμφανιστούν μετά από αρκετό διάστημα (και συνήθως εξαφανίζονται απότομα). Τα άτομα που χρησιμοποιούν επιθέματα νικοτίνης και βλέπουν εφιάλτες θα πρέπει να αφαιρούν το επίθεμα το βράδυ.

Συστάσεις

- Η θεραπεία υποκατάστασης νικοτίνης συνιστάται ως αποτελεσματική φαρμακοθεραπεία για τη διακοπή του καπνίσματος (Επίπεδο τεκμηρίωσης Α).
- Ο συνδυασμός θεραπείας υποκατάστασης νικοτίνης θα αυξήσει την επιτυχία διακοπής του καπνίσματος (Επίπεδο τεκμηρίωσης Α).
- Η εκτεταμένη χρήση θεραπείας υποκατάστασης νικοτίνης μετά από 14 εβδομάδες έχει αποδειχθεί ότι αυξάνει την επιτυχία της διακοπής (Επίπεδο τεκμηρίωσης Α).

4.3.2 Θεραπεία με βουπροπιόνη SR

Η βουπροπιόνη SR, ήταν η πρώτη μη νικοτινική θεραπεία που αποδείχθηκε αποτελεσματική στη θεραπεία της εξάρτησης από τη νικοτίνη. Η βουπροπιόνη SR, είναι γνωστή παγκοσμίως από το 1997 και στην Ευρώπη από το 2000. Διατίθεται μόνο με ιατρική συνταγή. Το φάρμακο αυτό χρησιμοποιήθηκε για μεγάλο χρονικό διάστημα στις ΗΠΑ για ασθενείς με σχιζοφρένεια και άλλες ασθένειες. Επειδή πολλοί ασθενείς που έλαβαν αυτό το φάρμακο διέκοψαν αυθόρμητα το κάπνισμα, η Linda Ferry, που ήταν γιατρός σε τέτοιους ασθενείς, ξεκίνησε να εξετάζει την αποτελεσματικότητα του φαρμάκου στη διακοπή του καπνίσματος. Έτσι φτιάχτηκε μία φόρμουλα όπου μελετήθηκε και βγήκε στο εμπόριο. Επειδή η βουπροπιόνη χρησιμοποιούνταν στις ΗΠΑ ως αντικαταθλιπτικό από το 1989,⁹ έχει μελετηθεί χρόνια και η ασφάλειά του είναι τεκμηριωμένη.¹⁰ Όπως με όλα τα αντικαταθλιπτικά, οι πιο συχνές παρενέργειές του είναι η ξηροστομία, η αϋπνία και οι πονοκέφαλοι. Οι χρήστες του φαρμάκου θα πρέπει να ενημερώνονται για τις παρενέργειές του.

Μηχανισμός δράσης

Σε έρευνες βρέθηκε ότι η βουπροπιόνη εμποδίζει τη νευρωνική απελευθέρωση της ντοπαμίνης και της νοραδρεναλίνης και ενδεχομένως και τη δράση της αναστολής της λειτουργίας των ακετυλοχολινικών υποδοχέων νικοτίνης.¹¹ Η βουπροπιόνη μιμείται τη δράση της νικοτίνης προερχόμενης από τσιγάρο αναστέλλοντας έτσι την επαναπρόσληψη της νοραδρεναλίνης και της ντοπαμίνης με αποτέλεσμα να μειώνονται τα συμπτώματα στέρησης. Φαίνεται ότι η αποτελεσματικότητα της βουπροπιόνης για την αντιμετώπιση της εξάρτησης από την νικοτίνη είναι μία ξεχωριστή ιδιότητα από την αντικαταθλιπτική δράση της, καθώς η αποτελεσματικότητά της

έχει αποδειχθεί και σε μη καταθλιπτικούς ασθενείς.¹²

Η βουπροπιόνη δρα απομακρύνοντας μερικά από τα συμπτώματα στέρησης, ιδιαίτερα τα καταθλιπτικά συμπτώματα καθιστώντας την έτσι ως αποτελεσματική φαρμακευτική αγωγή για τη διακοπή του καπνίσματος. Η βουπροπιόνη μειώνει τα συμπτώματα κατάθλιψης ακόμη και σε καπνιστές με σοβαρή εξάρτηση. Η βουπροπιόνη έχει διπλάσια ποσοστά αποχής από το κάπνισμα σε σχέση με το εικονικό (placebo) φάρμακο και στα δύο φύλα.¹²

Μία πρόσφατα δημοσιευμένη μελέτη για την αποτελεσματικότητα της βουπροπιόνης αναφέρει ότι η επιτυχίας της διακοπής του καπνίσματος με αυτό το φάρμακο σχετίζεται με το γονίδιο CYP2B6. Το γονίδιο αυτό κωδικοποιεί το πρωτεύον ένζυμο που είναι υπεύθυνο για το μεταβολισμό της βουπροπιόνης.¹³

Κλινικές μελέτες που αποδεικνύουν την αποτελεσματικότητα της βουπροπιόνης

Μία μετα-ανάλυση 44 τυχαιοποιημένων κλινικών μελετών αποδεικνύουν την αποτελεσματικότητα της βουπροπιόνης ως θεραπεία διακοπής του καπνίσματος και καταλήγουν στο ότι η βουπροπιόνη αυξάνει σε σημαντικό βαθμό τα ποσοστά μακροχρόνιας αποχής σε σύγκριση με τα εικονικά φάρμακα (placebo) (OR of 1.62; 95%, CI 1.49–1.76).¹²

Σε μία τυχαιοποιημένη, διπλά τυφλή δοκιμή με βουπροπιόνη και εικονικά φάρμακα, 27% των ασθενών που λάμβαναν βουπροπιόνη κατάφερε να διακόψει το κάπνισμα και μετά από έξι μήνες, ενώ οι ασθενείς που λάμβαναν εικονικό φάρμακο σε ποσοστό 16%.¹⁴ Η μακροχρόνια αποχή των ασθενών που έλαβαν θεραπεία με βουπροπιόνη, διπλασιάστηκε όταν συμμετείχαν και σε συμπεριφορική θεραπεία σε σύγκριση με αυτούς που έλαβαν το εικονικό φάρμακο.¹⁵ Επιπλέον, έχει αποδειχθεί η αποτελεσματικότητα της βουπροπιόνης στη διακοπή του καπνίσματος και στην υπο-ομάδα καπνιστών με γονότυπο DRD2 Taq1 A2/A2 του γονιδίου D2 του υποδοχέα νικοτίνης: στο τέλος της θεραπείας τα ποσοστά αποχής ήταν τρεις φορές υψηλότερα σε αυτούς που έλαβαν βουπροπιόνη σε σύγκριση με το εικονικό φάρμακο.¹⁶ Η βουπροπιόνη SR έχει αποδειχθεί ότι μειώνει την επιθυμία για κάπνισμα και την αύξηση βάρους.¹⁷

Παρενέργειες

Η βουπροπιόνη είναι φάρμακο πρώτης γραμμής που έχει

αποδειχθεί αποτελεσματική στη θεραπεία διακοπής του καπνίσματος. Η βουπροπιόνη χορηγείται μόνο με ιατρική συνταγή σε όλους τους ασθενείς που επιθυμούν να διακόψουν το κάπνισμα και δεν εμφανίζουν αντενδείξεις. Ταυτόχρονα, είναι αποτελεσματική λύση για τους ασθενείς που δεν επιθυμούν ή έχουν δοκιμάσει θεραπεία υποκατάστασης νικοτίνης χωρίς επιτυχία, ή για ασθενείς που επιθυμούν μη νικοτινικές θεραπείες.

Η βουπροπιόνη συνιστάται ως ένα αποτελεσματικό φάρμακο για τη διακοπή του καπνίσματος, για τους εξής λόγους:

- Για την αποφυγή αύξησης βάρους μετά τη διακοπή καπνίσματος. Η βουπροπιόνη μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε καπνιστές που ανησυχούν μήπως πάρουν βάρος μετά τη διακοπή καπνίσματος. Επιπλέον, οι Hays et al. ανέφεραν ότι υπήρξε καλύτερος έλεγχος του βάρους με τη βουπροπιόνη παρά με θεραπεία με εικονικό φάρμακο.¹⁸
- Για την αποφυγή υποτροπής. Οι ασθενείς που έλαβαν θεραπεία με βουπροπιόνη για 52 εβδομάδες καθυστέρησαν την εμφάνιση υποτροπής.
- Για την αποτροπή του καπνίσματος σε αλκοολικούς ασθενείς κατά την περίοδο ανάρρωσης. Παρά το γεγονός ότι οι Garcia Rio et al. κατέληξαν στην άποψη ότι η βουπροπιόνη μπορεί να προκαλέσει επιβλαβή επίδραση στην εξέλιξη της ΧΑΠ, καμία από τις μελέτες που αξιολόγησαν την αποτελεσματικότητα της βουπροπιόνης ως θεραπεία διακοπής του καπνίσματος σε ασθενείς με χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια δεν έδειξε ότι προκαλεί παρενέργειες.¹⁹

Κλινική χρήση

Η βουπροπιόνη είναι διαθέσιμη σε κουτιά με 28 δισκία των 150 mg. Τις πρώτες τρεις ημέρες, οι ασθενείς πρέπει να πάρουν δόση 150 mg από το στόμα κάθε πρωί. Μετά το πέρας των τριών ημερών θα πρέπει να πάρουν 150 mg δύο φορές την ημέρα (ανά 8 ώρες) για 7, 9 ή 12 εβδομάδες. Η παράταση της θεραπείας οδηγεί σε πιο μακροχρόνια αποχή από το κάπνισμα. Για μακροχρόνια θεραπεία, συνιστάται η βουπροπιόνη SR των 150 mg για έως και έξι μήνες μετά τη διακοπή.²⁰

Οι ασθενείς θα πρέπει να ξεκινήσουν τη θεραπεία με βουπροπιόνη SR, 1-2 εβδομάδες πριν σταματήσουν το κάπνισμα. Θα πρέπει να θέσουν μία ημερομηνία διακοπής καπνίσματος στη δεύτερη

βδομάδα της θεραπείας και να αρχίσουν να χρησιμοποιούν βουπροπιόνη, παρά το γεγονός ότι εξακολουθούν να καπνίζουν. Θεωρείται ότι μετά από μία με δύο εβδομάδες από τη θεραπεία τα επίπεδα της βουπροπιόνης έχουν σταθεροποιηθεί και μπορεί να ξεκινήσει η διακοπή καπνίσματος. Έχει αποδειχθεί ότι η συνέχιση του καπνίσματος δεν επηρεάζει σημαντικά τη θεραπεία με βουπροπιόνη. Σύμφωνα με ορισμένους συγγραφείς, αν ο ασθενής δεν καταφέρει να διακόψει το κάπνισμα την ημερομηνία που είχε προκαθοριστεί, θα πρέπει να συνιστάται η καθυστέρηση της διακοπής μέχρι την τρίτη ή την τέταρτη εβδομάδα θεραπείας έως ότου επιτευχθεί η διακοπή.²⁰

Οδηγίες χορήγησης

Διακοπή καπνίσματος πριν την προκαθορισμένη ημερομηνία: Είναι γνωστό ότι κάποιοι ασθενείς χάνουν την επιθυμία να καπνίσουν πριν την προκαθορισμένη ημερομηνία ή μπορεί ασυνείδητα να μειώσουν την ποσότητα που καπνίζουν.

Δοσολογία: Εάν εμφανιστεί αϋπνία, η πρόσληψη της απογευματινής δόσης νωρίτερα, μπορεί να βοηθήσει.

Αλκοόλ: Συνιστάται να μην χρησιμοποιείται σε συνδυασμό με αλκοόλ ή τουλάχιστον με λίγη ποσότητα. Εάν εμφανιστούν μεταβολές στη διάθεση, συμβουλευτείτε έναν γιατρό.

Αντενδείξεις

Υπάρχουν αντενδείξεις για τις ακόλουθες περιπτώσεις:

- ηλικία κάτω των 18
- εγκυμοσύνη, θηλασμός: δεν έχει αποδειχθεί ότι η βουπροπιόνη είναι αποτελεσματική ως μέθοδος διακοπής του καπνίσματος σε εγκυμονούσες καπνίστριες
- η βουπροπιόνη δεν έχει εξεταστεί σε ασθενείς που θηλάζουν
- υπερευαίσθησία στη βουπροπιόνη ή στα ανενεργά συστατικά της
- ιστορικό ή τρέχουσες σπασμωδικές διαταραχές, όγκος στον εγκέφαλο, ιστορικό επιληπτικών κρίσεων
- διατροφικές διαταραχές
- διπολικές διαταραχές
- συμπτώματα στέρησης από χρόνια χρήση αλκοόλ, σοβαρή υπατική ανεπάρκεια, υπατική κίρρωση
- χρήση αναστολέων MAO τις τελευταίες δύο εβδομάδες, ιστορικό χρήσης βενζοδιαζεπίνης

Παρενέργειες, προειδοποιήσεις, αλληλεπίδραση με άλλα φάρμακα

Κύριες παρενέργειες

Μία μετα-ανάλυση κλινικών μελετών κατέγραψε τις παρενέργειες σε ασθενείς που λάμβαναν βουπροπιόνη σε σύγκριση με το εικονικό φάρμακο.¹ Οι παρενέργειες που παρατηρούνται συχνότερα σε ασθενείς που λαμβάνουν βουπροπιόνη είναι:

- αϋπνία,
- πονοκέφαλος,
- ξηροστομία

Για την αντιμετώπιση της ξηροστομίας και των πονοκεφάλων συνιστάται η σταδιακή πρόσληψη δύο με τριών λίτρων νερού ημερησίως. Για την αποφυγή της αϋπνίας συνιστάται να λαμβάνεται το πρώτο χάπι βουπροπιόνης το πρωί, όσο πιο νωρίς γίνεται, έτσι ώστε το δεύτερο χάπι να λαμβάνεται νωρίς το απόγευμα, κατά προτίμηση τουλάχιστον τέσσερις ώρες πριν τον ύπνο. Η αϋπνία μπορεί να μειωθεί επίσης ρυθμίζοντας τη δόση της βουπροπιόνης στα 150mg ανά ημέρα.

Σε μία εκτενέστερη μελέτη στη Γαλλία την περίοδο 2001 - 2004, σχετικά με τη θεραπεία διακοπής του καπνίσματος για τη χρήση της βουπροπιόνης, οι συγγραφείς σημείωσαν 1682 παρενέργειες που εμφανίστηκαν σε 698.000 ασθενείς που έλαβαν θεραπεία με βουπροπιόνη κατά τα πρώτα τρία χρόνια πώλησης του προϊόντος στη Γαλλία.²¹ Το 28% των παρενεργειών αυτών καταγράφηκαν ως σοβαρές και είναι οι παρακάτω:

- 31.2% δερματικές αντιδράσεις (αλλεργίες, οίδημα),
- 22.5% νευρολογικές αντιδράσεις,
- 17.2% νευροψυχολογικές αντιδράσεις (αυτοκτονικές σκέψεις, κατάθλιψη).

Μετά από προσεκτική ανάλυση των περιστατικών, αποδείχθηκε ότι το 66% των νευρο/ψυχολογικών αντιδράσεων και σχεδόν το 50% των νευρολογικών αντιδράσεων προκλήθηκαν λόγω προδιάθεσης των ασθενών.²¹

Άλλες παρενέργειες

Άλλες παρενέργειες από την λήψη του φαρμάκου είναι: ζαλάδα, υψηλή αρτηριακή πίεση, πόνος στο θώρακα, κατάθλιψη, άγχος, μείωση της πνευματικής απόδοσης, προβλήματα στην όραση και

πιο σπάνια δερματικές αλλεργίες. Η πιο σοβαρή παρενέργεια είναι οι επιληπτικές κρίσεις. Εμφανίζονται πολύ σπάνια (1:1000) και συνήθως λόγω προδιάθεσης όπως προβλήματα στον εγκέφαλο, εγκεφαλικό τραύμα, επιληψία, διατροφικές διαταραχές.

Έχουν αναφερθεί σπάνια περιστατικά αγγειοιδήματος,²² υπερναραδαιμία, καθώς και σύνδρομο ακατάλληλης έκκρισης αντιδιουρητικής ορμόνης, τα οποία δεν αποτελούν σπάνια επιπλοκή σε αντιψυχωσική θεραπεία.²³

Οδηγίες για σωστή χρήση

Σε μεγαλύτερα άτομα καθώς και σε άτομα που αντιμετωπίζουν σοβαρή νεφρική ή ηπατική ανεπάρκεια, συνιστάται να μειώνεται η δόση στο μισό, δηλαδή 150mg Βουπροπιόνης ανά ημέρα. Τα άτομα/ασθενείς που χειρίζονται εξοπλισμό που απαιτεί επαγρύπνηση συνιστάται να ελέγχουν τις παρενέργειες της βουπροπιόνης πριν την εκτέλεση αυτών των δραστηριοτήτων, καθώς μπορεί να έχουν ζαλάδα, μειωμένη ικανότητα συγκέντρωσης και προσοχής.

Δεδομένου ότι η υψηλή αρτηριακή πίεση αναφέρθηκε από ασθενείς που λάμβαναν βουπροπιόνη, απαιτείται προσεκτική παρακολούθηση της αρτηριακής πίεσης, ειδικά όταν υπάρχει συνδυασμός θεραπειών, όπως για παράδειγμα βουπροπιόνη και επιθέματα νικοτίνης.

Όσοι ασθενείς λαμβάνουν βουπροπιόνη ή άλλα φάρμακα για τη διακοπή του καπνίσματος, θα πρέπει να παρακολουθούνται για συμπτώματα όπως: συμπεριφορικές διαταραχές, εκθρόνηση, διέγερση, κακή διάθεση, αυτοκτονικό ιδεασμό, απόπειρες αυτοκτονίας, περίεργη συμπεριφορά. Όταν εμφανίζονται τέτοια συμπτώματα, οι ασθενείς θα πρέπει να διακόπτουν αμέσως τη βουπροπιόνη και να επικοινωνούν με το γιατρό τους.²⁴

Οι οργανισμοί EMEA και FDA συνιστούν στους ασθενείς να ενημερώνουν τον γιατρό τους σχετικά με οποιοδήποτε ιστορικό ψυχιατρικών ασθενειών πριν ξεκινήσουν αυτό το φάρμακο και οι γιατροί θα πρέπει να παρακολουθούν τις αλλαγές στη διάθεση και τη συμπεριφορά, όταν συνταγογραφούν αυτό το φάρμακο. Για περισσότερες πληροφορίες, συμβουλευτείτε τις ιστοσελίδες της FDA.^{25,26}

Πριν τη συνταγογράφηση της βουπροπιόνης, ο γιατρός θα πρέπει να ελέγξει τα παρακάτω:

- χρήση αντιψυχωτικής ή αντικαταθλιπτικής αγωγής, τραμαδόλης, μεθυλοξαντίνες, στεροειδή, αντισταμινικά, αντιβιοτικά,

ψυχοδιεγερτικές ή φάρμακα για την ανορεξία,

- ιστορικό αλκοολισμού,
- ιστορικό σακχαρώδους διαβήτη ή τραύματα στο κρανίο ή τον εγκέφαλο.

Συνιστάται επίσης αυξημένη προσοχή σε περίπτωση χρήσης άλλων φαρμάκων που μπορεί να αλληλεπιδράσουν με τη βουπροπιόνη: προσοχή όταν χρησιμοποιούνται ταυτόχρονα φάρμακα που περιέχουν τα ένζυμα 2D6 και P 450. Επίσης, συνιστάται η μέτρηση της αρτηριακής πίεσης καθώς και η συγκέντρωση ιμιπραμίνης, φλουβοξαμίνης και πενταζολίου στο αίμα, επειδή μπορεί να αυξηθούν με τη χορήγηση της βουπροπιόνης. Η αρτηριακή πίεση αυξάνεται και με την παράλληλη χορήγηση της βουπροπιόνης σε συνδυασμό με κάποια αντικαταθλιπτικά και αντιψυχωτικά φάρμακα. Προσοχή επίσης συνιστάται όταν χορηγούνται και τα παρακάτω φάρμακα: κυκλοφωσφαμίδη, καρβαμαζεπίνη, βαλπροϊκό.¹

Ενδείξεις για διακοπή θεραπείας με βουπροπιόνη

- σπασμοί,
- πόνος στις αρθρώσεις μυϊκοί πόνοι, πυρετός,
- αναφυλακτικές αντιδράσεις ή υπερευαισθησία: εξανθήματα, πόνοι, δύσπνοια, οίδημα

Κόστος-όφελος θεραπείας βουπροπιόνης

Σε μία συστηματική ανασκόπηση που συγκρίνει το κόστος-όφελος των πρώτης γραμμής μη νικοτινικών θεραπειών (βαρενικλίνη, βουπροπιόνη) για τη διακοπή καπνίσματος, για να εντοπιστούν οι διαφορές στις δύο θεραπείες, βρέθηκε ότι η βαρενικλίνη κυριάρχησε της βουπροπιόνης όσον αφορά στο κόστος-όφελος.²⁷ Ωστόσο, στην ερμηνεία των αποτελεσμάτων θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη η κλινική πρακτική και οι μεταβλητές όπου μπορούν να αλλάξουν τα αποτελέσματα.²⁷

Συστάσεις

- Η βουπροπιόνη συνιστάται ως αποτελεσματική φαρμακευτική θεραπεία διακοπής του καπνίσματος (επίπεδο τεκμηρίωσης Α).

4.3.3 Θεραπεία με βαρενικλίνη

Η βαρενικλίνη είναι η πιο πρόσφατη φαρμακολογική θεραπεία διακοπής καπνίσματος και έχει εγκριθεί για χρήση στην Ευρώπη

και παγκοσμίως από το 2006. Η βαρενικλίνη διατίθεται με ιατρική συνταγή.

4.3.3.1 Μηχανισμός δράσης

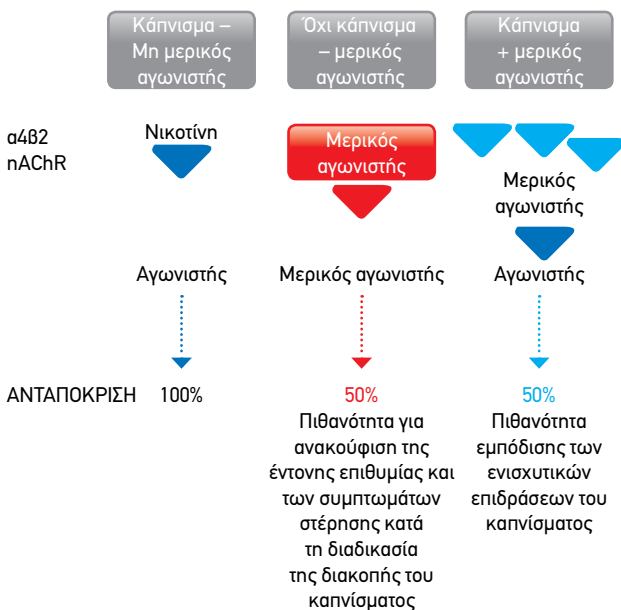
Ο μηχανισμός που λειτουργεί η βαρενικλίνη και βοηθά τους καπνιστές να πετύχουν τη διακοπή του καπνίσματος είναι παρόμοιος με τον τρόπο που λειτουργεί η νικοτίνη και προκαλεί εξάρτηση. Η νικοτίνη επενεργεί στους νικοτινικούς υποδοχείς ακετυλοχολίνης (nAChR) μέσα στην κοιλιακή καλυπτική περιοχή του εγκεφάλου, προκαλώντας απελευθέρωση ντοπαμίνης, κάτι που ενισχύει την εξάρτηση. Η ενεργοποίηση των υποδοχέων αυτών στην καλυπτική περιοχή του εγκεφάλου συμβαίνει όταν μεταφέρονται επαρκή επίπεδα νικοτίνης στο αίμα.²⁸

Οι κυρίαρχοι υπότυποι των nAChR νικοτινικών υποδοχέων στο κεντρικό νευρικό σύστημα είναι οι alpha4beta2 (α4β2) and alpha7. Από αυτούς, ο πρώτος είναι πιο διαδεδομένος στο κεντρικό νευρικό σύστημα, αντιπροσωπεύοντας περίπου το 90% του κεντρικού νευρικού συστήματος nAChR. Η σχέση νικοτίνης και α4β2 νευρωνικών νικοτινικών υποδοχέων ακετυλοχολίνης, - θεωρείται ότι οι συγκεκριμένοι υποδοχείς έχουν υψηλή ευαισθησία στη νικοτίνη- υποδηλώνει ότι ο υποδοχέας α4β2 είναι το κλειδί για τη θεραπεία της εξάρτησης από τη νικοτίνη.²⁹ Ο υποδοχέας α4β2 είναι η βάση πάνω στην οποία έχουν αναπτυχθεί ή συνεχίζουν ανα ανατύσσονται όλα τα φάρμακα διακοπής του καπνίσματος.³⁰

Η βαρενικλίνη αναπτύχθηκε με τέτοιο τρόπο ώστε η δράση της να μοιάζει με αυτή της νικοτίνης και των α4β2 nAChR στο σύστημα μεσολομυϊκής ντοπαμίνης³¹ και να δρα ως μερικός συναγωνιστής του α4β2 nAChR.²⁸ Επίσης, διαθέτει έναν υποδοχέα που ενεργεί ως μερικός αγωνιστής χαμηλής αποτελεσματικότητας στον υποδοχέα νευρολίνης α4β2, α3β2, α3β4, και στον νικοτινικό υποδοχέα ακετυλοχολίνης α6/ α3β2β3 και έναν αγωνιστή υψηλής αποτελεσματικότητας στο alpha7 nAChR. Ο μερικός αγωνιστής α4β2 θεωρείται ότι προάγει την αποχή από το κάπνισμα και τη μείωση της επιθυμίας για νικοτίνη, μέσω της διέγερσης ντοπαμινεργικών νευρώνων. Ο μερικός ανταγωνιστής στον alpha4beta2 νευρωνικό νικοτινικό υποδοχέα ακετυλοχολίνης αναστέλλει τη σύνδεση της νικοτίνης, οδηγώντας σε μειωμένη επιθυμία για τσιγάρο (Δείτε Σχήμα 4.8).

Έχει διαπιστωθεί ότι η βαρενικλίνη μειώνει την επιθυμία για χρήση καπνού. Σε σύγκριση με το εικονικό φάρμακο, η επιθυμία

Σχήμα 4.8: Ο μηχανισμός δράσης της βαρενικλίνης ως μερικός αγωνιστής του νικοτινικού υποδοχέα ακετυλοχολίνης alpha4 beta2



για κάπνισμα είναι στατιστικά σημαντικά χαμηλότερη (σε σύγκριση με το εικονικό φάρμακο, $P=0.001$).²⁴ Με τον τρόπο που λειτουργεί η βαρενικλίνη, η ικανοποίηση και η ψυχολογική ανταμοιβή που προκαλούνται από το κάπνισμα έχει φανεί να μειώνονται επίσης σε στατιστικά σημαντικό βαθμό στους καπνιστές που την λαμβάνουν.²⁴

4.3.3.2 Αποτελεσματικότητα βαρενικλίνης

Αποτελεσματικότητα σε υγιείς ενήλικες

Για την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας της βαρενικλίνης, μία μετα-ανάλυση συγκέντρωσε δεδομένα από 15 κλινικές μελέτες με 12.233 συμμετέχοντες που λάμβαναν είτε βαρενικλίνη, είτε εικονικό φάρμακο. Στα αποτελέσματα της ανάλυσης βρέθηκε σχετικός κίνδυνος για συνεχή αποχή από το κάπνισμα στις εβδομάδες 9-24, 2,27 υπέρ της βαρενικλίνης (95% CI: 2.02-2.55) με δοσολογία δύο χάπια των 1.0 mg καθημερινά.³²

Μία άλλη μετα-ανάλυση της Cochrane έδειξε ότι η βαρενικλίνη ήταν πιο αποτελεσματική από τις άλλες μορφές θεραπείας όπως από την

θεραπεία υποκατάστασης νικοτίνης (OR 1.57; 95% CI 1.29 to 1.91) και από τη βουπροπιόνη (OR 1.59; 95% CI 1.29 to 1.96), αλλά δεν ήταν πιο αποτελεσματική από το συνδυασμό θεραπείας υποκατάστασης νικοτίνης (OR 1.06; 95% CI 0.75 to 1.48).⁴

Η μετα-ανάλυση, επίσης, ανέφερε τρεις μελέτες που σύγκριναν βαρενικλίνη με βουπροπιόνη. Η βαρενικλίνη αποδείχθηκε ότι είναι πιο αποτελεσματική από τη βουπροπιόνη όσον αφορά τη συνεχιζόμενη αποχή από το κάπνισμα μετά την 52η εβδομάδα (RR 1.59, 95% CI: 1.29–1.96).⁴

Σε μία συγκεντρωτική ανάλυση δεδομένων φάσης III από τους Gonzales et al. και Jorenby et al. για τη διερεύνηση της αποτελεσματικότητας της βαρενικλίνης, της βουπροπιόνης και του εικονικού φαρμάκου για τη διακοπή του καπνίσματος, οι Nides et al. βρήκαν ότι η συνεχιζόμενη αποχή για τις εβδομάδες 9 έως 12 ήταν σημαντικά μεγαλύτερη με τη χρήση βαρενικλίνης σε σύγκριση με τη βουπροπιόνη και το εικονικό φάρμακο (44.0%, 29.7%, και 17.7%, αντιστοίχως; και στις δύο συγκρίσεις $P = 0.001$).³¹ Σε παρόμοια ανάλυση για την αξιολόγηση των επιδράσεων της βαρενικλίνης, της βουπροπιόνης και του εικονικού φαρμάκου όσον αφορά στα συμπτώματα των καπνιστών, οι West et al. βρήκαν μεταξύ των συμμετεχόντων ότι η επιθυμία για κάπνισμα ήταν μειωμένη σε στατιστικά σημαντικό βαθμό σε αυτούς που πήραν βαρενικλίνη ή βουπροπιόνη σε σύγκριση με το εικονικό φάρμακο (και τα δύο με $P = 0.001$) και επίσης η μείωση της επιθυμίας για κάπνισμα ήταν μεγαλύτερη στην ομάδα που έλαβε βαρενικλίνη σε σύγκριση με εκείνους που έλαβαν βουπροπιόνη ($P = 0.008$). Στην έρευνα, λοιπόν, βρέθηκε ότι η βαρενικλίνη και η βουπροπιόνη μειώνουν το σύνδρομο στέρησης σε σύγκριση με το εικονικό φάρμακο και επίσης οι ασθενείς στους οποίους χορηγήθηκε βαρενικλίνη είχαν στατιστικά σημαντικά χαμηλότερη ευχαρίστηση από το κάπνισμα σε σύγκριση με εκείνους που λάμβαναν βουπροπιόνη.³³

Λαμβάνοντας υπόψη όλα αυτά τα κλινικά δεδομένα, αποδεικνύεται ότι η βαρενικλίνη είναι πιο αποτελεσματική από το εικονικό φάρμακο, από τη μονοθεραπεία με θεραπεία υποκατάστασης νικοτίνης και από τη βουπροπιόνη με καλύτερα ποσοστά αποχής από το κάπνισμα βραχυπρόθεσμα. Η βαρενικλίνη όχι μόνο μειώνει σημαντικά την επιθυμία για κάπνισμα και τα συμπτώματα στέρησης, αλλά επίσης καθυστερεί και την υποτροπή.³⁴

Αποτελεσματικότητα παρατεταμένης θεραπείας

Η μεγαλύτερη διάρκεια της θεραπείας με βαρενικλίνη έχει

αποδειχθεί ότι είναι πιο αποτελεσματική από τις βραχύχρονες θεραπείες. Σε μία μελέτη που αξιολόγησε τη μεγαλύτερη διάρκεια θεραπείας, οι συμμετέχοντες που κατόρθωσαν να απέχουν από το κάπνισμα στο τέλος της θεραπείας μετά από 12 εβδομάδες χρήσης βαρενικλίνης, τυχαιοποιήθηκαν σε δύο ομάδες, όπου στη μια χορηγήθηκε αγωγή βαρενικλίνης 1mg δύο φορές την ημέρα και στην άλλη ομάδα εικονικό φάρμακο για επιπλέον 12 εβδομάδες. Στο τέλος της δεύτερης θεραπευτικής φάσης (24η εβδομάδα μελέτης), το 71% των συμμετεχόντων που έλαβαν βαρενικλίνη απείχαν από το κάπνισμα, ενώ από αυτούς που πήραν εικονικό φάρμακο απείχε το 50% (OR 2.48, 95% CI: 1.95–3.16). Στην επαναπαρακολούθηση των 52 εβδομάδων, τα άτομα που έλαβαν βαρενικλίνη είχαν υψηλά ποσοστά αποχής από το κάπνισμα σε σύγκριση με εκείνους που έλαβαν εικονικό φάρμακο (44% έναντι 37% συνεχούς αποχής για τις εβδομάδες 13–52, OR 1.34, 95% CI: 1.06–1.69).³⁵ Μία επιπλέον ανάλυση των δεδομένων της μελέτης έδειξε ότι η συνέχιση της βαρενικλίνης για 12 εβδομάδες επιπλέον, ήταν πιο αποτελεσματική για τους καπνιστές που εμφάνισαν δυσκολία στο να διακόψουν το κάπνισμα.³⁶ Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, η βαρενικλίνη μπορεί να χρησιμοποιηθεί μακροπρόθεσμα, από τρεις με έξι μήνες έως και ένα χρόνο και η παράταση της θεραπείας αυτής αποτρέπει από τις υποτροπές. Η χρήσης της βαρενικλίνης για μεγάλο διάστημα (έξι μήνες) έχει αποδειχθεί ασφαλής και αποτελεσματική σύμφωνα με την βιβλιογραφία. Σε μία μελέτη με 377 ενήλικες καπνιστές, οι συμμετέχοντες τυχαιοποιήθηκαν λαμβάνοντας είτε βαρενικλίνη (1mg δύο φορές τη μέρα), είτε εικονικό φάρμακο για 52 εβδομάδες. Το ποσοστό της επίπτωσης της αποχής στις 52 εβδομάδες ήταν 37% για τους ασθενείς που έλαβαν βαρενικλίνη, σε αντίθεση με το 8% των ασθενών που έλαβαν εικονικό φάρμακο.³⁷

Μία άλλη μελέτη αξιολόγησε το βαθμό στον οποίο οι καπνιστές αποτυγχάνουν να πραγματοποιήσουν διακοπή του καπνίσματος στην ημερομηνία-στόχο, ή κάνουν υποτροπή μετά την ημερομηνία διακοπής, αλλά τελικά καταφέρνουν να διακόψουν το κάπνισμα με συνεχή θεραπεία. Τα αποτελέσματα αυτά φάνηκαν από δευτερογενή ανάλυση των συγκεντρωτικών δεδομένων από δύο πανομοιότυπες μελέτες βαρενικλίνης έναντι βουπροπιόνης και εικονικού φαρμάκου. Βρέθηκαν δύο επιτυχημένα σενάρια διακοπής καπνίσματος ανάμεσα σε καπνιστές που κατάφεραν συνεχή διακοπή για τις τελευταίες τέσσερις εβδομάδες θεραπείας (εβδομάδες 9–12): οι καπνιστές που διέκοψαν άμεσα το κάπνισμα, την ημέρα

διακοπής καπνίσματος (ημέρα 8) και συνέχισαν τη διακοπή για 2-12 εβδομάδες και οι καπνιστές που κατάφεραν να διακόψουν το κάπνισμα με καθυστέρηση και οι οποίοι είτε πέτυχαν τη διακοπή κάποια στιγμή μετά την ημερομηνία-στόχο είτε υποτροπίασαν τη 2η εβδομάδα, αλλά είχαν διακόψει το κάπνισμα μέχρι την 9η εβδομάδα της μελέτης. Οι δεύτεροι καθυστέρησαν να πετύχουν τη συνεχή διακοπή του καπνίσματος μέχρι το τέλος της θεραπείας. Τα αποτελέσματα αυτά υποστηρίζουν ότι συνιστάται να υπάρχει συνεχής θεραπεία, ακόμα και αν ο καπνιστής δεν κατορθώσει να διακόψει το κάπνισμα από τα πρώιμα στάδια της θεραπείας.³⁸

Αποτελεσματικότητα σε ασθενείς με Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια (ΧΑΠ)

Οι Tashkin et al., βρήκαν ότι η βαρενικλίνη είναι αποτελεσματική φαρμακολογική θεραπεία. Συγκεκριμένα, στη μελέτη τους φάνηκε ότι το 42,3% των ασθενών με ήπιας μορφής ΧΑΠ που έπαιρνε βαρενικλίνη, κατάφερε να απέχει από το κάπνισμα στις βδομάδες 9 έως 12 έναντι του 8,8% εκείνων που λάμβαναν εικονικό φάρμακο. Επίσης κατά την επαναπαρακολούθηση (εβδομάδες 9-52), η ομάδα παρέμβασης εμφάνισε αποχή στο 18,6% του δείγματος έναντι του 5,6% της ομάδας παρέμβασης. Σε σύγκριση και με προηγούμενες μελέτες, η βαρενικλίνη έχει αποδειχθεί ασφαλής φαρμακευτική αγωγή (2,8% σοβαρές ανεπιθύμητες παρενέργειες σε εκείνους που έλαβαν βαρενικλίνη σε σύγκριση με 4,4% στην ομάδα του εικονικού φαρμάκου).³⁹

Αποτελεσματικότητα σε ασθενείς με καρδιαγγειακά νοσήματα

Το 2010, οι Rigotti and Pipe et al. δημοσίευσαν τα αποτελέσματά τους από μία μελέτη που εξέταζε την αποτελεσματικότητα της βαρενικλίνης έναντι του εικονικού φαρμάκου σε 714 καπνιστές με καρδιαγγειακά νοσήματα.⁴⁰ Οι συγγραφείς βρήκαν υψηλά ποσοστά συνεχούς αποχής από το κάπνισμα στην ομάδα όπου χορηγήθηκε βαρενικλίνη, τόσο στις εβδομάδες 9-12 (47.0% έναντι 13.9%), όσο και στις βδομάδες 9-52 (19.2% έναντι 7.2%).

Αποτελεσματικότητα σε ασθενείς με HIV

Σε μία πολυκεντρική πιλοτική μελέτη σε καπνιστές με HIV, όπου χορηγήθηκε 1.0 mg βαρενικλίνης δύο φορές τη μέρα για 12 εβδομάδες, οι παρενέργειες και τα ποσοστά αποχής από το κάπνισμα συγκρίθηκαν με τυχαίοποιημένες μελέτες που διεξήχθησαν σε

υγιείς καπνιστές χωρίς HIV. Η βαρενικλίνη φάνηκε να είναι ασφαλής φαρμακευτική αγωγή και αποτελεσματική στους καπνιστές που έχουν μολυνθεί από το ιό HIV, αν και παρουσίασαν παρενέργειες συχνά (κυρίως ναυτία). Στους καπνιστές με HIV που λαμβάνουν βαρενικλίνη, απαιτείται συχνή παρακολούθηση των ηπατικών ενζύμων και της αρτηριακής πίεσης.⁴¹

Αποτελεσματικότητα σε ψυχιατρικούς ασθενείς

Σύμφωνα με τα στοιχεία της μελέτης COMPASS για τη διακοπή του καπνίσματος, έγινε σύγκριση ανάμεσα σε καπνιστές με ψυχιατρικό ιστορικό και σε καπνιστές χωρίς ψυχιατρικό ιστορικό.⁴² Όλοι οι ασθενείς έλαβαν συμβουλευτική θεραπεία μαζί με βαρενικλίνη, ενώ υπήρξε επαναξιολόγηση (follow-up) στους έξι μήνες. Το ψυχιατρικό ιστορικό περιλάμβανε άγχος, κατάθλιψη, ψυχωτική ή διπολική διαταραχή. Και στις δύο ομάδες καταγράφηκαν παρόμοια ποσοστά αποχής. Οι ασθενείς με ψυχιατρικό ιστορικό ήταν πιο πιθανό να αναφέρουν άγχος και κατάθλιψη. Οι παρενέργειες βαθμολογήθηκαν από μέτριας έως μικρής έντασης. Συνολικά, η ύπαρξη ψυχιατρικού ιστορικού δεν προέβλεπε χειρότερη έκβαση της θεραπείας ή χειρότερες παρενέργειες.⁴²

Μία μεγάλη τυχαίοποιημένη ελεγχόμενη μελέτη των Anthenelli et. al. σύγκρινε την λήψη βαρενικλίνης με την λήψη εικονικού φαρμάκου για 12 εβδομάδες σε δείγμα καπνιστών που είχαν υποβληθεί σε θεραπεία με ενεργή ή μείζονα κατάθλιψη (N=525).⁴³ Η μελέτη αξιολόγησε την απόχνη από το κάπνισμα, καθώς και αλλαγές στη διάθεση και τα επίπεδα άγχους. Η μελέτη βρήκε ότι η βαρενικλίνη αύξησε τη διακοπή του καπνίσματος ανάμεσα στους καπνιστές που λάμβαναν θεραπεία ή έπασχαν από κατάθλιψη, χωρίς να αυξήσει τα ποσοστά της κατάθλιψης ή του άγχους μεταξύ των εβδομάδων 9 έως 52 (20.3% έναντι 10.4%; OR, 2.36 [CI, 1.40 to 3.98]; P < 0.001). Περιορισμός στη μελέτη αυτή αποτελεί η έλλειψη επαναξιολόγησης (follow-up). Η μελέτη αυτή δεν περιλάμβανε ασθενείς που έπασχαν από κατάθλιψη και δεν λάμβαναν αγωγή, συνυπάρχουσες ψυχιατρικές διαταραχές, και εκείνους που λάμβαναν σταθεροποιητές της διάθεσης και αντιψυχωσικά. Μετα-ανάλυση επτά μελετών (n=352) που σύγκρινε την αποτελεσματικότητα της βαρενικλίνης έναντι του εικονικού φαρμάκου σε δείγμα ατόμων με σχιζοφρένεια, δεν κατέληξε στο συμπέρασμα ότι η βαρενικλίνη είναι πιο αποτελεσματική από το εικονικό φάρμακο.⁴⁴ Παρατηρήθηκε αυξημένη ανοχή της

βαρενικλίνη, ενώ σε καμία από τις δύο ομάδες δεν αυξήθηκαν τα νευροψυχιατρικά επεισόδια. Λόγω του μικρού μεγέθους του δείγματος απαιτείται περαιτέρω εξέταση της χρήσης της βαρενικλίνης σε ασθενείς με σχιζοφρένεια.

Η πρόσφατη μελέτη EAGLES περιλάμβανε ασθενείς με τις ακόλουθες διαταραχές: διαταραχή διάθεσης, άγχος, ψύχωση και οριακή διαταραχή προσωπικότητας. Δεν υπήρξε απόδειξη αυξημένων νευροψυχιατρικών επεισοδίων.⁴⁵ Ωστόσο, οι συγγραφείς υπογραμμίζουν ότι τα αποτελέσματα δεν μπορούν να γενικευτούν σε καπνιστές με ψυχιατρική διαταραχή που δεν λαμβάνουν φαρμακευτική αγωγή ή είναι ασταθείς.

Μία μετα-ανάλυση της Cochrane Collaboration του 2016 που περιλάμβανε 14 μελέτες με βαρενικλίνη δεν βρήκε διαφορά στην εμφάνιση νευροψυχιατρικών επεισοδίων ανάμεσα στη βαρενικλίνη και το εικονικό φάρμακο σε υγιή άτομα. Ωστόσο τα αποτελέσματα δεν μπορούν να γενικευτούν σε άτομα με ιστορικό ή τρέχουσες ψυχιατρικές διαταραχές.³²

Αποτελεσματικότητα μεταξύ χρηστών μασώμενου καπνού

Σε μία μελέτη με 431 συμμετέχοντες (213 βαρενικλίνη, 218 εικονικό φάρμακο) εξετάστηκε η αποτελεσματικότητα και η ασφάλεια της βαρενικλίνης στη διακοπή του μασώμενου καπνού.⁴⁶ Η συνεχής αποχή στις εβδομάδες 9-12 ήταν υψηλότερη στην ομάδα που έλαβε βαρενικλίνη σε σχέση με την ομάδα που έλαβε το εικονικό φάρμακο (59% έναντι 39%). Το πλεονέκτημα της βαρενικλίνης έναντι του εικονικού φαρμάκου συνεχίστηκε μέχρι και τις 14 εβδομάδες επαναξιολόγησης (συνεχής ρυθμός αποχής στις εβδομάδες 9-26 ήταν 45% έναντι 34%). Οι συγγραφείς κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η βαρενικλίνη μπορεί να βοηθήσει στη διακοπή του μασώμενου καπνού και αποτελεί ασφαλή αγωγή. Το ποσοστό απόκρισης από την ομάδα που έλαβε εικονικό φάρμακο στη μελέτη ήταν υψηλό, υποδεικνύοντας έναν πληθυσμό λιγότερο ανθεκτικό στη θεραπεία από τους καπνιστές. Σε μία πιλοτική μελέτη σχετικά με τη χρήση βαρενικλίνης που περιλάμβανε 20 χρήστες μασώμενου καπνού, οι Ebbert et al. ανέφεραν ότι η βαρενικλίνη μπορεί να είναι αποτελεσματική στη μείωση της χρήσης καπνού σε εκείνους που ενδιαφέρονται να το μειώσουν, χωρίς όμως κάποιο πλάνο διακοπής.⁴⁷

4.3.3.3 Βαρενικλίνη σε συνδυασμό με φαρμακοθεραπεία

Οι πιο εξαρτημένοι καπνιστές μπορεί να ωφεληθούν από

το συνδυασμό της θεραπείας με βαρενικλίνη και θεραπεία υποκατάστασης νικοτίνης²⁴ καθώς εάν η συμπληρωματική θεραπεία υποκατάστασης της νικοτίνης μπορεί να οδηγήσει σε κορεσμό του υποδοχέα νικοτίνης, τότε η έντονη επιθυμία για κάπνισμα είναι δυνατόν να είναι ακόμα και πλήρως εξασθενημένη.

Αυτή η πιθανή επίδραση αξιολογήθηκε αρχικά σε ένα οκταήμερο πρόγραμμα στην Mayo Clinic (Ρότσεστερ, Νέα Υόρκη, ΗΠΑ). Η πρώτη ομάδα της μελέτης (n = 135) ολοκλήρωσε το πρόγραμμα της κατ' οίκων θεραπείας πριν την κυκλοφορία της βαρενικλίνης στην αγορά και έλαβε τη «συνήθη φροντίδα» που συμπεριλάμβανε επιθέματα νικοτίνης και βουπροπιόνη. Οι μορφές θεραπείας υποκατάστασης νικοτίνης βραχείας δράσης χρησιμοποιήθηκαν κατά βούληση για τη θεραπεία των οξέων συμπτωμάτων στέρησης.⁴⁷ Η δεύτερη ομάδα (n = 104) ολοκλήρωσε το πρόγραμμα της κατ' οίκων θεραπείας μετά την έγκριση της FDA για τη βαρενικλίνη και έλαβε συνδυαστική θεραπεία με βαρενικλίνη και θεραπεία υποκατάστασης νικοτίνης. Η θεραπεία με επιθέματα νικοτίνης ήταν η πιο συνηθισμένη μορφή θεραπείας υποκατάστασης νικοτίνης που χρησιμοποιήθηκε, μαζί με άλλες μορφές βραχείας δράσης. Χρησιμοποιήθηκαν περισσότερες από μία μορφές θεραπείας υποκατάστασης νικοτίνης και δεν παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφορές στα ποσοστά αποχής από το κάπνισμα μεταξύ των δύο ομάδων στους έξι μήνες. Σημαντικό, επίσης, είναι το γεγονός ότι δεν παρατηρήθηκε αύξηση στην εμφάνιση παρενεργειών στους ασθενείς που έλαβαν τη συνδυαστική θεραπεία. Οι περιορισμοί της συγκεκριμένης μελέτης ήταν το μικρό μέγεθος του δείγματος και ο μη ελεγχόμενος σχεδιασμός.⁴⁸

Τρεις νέες τυχαίοποιημένες μελέτες εξέτασαν την αποτελεσματικότητα της βαρενικλίνης με θεραπεία υποκατάστασης νικοτίνης.^{49,50,51} Οι Hajek et. al. δεν βρήκαν αύξηση αποχής από το κάπνισμα μεταξύ των τυχαίοποιημένων ασθενών που έλαβαν βαρενικλίνη και θεραπεία υποκατάστασης νικοτίνης έναντι εκείνων που έλαβαν μόνο βαρενικλίνη, ωστόσο το μέγεθος του δείγματος της μελέτης ήταν μικρό (n=117).⁴⁹ Στην τυχαίοποιημένη ελεγχόμενη μελέτη των Ramon et. al. με δείγμα 341 καπνιστών που κάπνιζαν 20 ή και παραπάνω τσιγάρα την ημέρα, το δείγμα τυχαιοποιήθηκε σε δύο ομάδες. Η πρώτη ομάδα έλαβε βαρενικλίνη και επιθέματα θεραπείας υποκατάστασης νικοτίνης και η δεύτερη ομάδα βαρενικλίνη με εικονικό φάρμακο για 12 εβδομάδες, ενώ και οι δύο ομάδες έλαβαν συμπεριφοριστική θεραπεία.⁵⁰ Συνολικά, υπήρξε μία μικρή

αλλά όχι στατιστικά σημαντική αύξηση στην αποχή από την ομάδα που έλαβε βαρενικλίνη με θεραπεία υποκατάστασης νικοτίνης. Οι αναλύσεις κατέγραψαν σημαντικά υψηλότερο ποσοστό αποχής μεταξύ των ατόμων που κάπνιζαν 29 ή περισσότερα τσιγάρα χρησιμοποιώντας συνδυαστική θεραπεία για 24 εβδομάδες (OR 1.46; 95% CI 1.2 to 2.8). Μία δεύτερη τυχαioποιημένη μελέτη που συνέκρινε τη βαρενικλίνη έναντι της βαρενικλίνης συνδυαστικά με θεραπεία υποκατάστασης νικοτίνης, κατέληξε στο συμπέρασμα ότι η συνδυαστική θεραπεία είχε υψηλότερα ποσοστά αποχής από το κάπνισμα στις 12 εβδομάδες επαναξιολόγησης (1.85; 95% CI, 1.19–2.89; $P=.007$) και στις 24 εβδομάδες (49.0% έναντι 32.6%; OR, 1.98; 95% CI, 1.25–3.14; $P=.004$).⁵¹ Οι συγγραφείς, επίσης, ανέφεραν εμφάνιση συχνών συμπτωμάτων όπως ναυτία, διαταραχής ύπνου, κατάθλιψη, δερματικούς ερεθισμούς και δυσκοιλιότητα. Ωστόσο, μόνο οι δερματικές αντιδράσεις εμφάνισαν στατιστική σημαντικότητα. Εν κατακλείδι, απαιτούνται επιπλέον μελέτες για την πλήρη κατανόηση της αξίας της συνδυαστικής θεραπείας βαρενικλίνης με θεραπεία υποκατάστασης νικοτίνης και της χορήγησής της σε συγκεκριμένες υπο-ομάδες ασθενών. Ο συνδυασμός θεραπειών μπορεί να βοηθήσει ασθενείς που δυσκολεύονται να διακόψουν το κάπνισμα με μονοθεραπεία, θα πρέπει όμως να σημειωθεί ότι υπάρχουν περιορισμένα διαθέσιμα στοιχεία μέχρι τώρα.

Συστάσεις:

- Δεν υπάρχουν αντενδείξεις για τη χρήση της βαρενικλίνης σε συνδυασμό με θεραπεία υποκατάστασης νικοτίνης (επίπεδο τεκμηρίωσης Β).
- Μπορεί να υπάρχει πλεονέκτημα στο συνδυασμό θεραπειών υποκατάστασης νικοτίνης με βαρενικλίνη, ιδιαίτερα μεταξύ των βαρέων καπνιστών, αλλά τα αποτελέσματα δεν είναι ξεκάθαρα. Απαιτείται επιπλέον έρευνα για την υποστήριξη της αποτελεσματικότητά αυτής της θεραπείας (επίπεδο τεκμηρίωσης Γ).

4.3.3.4 Βαρενικλίνη και συμβουλευτική

Οι έρευνες υποστηρίζουν την αποτελεσματικότητα της βαρενικλίνης όταν συνδυάζεται με προγράμματα συμπεριφορικής θεραπείας. Οι Swan et al. διερεύνησαν την αποτελεσματικότητα της βαρενικλίνης σε συνδυασμό με την προληπτική τηλεφωνική συμβουλευτική, με την παροχή πληροφοριών για την υγεία και με τη συμβουλευτική

μέσω ίντερνετ ή και τα δύο. Οι συγγραφείς κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η τηλεφωνική συμβουλευτική αποτελεί καλύτερη θεραπεία για πρόωρη διακοπή και αυξάνει τη συμμόρφωση στη φαρμακευτική αγωγή, αλλά η απουσία διαφορών στους έξι μήνες υποδηλώνει ότι θα πρέπει να χρησιμοποιείται παράλληλα και η βαρενικλίνη.⁵²

4.3.3.5 Ενδείξεις

Η βαρενικλίνη είναι το πρώτο φάρμακο που δημιουργήθηκε αποκλειστικά για να βοηθήσει στη διακοπή του καπνίσματος.²⁴ Διατίθεται μόνο με ιατρική συνταγή και αποτελεί φάρμακο πρώτης γραμμής για την αντιμετώπιση της εξάρτησης από τη νικοτίνη.

4.3.3.6 Κλινική χρήση

Η βαρενικλίνη χορηγείται από το στόμα, ανεξάρτητα από τα γεύματα της ημέρας (μπορεί να χορηγηθεί πριν ή μετά) σε δύο δόσεις.¹

Αρχική φάση: κουτιά με χάπια για τις πρώτες δύο εβδομάδες, συνταγογραφούνται ως: 1 χάπι των 0.5 mg ανά ημέρα για την 1η μέχρι την 3η ημέρα θεραπείας, 1 χάπι των 0.5 mg 2 φορές την ημέρα για την 4η με 7η ημέρα και 1 χάπι του 1 mg δύο φορές την ημέρα για την 8η μέχρι 14η ημέρα θεραπείας. Δεύτερη φάση: κουτιά με 28 χάπια του 1mg, συνιστάται η χορήγηση 1 χαπιού του 1 mg 2 φορές την ημέρα, σε καθημερινή βάση, μεταξύ της 3ης και 12ης εβδομάδας.

Ο ασθενής αφού ξεκινήσει την αγωγή με βαρενικλίνη κατά τις πρώτες εβδομάδες θεραπείας, κατά προτίμηση την 8η και 14η ημέρα, ορίζει ημερομηνία διακοπής καπνίσματος. Εάν δεν καταφέρει να διακόψει το κάπνισμα, ορίζει νέα ημερομηνία και προσπαθεί μέχρι να το πετύχει.

4.3.3.7 Αντενδείξεις

Οι αντενδείξεις για τη βαρενικλίνη είναι ελάχιστες, συγκεκριμένα: υπερευαίσθησία στη δραστική ουσία ή στα ανενεργά συστατικά της, η ηλικία κάτω των 18 ετών, εγκυμοσύνη και θηλασμός.

4.3.3.8 Προφυλάξεις που πρέπει να λαμβάνονται με τη θεραπεία της βαρενικλίνης

Ασθενείς με νεφρική ανεπάρκεια

Για τους ασθενείς με νεφρική ανεπάρκεια, η δόση ρυθμίζεται ως εξής: για ασθενείς με ήπια (κάθαρση κρεατίνης >50 και 80 ml ανά

λεπτό) ή μέτρια νεφρική ανεπάρκεια (κάθαρση κρεατίνης >30–<50 ml ανά λεπτό), η νεφρική δυσλειτουργία δεν απαιτεί προσαρμογή της δόσης. Για ασθενείς με σοβαρή νεφρική δυσλειτουργία (κάθαρση κρεατίνης < 30 ml ανά λεπτό), η συνιστάμενη δόση είναι 0,5mg δύο φορές την ημέρα.¹¹ Η δοσολογία θα πρέπει να ξεκινάει στα 0,5 mg μία φορά την ημέρα για τις πρώτες τρεις ημέρες και μετά να αυξάνεται στα 0,5mg δύο φορές την ημέρα. Λόγω έλλειψης κλινικών αποδείξεων, η θεραπεία με βαρενικλίνη δεν συνιστάται σε ασθενείς με νεφρική ανεπάρκεια τελικού σταδίου.

Οδηγοί οχημάτων και χειριστές βαρέων μηχανημάτων

Σύμφωνα με αναφορές του FDA το 2007, διατυπώθηκαν μερικές ανησυχίες σχετικά με την ασφάλεια της χρήσης βαρενικλίνης από οδηγούς οχημάτων, χειριστές βαρέων μηχανημάτων και από οποιονδήποτε εργάζεται σε δουλειά που χρειάζεται εγρήγορση, για την αποφυγή σοβαρών τραυματισμών. Τον Μάιο του 2008 η Ομοσπονδιακή Υπηρεσία Ασφάλειας Μεταφορών Αυτοκινήτων των ΗΠΑ και η Ομοσπονδιακή Διοίκηση Αεροπορίας ανακοίνωσαν ότι οι πιλότοι, οι ελεγκτές εναέριας κυκλοφορίας και οι οδηγοί φορτηγών και λεωφορείων δεν επιτρέπεται να παίρνουν αυτό το φάρμακο.³⁴ Επομένως, οι οδηγοί θα πρέπει να ερωτώνται εάν η τρέχουσα κατάστασή τους επηρεάζεται από τη χρήση της βαρενικλίνης. Η βαρενικλίνη μπορεί να έχει μικρή, μέτρια ή σημαντική επίδραση στην ικανότητα οδήγησης ή χρήσης μηχανημάτων (ζάλη και υπνηλία). Οι ασθενείς πρέπει να συμβουλευούνται να μην οδηγούν, να μην χειρίζονται εξοπλισμό και να μην εμπλέκονται σε εν δυνάμει επικίνδυνες δραστηριότητες μέχρι να γίνει γνωστό ότι η βαρενικλίνη δεν επηρεάζει την ικανότητά τους να ασκούν τέτοιες δραστηριότητες με ασφάλεια.

4.3.3.9 Ανοχή και ασφάλεια

Υπάρχει υψηλή ανεκτικότητα στη βαρενικλίνη σε σύγκριση με τη βουπροπιόνη και το εικονικό φάρμακο. Οι πιο συχνά αναφερόμενες παρενέργειες, σε σύγκριση με τη βουπροπιόνη ή το εικονικό φάρμακο αναφέρονται στην Πίνακα 4.11.⁵³

Ναυτία

Η ναυτία είναι το πιο συχνά αναφερόμενο σύμπτωμα με ενόχληση από ήπια έως μέτρια (συνολική επίπτωση 24.4%-52.0%) που εμφανίζεται σε υψηλότερο ποσοστό στη βαρενικλίνη σε σχέση

Πίνακας 4.11: Σύγκριση παρενεργειών βαρενικλίνης, βουπροπιόνης και εικονικού φαρμάκου

	Βαρενικλίνη	Βουπροπιόνη	Εικονικό Φάρμακο
Ναυτία	28%	9%	9%
Αϋπνία	14%	21%	13%
Πονοκέφαλος	14%	11%	12%

με το εικονικό φάρμακο. Τα περισσότερα συμπτώματα ναυτίας ξεκινούν την πρώτη εβδομάδα θεραπείας και διαρκούν για περίπου 12 ημέρες. Η ρύθμιση της δόσης φαίνεται να μειώνει τη συνολική επίπτωση της ναυτίας. Υπήρξε μικρή επίπτωση της ναυτίας (13.4%) σε ασθενείς που έλαβαν βαρενικλίνη με αυτοελεγχόμενη δόση. Σε κλινικές μελέτες, τα ποσοστά διακοπής της θεραπείας εξ' αιτίας της ναυτίας είναι 5% σε ασθενείς που έλαβαν βαρενικλίνη. Σε περίπτωση που εμφανιστεί αυτή η παρενέργεια υπάρχουν κάποιες χρήσιμες πληροφορίες που πρέπει να ξέρει ο ασθενής. Γενικά, η παρενέργεια αυτή μειώνεται από μόνη της σε μία εβδομάδα από την έναρξη της θεραπείας. Μπορεί να αποφευχθεί εάν ο ασθενής λάβει το φάρμακο μαζί με φαγητό.

Γαστρεντερικές διαταραχές

Η χρήση της βαρενικλίνης στη δόση της συντήρησης του 1mg δύο φορές την ημέρα για περισσότερο από 6 εβδομάδες, σχετίζεται με δυσμενείς γαστρεντερικές διαταραχές. Συγκεκριμένα, ένας στους πέντε θα εμφανίσει ναυτία, ενώ ένας στους 24 και ένας στους 35 θα εμφανίσει δυσκοιλιότητα και φούσκωμα στο στομάχι, αντίστοιχα.⁵⁴

Αϋπνία

Η αϋπνία είναι μία ακόμη συχνά αναφερόμενη παρενέργεια (14.0%-37.2%) που στις κλινικές μελέτες φαίνεται να σχετίζεται με τη βαρενικλίνη. Γενικά, η αϋπνία φαίνεται να εμφανίζεται κατά τη διάρκεια των πρώτων τεσσάρων εβδομάδων θεραπείας με βαρενικλίνη, ενώ μειώνεται καθώς συνεχίζεται η θεραπεία. Πιο συγκεκριμένα, σε μία εκτεταμένη μελέτη, η επίπτωση της αϋπνίας με βαρενικλίνη βρέθηκε 19.1% έναντι του 9.5% που βρέθηκε στην ομάδα που έλαβε το εικονικό φάρμακο, κάτι που υποδηλώνει ότι η αϋπνία μπορεί να είναι σύμπτωμα από τη διακοπή της νικοτίνης.³⁴

Καρδιαγγειακά νοσήματα

Μία ανασκόπηση τυχαιοποιημένων μελετών που δημοσιεύτηκαν από το 2008 μέχρι το 2010, κατέληξε σε νέα δεδομένα σχετικά με την ασφάλεια χρήσης βαρενικλίνης σε ασθενείς με συννοσηρότητα αναπνευστικών, καρδιαγγειακών καθώς και ψυχιατρικών νοσημάτων.

Μία συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση από τους Singh et al. δημοσιεύτηκε το 2011. Σε αυτή την μελέτη, οι συγγραφείς εξέφρασαν ορισμένες ανησυχίες σχετικά με την ασφάλεια της χρήσης βαρενικλίνης σε σύγκριση με το εικονικό φάρμακο.⁵⁵ Αυτή η μετα-ανάλυση έχει επικριθεί ευρέως με βάση τις ακατάλληλες τεχνικές ανάλυσης και τα συμπεράσματα στα οποία κατέληξε.

Δύο επόμενες μετα-αναλύσεις από τα ίδια δεδομένα των Mills et al. κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η βαρενικλίνη και άλλες θεραπείες διακοπής του καπνίσματος δεν φαίνεται να αυξάνουν τον κίνδυνο καρδιαγγειακών επεισοδίων.⁵⁶ Η μετα-ανάλυση αυτή αναφέρει τον κίνδυνο ως σχετικό κίνδυνο (relative risk) και χρησιμοποιεί κατάλληλες στατιστικές μεθόδους. Μία δεύτερη μετα-ανάλυση από την EMEA με κατά το πλείστον πανομοιότυπα δεδομένα δεν παρουσιάζει σημαντικό κίνδυνο. Η EMEA καταλήγει στο συμπέρασμα ότι το όφελος από τη χρήση βαρενικλίνης για τη διακοπή του καπνίσματος παραμένει υψηλό και δεν υπάρχει περιορισμός στη χρήση αυτού του φαρμάκου.⁵⁷

Δεν υπάρχουν αποδείξεις που να υποστηρίζουν ότι υπάρχει αυξημένος κίνδυνος εμφάνισης καρδιαγγειακών συμβάντων σε ασθενείς που λαμβάνουν βαρενικλίνη, αλλά αυτή τη στιγμή δεν μπορούμε να αποκλείσουμε αυτή την πιθανότητα. Συνιστάται στους γιατρούς να ενημερώνουν τους ασθενείς σχετικά με την μικρή πιθανότητα αύξησης του καρδιαγγειακού κινδύνου με τη χρήση βαρενικλίνης. Ωστόσο, οι κίνδυνοι αυτοί θα πρέπει να σταθμίζονται με το όφελος της βαρενικλίνης στη διακοπή του καπνίσματος.

Νευροψυχιατρικά νοσήματα

Σύγχυση έχει προκαλέσει στην ιατρική κοινότητα η χρήση ή μη της βαρενικλίνης και της βουπρεξίνης σε ασθενείς, εξ' αιτίας της αμφιλεγόμενης ασφάλειάς της για εμφάνιση νευροψυχιατρικών επεισοδίων. Αρκετές πρόσφατες και καλά σχεδιασμένες μελέτες δεν βρήκαν ότι υπάρχει αύξηση στα νευροψυχιατρικά επεισόδια με τη χορήγηση αυτών των φαρμάκων. Οι μελέτες αυτές οδήγησαν τον Αμερικανικό Οργανισμό Φαρμάκων (US FDA) να επικυρώσει ότι ο

κίνδυνος εμφάνισης νευροψυχιατρικών επεισοδίων είναι χαμηλός και τα οφέλη από τη χρήση υπερτερούν του κινδύνου.

Μετά την κυκλοφορία της βαρενικλίνης στις παγκόσμιες αγορές το 2006, έγιναν αρκετές αναφορές για τις ανεπιθύμητες παρενέργειες της βαρενικλίνης και της βουπρεπιδίνης. Κλινικές αναφορές στο Ηνωμένο Βασίλειο, οι οποίες περιλάμβαναν μία μελέτη κοορτής με 2682 ασθενείς από τον Δεκέμβριο του 2006, ανέφεραν ψυχιατρικά συμπτώματα κατά τη διάρκεια της θεραπείας με βαρενικλίνη, συμπεριλαμβανομένων των διαταραχών ύπνου (1.6%), άγχους (1.2%), κατάθλιψης (1.0%), εφιάλτες (1.0%), αλλαγή διάθεσης (0.6%), και αυτοκτονικού ιδεασμού (n = 5).^{34,58}

Με βάση αυτές τις αναφορές, τον Νοέμβριο του 2007, ο FDA εξέδωσε προειδοποίηση σχετικά με την ασφάλεια της βαρενικλίνης, υπογραμμίζοντας την ανάγκη για διάγνωση προϋπάρχουσων ψυχιατρικών ασθενειών πριν τη χορήγηση της βαρενικλίνης και τη σημασία της παρακολούθησης αλλαγών στη διάθεση και τη συμπεριφορά. Τον Μάιο του 2008, ο FDA προειδοποίησε ότι πρέπει να υπάρχει παρακολούθηση των ασθενών και να γίνεται άμεσα παραπομπή σε γιατρό σε περίπτωση αλλαγής της διάθεσης, της συμπεριφοράς ή επιδείνωσης της προϋπάρχουσας ψυχιατρικής ασθένειας κατά τη διάρκεια ή και μετά τη διακοπή της θεραπείας με βαρενικλίνη. Ο FDA ανανέωσε ξανά την ετικέτα της βαρενικλίνης τον Μάρτιο του 2015, ώστε να περιλαμβάνει πιθανές παρενέργειες στη συμπεριφορά ή στη διάθεση.⁵⁹

Από την αρχική αναφορά, αρκετές μελέτες εξέτασαν την πιθανή σύνδεση της χρήσης βαρενικλίνης με νευροψυχιατρικά συμπτώματα. Μία δημοσίευση το 2010 εξέτασε την επίπτωση και τον σχετικό κίνδυνο ψυχολογικών διαταραχών που καταγράφηκαν σε δέκα τυχαιοποιημένες ελεγχόμενες μελέτες με εικονικό φάρμακο και βαρενικλίνη για τη διακοπή του καπνίσματος.^{58,60} Διάφορες ψυχολογικές διαταραχές, όπως η απλή διαταραχή ύπνου βρέθηκαν στο 10.7% των ατόμων που έλαβαν βαρενικλίνη, ενώ στο 9.7% εκείνων που έλαβαν το εικονικό φάρμακο, με σχετικό κίνδυνο 1.02. Ο σχετικός κίνδυνος για ψυχιατρικά επεισόδια συχνότητας ≥ 1 έναντι του εικονικού φαρμάκου όσων έλαβαν βαρενικλίνη ήταν: 0.86 για συμπτώματα άγχους, 0.76 για επιπτώσεις στις σωματικές δραστηριότητες, και 1.42 για αλλαγή διάθεσης, 1.21 για διαταραχές χωρίς ταξινόμηση και 1.70 για διαταραχές στον ύπνο. Στις δέκα τυχαιοποιημένες μελέτες που συμπεριλήφθηκαν στην ανασκόπηση δεν υπήρξαν αναφορές περιπτώσεων αυτοκτονικού ιδεασμού στα

άτομα που έλαβαν βαρενικλίνη. Σε τρεις, όμως, άλλες μελέτες που δεν συμπεριλήφθηκαν στην ανασκόπηση λόγω διαφορετικού σχεδιασμού τους, αναφέρονται δύο περιπτώσεις αυτοκτονικού ιδεασμού και μία περίπτωση αυτοκτονίας.

Μία μεγάλη μελέτη το 2013 από την Meyer εξέτασε τις νευρολογικές και ψυχιατρικές νοσηλείες μεταξύ νέων χρηστών βαρενικλίνης ($n = 19,933$) έναντι νέων χρηστών επιθεμάτων υποκατάστασης νικοτίνης ($n = 15,867$). Το δείγμα της μελέτης περιελάμβανε ασθενείς με ή χωρίς ιστορικό ψυχικής νόσου. Η μελέτη δεν βρήκε αύξηση στην εμφάνιση νευρολογικών ή ψυχιατρικών νοσημάτων στους ασθενείς που έλαβαν βαρενικλίνη σε σύγκριση με εκείνους που έλαβαν επιθέματα υποκατάστασης νικοτίνης στις 30 και 60 ημέρες.^{59,61}

Οι Thomas et al. σε μία μελέτη κοορτής με 119.546 ασθενείς στην Αγγλία, εξέτασε τον κίνδυνο κατάθλιψης, αυτοκαταστροφής και απόπειρας αυτοκτονίας.⁶² Οι συγγραφείς κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι δεν υπάρχουν στοιχεία που να δείχνουν ότι οι χρήστες βαρενικλίνης διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο κατάθλιψης, απόπειρας αυτοκτονίας ή αυτοτραυματισμού σε σύγκριση με εκείνους που λαμβάνουν συνταγογραφημένη νικοτίνη.

Πιο πρόσφατα, η μεγάλη τυχαίοποιημένη και διπλά τυφλή ελεγχόμενη μελέτη EAGLES, με 140 κέντρα σε 16 χώρες, εξέτασε την ασφάλεια της χρήσης βουπροπιόνης, βαρενικλίνης και θεραπείας υποκατάστασης νικοτίνης σε άτομα με ιστορικό ψυχιατρικής νόσου.⁴⁵ Η μελέτη αυτή ξεκίνησε με απαίτηση του FDA προς τη Pfizer και τη GlaxoSmithKline, τους κατασκευαστές της βαρενικλίνης και της βουπροπιόνης. Η μελέτη περιλάμβανε 8.144 ασθενείς από τους οποίους οι 4.166 συμπεριλήφθηκαν στη ψυχιατρική μελέτη κοορτής. Στη μελέτη συμπεριλήφθηκαν άτομα με οποιαδήποτε από τις εξής τέσσερις κατηγορίες: διαταραχή στη διάθεση, άγχος, ψύχωση, οριακή διαταραχή προσωπικότητας. Στους συμμετέχοντες χορηγήθηκε με τυχαίο τρόπο ή βαρενικλίνη, ή βουπροπιόνη ή θεραπεία υποκατάστασης νικοτίνης ή εικονικό φάρμακο για 12 εβδομάδες, ενώ τους παρακολουθούσαν για 24 εβδομάδες. Η μελέτη δεν βρήκε σημαντική αύξηση στα νευροψυχιατρικά επεισόδια εξαιτίας της χρήσης βαρενικλίνης ή βουπροπιόνης. Η μελέτη επίσης βρήκε υψηλότερα ποσοστά αποχής μεταξύ των συμμετεχόντων που έλαβαν βαρενικλίνη σε σύγκριση με το εικονικό φάρμακο, την θεραπεία υποκατάστασης νικοτίνης και τη βουπροπιόνη. Ομοίως, η αγωγή με θεραπεία υποκατάστασης νικοτίνης και η βουπροπιόνη πέτυχαν υψηλότερα

ποσοστά αποχής από το κάπνισμα σε σύγκριση με το εικονικό φάρμακο. Οι συγγραφείς αναφέρουν ότι τα αποτελέσματα δεν μπορούν να γενικευτούν σε ασθενείς με μη θεραπεύσιμες ή ασταθείς ψυχιατρικές διαταραχές. Η μελέτη δεν συμπεριελάμβανε τους καπνιστές με τις τρέχουσες διαταραχές χρήσης ουσιών ή επικείμενο κίνδυνο αυτοκτονίας.

Το 2016 η Cochrane Collaboration ανανέωσε μία μετα-ανάλυση που περιλάμβανε 14 δοκιμές με βαρενικλίνη οι οποίες δε βρήκαν διαφορά στην εμφάνιση νευροψυχιατρικών περιστατικών από τη χρήση βαρενικλίνης έναντι του εικονικού φαρμάκου.³² Ο σχετικός κίνδυνος για κατάθλιψη ήταν 0.94 (95% CI 0.77 to 1.14; 36 μελέτες; 16,189 συμμετέχοντες, $I^2 = 0\%$), με μη στατιστικά σημαντικά χαμηλότερα ποσοστά στην ομάδα βαρενικλίνης. Ο σχετικός κίνδυνος για αυτοκτονικό ιδεασμό ήταν 0.86 (95% CI 0.43 to 1.07; 24 μελέτες; 11,193 συμμετέχοντες, $I^2 = 0$), με οριακά μη στατιστικά σημαντικά χαμηλότερα ποσοστά στην ομάδα της βαρενικλίνης. Οι συγγραφείς υπογραμμίζουν ότι και τα πέντε περιστατικά αυτοκτονικού ιδεασμού συνέβησαν στην ομάδα με τους ψυχικά ασθενείς, και κανένα στη μη ψυχιατρική ομάδα.^{46,32} Οι συγγραφείς καταλήγουν στο ότι δεν υπάρχει σύνδεση μεταξύ βαρενικλίνης και νευροψυχιατρικών διαταραχών, συμπεριλαμβανομένου του αυτοκτονικού ιδεασμού και της αυτοκτονικής συμπεριφοράς. Ωστόσο, τα στοιχεία δεν είναι ξεκάθαρα για άτομα με ιστορικό ή διαγνωσμένη ψυχιατρική διαταραχή.³²

Τον Δεκέμβριο του 2016, μετά την κυκλοφορία νέων στοιχείων από καλά τεκμηριωμένες μελέτες, τόσο ο FDA όσο και ο Ευρωπαϊκός Οργανισμός Φαρμάκων ανακοίνωσαν την αφαίρεση της προειδοποίησης στις ετικέτες των φαρμάκων της βαρενικλίνης και της βουπροπιόνης για τις παρενέργειες στην ψυχική υγεία.^{46,63} Συγκεκριμένα, ο FDA δήλωσε: «με βάση την αναθεώρηση μίας μεγάλης κλινικής μελέτης από την Αμερικανική Υπηρεσία Τροφίμων και Φαρμάκων (FDA), ο κίνδυνος σοβαρών παρενεργειών στη διάθεση, στη συμπεριφορά και στη σκέψη από τα φάρμακα με βαρενικλίνη και βουπροπιόνη είναι πολύ χαμηλότερος από ότι θεωρούσαμε στο παρελθόν. Ο κίνδυνος αυτών των παρενεργειών για τη ψυχική υγεία εξακολουθεί να υπάρχει, ειδικά σε εκείνους που πάσχουν από κάποια ψυχική ασθένεια όπως κατάθλιψη, διαταραχή ύπνου, σχιζοφρένεια ή έχουν ιστορικό ψυχιατρικής διαταραχής. Ωστόσο, οι περισσότεροι άνθρωποι που είχαν αυτές τις παρενέργειες δεν αντιμετώπισαν σοβαρές επιπτώσεις, ούτε έχριζαν νοσηλείας. Τα αποτελέσματα της

μελέτης επιβεβαιώνουν ότι τα οφέλη από τη διακοπή καπνίσματος υπερτερούν των κινδύνων εμφάνισης κάποιας παρενέργειας από αυτά τα φάρμακα.»⁴⁶

Μέχρι στιγμής δεν υπάρχουν σοβαρές ενδείξεις ότι η βαρενικλίνη σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης νευροψυχιατρικών διαταραχών. Οι επαγγελματίες υγείας καλούνται να συζητούν τα οφέλη και τους κινδύνους που ελλοχεύουν από τη χρήση της φαρμακευτικής αγωγής για τη διακοπή του καπνίσματος. Οι ασθενείς θα πρέπει να συμβουλευονται έτσι ώστε να απευθύνονται αμέσως σε κάποιον ειδικό εάν παρατηρήσουν κάποια παρενέργεια στη διάθεση, τη συμπεριφορά ή στη σκέψη τους.⁴⁶

Άλλες παρενέργειες

Άλλες παρενέργειες που αναφέρονται επίσης: κοιλιακό άλγος, δυσκοιλιότητα, φούσκωμα, εφιάλτες, διαταραχές στον ύπνο, ζαλάδα, ξηροστομία, αυξημένη όρεξη, αύξηση βάρους και κεφαλαλγία, τα οποία σε μελέτη όπου χρησιμοποιήθηκε ομάδα ελέγχου αναφέρθηκαν σε διπλάσιο ποσοστό από την ομάδα παρέμβασης συγκριτικά με την ομάδα που έλαβε το εικονικό φάρμακο.⁶⁴ Αυτές οι παρενέργειες φαίνεται να ήταν ήπιας έως μέτριας έντασης, παροδικές και εμφανίζονταν κυρίως κατά τη διάρκεια των πρώτων τεσσάρων εβδομάδων της θεραπείας. Επίσης, το 2% των συμμετεχόντων διέκοψε τη βαρενικλίνη λόγω αυτών των ανεπιθύμητων παρενεργειών.³⁴

Οι αλληλεπιδράσεις της βαρενικλίνης με άλλα φάρμακα είναι άγνωστες. Κάποιες, όμως, επιδράσεις είναι εμφανείς λόγω της διακοπής χρήσης καπνού, καθώς αρχίζει να δρα το θεραπευτικό αποτέλεσμα της βαρενικλίνης. Γι' αυτό το λόγο, η διακοπή του καπνίσματος μέσω ενζυματικών επαγωγών που υποδηλώνουν δομή τύπου CYP1A2, επιβάλλει την προσαρμογή των δόσεων θεοφυλλίνης, βαρφαρίνης, ινσουλίνης κλπ.¹¹

Στο τέλος της θεραπείας, η διακοπή βαρενικλίνης μπορεί να προκαλέσει αυξημένη ευερεθιστότητα, έντονη επιθυμία για κάπνισμα, αϋπνία ή καταθλιπτική διάθεση σε ένα χαμηλό ποσοστό των καπνιστών, περίπου 3%.¹¹

Συστάσεις

- Η βαρενικλίνη είναι μία καλά τεκμηριωμένη θεραπεία πρώτης γραμμής για τη διακοπή του καπνίσματος (επίπεδο τεκμηρίωσης Α)

4.3.4 Θεραπεία με κλονιδίνη

Η κλονιδίνη χρησιμοποιείται κυρίως ως αντι-υπερτασικό φάρμακο, αλλά μειώνει τη δραστηριότητα του κεντρικού συμπαθητικού συστήματος μέσω της διέγερσης των άλφα2- αδρενεργικών υποδοχέων. Η κλονιδίνη καταστέλλει αποτελεσματικά τα οξέα συμπτώματα από τη διακοπή της νικοτίνης, όπως εκνευρισμό, ευερεθιστότητα, άγχος, επιθυμία για κάπνισμα, ανησυχία.⁶⁵

Η κλονιδίνη δεν έχει εγκριθεί ως φαρμακευτική αγωγή για τη διακοπή του καπνίσματος και αποτελεί φάρμακο δεύτερης γραμμής. Συνεπώς, οι κλινικοί θα πρέπει να γνωρίζουν τις προειδοποιήσεις σχετικά με αυτό το φάρμακο καθώς και τις παρενέργειές του. Οι Κατευθυντήριες Οδηγίες των Ηνωμένων Πολιτειών (US Guideline Panel) προτείνουν την κλονιδίνη ως φάρμακο δεύτερης γραμμής και όχι πρώτης, λόγω των αντενδείξεων από τη χρήση κλονιδίνης, τη μεταβλητότητα των δόσεων της καθώς και την έλλειψη έγκρισης από τον FDA. Επομένως, η κλονιδίνη θα πρέπει να χρησιμοποιείται πάντα υπό την επίβλεψη γιατρού και σε ασθενείς που δεν μπορούν να χρησιμοποιήσουν φάρμακα πρώτης γραμμής λόγω αντενδείξεων ή σε ασθενείς που δεν μπόρεσαν να διακόψουν το κάπνισμα με αυτά τα φάρμακα.¹

Αποτελεσματικότητα

Μία ανασκόπηση της Cochrane που περιλάμβανε έξι κλινικές δοκιμές, βρήκε ότι η κλονιδίνη χορηγούμενη από το στόμα ή επιδερμικά ήταν πιο αποτελεσματική από το εικονικό φάρμακο. Ωστόσο το εύρημα αυτό βασίζεται σε μικρό αριθμό μελετών στις οποίες υπάρχει προκατάληψη για σφάλμα.⁶⁶ Η κλονιδίνη φαίνεται να είναι πιο αποτελεσματική στις γυναίκες καπνίστριες, παρ' όλο που οι γυναίκες ανταποκρίνονται λιγότερο ευνοϊκά στις θεραπείες διακοπής καπνίσματος.⁶⁵

Παρενέργειες

Οι παρενέργειες της κλονιδίνης περιορίζουν την ευρεία χρήση της, ειδικά η κόπωση, η υπόταση, η ζάλη και η ξηροστομία. Επίσης, θα πρέπει να σημειωθεί ότι η απότομη διακοπή της κλονιδίνης μπορεί να οδηγήσει σε συμπτώματα όπως νευρικότητα, διέγερση, κεφαλαλγία και τρέμουλο, που συνοδεύονται από αύξηση της αρτηριακής πίεσης και αυξημένα επίπεδα κατεχολαμίνης.¹

Προφυλάξεις, προειδοποιήσεις, αντενδείξεις, ανεπιθύμητες ενέργειες

Η κλονιδίνη δεν έχει αποδειχθεί ως αποτελεσματική θεραπεία

διακοπής καπνίσματος σε έγκυες καπνίστριες.

Δεν έχει αξιολογηθεί η χρήση της κλονιδίνης κατά την περίοδο του θηλασμού.

Θα πρέπει να προειδοποιούνται οι ασθενείς που εμπλέκονται σε δυνητικά επικίνδυνες δραστηριότητες, όπως η χρήση μηχανημάτων και η οδήγηση, για την ηρεμιστική δράση της κλονιδίνης.

Οι πιο συχνά αναφερόμενες παρενέργειες είναι: ξηροστομία (40%), υπνηλία (33%), ζάλη (16%), καταστολή (10%) και δυσκοιλιότητα (10%). Καθώς η κλονιδίνη είναι αντι-υπερτασικό φάρμακο, αναμένεται να μειώσει την αρτηριακή πίεση στους περισσότερους ασθενείς. Συνεπώς, οι γιατροί θα πρέπει να παρακολουθούν την αρτηριακή πίεση κατά τη χορήγηση αυτού του φαρμάκου.

Αντανακλαστική υπέρταση: όταν διακόπτεται η θεραπεία με κλονιδίνη μέσα σε διάστημα δύο με τεσσάρων ημερών μπορεί να αυξηθεί η αρτηριακή πίεση, να υπάρχει διέγερση, σύγχυση και τρέμουλο.

Προτάσεις για κλινική χρήση

Η κλονιδίνη χορηγείται μόνο με συνταγογράφηση, είτε μέσω της στοματικής κοιλότητας του 1mg, είτε επιδερμικά. Η θεραπεία θα πρέπει να ξεκινήσει λίγες μέρες (περίπου 3 μέρες) πριν την ημερομηνία διακοπής.

Δοσολογία: Εάν ο ασθενής χρησιμοποιεί επιδερμικά την κλονιδίνη, στην αρχή κάθε εβδομάδας θα πρέπει να τοποθετεί ένα διαδερμικό επίθεμα μεταξύ λαιμού και μέσης. Οι χρήστες δεν θα πρέπει να διακόπτουν απότομα τη θεραπεία με κλονιδίνη. Η αρχική δόση είναι τυπικά 0,10mg από το στόμα δύο φορές τη μέρα ή 0,10 mg την ημέρα, αυξάνοντας κατά 0,10mg ανά ημέρα την εβδομάδα, εάν χρειαστεί. Η διάρκεια της θεραπείας κυμαίνεται από 3 έως 10 εβδομάδες.¹

Συστάσεις

- Η κλονιδίνη είναι μία αποτελεσματική θεραπεία διακοπής του καπνίσματος, αν και υπάρχουν σημαντικές παρενέργειες. Μπορεί να χρησιμοποιηθεί υπό την επίβλεψη γιατρού ως θεραπεία δεύτερης γραμμής για την αντιμετώπιση της εξάρτησης από τη νικοτίνη (επίπεδο τεκμηρίωσης Β)

4.3.5 Θεραπεία με νορτριπτυλίνη

Η σχέση μεταξύ της καταθλιπτικής διάθεσης και της καπνιστικής

συμπεριφοράς είναι ότι τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα μπορεί να βοηθήσουν στη διακοπή του καπνίσματος. Αρκετά αντικαταθλιπτικά όπως η δοξεπίνη, η νορτριπτυλίνη και η μοκλοβεμίδη έχουν δείξει ότι μπορεί να είναι αποτελεσματικά στη διακοπή του καπνίσματος. Η νορτριπτυλίνη είναι ένα τρικυκλικό αντικαταθλιπτικό που έχει αποδειχθεί ότι είναι τόσο αποτελεσματικό όσο η βουπροπιόνη και η θεραπεία υποκατάστασης νικοτίνης. Η δράση της νορτριπτυλίνης στη διακοπή καπνίσματος είναι ανεξάρτητη από την αντικαταθλιπτική της δράση, επομένως η χρήση της δεν περιορίζεται σε άτομα με ιστορικό καταθλιπτικών συμπτωμάτων κατά τη διακοπή καπνίσματος.⁶⁸

Αποτελεσματικότητα

Μία μετα-ανάλυση με 6 μελέτες που χρησιμοποίησαν νορτριπτυλίνη ως τη μοναδική φαρμακοθεραπεία, βρήκε σημαντικό μακροπρόθεσμο όφελος.¹² Σε σύγκριση με το εικονικό φάρμακο, η νορτριπτυλίνη διπλασιάζει περίπου τα ποσοστά αποχής από το κάπνισμα. Το φάρμακο αυτό δεν έχει εγκριθεί για θεραπεία διακοπής του καπνίσματος και συνιστάται μόνο ως φάρμακο δεύτερης γραμμής.¹²

Το αν η νορτριπτυλίνη είναι περισσότερο ή λιγότερο αποτελεσματική από τη βουπροπιόνη ή από την θεραπεία υποκατάστασης νικοτίνης παραμένει ασαφές. Αυτή η φαρμακοθεραπεία δεν έχει άδεια να χρησιμοποιηθεί ως φάρμακο για τη διακοπή του καπνίσματος στις περισσότερες χώρες.

Παρενέργειες

Οι παρενέργειες που σχετίζονται με τη χρήση νορτριπτυλίνης είναι αντιχολινεργικές επιδράσεις όπως, ξηροστομία, θολή όραση, δυσκοιλιότητα και κατακράτηση ούρων. Επίσης, σχετίζονται με τους H1 ισταμινικούς υποδοχείς (καταστολή, υπνηλία, αύξηση βάρους) και με τους άλφα1 αδρενεργικούς υποδοχείς σε μερικούς ασθενείς (ορθοστατική υπόταση).⁶⁷ Δεδομένα από 17 μελέτες αναφέρουν ότι η νορτριπτυλίνη σε δόσεις των 75mg και 100mg δεν συσχετίζεται σημαντικά με σοβαρές ανεπιθύμητες ενέργειες, σε καπνιστές χωρίς υποκείμενη καρδιακή νόσο.⁷⁰

Οι ασθενείς θα πρέπει να παρακολουθούνται στενά για γνωστές ανεπιθύμητες ενέργειες όπως δυσκοιλιότητα, καταστολή, κατακράτηση ούρων και καρδιακά προβλήματα. Όταν λαμβάνεται υπερβολική δόση, η νορτριπτυλίνη μπορεί να προκαλέσει θάνατο. Οι

σοβαρές παρενέργειες δεν αποτέλεσαν αιτία ανησυχίας στις μελέτες για τη διακοπή του καπνίσματος, αλλά ο αριθμός των ασθενών ήταν σχετικά μικρός. Γι' αυτό η νορτριπτυλίνη δεν συγκαταλέγεται στα φάρμακα ούτε πρώτης, ούτε δεύτερης γραμμής.⁷¹

Δοσολογία

Η θεραπεία με νορτριπτυλίνη θα πρέπει να ξεκινά πριν διακοπεί ο ασθενής το κάπνισμα, με ημερομηνία διακοπής να ορίζεται 10 με 28 ημέρες μετά. Η αρχική δόση είναι 25mg ανά ημέρα, αυξάνεται σταδιακά σε 75-100mg ανά ημέρα σε διάστημα 10 ημερών έως 5 εβδομάδες. Η μέγιστη δόση μπορεί να συνεχιστεί για 8-12 εβδομάδες και να μειωθεί στο τέλος, ώστε να αποφευχθούν τα συμπτώματα στέρησης, που μπορεί να εμφανιστούν εάν διακοπεί απότομα. Υπάρχουν περιορισμένα στοιχεία για τα οφέλη από την εκτεταμένη χρήση της θεραπείας για πάνω από τρεις μήνες.

Πρακτικές συμβουλές για τη χρήση της νορτριπτυλίνης:

Δεν υπάρχουν επαρκή αποδεικτικά στοιχεία για να συσταθεί ο συνδυασμός νορτριπτυλίνης με οποιοδήποτε άλλο φάρμακο διακοπής καπνίσματος.

Οι άνθρωποι με καρδιαγγειακή νόσο πρέπει να χρησιμοποιούν νορτριπτυλίνη με προσοχή. Τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά αντενδείκνυνται στην περίοδο άμεσης ανάρρωσης μετά από έμφραγμα του μυοκαρδίου και αρρυθμία.

Δεν υπάρχουν επαρκή στοιχεία για να προταθεί η χρήση της νορτριπτυλίνης σε έγκυες καπνίστριες ή σε νεαρά άτομα ηλικίας κάτω των 18 ετών, ούτε για την πρόληψη υποτροπής καπνίσματος. Ακόμα, δεν συνιστάται η μακροχρόνια χρήση του.

Η μελέτη των Prado et al. που σύγκρινε την αποτελεσματικότητα της θεραπείας υποκατάστασης νικοτίνης, της βουπροπιόνης, της νορτριπτυλίνης και της συνδυαστικής θεραπείας, έρχεται σε συμφωνία με τα ευρήματα της μετα-ανάλυσης των Wagena et al.,⁷² υποστηρίζοντας ότι η νορτριπτυλίνη είναι μία σημαντική θεραπευτική επιλογή, δεδομένης της αποτελεσματικότητάς της (σε σύγκριση με τα φάρμακα πρώτης γραμμής), της ασφάλειάς της, του χαμηλού κόστους της και της ευρείας διαθεσιμότητάς της. Κατά την άποψη των συγγραφέων, ίσως, λαμβάνοντας υπόψιν την απειλή μίας παγκόσμιας επιδημίας καπνού, και τις σημαντικές επιπτώσεις του καπνίσματος στα λιγότερα εύπορα έθνη, η συμπερίληψη της νορτριπτυλίνης στις θεραπευτικές επιλογές μπορεί να αποτελέσει

υποσχόμενη θεραπευτική μέθοδο στις αναπτυσσόμενες χώρες. Με βάση αυτά τα ευρήματα, οι συγγραφείς προτείνουν να συμπεριληφθεί η νορτριπτυλίνη στα φάρμακα πρώτης γραμμής για τη διακοπή του καπνίσματος. Ωστόσο, ο σημαντικότερος περιορισμός της μελέτης αυτής είναι ότι αποτελεί μία αναδρομική, μη ελεγχόμενη και μη τυχαιοποιημένη μελέτη, και οι διαθέσιμες θεραπευτικές επιλογές επιλέχθηκαν με μεμονωμένα κριτήρια, ανάλογα με τη διαθεσιμότητα των φαρμάκων στο σύστημα της δημόσιας υγείας.⁷²

Οι γιατροί πρέπει να γνωρίζουν τις παρενέργειες της νορτριπτυλίνης καθώς και ότι υπάρχει έλλειψη έγκρισης από τους οργανισμούς EMEA και FDA. Η θεραπεία αυτή θα πρέπει να χορηγείται μόνο υπό την επίβλεψη γιατρού και σε εκείνους τους ασθενείς που δεν μπορούν να χρησιμοποιήσουν φάρμακα πρώτης γραμμής λόγω παρενεργειών ή μόνο σε ασθενείς που δεν μπόρεσαν να πραγματοποιήσουν διακοπή καπνίσματος με άλλο τρόπο.

Συστάσεις

- Η νορτριπτυλίνη είναι μία αποτελεσματική θεραπεία διακοπής καπνίσματος και μπορεί να χρησιμοποιηθεί υπό την επίβλεψη γιατρού ως θεραπεία δεύτερης γραμμής για την αντιμετώπιση της εξάρτησης από τη νικοτίνη (επίπεδο εμπιστοσύνης Α)

4.3.6 Κυτισίνη

Η κυτισίνη είναι ένα φυσικό αλκαλοειδές που εκχυλίζεται από τους σπόρους των φυτών, όπως το «cytissus laburnum» και το «sophora tetraptera». Η κυτισίνη δρα με παρόμοιο τρόπο με τη βαρενικλίνη, είναι μερικός ανταγωνιστής των νικοτινικών υποδοχέων ακετυλοχολίνης άλφα4βήτα2, οι οποίοι είναι υπεύθυνοι για την ενίσχυση των επιδράσεων νικοτίνης. Εμποδίζοντας τη σύνδεση της νικοτίνης με αυτούς τους υποδοχείς, μειώνεται η ικανοποίηση από την πρόσληψη νικοτίνης, κάτι το οποίο έχει άμεση επίδραση στα συμπτώματα στέρησης και στην έντονη επιθυμία για κάπνισμα.^{32,73,74} Η κυτισίνη διατίθεται σε μορφή δισκίων των 1,5mg. Παράγεται και διατίθεται στο εμπόριο από τη βουλγαρική εταιρεία Sopharma Pharmaceuticals από τον Σεπτέμβριο του 1964.⁷⁵ Η κυτισίνη χρησιμοποιήθηκε ως φαρμακευτική αγωγή για τη διακοπή του καπνίσματος για πολλές δεκαετίες στις πρώην Σοσιαλιστικές χώρες, στη Βουλγαρία, στην Ουγγαρία, στην Πολωνία, στη Λαϊκή Δημοκρατία της Γερμανίας και στη Σοβιετική Ένωση, όντας το πρώτο

φάρμακο που εγκρίθηκε επίσημα για το σκοπό αυτό. Ωστόσο, η κυτισίνη δεν κυκλοφορούσε σε άλλες χώρες για πολλές δεκαετίες, λόγω έλλειψης πρόσφατων μελετών.^{73,76,77}

Η παγκόσμια αναζήτηση για προϊόντα διακοπής καπνίσματος με υψηλή διαθεσιμότητα, αποδοχή, αποτελεσματικότητα και ασφάλεια, σε συνδυασμό με χαμηλό κόστος, σχετικές με παρεμβάσεις και προγράμματα διακοπής, αύξησε το ενδιαφέρον για την κυτισίνη.

Οι μελέτες αναφέρουν την κυτισίνη ως μία εναλλακτική λύση από τα προϊόντα βασισμένα στη νικοτίνη και τα αντικαταθλιπτικά, ειδικά σε ομάδες χαμηλού ή μεσαίου κοινωνικοοικονομικού επιπέδου και σε περιοχές που χρησιμοποιούνται ευρέως τα φυτικά φάρμακα.⁷⁷ Μία θεραπεία κυτισίνης 25 ημερών είναι 5 έως 15 φορές φθηνότερη από τη θεραπεία υποκατάστασης νικοτίνης 25 ημερών.⁷⁶

Το 2008 δημοσιεύτηκε στο Κιργιστάν μία διπλά τυφλή τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη μελέτη με εικονικό φάρμακο και κυτισίνη για τη διακοπή του καπνίσματος σε εργαζόμενους με μέτρια εξάρτηση (n=171). Στις 26 εβδομάδες το 10,6% των ασθενών που έλαβαν κυτισίνη απείχαν από το κάπνισμα σε αντίθεση με το 1,2% στην ομάδα ελέγχου που έλαβε το εικονικό φάρμακο.⁷³

Το 1991 η κυτισίνη καταχωρήθηκε επίσημα ως φάρμακο για τη θεραπεία διακοπής του καπνίσματος από την πρώην Σοβιετική-Ρωσική Ομοσπονδία. Η πρώτη τυχαιοποιημένη διπλά τυφλή ελεγχόμενη μελέτη για τη θεραπευτική αποτελεσματικότητα και την ασφάλεια της χρήσης κυτισίνης δημοσιεύτηκε το 2009 (n=196). Το ποσοστό των ατόμων που δεν είχαν καμία επίδραση όταν προσπάθησαν να διακόψουν το κάπνισμα μεταξύ αυτών που έλαβαν τη θεραπεία σε σύγκριση με την ομάδα του εικονικού φαρμάκου ήταν 13% και 26% αντίστοιχα. Το ποσοστό των καπνιστών που απείχαν από το κάπνισμα για μία ή περισσότερες περιόδους ήταν 50% και 30,8% αντίστοιχα. Το ποσοστό των καπνιστών που απείχαν από το κάπνισμα για 12 εβδομάδες ή και περισσότερο ήταν 50% και 37,5% αντίστοιχα. Παρενέργειες δεν εμφάνισε το 70% της ομάδας παρέμβασης και το 84% της ομάδας ελέγχου.⁷⁸

Μία μετα-ανάλυση από την Cochrane collaboration εντόπισε μόνο δύο μελέτες που έλεγξαν την αποτελεσματικότητα της κυτισίνης ως θεραπεία διακοπής καπνίσματος.³² Ο σχετικός κίνδυνος της διακοπής σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου ήταν 3,98 (διάστημα εμπιστοσύνης 95% (CI) 2.01 to 7.87). Δεδομένου αυτών των αποτελεσμάτων υπήρξε ενδιαφέρον για αύξηση της χρήσης αυτής της θεραπείας.

Μία τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη μελέτη Walker et al. (2014) σύγκρινε την κυτισίνη με την θεραπεία υποκατάστασης νικοτίνης. Η μελέτη βρήκε στατιστικά σημαντική αποχή από το κάπνισμα για ένα μήνα στην ομάδα που έλαβε κυτισίνη (Adjusted Odds Ratio 1.5; 95% CI, 1.2 to 1.9; P=0.003).⁷⁹ Οι διαφορές αυτές παρέμειναν στατιστικά σημαντικές και στην αξιολόγηση των 6 μηνών. Η ανάλυση υπο-ομάδων βρήκε στατιστικά σημαντική αποχή από το κάπνισμα στον ένα μήνα στις γυναίκες συμμετέχουσες και καμία στατιστικά σημαντική διαφορά στους άνδρες που συμμετείχαν στη μελέτη. Οι παρενέργειες αποτελούνταν από ναυτία, εμετούς, διαταραχή στον ύπνο και αναφέρθηκαν περισσότερο στην ομάδα που έλαβε κυτισίνη από ότι στην ομάδα που έλαβε θεραπεία υποκατάστασης νικοτίνης. Η δοσολογία που συνιστάται ξεκινά με 1 δισκίο (1.5 mg) κάθε 2 ώρες (μέχρι 6 δισκία την ημέρα) για την 1η μέχρι την 3η ημέρα. Το κάπνισμα θα πρέπει να μειωθεί, αλλιώς θα εμφανιστούν συμπτώματα υπερδοσολογίας νικοτίνης. Εάν δεν υπάρξει αποτέλεσμα, η θεραπεία διακόπτεται και μπορεί να γίνει προσπάθεια ξανά σε δύο με τρεις μήνες. Εάν υπάρξει θετική ανταπόκριση, ο ασθενής συνεχίζει τη δοσολογία μέχρι 5 δισκία την ημέρα (1 δισκίο ανά 2 ώρες) από την 4η μέχρι την 12η ημέρα. Δεν θα πρέπει να συνεχιστεί το κάπνισμα μετά την 5η ημέρα. Για τη 13η έως τη 16η ημέρα θα πρέπει να λαμβάνονται έως 4 δισκία την ημέρα (1 δισκίο ανά 3 ώρες), για τη 17η έως την 20η ημέρα έως 3 δισκία την ημέρα (1 δισκίο ανά 5 ώρες) και τέλος για την 21η ημέρα έως την 25η 1 με 2 δισκία την ημέρα (1 δισκίο ανά 6 με 8 ώρες) και στη συνέχεια διακοπή θεραπείας.

Δοκιμές που μελέτησαν τη συνιστάμενη δόση κυτισίνης παρατήρησαν μερικές παρενέργειες παρόμοιες με εκείνες της θεραπείας υποκατάστασης νικοτίνης.^{76,78,80} Σύμφωνα με τις αρχές Periodic Safety Update της Ευρώπης, δεν υπάρχει ασφαλές όριο στη χρήση κυτισίνης λόγω των παρενεργειών που προκαλεί.⁸⁰ Η υπερδοσολογία της κυτισίνης είναι παρόμοια με εκείνης της νικοτίνης, προκαλώντας ναυτία, εμετό, σπασμούς, ταχυκαρδία, διαστολή κόρης, κεφαλαλγία, αδυναμία, αναπνευστική παράλυση.⁸¹

Συστάσεις:

- Η κυτισίνη φαίνεται να αυξάνει τα ποσοστά διακοπής καπνίσματος, ωστόσο δεν υπάρχουν πολλές μελέτες με τη χρήση της, παρά μόνο τρεις (Επίπεδο τεκμηρίωσης B)
- Υπάρχει ανάγκη για περαιτέρω έρευνα ώστε να εξεταστεί η αποτελεσματικότητά της στη διακοπή καπνίσματος.

Βιβλιογραφία

1. 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.
2. 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].
3. 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.
4. Cahill K, Stevens S, Perera R, Lancaster T. Pharmacological interventions for smoking cessation: an overview and network meta-analysis. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 5. Art. No.: CD009329. DOI: 10.1002/14651858.CD009329.pub2.
5. 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.
6. Stead LF, Perera R, C, Mant D, Jamie Hartmann-Boyce, J Cahill K, Tim Lancaster T. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. Cochrane Database Systematic Review 2012, Issue 4. Art. No.: CD000146. DOI: 10.1002/14651858.CD000146.pub4.
7. Benowitz NL, Jacob P Nicotine and cotinine elimination pharmacokinetics in smokers and non-smokers. Clin Pharmacol Ther. 1993;53(3):316-23.
8. Institute national de prevention et d'education pour la sante (INPES). La prise en charge du patient fumeur en pratique quotidienne. Mars 2004. <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/657.pdf>
9. 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;11(7):859-67.
10. GarciaRio F, Serrano S, Mediano O, Alonso A, Villamor J. Safety profile of Bupropion for chronic obstructive pulmonary disease. Lancet 2001;358:1009-1010.
11. 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.
12. Hughes JR, Stead LF, Hartmann-Boyce J, Cahill K, Lancaster T. Antidepressants for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2014, Issue 1. Art. No.: CD000031. DOI: 10.1002/14651858.CD000031.pub4.
13. 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.
14. Roddy, E. Bupropion and other nonnicotine pharmacotherapies, BMJ, 2004;328: 509-511.
15. Aubin HJ. Tolerability and safety of sustained release Bupropion in the management of smoking cessation. Drugs 2002; 62:Suppl.2:45-52.
16. 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.
17. Ebbert JO, Fagerstrom K., Pharmacological interventions for the treatment of smokeless tobacco use, CNS Drugs. 2012;26(1):1-10.
18. 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;135(6):423-33.
19. GarciaRio F, Serrano S, Mediano O, Alonso A, Villamor J. Safety profile of Bupropion for chronic obstructive pulmonary disease, Lancet 2001;358:1009-1010.
20. Fiore M. C, Tobacco Use and Dependence: A 2011 Update of Treatments CME/CE, <http://www.medscape.org/viewarticle/757167>.
21. 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):1017-26.
22. Tackett A.E., Smith K.M., Bupropion induced angioedema, Am.J.Health Syst. Pharm., 2008;65(17):1627-30.
23. Chang Seong Kim, Joon Seok Choi, Eun Hui Bae, Soo Wan Kim, Hyponatremia Associated with Bupropion, Electrolyte Blood Press. 2011;9:23-26, ISSN 1738-5997.
24. Hurt R.D., Ebbert J.O., Hays T.J., McFadden D.D., Treating Tobacco dependence in a Medical Setting, CA Cancer J Clin. 2009;59:314-326.
25. <http://www.fda.gov/20Drugs/DrugSafety/PostmarketDrugSafetyInformationforPatientsandProviders/20DrugSafetyInformationforHealthcareProfessionals/ucm169986.htm>
26. www.fda.gov/NewsEvents/Newsroom/PressAnnouncements/ucm170100.htm
27. Mahmoudi M, Coleman CI, Sobieraj DM., Systematic review of the cost-effectiveness of Varenicline vs. Bupropion for smoking cessation., Int J Clin Pract. 2012;66(2):171-82.
28. Fagerstrom K., Hughes J., Varenicline in the treatment of Tobacco dependence, Neuropsychiatric Disease and Treatment 2008;4(2):353-363.
29. Benowitz NL, Porchet H, Jacob P 3rd. Nicotine dependence and tolerance in man: pharmacokinetic and pharmacodynamics investigations, Prog Brain Res, 1989;79:279-87.
30. Rollema H, Chambers LK, Coe JW, et al. Pharmacological profile of the alpha4beta2 nicotinic acetylcholine receptor partial agonist Varenicline, an effective smoking cessation aid, Neuropharmacology, 2007a;52:985-94.
31. Rollema H, Coe JW, Chambers LK, et al. Rationale, pharmacology and clinical efficacy of partial agonists of alpha4beta2 nACh receptors for

- smoking cessation, *Trends Pharmacol Sci*. 2007b;28:316–25.
32. Cahill K, Lindson-Hawley N, Kyla H, Thomas KH, Fanshawe TR, Lancaster T. Nicotine receptor partial agonists for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016, Issue 5. Art. No.: CD006103.
 33. 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.
 34. 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.
 35. 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.
 36. Stapleton JA, Watson L, Spirling LI, et al. 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*, 2008;103:146–54.
 37. 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.
 38. Hitomi Tsukahara, RN; Keita Noda, MD; Keiji 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*, 2010;74:771–8.
 39. 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.
 40. 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.
 41. Qu Cui, Robinson L., Elston, D., Smaill F., Cohen J., Quan, C., McFarland N., Thabane L., McIvor 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* a Mary Ann Liebert, Inc.
 42. 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;38(4):394–402.
 43. Anthenelli RM, Morris C, Ramey TS, Dubrava SJ, Tsilkos K, Russ C, Yufnis C. Effects of varenicline on smoking cessation in adults with stably treated current or past major depression: a randomized trial. *Ann Intern Med*. 2013 Sep 17;159(6):390–400.
 44. Kishi T1, Iwata N. Varenicline for smoking cessation in people with schizophrenia: systematic review and meta-analysis. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2015;265(3):259–68.
 45. Anthenelli RM, Benowitz NL, West R, St Aubin L, McRae T, Lawrence D, Ascher J, Russ C, Krishen A. Neuropsychiatric safety and efficacy of varenicline, bupropion, and nicotine patch in smokers with and without psychiatric disorders (EAGLES): a double-blind, randomised, placebo-controlled clinical trial. *Lancet* 2016;387(10037):2507–2520.
 46. http://www.fda.gov/Drugs/DrugSafety/ucm532221.htm?source=govdelivery&utm_medium=email&utm_source=govdelivery
 47. Fagerstrom K., Gilljam H., Metcalfe M., Tonstad S., Messig M., Stopping smokeless tobacco with Varenicline: randomized double blind placebo controlled trial, *BMJ* 2010;341:c6549.
 48. Ebbert J.O., Croghan I.T., North F., Schroeder D.R. A pilot study to assess smokeless tobacco use reduction with Varenicline, Nicotine & Tobacco Research, 2010;12(10):1037–1040.
 49. 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.
 50. Hajek P1, Smith KM, Dhanji AR, McRobbie H. Is a combination of varenicline and nicotine patch more effective in helping smokers quit than varenicline alone? A randomised controlled trial. *BMC Med*. 2013 May 29;11:140.
 51. Ramon JM1, Morchon S, Baena A, Masuet-Aumatell C. Combining varenicline and nicotine patches: a randomized controlled trial study in smoking cessation. *BMC Med*. 2014 Oct 8;12:172.
 52. Koegelenberg CF, Noor F, Bateman ED, van Zyl-Smit RN, Bruning A, O'Brien JA, Smith C, Abdool-Gaffar MS, Emanuel S, Esterhuizen TM, Iruen EM. Efficacy of varenicline combined with nicotine replacement therapy vs varenicline alone for smoking cessation: a randomized clinical trial. *JAMA*;312(2):155–61. doi: 10.1001/jama.2014.7195.
 53. 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;38(5):482–490.
 54. Garrison GD, Dugan SE. Varenicline: a first-line treatment option for smoking cessation. *Clin Ther*. 2009;31:463– 491.
 55. 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.
 56. 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*. 2011;183(12):1359–66.
 57. Mills EJ, Thorlund K, Eapen S, Wu P, Prochaska JJ. Cardiovascular events associated with smoking cessation pharmacotherapies: a network meta-analysis. *Circulation*. 2014;129(1):28–41.
 58. FDA Advisory: Varenicline. <http://www.fda.gov/Drugs/DrugSafety/ucm436494.htm>
 59. European Medicines Agency confirms positive benefit-risk balance for Champix, July 21 2011. http://www.ema.europa.eu/ema/index.jsp?curl=pages/news_and_events/news/2011/07/news_

- detail_001314.jsp&mid=WC0b01ac058004d5c1
60. 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.
61. Tonstad S., Davies S., Flammer M., Russ C., Hughes J., Psychiatric adverse events in randomized, double blind, placebo controlled clinical trials of Varenicline, *Drug Saf.*, 2010;33(4):289–301.
62. Meyer TE, Taylor LG, Xie S, Graham DJ, Mosholder AD, Williams JR, Moeny D, Ouellet-Hellstrom RP, Coster TS. Neuropsychiatric events in varenicline and nicotine replacement patch users in the Military Health System. *Addiction.* 2013;108(1):203–10.
63. Thomas KH1, Martin RM, Davies NM, Metcalfe C, Windmeijer F, Gunnell D. Smoking cessation treatment and risk of depression, suicide, and self harm in the Clinical Practice Research Datalink: prospective cohort study. *BMJ.* 2013;347:f5704.
64. http://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/EPAR_-_Procedural_steps_taken_and_scientific_information_after_authorisation/human/000699/WC500025256.pdf 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.
65. Frishman WH. Smoking cessation pharmacotherapy. *Ther Adv Cardiovasc Dis.* 2009;3:287–308.
66. Gourlay SG, Stead LF, Benowitz NL. Clonidine for smoking cessation. *Cochrane Database Systematic Reviews* 2004; Issue 3. Art. No.: CD000058. DOI: 10.1002/14651858.CD000058.pub2.
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.
68. Ministry of Health (MoH). New Zealand smoking cessation guideline. MoH: Wellington; 2007. Available from: www.moh.govt.nz/moh.nsf/indexmhm/nz-smoking-cessation-guidelines (Accessed Nov, 2010)
69. Herman A.Y., Sofuoglu M., Comparison of Available Treatments for Tobacco Addiction, *Curr Psychiatry Rep.* 2010;12(5):433–40.
70. Dhippayom T, Chaiyakunapruk N, Jongchansittho T. Safety of nortriptyline at equivalent therapeutic doses for smoking cessation: a systematic review and meta-analysis, *Drug Saf.* 2011;34(3):199–210.
71. 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.
73. 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.
74. Tutka P, Zatonski W. Cytisine for the treatment of nicotine addiction: from a molecule to therapeutic efficacy. *Pharmacol Rep.* 2006;58(6):777–798.
75. www.tabex.bg
76. Etter JF. Cytisine for smoking cessation: a literature review and a

meta-analysis. *Arch Intern Med.* 2006;166(15):1553–1559.

77. 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.

78. 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;N:13–22.

79. Walker N, Howe C, Glover M, McRobbie H, Barnes J, Nosa V, Parag V, Bassett B, Bullen C. Cytisine versus nicotine for smoking cessation. *N Engl J Med.* 2014 Dec 18;371(25):2353–62.

80. 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):1193–200.

81. 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.

4.4 Εξατομικευμένα θεραπευτικά προγράμματα

Στην κλινική πράξη, στην δημοσιευμένη βιβλιογραφία καθώς και στην κλινική εμπειρία βασίζεται η λήψη αποφάσεων που αφορούν την επιλογή κατάλληλων φαρμάκων και δοσολογίας για τη διακοπή του καπνίσματος. Είναι πλέον γνωστό ότι υπάρχουν περιορισμοί στη δοσολογία για τα περισσότερα φάρμακα που χρησιμοποιούνται στη διακοπή του καπνίσματος. Ως αποτέλεσμα, οι γιατροί πρέπει να χρησιμοποιούν τις δεξιότητες και τις γνώσεις τους ώστε να εξατομικεύουν τη θεραπεία.

Για να αυξηθούν τα ποσοστά διακοπής και να μειωθούν οι παρενέργειες έχει αποδειχθεί ότι ο συνδυασμός φαρμάκων είναι πιο αποτελεσματικός από τη μονοθεραπεία.

Ορισμένοι συνδυασμοί φαρμάκων πρώτης γραμμής είναι πιο αποτελεσματικοί από τη μονοθεραπεία όπως: η μακροχρόνια χρήση (δηλ. περισσότερο από 14 εβδομάδες) επιθεμάτων νικοτίνης σε συνδυασμό με την ταίχλα νικοτίνης ή με το ρινικό σπρέι νικοτίνης, το εισπνεόμενο νικοτίνης και τη βουπροπιόνη.^{1,2} Το εάν η μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα του συνδυασμού των υποκατάστατων νικοτίνης οφείλεται στο γεγονός ότι υπάρχουν δύο συστήματα χορήγησης νικοτίνης ή στο ότι υπάρχουν υψηλότερα επίπεδα νικοτίνης στο

αίμα, παραμένει ασαφές. Ο συνδυασμός φαρμακοθεραπείας ή η υψηλότερη δόση θεραπείας υποκατάστασης νικοτίνης φαίνεται να ανακουφίζουν πιο αποτελεσματικά τα συμπτώματα στέρησης και ειδικά στους πιο εξαρτημένους καπνιστές.¹

Στην καθημερινή πρακτική, οι ειδικοί συνδυάζουν συχνά φάρμακα. Για τους ασθενείς με πιο σοβαρή εξάρτηση από τη νικοτίνη, είναι κατάλληλος ο συνδυασμός φαρμάκων και συχνά προτείνεται χορήγηση τριών ή περισσότερων προϊόντων. Για ασθενείς με μερική ανταπόκριση στην αρχική θεραπεία, μπορεί να απαιτείται περαιτέρω προσαρμογή του θεραπευτικού πλάνου. Για παράδειγμα, εάν ένας ασθενής μειώσει το κάπνισμα με δόση βαρενικλίνης 1mg δύο φορές τη μέρα και έχει υψηλή ανεκτικότητα στο φάρμακο αυτό, η δόση μπορεί να αυξηθεί σε 1mg τρεις φορές την ημέρα. Μία άλλη κατάσταση που απαιτεί προσαρμογή είναι όταν ένας καπνιστής που διέκοψε το κάπνισμα χρησιμοποιώντας επιθέματα νικοτίνης και θεραπείας υποκατάστασης νικοτίνης βραχείας δράσης, παρατηρεί αυξημένα συμπτώματα στέρησης τις απογευματινές ώρες. Η προσθήκη ενός επιθέματος των 14mg αργά το απόγευμα μπορεί να μειώσει το σύμπτωμα αυτό.^{2,3}

Προκειμένου να αντιμετωπιστούν καλύτερα τα συμπτώματα στέρησης που ελέγχονται ελάχιστα κατά τη διάρκεια της θεραπείας με βαρενικλίνη, οι Hurt et al. χρησιμοποίησαν θεραπεία με επιθέματα νικοτίνης σε ασθενείς που λάμβαναν βαρενικλίνη. Αυτό συνέβη για δύο λόγους: 1) οι ασθενείς έπρεπε να διακόψουν το κάπνισμα με την ένταξή τους στο πρόγραμμα και 2) επειδή η βαρενικλίνη χρειάζεται αρκετές μέρες για να σταθεροποιηθεί.⁵

4.4.1 Συνδυασμός φαρμακολογικών θεραπειών

4.4.1.1 Γενικές αρχές του συνδυασμού φαρμακοθεραπείας

Δύο κύριοι τύποι συνδυασμού φαρμακοθεραπείας έχει βρεθεί ότι κυριώς αυξάνουν τα ποσοστά αποχής από το κάπνισμα: (1) η θεραπεία με τη χρήση διαφορετικών τύπων θεραπείας υποκατάστασης νικοτίνης και διαφορετικών φαρμάκων (π.χ. επίθεμα νικοτίνης και τσίχλα νικοτίνης), ή (2) θεραπεία με τη χρήση δύο διαφορετικών φαρμάκων που έχουν διαφορετικούς μηχανισμούς δράσης, όπως βαρενικλίνη και θεραπεία υποκατάστασης νικοτίνης. Ο συνδυασμός θεραπείας δύο διαφορετικών φαρμάκων παρέχει τη δυνατότητα να χρησιμοποιηθούν φάρμακα με διαφορετικούς μηχανισμούς δράσης. Για παράδειγμα, ο συνδυασμός βαρενικλίνης

και βουπροπιόνης συνδυάζει την αποτελεσματικότητα της βαρενικλίνης με την ικανότητα της βουπροπιόνης να μην αυξηθεί το βάρος του ασθενή μετά τη διακοπή. Επίσης, συνδυάζοντας δύο διαφορετικούς τύπους θεραπείας υποκατάστασης νικοτίνης παρέχεται ένα σταθερό επίπεδο συγκέντρωσης νικοτίνης (π.χ. επιθέματα νικοτίνης) και άμεση πρόσληψη νικοτίνης (π.χ. τσίχλα νικοτίνης, δισκία νικοτίνης, σπρέι) για την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων στέρησης.

Ο συνδυασμός φαρμακοθεραπείας παραμένει αμφιλεγόμενος και ανεπαρκής. Μόνο ο συνδυασμός θεραπείας υποκατάστασης νικοτίνης (δλδ περισσότερα του ενός) και ο συνδυασμός βουπροπιόνης με επιθέματα νικοτίνης έχουν εγκριθεί από το FDA για τη διακοπή του καπνίσματος.

4.4.1.2 Συνδυασμός θεραπείας υποκατάστασης νικοτίνης (NRT)

Οι δύο τύποι της θεραπείας υποκατάστασης νικοτίνης που έχουν περιγράψει είναι ο διαδοχικός και ο παράλληλος. Η διαδοχική θεραπεία μπορεί θεωρητικά να παρέχει αρχικά σταθερή δόση (επιθέματα νικοτίνης) και στη συνέχεια διακοπτόμενη θεραπεία για την αποφυγή της υποτροπής. Ωστόσο, υπάρχουν λίγες επιστημονικές ενδείξεις που να υποστηρίζουν αυτό το είδος θεραπείας.

Από την άλλη, υπάρχουν περισσότερα δεδομένα σχετικά με την ταυτόχρονη χρήση διαφορετικών τύπων θεραπείας υποκατάστασης νικοτίνης (δλδ. ταυτόχρονης θεραπείας). Ο τύπος αυτός θεραπείας επιτρέπει την πρόσληψη νικοτίνης με παθητικό τρόπο μέσω θεραπείας υποκατάστασης νικοτίνης μακράς δράσης (π.χ. επιθέματα νικοτίνης) και με ενεργό τρόπο με βραχείας δράσης θεραπεία υποκατάστασης νικοτίνης (π.χ. τσίχλα, δισκία, εισπνεόμενο, ρινικό σπρέι). Ο συνδυασμός θεραπείας έχει αρκετά πλεονεκτήματα. Για παράδειγμα τα επιθέματα νικοτίνης μπορούν να βοηθήσουν τους καπνιστές να αντιμετωπίσουν την έντονη επιθυμία για τσιγάρο και τα συμπτώματα στέρησης, καθώς είναι αυτό-χορηγούμενα.⁶

Θεραπεία υποκατάστασης νικοτίνης + Παροξετίνη

Σε μία διπλά τυφλή μελέτη, οι Killen et al. εξέτασαν την αποτελεσματικότητα μίας θεραπείας διακοπής καπνίσματος που συνδυάζει επιθέματα νικοτίνης με αντικαταθλιπτική παροξετίνη. Οι καπνιστές τυχαιοποιήθηκαν σε τρεις ομάδες: επιδερμική θεραπεία και εικονικό φάρμακο, επιδερμική θεραπεία και 20mg παροξετίνης

και επιδερμική θεραπεία με 40mg παροξετίνης. Η επιδερμική θεραπεία, παρεχόταν για οκτώ εβδομάδες, ενώ η παροξετίνη και το εικονικό φάρμακο για εννέα εβδομάδες. Τα ποσοστά αποχής για όλους τους συμμετέχοντες στην επαναξιολόγηση δεν είχαν στατιστικά σημαντικές διαφορές, αλλά σε μία ανάλυση που πραγματοποιήθηκε στις υποομάδες, φάνηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των ομάδων παροξετίνης και εικονικού φαρμάκου την 4η εβδομάδα.⁷

Επιθέματα νικοτίνης + Τσίχλα

Το επίθεμα νικοτίνης μπορεί να χορηγείται καθημερινά και μπορεί επίσης να συνδυαστεί με τσίχλα νικοτίνης. Η θεραπεία υποκατάστασης νικοτίνης χορηγούμενα από το στόμα είναι βραχείας δράσης και μπορούν να χρησιμοποιηθούν για να παρέχουν ανακούφιση από την έντονη επιθυμία για τσιγάρο. Η θεραπείας υποκατάσταση νικοτίνης χρησιμοποιείται είτε καθημερινά, είτε με διαλλείματα.

Οι μελέτες που εξετάζουν το συνδυασμό επιθέματος νικοτίνης και τσίχλας έχουν δείξει ότι η αποτελεσματικότητά του συνδυασμού αυτού είναι υψηλότερη συγκριτικά με τη μονοθεραπεία όσον αφορά την αύξηση των ποσοστών αποχής από το κάπνισμα στις 12 και 24 εβδομάδες.^{8,9} Τα αποτελέσματα της συνδυαστικής θεραπείας έχουν δείξει ένα ποσοστό αποχής από το κάπνισμα 34% σε σύγκριση με το 24% στην περίπτωση της μονοθεραπείας 12 εβδομάδων με επιθέματα νικοτίνης. Αντίστοιχα, το ποσοστό αποχής ήταν 28% στην ομάδα συνδυαστικής θεραπείας σε σύγκριση με το 15% στην 24η εβδομάδα της ομάδας με μονοθεραπεία επιθέματος νικοτίνης.¹⁰ Οι θεραπείες που συνδυάζουν τσίχλες νικοτίνης και επιθέματα και διαρκούν για παραπάνω από τρεις με έξι μήνες θα πρέπει να χορηγούνται μόνο σε ασθενείς που παρουσιάζουν έντονα συμπτώματα στέρησης και καμία άλλη θεραπευτική λύση δεν τους βοηθάει.¹¹

Επιθέματα νικοτίνης + ρινικό σπρέι νικοτίνης

Η συνδυαστική θεραπεία με επιθέματα νικοτίνης και ρινικό σπρέι εξετάστηκε σε μία ανοιχτή μελέτη 1384 καπνιστών που τυχαιοποιήθηκαν σε δύο ομάδες. Στη μια ομάδα δόθηκαν επιθέματα νικοτίνης συνδυαστικά με ρινικό σπρέι, ενώ στην άλλη ομάδα μονοθεραπεία.¹² Η ομάδα με τη συνδυαστική θεραπεία είχε υψηλότερα ποσοστά αποχής από το κάπνισμα στις 6 εβδομάδες

σε σύγκριση με την ομάδα της μονοθεραπείας.¹² Σε μία άλλη ελεγχόμενη μελέτη με εικονικό φάρμακο, η συνδυαστική θεραπεία με επιθέματα νικοτίνης και ρινικό σπρέι φάνηκε πιο αποτελεσματική σε σχέση με τη χορήγηση μόνο επιθεμάτων νικοτίνης ή ρινικού σπρέι, τόσο στη βραχεία αξιολόγηση (6 εβδομάδες και 3 μήνες) όσο και στη μακροπρόθεσμη αξιολόγηση (12 μήνες).¹³

Επιθέματα νικοτίνης + Συσκευή εισπνοής νικοτίνης

Στατιστικά σημαντικά ποσοστά αποχής από το κάπνισμα παρατηρήθηκαν με τα επιθέματα νικοτίνης συνδυαστικά με τη συσκευή εισπνοής στις 6 και 12 εβδομάδες, σε σύγκριση με τη μονοθεραπεία με εισπνεόμενο, σε μία ελεγχόμενη τυχαιοποιημένη μελέτη με εικονικό φάρμακο σε δείγμα 400 ατόμων. Οι ασθενείς ταξινομήθηκαν σε δύο ομάδες. Στην πρώτη ομάδα (n=200) έλαβαν συσκευή εισπνοής και διαδερμικό επίθεμα νικοτίνης (15mg νικοτίνης ανά 16 ώρες) για 6 εβδομάδες, έπειτα εισπνεόμενο με εικονικό φάρμακο για 6 εβδομάδες, μετά μόνο εισπνεόμενο για 14 εβδομάδες. Στη δεύτερη ομάδα (n=200) έλαβαν εισπνεόμενο νικοτίνης και εικονικό επίθεμα νικοτίνης για 12 εβδομάδες, και μετά εισπνεόμενο για 14 εβδομάδες.¹⁴

Συμπερασματικά, ο συνδυασμός θεραπείας υποκατάστασης νικοτίνης εμφανίζει υψηλή ανεκτικότητα και οι παρενέργειες είναι οι αναμενόμενες.^{2,3}

Επιθέματα νικοτίνης + Βουπροπιόνη

Ο συνδυασμός της βουπροπιόνης με τα επιθέματα νικοτίνης είναι πιο αποτελεσματικός από το επίθεμα νικοτίνης μόνο του, επειδή έχουν διαφορετικούς μηχανισμούς δράσης.⁷ Αρχικά, χορηγείται βουπροπιόνη για δύο εβδομάδες και από την ημέρα που ο ασθενής έχει θέσει για να ξεκινήσει την διακοπή του καπνίσματος, αρχίζει να χρησιμοποιεί συνδυαστικά και επιθέματα νικοτίνης. Η βουπροπιόνη χορηγείται συνολικά για 7 έως 12 εβδομάδες. Η βέλτιστη διάρκεια θεραπείας με επιθέματα νικοτίνης σε συνδυαστική θεραπεία είναι 3 με 6 μήνες.¹¹

Σε μία διπλά τυφλή μελέτη τεσσάρων ομάδων, το ποσοστό αποχής στους 12 μήνες ήταν 35,5% για την ομάδα που έλαβε συνδυαστική θεραπεία (επιθέματα νικοτίνης και βουπροπιόνη), σε σύγκριση με το 30,3% της ομάδας που έλαβε μόνο βουπροπιόνη, το 16,4% εκείνων που έλαβαν επιθέματα νικοτίνης και το 15,6% από αυτούς που έλαβαν εικονικό φάρμακο.¹¹ Σε άλλη μελέτη των Jorenby

et al., οι συμμετέχοντες τυχαιοποιήθηκαν σε τρεις ομάδες: μόνο με βουπροπιόνη, μόνο με επιθέματα νικοτίνης και βουπροπιόνη συνδυαστικά με επιθέματα νικοτίνης. Οι συμμετέχοντες στην ομάδα ελέγχου έλαβαν εικονικό φάρμακο σε μορφή χαπιού και εικονικά επιθέματα νικοτίνης. Ο βιοχημικός έλεγχος έδειξε ότι τα ποσοστά αποχής στους 12 μήνες ήταν 15,6% στην ομάδα με το εικονικό φάρμακο, 16,4% στην ομάδα με το επίθεμα νικοτίνης, 30,3% στην ομάδα που έλαβε μόνο βουπροπιόνη ($P < 0.001$) και 35,5% στην ομάδα που έλαβε και τα δύο ($P < 0.001$). Τα ποσοστά αποχής ήταν υψηλότερα στην ομάδα που έλαβε συνδυαστική θεραπεία, σε σύγκριση με την ομάδα που έλαβε μόνο βουπροπιόνη, αλλά η διαφορά δεν ήταν στατιστικά σημαντική.¹⁵

Γενικά, η βιβλιογραφία δείχνει ότι η συνδυαστική θεραπεία με βουπροπιόνη SR και θεραπείας υποκατάστασης νικοτίνης αυξάνει βραχυπρόθεσμα τα ποσοστά αποχής. Πιο συγκεκριμένα, η μετα-ανάλυση των Κατευθυντήριων Οδηγιών USPSH αναφέρει ότι υπάρχει μία μη στατιστικά σημαντική τάση που δείχνει ότι ο συνδυασμός της βουπροπιόνης SR με τα επιθέματα νικοτίνης, αυξάνει μακροπρόθεσμα τα ποσοστά αποχής (≥ 6 μήνες) σε σύγκριση μόνο με τα επιθέματα νικοτίνης [odds ratio (OR) 1.3; 95% CI: 1.0-1.8].¹ Στα ίδια συμπεράσματα κατέληξε και η πρόσφατη ανασκόπηση της Cochrane collaboration.¹⁶

Μία ελεγχόμενη μελέτη με εικονικό φάρμακο αξιολόγησε τη σχέση βουπροπιόνης SR (300 mg) με τα επιθέματα νικοτίνης (21 mg), τις τσίχλες νικοτίνης (2 mg), και τη γνωσιακή συμπεριφορική θεραπεία σε 51 ασθενείς. Η προσθήκη βουπροπιόνης SR αύξησε τα ποσοστά μείωσης ($\geq 50\%$) στις εβδομάδες 12 και 24 και της συνεχούς αποχής στην 8η εβδομάδα.¹⁷

Σε μία μελέτη με 1700 καπνιστές, η συνδυαστική θεραπεία με βουπροπιόνη και εισπνεόμενο νικοτίνης φάνηκε να είναι πιο αποτελεσματική από ότι το καθένα μόνο του.¹⁸

Σε μία μεγάλη μελέτη η οποία αξιολογούσε την αποτελεσματικότητα στην πρωτοβάθμια περίθαλψη, η βουπροπιόνη SR και τα δισκία νικοτίνης φάνηκε να είναι πιο αποτελεσματικά από όλες τις άλλες μονοθεραπείες (π.χ. δισκία, επιθέματα, βουπροπιόνη SR).¹⁹

Νορτριπυλίνη + θεραπεία υποκατάστασης νικοτίνης

Μία μετα-ανάλυση μελετών που αξιολογούν τη νορτριπυλίνη συνδυαστικά με θεραπείας υποκατάστασης νικοτίνης σε σύγκριση με θεραπεία υποκατάστασης νικοτίνης ως μονοθεραπεία,

υποδηλώνει ότι δεν υπάρχουν επαρκή στοιχεία που να δείχνουν την αποτελεσματικότητα της συνδυαστικής θεραπείας έναντι της μονοθεραπείας (RR 1.21; 95% CI: 0.94-1.55).¹⁶

Βαρενικλίνη + θεραπεία υποκατάστασης νικοτίνης

Δείτε επίσης το υποκεφάλαιο 4.3.3.3. Με βάση δεδομένα από μία φαρμακευτική μελέτη,²⁰ οι Ebbert et al.²¹ έθεσαν την υπόθεση ότι: (1) η βαρενικλίνη δεν οδηγεί σε πλήρη κορεσμό των νικοτινικών υποδοχέων ακετυλοχολίνης οδηγώντας έτσι σε μία ατελή ικανοποίηση, (2) η βαρενικλίνη δεν αντικαθιστά πλήρως την ντοπαμινεργική επίδραση του καπνίσματος, οδηγώντας σε συνεχή επιθυμία για κάπνισμα. Γι' αυτό οι συγγραφείς θεώρησαν ότι μερικοί καπνιστές μπορεί να χρειάζονται θεραπεία υποκατάστασης νικοτίνης εκτός από τη βαρενικλίνη ώστε να μειώσουν τα συμπτώματα στέρησης και την έντονη επιθυμία τους να καπνίσουν και τελικά να πετύχουν την πλήρη αποχή από το κάπνισμα. Δεδομένου ότι έχουν μεγάλη εμπειρία πάνω στη συνδυαστική θεραπεία βαρενικλίνης με θεραπεία υποκατάστασης νικοτίνης, σε ένα θεραπευτικό πρόγραμμα οκτώ ημερών, στο Κέντρο Εξάρτησης Νικοτίνης (Nicotine Dependence Center, NDC) στην κλινική «Mayo», οι ερευνητές συμβούλεψαν να γίνεται συνδυαστική χρήση θεραπείας υποκατάστασης νικοτίνης με τη βαρενικλίνη για να αποφεύγονται τα συμπτώματα στέρησης. Με βάση τα αποτελέσματα του προγράμματος, δεν παρατηρήθηκε αύξηση των παρενεργειών σε σύγκριση με τους καπνιστές που έλαβαν την ίδια θεραπεία στο πρόγραμμα πριν τη χορήγηση βαρενικλίνης. Ωστόσο, οι ερευνητές τονίζουν ότι τα αποτελέσματα αυτής της μελέτης ενδέχεται να μην ισχύουν σε άλλους πληθυσμούς ασθενών και πρέπει να ερμηνεύονται με προσοχή.

Μία κλινική μελέτη εξέτασε τους λόγους για τους οποίους οι καπνιστές που λαμβάνουν συνδυασμό φαρμάκων για τη διακοπή του καπνίσματος έχουν υψηλότερες πιθανότητες διακοπής από εκείνους που λαμβάνουν μονοθεραπεία ή εικονικό φάρμακο. Για τη μελέτη αυτή συλλέχθηκαν δεδομένα από 1.504 καπνιστές, οι οποίοι τυχαιοποιήθηκαν σε έξι είδη θεραπείας [1. εικονικό φάρμακο, 2. επιθέματα νικοτίνης, 3. δισκία νικοτίνης, 4. επιθέματα με βουπροπιόνη και νικοτίνη και δισκία νικοτίνης 5. βουπροπιόνη και δισκία νικοτίνης 6.].²² Οι ερευνητές κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι ο συνδυασμός θεραπειών παρέχει υψηλότερα ποσοστά αποχής σε σύγκριση με τις μονοθεραπείες εξαιτίας της μεγαλύτερης

καταστολής των συμπτωμάτων στέρσης και της επιθυμίας για κάπνισμα.

Οι Loh, Piper et al. απάντησαν στο ερώτημα του κατά πόσο η συνδυαστική φαρμακοθεραπεία πρέπει να χρησιμοποιείται συστηματικά από τους καπνιστές και εάν κάποιοι από τους καπνιστές δεν έχουν ιδιαίτερο ή και καθόλου όφελος από τη συνδυαστική φαρμακοθεραπεία. Κατέληξαν στο ότι η συνδυαστική φαρμακοθεραπεία είναι γενικά πιο αποτελεσματική από τη μονοθεραπεία εκτός από μία ομάδα μόνο καπνιστών (εκείνων με χαμηλή εξάρτηση στη νικοτίνη), οι οποίοι δεν φαίνεται να εμφανίζουν μεγαλύτερο όφελος από τη συνδυασμένη φαρμακοθεραπεία.²³

Τρεις νέες τυχαιοποιημένες ελεγχόμενες μελέτες εξέτασαν την αποτελεσματικότητα της συνδυαστικής θεραπείας.²⁴⁻²⁶ Οι Hajek et. al. δεν βρήκαν αύξηση στην αποχή από το κάπνισμα μεταξύ των ασθενών που τυχαιοποιήθηκαν σε αυτούς που έλαβαν βαρενικλίνη συνδυαστικά με θεραπεία υποκατάστασης νικοτίνης έναντι εκείνων που έλαβαν μόνο βαρενικλίνη. Ωστόσο αυτή η μελέτη περιορίζεται στο μέγεθος του δείγματος (n=117).²⁴ Μία άλλη τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη μελέτη των Ramon et. al. με 341 καπνιστές που κάπνιζαν 20 και περισσότερα τσιγάρα την ημέρα, τυχαιοποιήθηκαν σε δύο ομάδες. Η μία ομάδα έλαβε βαρενικλίνη και θεραπεία υποκατάστασης νικοτίνης και η δεύτερη βαρενικλίνη και εικονικό φάρμακο για 12 εβδομάδες, ενώ και οι δύο ομάδες έλαβαν συμπεριφορική θεραπεία.²⁵ Συνολικά, υπήρξε μία μικρή αλλά όχι στατιστικά σημαντική αύξηση της αποχής από το κάπνισμα στην ομάδα που έλαβε βαρενικλίνη μαζί με θεραπείας υποκατάστασης νικοτίνης. Η ανάλυση υπο-ομάδων έδειξε, όμως, σημαντικά υψηλότερο ποσοστό αποχής στις 24 εβδομάδες σε αυτούς που κάπνιζαν 29 ή περισσότερα τσιγάρα και έλαβαν συνδυαστική θεραπεία, (OR 1.46; 95% CI 1.2 to 2.8). Μία τρίτη τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη μελέτη (n=435) σύγκρινε, επίσης, τη βαρενικλίνη με τη συνδυαστική θεραπεία βαρενικλίνης με θεραπεία υποκατάστασης νικοτίνης και βρήκε ότι η συνδυαστική θεραπεία επιτυγχάνει υψηλότερα ποσοστά αποχής από το κάπνισμα στις 12 εβδομάδες (1.85; 95% CI, 1.19-2.89; P = .007) και στις 24 εβδομάδες (49.0% versus 32.6%; OR, 1.98; 95% CI, 1.25-3.14; P = .004).²⁶ Οι συγγραφείς κατέγραψαν επίσης μεγαλύτερη επίπτωση ναυτίας, διαταραχής ύπνου, κατάθλιψης, δερματικών αντιδράσεων και δυσκοιλιότητας, ωστόσο μόνο οι δερματικές αντιδράσεις ήταν στατιστικά σημαντικές. Περισσότερες μελέτες απαιτούνται για την περαιτέρω κατανόηση

της αξίας της συνδυαστικής θεραπείας βαρενικλίνης με θεραπεία υποκατάστασης νικοτίνης και τη δυνατότητα να συνιστάται σε συγκεκριμένες υπο-ομάδες ασθενών. Η συνδυαστική θεραπεία μπορεί να προταθεί σε ασθενείς που αντιμετωπίζουν δυσκολία στην επίτευξη της διακοπής με μονοθεραπεία.

Βαρενικλίνη + Βουπροπιόνη SR

Επειδή η βαρενικλίνη και η βουπροπιόνη έχουν διαφορετικούς μηχανισμούς δράσης, χρησιμοποιούνται μερικές φορές σε συνδυασμό, ιδιαίτερα σε καπνιστές που διέκοψαν στο παρελθόν το κάπνισμα χρησιμοποιώντας μόνο βουπροπιόνη, αλλά δυσκολευτήκαν κατά τη διαδικασία. Μία πιλοτική μελέτη με αυτό το συνδυασμό φαρμακοθεραπείας έδειξε εξαιρετική αποτελεσματικότητα και υψηλή ανοχή, προτείνοντας έτσι ότι ο συνδυασμός βαρενικλίνης και βουπροπιόνης SR μπορεί να είναι αποτελεσματικός συγκριτικά με τη μονοθεραπεία στην αύξηση των ποσοστών αποχής από το κάπνισμα.³

Συστάσεις

- Πέντε συνδυασμοί φαρμάκων πρώτης γραμμής έχουν αποδειχθεί αποτελεσματικοί ως θεραπείες διακοπής του καπνίσματος. Ωστόσο, μέχρι στιγμής δεν υπάρχουν επαρκή επιστημονικά στοιχεία ώστε να συστήνονται ως θεραπεία. Επί του παρόντος, μόνο η συνδυασμένη χρήση θεραπείας υποκατάστασης νικοτίνης και ο συνδυασμός επιθεμάτων νικοτίνης με βουπροπιόνη έχουν εγκριθεί από την FDA για τη διακοπή του καπνίσματος.²³ Οι κλινικοί μπορούν, επίσης, να χρησιμοποιήσουν αυτούς τους συνδυασμούς θεραπείας με τους ασθενείς τους που επιθυμούν να διακόψουν το κάπνισμα.
- Οι αποτελεσματικές συνδυαστικές θεραπείες είναι:
 - Μακροπρόθεσμα (> 14 weeks) επιθέματα νικοτίνης και άλλο είδος θεραπείας υποκατάστασης νικοτίνης (τσιγάρα, σπρέι) (Επίπεδο τεκμηρίωσης A);
 - Επιθέματα νικοτίνης και εισπνεόμενο νικοτίνης (Επίπεδο τεκμηρίωσης B);
 - Επιθέματα νικοτίνης και βουπροπιόνης SR (Επίπεδο τεκμηρίωσης A).
- Δεν υπάρχουν αντενδείξεις για τη χρήση της βαρενικλίνης σε συνδυασμό με θεραπεία υποκατάστασης νικοτίνης (Επίπεδο τεκμηρίωσης B).

- Μπορεί να υπάρχει όφελος από τον συνδυασμό θεραπειών υποκατάστασης νικοτίνης και βαρενικλίνης, ιδίως μεταξύ των πιο βαρέως καπνιστών, ωστόσο τα αποτελέσματα είναι ανάμεικτα. Απαιτείται περαιτέρω έρευνα για να υποστηριχθεί η αποτελεσματικότητα αυτής της θεραπείας (Επίπεδο τεκμηρίωσης Γ).

Βιβλιογραφία

- 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.
- Cahill K, Stevens S, Perera R, Lancaster T. Pharmacological interventions for smoking cessation: an overview and network meta-analysis. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 5. Art. No.: CD009329. DOI: 10.1002/14651858.CD009329.pub2.
- Ebbert J.O., Hays J.T., D. Hurt, Combination Pharmacotherapy for Stopping Smoking: What Advantages Does it Offer? *Drugs*. 2010;70(6):643–650.
- 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;79(1):34–42.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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;24:41–47.
- Trofor A., Mihaltan F., Mihaicuta S., Pop M., Todea D et.al., Romanian Society of Pulmonologists Smoking Cessation and Smoker's Assistance Guidelines (GREFA), 2nd ed. – Tehnpress Iași, 2010, www.srp.ro.
- 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*. 2003;5(2):181–7.
- 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.
- 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.
- 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;340:685–691.
- Hughes J, Stead L, Hartmann-Boyce J, Cahill K, Lancaster T. Antidepressants for smoking cessation, *Cochrane Database Systematic Reviews* 2014; 1:Art. No. CD000031. doi: 10.1002/14651858.CD000031.pub4.
- 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*. 2007;27(4):380–6.
- 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*. 2007;82(2):186–95.
- 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*. 2009;169(22):2148–55.
- 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*. 2006;46(12):1439–48.
- Ebbert JO, Burke MV, Hays JT, Hurt RD. Combination treatment with Varenicline and nicotine replacement therapy. *Nicotine Tob Res*. 2009;11(5):572–6.
- 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;80(1):54–65.
- Loh WY, Piper ME, Schlam TR, Fiore MC, Smith SS, Jorenby DE, Cook JW, Bolt DM, Baker TB. Should all smokers use combination smoking cessation pharmacotherapy? Using novel analytic methods to detect differential treatment effects over 8 weeks of pharmacotherapy. *Nicotine Tob. Res*. 2012;14(2):131–41.
- Hajek P1, Smith KM, Dhanji AR, McRobbie H. Is a combination of varenicline and nicotine patch more effective in helping smokers quit than varenicline alone? A randomised controlled trial. *BMC Med*. 2013 May 29;11:140.
- Ramon JM1, Morchon S, Baena A, Masuet-Aumatell C. Combining varenicline and nicotine patches: a randomized controlled trial study in smoking cessation. *BMC Med*. 2014 Oct 8;12:172.

26. Koegelenberg CF, Noor F, Bateman ED, van Zyl-Smit RN, Bruning A, O'Brien JA, Smith C, Abdool-Gaffar MS, Emanuel S, Esterhuizen TM, Iruken EM. Efficacy of varenicline combined with nicotine replacement therapy vs varenicline alone for smoking cessation: a randomized clinical trial. JAMA;312(2):155-61. doi: 10.1001/jama.2014.7195.

4.4.2 Συστάσεις για παράταση θεραπείας

Σε μερικούς ασθενείς, η μεγαλύτερη διάρκεια θεραπείας έχει συνήθως πιο ευεργετικά αποτελέσματα.

Παρατεταμένη θεραπεία με θεραπεία υποκατάστασης νικοτίνης

Οι φόβοι που υπάρχουν σχετικά με τον πιθανό εθισμό που μπορεί να προκληθεί από την παρατεταμένη χρήση των υποκατάστατων νικοτίνης δεν επιβεβαιώνονται. Αντίθετα, η παράταση μίας τέτοιας θεραπείας μπορεί να αποδειχθεί ωφέλιμη για την υγεία και να προλάβει τις πρόωρες υποτροπές, οι οποίες περιγράφονται συχνά από την πλειοψηφία όσων κάνουν απόπειρα διακοπής του καπνίσματος.

Μελέτες έχουν δείξει υψηλότερα ποσοστά αποχής όταν χρησιμοποιείται για μεγάλο χρονικό διάστημα η τσίχλα νικοτίνης συγκριτικά με τη μικρότερης διάρκειας θεραπεία και 15-20% αποχή όταν χρησιμοποιείται η τσίχλα νικοτίνης για διάστημα ≥ 12 μήνες.¹ Μία μελέτη βρήκε ότι περίπου το ένα τρίτο των καπνιστών με ΧΑΠ έχει χρησιμοποιήσει τσίχλα νικοτίνης έως και 12 μήνες (και κάποιοι ακόμη και μέχρι 5 χρόνια), χωρίς σοβαρές παρενέργειες.²

Σε μία μικρή, μη τυχαιοποιημένη κλινική μελέτη οι 568 συμμετέχοντες χωρίστηκαν τυχαία σε ομάδες όπου έλαβαν είτε επιθέματα νικοτίνης των 21 mg για 8 εβδομάδες και εικονικό φάρμακο για 16 εβδομάδες, είτε εκτεταμένη θεραπεία (21 mg επιθεμάτων νικοτίνης για 24 εβδομάδες). Το διαδερμικό επίθεμα νικοτίνης για 24 εβδομάδες αύξησε την αποχή από το κάπνισμα, μείωσε τον κίνδυνο υποτροπής και αύξησε την πιθανότητα ανάκαμψης μετά από υποτροπή, σε σύγκριση με τη θεραπεία 8 εβδομάδων του επιθέματος νικοτίνης.³

Η τσίχλα νικοτίνης και τα επιθέματα νικοτίνης μπορούν να χορηγηθούν για παραπάνω από έξι μήνες με θετικά αποτελέσματα ειδικά σε εκείνους τους ασθενείς που αναφέρουν συμπτώματα στέρησης.

Ο FDA ενέκρινε τη χορήγηση της θεραπείας υποκατάστασης νικοτίνης για περισσότερο από έξι μήνες, δεδομένου ότι δεν υπάρχει

κανένας κίνδυνος.¹ Η χρήση της τσίχλας νικοτίνης εξασφαλίζει μεγαλύτερο έλεγχο βάρους μετά τη διακοπή του καπνίσματος. Υπάρχει συσχέτιση μεταξύ της φαρμακευτικής δόσης νικοτίνης που χορηγείται και στην αύξηση βάρους (όσο μεγαλύτερη δόση, τόσο μικρότερη είναι η αύξηση βάρους).¹

Λίγοι άνθρωποι μπορούν πραγματικά να εθιστούν στα υποκατάστατα νικοτίνης. Μπορεί, όμως, κάποιοι πρώην καπνιστές να συνεχίζουν να τα χρησιμοποιούν για ένα χρόνο ή και παραπάνω, επειδή φοβούνται μην αποτύχουν και επιστρέψουν στο κάπνισμα.¹ Συνολικά 402 συμμετέχοντες ολοκλήρωσαν ένα πρόγραμμα 12 εβδομάδων που περιλάμβανε συμβουλευτική ομάδα, θεραπεία υποκατάστασης νικοτίνης και βουπροπιόνη. Οι συμμετέχοντες ανεξάρτητα από το καπνιστικό τους προφίλ τυχαιοποιήθηκαν σε: (1) βασική θεραπεία (χωρίς περαιτέρω θεραπεία), (2) εκτεταμένη θεραπεία υποκατάστασης νικοτίνης (θεραπείας υποκατάστασης νικοτίνης, 40 εβδομάδες τσίχλα νικοτίνης); (3) εκτεταμένη γνωστική συμπεριφορική θεραπεία (Συμπεριφοριστική θεραπεία; 11 γνωσιακές συμπεριφορικές θεραπείες σε περίοδο 40 εβδομάδων), ή (4) εκτεταμένη συμπεριφοριστική θεραπεία και εκτεταμένη θεραπεία με θεραπεία υποκατάστασης νικοτίνης (εκτεταμένη συνδυασμένη θεραπεία; 11 γνωσιακές συμπεριφορικές συναντήσεις συν 40 εβδομάδες χορήγησης τσίχλας νικοτίνης). Οι συγγραφείς συμφώνησαν ότι υπάρχουν πολλαπλά οφέλη με την εκτεταμένη θεραπεία, τα οποία οδηγούν σε υψηλά και σταθερά ποσοστά αποχής.⁴

Παρατεταμένη θεραπεία με βαρενικλίνη

Η περίοδος θεραπείας με βαρενικλίνη μεγαλύτερη των 12 εβδομάδων είναι ασφαλής, έχει υψηλή ανεκτικότητα και εξασφαλίζει υψηλότερο ποσοστό μακροχρόνιας αποχής, μειώνοντας σημαντικά τον κίνδυνο υποτροπής.

Η βαρενικλίνη μπορεί να χορηγηθεί ως φάρμακο για τη θεραπεία εξάρτησης από τη νικοτίνη με υψηλή αποτελεσματικότητα και ανεκτικότητα για 24 εβδομάδες, ειδικά σ' εκείνους τους ασθενείς που η διάθεση για κάπνισμα επανέρχεται μετά τις πρώτες 12 εβδομάδες θεραπείας. Η βαρενικλίνη είναι το πρώτο φάρμακο που έχει αποδειχθεί ότι έχει σημαντικά μακροχρόνια αποτελέσματα και αποτρέπει την υποτροπή. Σύμφωνα με τους Tonstad et al., 70.6% της ομάδας που έλαβε βαρενικλίνη διέκοψε το κάπνισμα στις 13 έως 24 εβδομάδες, σε σύγκριση με το 49.8% στην ομάδα με το εικονικό

φάρμακο. Αντίστοιχα, στις 25 έως 52 εβδομάδες τα ποσοστά ήταν 44% έναντι 37.1%.⁵

Παρατεταμένη θεραπεία με βουπροπιόνη

Η διάρκεια θεραπείας με βουπροπιόνη μπορεί να παραταθεί και παραπάνω από την τυπική θεραπεία των 7 με 9 εβδομάδων, με καλή αποτελεσματικότητα τόσο στην αποχή από το κάπνισμα, όσο και στην πρόληψη της υποτροπής. Σε μία τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη μελέτη με εικονικό φάρμακο, δόθηκαν 300mg βουπροπιόνης για επτά εβδομάδες σε 784 υγιείς καπνιστές, ενώ στη συνέχεια για 45 εβδομάδες η συνθήκη θεραπεία της βουπροπιόνης, και συγκρίθηκαν με καπνιστές που έλαβαν εικονικό φάρμακο. Στην ομάδα που έλαβε βουπροπιόνη βρέθηκε καλή αναλογία αποχής από το κάπνισμα μετά τις 52 εβδομάδες, (55.1%), σε αντίθεση με το 42.3% στην ομάδα με το εικονικό φάρμακο. Το ποσοστό αυτό παρέμεινε το ίδιο και σε επόμενη μέτρηση στις 78 εβδομάδες (47.7% στην ομάδα της βουπροπιόνης, 37.7% στην ομάδα με το εικονικό φάρμακο, $p=0.034$), αλλά δεν υπήρχε στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στις δύο ομάδες στο τέλος της μελέτης κατά την 104η εβδομάδα (41.6% η ομάδα της βουπροπιόνης, 40.0% η ομάδα με το εικονικό φάρμακο). Οι υποτροπές σε αυτούς που έλαβαν βουπροπιόνη εμφανίστηκαν περίπου στην 156η μέρα, σε αντίθεση με την 65η μέρα σε αυτούς που έλαβαν εικονικό φάρμακο ($p=0.021$), κάτι που επιβεβαιώνει την αποτελεσματικότητα της μακρόχρονης θεραπείας με βουπροπιόνη.⁶

Οι Cox et al. τυχαιοποίησαν πρώην καπνιστές που έλαβαν βουπροπιόνη για επτά εβδομάδες, σε ομάδες όπου είτε συνέχισαν με τη βουπροπιόνη για ένα χρόνο, είτε έλαβαν εικονικό φάρμακο.⁷ Σε όσους χορηγήθηκε βουπροπιόνη είχαν υψηλότερα ποσοστά αποχής στο τέλος της θεραπείας, σε σύγκριση με αυτούς που έλαβαν εικονικό φάρμακο, αλλά δεν είχαν διαφορά στην επαναξιολόγηση του ενός έτους. Οι Killen et al. χορήγησαν σε ασθενείς ανοιχτή φαρμακευτική αγωγή βουπροπιόνης για 12 εβδομάδες, επιθέματα νικοτίνης και εβδομαδιαία εκπαίδευση για την πρόληψη υποτροπής.⁸ Όλοι οι συμμετέχοντες είχαν στη διάθεσή τους τέσσερις συνεδρίες πρόληψης υποτροπής και συνέχισαν είτε με εικονικό φάρμακο, είτε με βουπροπιόνη για άλλες 14 εβδομάδες. Δεν υπήρξαν διαφορές στα ποσοστά αποχής μετά από ένα χρόνο.

Όταν κρίνεται απαραίτητο, η φαρμακευτική θεραπεία μπορεί να παραταθεί για μεγαλύτερη περίοδο από ότι συνιστάται συνήθως.

Είναι γνωστό ότι τα υψηλά ποσοστά αποχής από το κάπνισμα οφείλονται στη μακροχρόνια θεραπεία με επιθέματα νικοτίνης και σε άλλες μορφές θεραπείας υποκατάστασης νικοτίνης.¹

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.
2. Effects of randomized assignment to a smoking cessation intervention and changes in smoking habits on respiratory symptoms in smokers with early chronic obstructive pulmonary disease: the lung health study. Am J of Med. 1999;106(4):410-416.
3. 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.
4. 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, 2009;104(6):1043-52.
5. Tonstad S., MD, 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, 2006;296(1):64-71.
6. 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;135(6):423-33.
7. 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;104(4):290-8.28.
8. 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;74(2):286-94.

4.5 Διαθέσιμα στοιχεία για άλλες παρεμβάσεις διακοπής καπνίσματος

Υπάρχουν πολλές προσεγγίσεις για τη θεραπεία διακοπής του καπνίσματος με μη αποδεδειγμένη αποτελεσματικότητα όπως είναι τα εμβόλια, κάποια φάρμακα και κάποια μη φαρμακευτικά σκευάσματα. Οι παρεμβάσεις οι οποίες μετά από επαρκή

επιστημονική τεκμηρίωση έχει φανεί ότι δεν εμφανίζουν θετικά αποτελέσματα στους έξι μήνες από την έναρξη της θεραπείας, είναι οι ακόλουθες:

Εμβόλια

Τρία εμβόλια κατά της νικοτίνης βρίσκονται υπό αξιολόγηση.¹ Σε ανασκόπηση διαθέσιμων κλινικών δοκιμών πέντε φάσεων I/II όπου χρησιμοποιήθηκαν εμβόλια κατά της νικοτίνης, βρέθηκε ότι αυτά αύξησαν τα ποσοστά αποχής μόνο σε μικρές ομάδες καπνιστών, οι οποίοι είχαν υψηλά επίπεδα αντισωμάτων. Η ανασκόπηση καταλήγει στο συμπέρασμα ότι υπάρχει αδυναμία ισχυρισμού για πιθανή αποτελεσματικότητα των εμβολίων αυτών και επιπλέον υπάρχει ανάγκη για καλύτερη κατανόηση των παραγόντων που συμβάλλουν στην εξάρτηση από τη νικοτίνη.²

Μία δεύτερη ανασκόπηση από την Cochrane collaboration κατέληξε στο ότι δεν υπάρχουν στοιχεία που να υποστηρίζουν τη χρήση εμβολίου για τη διακοπή του καπνίσματος και απαιτείται επιπλέον έρευνα.³

Οξικός άργυρος

Μία ανασκόπηση τυχαιοποιημένων δοκιμών οξικού αργύρου βρήκε απουσία αποτελεσματικότητας στη διακοπή του καπνίσματος.⁴

Nicobrevin

Μία ανασκόπηση τυχαιοποιημένων δοκιμών που εξέτασε την αποτελεσματικότητα του Nicobrevin, ενός σκευάσματος το οποίο βγήκε στην αγορά ως βοήθημα για τη διακοπή του καπνίσματος, δεν βρήκε κανένα στοιχείο που να αποδεικνύει ότι μπορεί να βοηθήσει στη διακοπή του καπνίσματος.⁵

Lobeline

Σε ανασκόπηση δοκιμών για το Lobeline, ενός μερικού ανταγωνιστή της νικοτίνης που χρησιμοποιήθηκε σε εμπορικά σκευάσματα για τη διακοπή του καπνίσματος, δεν βρέθηκε να είναι αποτελεσματικό.⁶

Αγχολυτικά

Σε μία ανασκόπηση για την αποτελεσματικότητα των ανχολυτικών (π.χ. diazepam, doxepin, meprobamate, ondansetron, beta-blockers metoprolol, oxprenolol και propranolol) δε βρέθηκαν στατιστικά σημαντικά στοιχεία που να δείχνουν ότι βοηθούν στη

διακοπή του καπνίσματος.⁷

Οπιοειδή

Μία ανασκόπηση για την αποτελεσματικότητα των ανταγωνιστών οπιοειδών, συμπεριλαμβανομένης της ναλοξόνης και της ναλτρεξόνης δεν βρήκε συγκεκριμένα αποτελέσματα και κατέληξε στο συμπέρασμα ότι υπάρχει ανάγκη για νέες εκτενέστερες μελέτες.⁸

Μεκαμυλαμίνη

Μία ανασκόπηση δοκιμών στις οποίες χρησιμοποίησαν τον ανταγωνιστή νικοτίνης, μεκαμυλαμίνη, σε συνδυασμό με θεραπεία υποκατάστασης νικοτίνης κατέδειξε την ανάγκη για περισσότερες μελέτες όσον αφορά την εγκυρότητα των αποτελεσμάτων.⁹

Gabapentin

Σε μία προκαταρκτική μελέτη για την εκτίμηση της gabapentin ως θεραπεία για τη διακοπή του καπνίσματος, η gabapentin που χορηγήθηκε δεν φαίνεται να αύξησε τα ποσοστά της μη χρήσης καπνού.¹⁰

Ανταγωνιστές CB1 υποδοχέων

Μία ανασκόπηση τριών δοκιμών που εξέτασαν εάν οι ανταγωνιστές CB1 υποδοχέων αυξάνουν τον αριθμό των ατόμων που διακόπτουν το κάπνισμα καθώς και τις επιδράσεις τους στην αλλαγή βάρους ανάλογα με την επιτυχία διακοχής, έδειξε κάποια θετικά στοιχεία. Ωστόσο οι κατασκευαστές διέκοψαν το φάρμακο το 2008.¹¹

Δισκία Γλυκόζης

Σε τυχαιοποιημένη μελέτη δισκίων γλυκόζης για τη διακοπή του καπνίσματος όπου εξετάστηκε το κατά πόσο η γλυκόζη βελτιώνει τα ποσοστά εξάμηνης συνεχούς αποχής σε σύγκριση με τα δισκία εικονικού φαρμάκου χαμηλών θερμίδων, δεν ανιχνεύθηκε σημαντική επίδραση. Ωστόσο, οι ερευνητές αναδεικνύουν την ανάγκη για περαιτέρω μελέτη.¹²

Μη φαρμακευτικές παρεμβάσεις

Οικογενειακή συμβουλευτική

Μία ανασκόπηση 57 άρθρων για παρεμβάσεις που εξέταζαν την αποτελεσματικότητα της οικογενειακής συμβουλευτικής με σκοπό τη μακροχρόνια διακοπή, δεν κατέληξε σε κάποιο συγκεκριμένο

συμπέρασμα και επισήμανε την ανάγκη για περεταίρω έρευνα.¹³

Οικονομικά Κίνητρα

Σε ανασκόπηση 17 δοκιμών που χρησιμοποίησαν υλικά ή οικονομικά κίνητρα, δεν βρέθηκαν σημαντικά στοιχεία για την αύξηση των ποσοστών μακροχρόνιας διακοπής.¹⁴ Οι συγγραφείς κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι τα κίνητρα φαίνεται να αύξησαν τα ποσοστά διακοπής, αλλά υπάρχουν μεικτά αποτελέσματα όσον αφορά τη διατήρηση της αποχής από το κάπνισμα μακροπρόθεσμα. Οι παρεμβάσεις με βάση την παροχή κινήτρων σε εγκύους βελτίωσαν τους ρυθμούς διακοπής τόσο κατά την περίοδο της λοχείας όσο και μετά τον τοκετό.

Παρεμβάσεις Βασισμένες στη γυμναστική

Σε ανασκόπηση δοκιμών που περιλάμβαναν παρεμβάσεις βασισμένες στη γυμναστική, μόνο μία από τις 20 μελέτες έδειξε θετικό αντίκτυπο της γυμναστικής στη μακροχρόνια διακοπή του καπνίσματος. Οι άλλες μελέτες παρουσίασαν σφάλματα, επομένως υπάρχει ανάγκη για περισσότερη έρευνα.¹⁵

Υπνοθεραπεία

Μία ανασκόπηση 11 τυχαίοποιημένων δοκιμών που μελετούσαν την αποτελεσματικότητα της υπνοθεραπείας, βρήκε αντιφατικά αποτελέσματα και δεν παρέχονταν ενδείξεις για το ότι η υπνοθεραπεία θα μπορούσε να είναι το ίδιο αποτελεσματική με την παροχή συμβουλευτικής.¹⁶

Βελονισμός, λείζερ, ηλεκτροδιέγερση

Σε ανασκόπηση 38 τυχαίοποιημένων δοκιμών που χρησιμοποίησαν τον βελονισμό και άλλες θεραπείες με λείζερ και ηλεκτροδιέγερση για τη διακοπή του καπνίσματος, δεν υπήρξε κάποιο στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα που να δείχνει την αποτελεσματικότητά τους.¹⁷ Είναι απαραίτητο, συνεπώς, να μελετηθούν εκτενέστερα οι συγκεκριμένες θεραπείες.

Αποσπασματική διέγερση

Σε ανασκόπηση 25 δοκιμών οι οποίες μελέτησαν την αποτελεσματικότητα του γρήγορου καπνίσματος (συνεχές κάπνισμα), κάτι το οποίο αποσκοπεί στην πρόκληση αποστροφής για τη νικοτίνη λόγω υπερδοσολογίας, δε βρέθηκαν επαρκή στοιχεία

για την αποτελεσματικότητα αυτής της μεθόδου.¹⁸

Συστάσεις:

- Η αποτελεσματικότητα των μη συμβατικών θεραπειών όπως η ύπνωση, ο βελονισμός, η ομοιοπαθητική κλπ., δεν έχουν αποδειχθεί ότι είναι αποτελεσματικές και δεν συνιστώνται από ειδικούς.
- Εάν ο ασθενής επιθυμεί να χρησιμοποιήσει μη συμβατική θεραπεία, ο επαγγελματίας υγείας καλείται να τον αποθαρρύνει, αλλά όχι να του το απαγορεύσει, για να μην τον αποθαρρύνει από τη συμβατική ιατρική.
- Ο συνδυασμός συμβατικής και μη συμβατικής ιατρικής είναι στις περισσότερες περιπτώσεις καλύτερη λύση από τη χρήση μόνο μη συμβατικών μεθόδων

Βιβλιογραφία

1. 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.
2. Raupach T, Hoogsteder PH, Onno van Schayck CP. Nicotine vaccines to assist with smoking cessation: current status of research. *Drugs.* 2012;72(4):e1–16.
3. Hartmann-Boyce J, Cahill K, Hatsukami D, Cornuz J. Nicotine vaccines for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, Issue 8. Art. No.: CD007072. DOI: 10.1002/14651858.CD007072.pub2.
4. Lancaster T, Stead LF. Silver acetate for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, Issue 9. Art. No.: CD000191. DOI: 10.1002/14651858.CD000191.pub2.
5. Stead LF, Lancaster T. Nicobrevin for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, Issue 2. Art. No.: CD005990. DOI: 10.1002/14651858.CD005990.
6. 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.
7. 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.
8. David SP, Lancaster T, Stead LF, Evans AE, Prochaska JJ. Opioid antagonists for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 6. Art. No.: CD003086. DOI: 10.1002/14651858.CD003086.pub3.
9. 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.

10. Sood A, Ebbert JO, Wyatt KD, Croghan IT, Schroeder DR, Sood R, Hays JT. Gabapentin for smoking cessation. *Nicotine Tob Res.* 2010;12(3):300-4.
11. 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.
12. 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;207(4):631-5.
13. 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.
14. Cahill K, Hartmann-Boyce J, Perera R. Incentives for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2015, Issue 5. Art. No.: CD004307. DOI: 10.1002/14651858.CD004307.pub5.
15. Ussher MH, Taylor A, Faulkner G. Exercise interventions for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2014, Issue 8. Art. No.: CD002295. DOI: 10.1002/14651858.CD002295.pub5.
16. 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.
17. White AR, Rampes H, Campbell J. Acupuncture and related interventions for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2014, Issue 4. Art. No.: CD000009. DOI: 10.1002/14651858.CD000009.pub4.
18. 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.

Ηλεκτρονικά Τσιγάρα

Τα ηλεκτρονικά τσιγάρα είναι συσκευές που λειτουργούν με μπαταρία, θερμαίνονται και εκπέμπουν ατμούς από ένα υγρό διάλυμα που συνήθως περιέχει γλυκερίνη και προπυλενογλυκόλη, γεύσεις και πρόσθετες ουσίες.¹ Τα φυσίγγια μίας χρήσεως που περιέχουν το υγρό που χρησιμοποιείται στα ηλεκτρονικά τσιγάρα είναι διαθέσιμα είτε με νικοτίνη, είτε χωρίς νικοτίνη. Τα προϊόντα αυτά είναι διαθέσιμα στο εμπόριο και διαφημίζονται ως εναλλακτική λύση έναντι των τσιγάρων, καθώς και ως μέσο διακοπής του καπνίσματος.

Ωστόσο, υπάρχουν ανησυχίες ότι το ηλεκτρονικό τσιγάρο αποτελεί προϊόν έναρξης καπνίσματος και καταναλώνεται σε χώρους όπου απαγορεύεται το κάπνισμα. Με τα αποσπόμενα υγρά, τα ηλεκτρονικά τσιγάρα έχουν γίνει πιο οικονομικά από τα κανονικά τσιγάρα και ο

πειραματισμός με τα ηλεκτρονικά τσιγάρα από τους νέους γίνεται όλο και πιο διαδεδομένος σε όλη την Ευρώπη.²

Αποτελεσματικότητα

Μία συστηματική ανασκόπηση της Cochrane collaboration εξέτασε τα διαθέσιμα στοιχεία σχετικά με την αποτελεσματικότητα των ηλεκτρονικών τσιγάρων στη διακοπή και στη μείωση του καπνίσματος.³ Η ανασκόπηση αποτελούταν από 24 μελέτες, από τις οποίες οι δύο ήταν τυχαιοποιημένες ελεγχόμενες μελέτες και οι 21 ήταν μελέτες κοορτής. Μόνο δύο δημοσιευμένες τυχαιοποιημένες ελεγχόμενες μελέτες ηλεκτρονικών τσιγάρων ερεύνησαν τα παλιά ηλεκτρονικά τσιγάρα με χαμηλή συγκέντρωση νικοτίνης. Επίσης, οι μελέτες αυτές έχουν πολλούς μεθοδολογικούς περιορισμούς. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι συμμετέχοντες που χρησιμοποιούσαν ηλεκτρονικό τσιγάρο ήταν πιο πιθανό να απέχουν από το κάπνισμα για τουλάχιστον έξι μήνες σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες που χρησιμοποιούσαν εικονικό φάρμακο (RR 2.29, 95% CI 1.05 to 4.96; εικονικό φάρμακο 4% έναντι ηλεκτρονικού τσιγάρου 9%).³ Οι Bullen et al. διεξήγαγαν μία σύγκριση ανάμεσα στις εξής τρεις μεθόδους διακοπής καπνίσματος, το ηλεκτρονικό τσιγάρο με νικοτίνη, το ηλεκτρονικό τσιγάρο χωρίς νικοτίνη, και τα επιθέματα νικοτίνης. Η μελέτη δεν βρήκε σημαντική διαφορά μεταξύ ηλεκτρονικού τσιγάρου με νικοτίνη και επιθεμάτων νικοτίνης, ενώ και τα δύο ήταν πιο αποτελεσματικά από το ηλεκτρονικό τσιγάρο χωρίς νικοτίνη.⁴ Όσον αφορά τη μείωση του καπνίσματος, οι πολύ περιορισμένες διαθέσιμες ενδείξεις αναφέρουν ότι οι άνθρωποι είναι πιο πιθανό να μειώσουν την κατανάλωση των τσιγάρων που καπνίζουν κατά το ήμισυ με τα ηλεκτρονικά τσιγάρα που περιέχουν νικοτίνη σε σύγκριση με τα εικονικά ηλεκτρονικά τσιγάρα (RR 1.31, 95% CI 1.02 με 1.68, 2 μελέτες; εικονικό φάρμακο: 27% έναντι ηλεκτρονικών τσιγάρων: 36%) και σε σύγκριση με τα επιθέματα (RR 1.41, 95% CI 1.20 με 1.67, 1 μελέτη; Επιθέματα νικοτίνης: 44% έναντι ηλεκτρονικών τσιγάρων: 61%).³ Παρόμοια ευρήματα έχουν αναφερθεί και από μελέτες κοορτής. Οι Polosa et al. εξέτασαν το ηλεκτρονικό τσιγάρο στην Ιταλία μεταξύ καπνιστών που δεν επιθυμούσαν να διακόψουν το κάπνισμα και ανέφεραν σημαντική μείωση στον αριθμό των τσιγάρων που κάπνιζαν ημερησίως, με τα ποσοστά αποχής να φτάνουν το 22.5% και 12.5% μετά από 6 μήνες χρήσης του ηλεκτρονικού τσιγάρου.⁵ Παράλληλα, και αυτές οι μελέτες πάσχουν από μεθοδολογικούς περιορισμούς.

Εργαστηριακές μελέτες έχουν δείξει ότι τα ηλεκτρονικά τσιγάρα είναι πιο αποτελεσματικά στην καταπολέμηση της έντονης επιθυμίας για κάπνισμα.^{6,7}

Υπάρχει επείγουσα ανάγκη για την πραγματοποίηση κλινικών δοκιμών έτσι ώστε να καθοριστεί η αποτελεσματικότητα των ηλεκτρονικών τσιγάρων στην αποχή από το κάπνισμα.

Ασφάλεια

Οι εκπομπές σωματιδίων που προέρχονται από τα ηλεκτρονικά τσιγάρα είναι περίπου 60 mcg/m³, 10-15 φορές χαμηλότερα από εκείνα των συμβατικών τσιγάρων.⁸ Για κάθε ένα από τα διαφορετικά κλάσματα του PM, (PM_{1,2,5,7,10}), υπάρχει μικρότερη πυκνότητα (από 6 μέχρι 21 φορές) στα ηλεκτρονικά τσιγάρα σε σύγκριση με τα συμβατικά τσιγάρα, αλλά τα επίπεδα εξακολουθούν να παραμένουν υψηλότερα από αυτά που εγκρίνονται στις κατευθυντήριες οδηγίες του ο ΠΟΥ.¹

Ο καπνός από τα ηλεκτρονικά τσιγάρα παράγεται από την αιθυλενογλυκόλη ή γλυκερόλη και σε μεγάλης διάρκειας έκθεση προκαλεί ερεθισμό, αλλά δεν έχει βρεθεί ότι προκαλεί βλάβη σε βραχυχρόνια χρήση.⁹ Μία πρόσφατη έρευνα εξέτασε την τοξικότητα των αρωματικών ουσιών που χρησιμοποιούνται στα υγρά των ηλεκτρονικών τσιγάρων. Οι Lerner et. al. ανέφεραν ότι η έκθεση σε καπνό από ηλεκτρονικό τσιγάρο προκαλεί φλεγμονή στους πνεύμονες και στους ιστούς που μπορεί να οδηγήσουν σε σοβαρές συνέπειες στην υγεία.¹⁰

Τρεις πρόσφατες συστηματικές ανασκοπήσεις αναφέρουν ότι η χρήση ηλεκτρονικών τσιγάρων είναι ασφαλής.^{3,11,12} Ο Farsalinos και ο Polosa σε μία συστηματική ανασκόπηση με εργαστηριακές και κλινικές μελέτες, αναφέρουν ότι ο κίνδυνος από τη χρήση ηλεκτρονικού τσιγάρου είναι μικρότερος από τον κίνδυνο συνέχισης του καπνίσματος τυποποιημένου τσιγάρου.¹¹ Ο Pisinger και ο Dossing πραγματοποίησαν μία βιβλιογραφική ανασκόπηση 76 μελετών σχετικά με τις συνέπειες της χρήσης του ηλεκτρονικού τσιγάρου στην υγεία. Οι συγγραφείς κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι λόγω του μικρού αριθμού ερευνών, των μεθοδολογικών ζητημάτων, των ασυνεπειών των αποτελεσμάτων μεταξύ των δημοσιευμένων μελετών και της έλλειψης μακροπρόθεσμης παρακολούθησης, δεν μπορούν να εξαχθούν συμπεράσματα σχετικά με την ασφάλεια των ηλεκτρονικών τσιγάρων.¹² Οι συγγραφείς παρατήρησαν, ότι παρά την έλλειψη αποδεικτικών στοιχείων, τα ηλεκτρονικά τσιγάρα δεν

πρέπει να θεωρούνται ακίνδυνα.

Η έλλειψη αξιόπιστων μελετών οδήγησε τις περισσότερες εθνικές αρχές να απαγορεύσουν την προώθηση αυτού του προϊόντος ως προϊόν διακοπής του καπνίσματος.

Συστάσεις:

- Δεν υπάρχουν επαρκή στοιχεία για την κατάλληλη εκτίμηση των κινδύνων για την υγεία που συνδέονται με τη χρήση του ηλεκτρονικού τσιγάρου (Επίπεδο τεκμηρίωσης B).
- Δεν υπάρχουν επαρκή στοιχεία σχετικά με την αποτελεσματικότητα των ηλεκτρονικών τσιγάρων ως μέσο διακοπής του καπνίσματος (Επίπεδο τεκμηρίωσης B).
- Δεν υπάρχουν ενδείξεις για παρενέργειες, αλλά ούτε και αποδείξεις αποτελεσματικότητας, γι' αυτό και οι επαγγελματίες υγείας δεν πρέπει να συστήνουν τα ηλεκτρονικά τσιγάρα ως μέσο διακοπής καπνίσματος (Επίπεδο τεκμηρίωσης B).
- Υπάρχει επείγουσα ανάγκη για τη διενέργεια κλινικών δοκιμών που να μελετούν την ασφάλεια και την αποτελεσματικότητα των ηλεκτρονικών τσιγάρων στη διακοπή του καπνίσματος.

Βιβλιογραφία

1. Etter J-F. The Electronic Cigarette: An Alternative to Tobacco? Geneva, Switzerland: Jean-Francois Etter, 2012; 1-125.
2. European Commission. Attitudes of Europeans towards tobacco, special Eurobarometer 385. May 2012. http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_385_en.pdf
3. Hartmann-Boyce J, McRobbie H, Bullen C, Begh R, Stead LF, Hajek P. Electronic cigarettes for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2016, Issue 9. Art. No.: CD010216. DOI: 10.1002/14651858.CD010216.pub3.
4. Bullen C, Howe C, Laugesen M, McRobbie H, Parag V, Williman J, et al. Electronic cigarettes for smoking cessation: a randomised controlled trial. Lancet 2013;382(9905):1629-37.
5. Polosa R, Morjaria JB, Caponnetto P, Campagna D, Russo C, Alamo A, et al. Effectiveness and tolerability of electronic cigarette in real-life: a 24-month prospective observational study. Internal and Emergency Medicine 2014;9(5):537-46.
6. Bullen, C., McRobbie, H., Thornley, S., Glover, M., Lin, R. & Laugesen, M. Effect of an electronic nicotine delivery device (e-cigarette) on desire to smoke and withdrawal, user preferences and nicotine delivery: Randomized cross-over trial. Tob Control 2010; 19: 98-103.
7. Vansickel, A. R., Cobb, C. O., Weaver, M. F. & Eissenberg, T. E. A clinical laboratory model for evaluating the acute effects of electronic

- "cigarettes": Nicotine delivery profile and cardiovascular and subjective effects. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2010; 19(8): 1945-53.
8. Pellegrino R.M, Tinghino B, Mangiaracina G., Marani A., Vitali M., Protano C., and M.S. Cattaruzza. Electronic cigarettes: an qualitative evaluation of exposure to chemicals and fine particulate matter. *Ann Ig* 2012;24:1.
 9. Vardavas CI, Anagnostopoulos N, Kougias M, Evangelopoulou V, Connolly GN, Behrakis PK. Short-term pulmonary effects of using an electronic cigarette: Impact on respiratory flow resistance, impedance, and exhaled nitric oxide. *Chest* 2012;141(6):1400-6.
 11. Lerner CA, Sundar IK, Yao H, Gerloff J, Ossip DJ, McIntosh S, et al. Vapors produced by electronic cigarettes and e-juices with flavorings induce toxicity, oxidative stress, and inflammatory response in lung epithelial cells and in mouse lung. *PLoS One* 2015;10(2):e0116732.
 12. Farsalinos K.E., and R. Polosa. Safety evaluation and risk assessment of electronic
 13. cigarettes as tobacco cigarette substitutes: a systematic review. *Ther Adv Drug Saf.* 2014 Apr; 5(2): 67-86.
 14. Pisinger C, Døssing M. A systematic review of health effects of electronic cigarettes. *Prev Med.* 2014;69:248-60.

4.6 Συστάσεις για τη μείωση του καπνίσματος

Η μείωση του καπνίσματος προτείνεται ως δεύτερη επιλογή για τους καπνιστές που δεν επιθυμούν ή δεν μπορούν να διακόψουν τελείως το κάπνισμα. Η μείωση του καπνίσματος πρέπει να θεωρείται ως ενδιάμεσο βήμα που θα οδηγήσει αργότερα στη διακοπή καπνίσματος. Ο στόχος για όλους τους καπνιστές παραμένει η πλήρης διακοπή καπνίσματος.

Τα οφέλη από τη μείωση του καπνίσματος είναι διπλά:

- με τη μείωση του καπνίσματος, μειώνονται και οι κίνδυνοι που ενέχει το κάπνισμα
- αυξάνεται η αυτοπεποίθηση των ασθενών ότι έχουν την ικανότητα να διακόψουν εντελώς το κάπνισμα

Υπήρξε, όμως, η ανησυχία ότι η προτεινόμενη μείωση καπνίσματος θα μειώσει παράλληλα και το ποσοστό διακοπής του καπνίσματος. Δεν υπάρχουν στοιχεία που να υποστηρίζουν αυτή την ανησυχία, ενώ μάλιστα έχει παρατηρηθεί το ακριβώς αντίθετο. Σε ανασκόπηση της Cochrane Collaboration δε βρέθηκε καμία διαφορά στην πιθανότητα διακοπής του καπνίσματος ανάμεσα στην απότομη διακοπή και στη σταδιακή μείωση του αριθμού των τσιγάρων

και έτσι κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι οι ασθενείς μπορούν να επιλέξουν να διακόψουν το κάπνισμα με οποιοδήποτε τρόπο.¹ Οι ασθενείς που δεν επιθυμούν να διακόψουν το κάπνισμα και στους οποίους προτάθηκε να μειώσουν το κάπνισμα, είναι πιο πιθανό να διακόψουν σε ένα χρόνο, σε αντίθεση με εκείνους που δεν τους προτάθηκε να το μειώσουν, αλλά μόνο να το διακόψουν.^{3,4} Η μείωση του καπνίσματος μειώθηκε στο 50%, χωρίς όμως πλήρη αποχή.¹

Τα περιορισμένα δεδομένα που υπάρχουν (από μικρές μελέτες, σε επιλεγμένους πληθυσμούς, με σύντομες περιόδους παρακολούθησης) αναφέρουν ότι μία σημαντική μείωση του καπνίσματος μπορεί να μειώσει αρκετούς καρδιαγγειακούς παράγοντες κινδύνου και να βελτιώσει τη λειτουργία του αναπνευστικού συστήματος. Η μείωση του καπνίσματος συσχετίζεται με 25% μείωση των βιολογικών δεικτών που σχετίζονται με το κάπνισμα και μείωση της συχνότητας εμφάνισης καρκίνου του πνεύμονα καθώς και με μικρή αύξηση του βάρους των νεογνών που γεννιούνται από μητέρες καπνίστριες.² Δεν φαίνονται να υπάρχουν αξιοσημείωτα οφέλη για την πνευμονολογική λειτουργία με τη μείωση του καπνίσματος.⁵

Η μείωση του καπνίσματος αποτελεί εναλλακτική θεραπευτική λύση για τους καπνιστές που δεν είναι έτοιμοι να διακόψουν τελείως το κάπνισμα. Το ποσοστό της μείωσης του καπνίσματος σε μία μελέτη με άτομα που έλαβαν τσίχλα νικοτίνης ήταν διπλάσιο σε σχέση με εκείνα που έλαβαν εικονικό φάρμακο και τριπλασιάστηκε στην 12μηνη αξιολόγηση.² Η χρήση τσίχλας νικοτίνης με ταυτόχρονη μείωση του καπνίσματος φαίνεται να οδηγεί σε σημαντική μείωση του βιοδείκτη του μονοξειδίου του άνθρακα.² Η τυχαίοποιημένη ελεγχόμενη μελέτη ROSCAP σχετικά με τη μείωση του καπνίσματος σε καρδιακούς ασθενείς, συμπέρανε πως η μείωση του καπνίσματος μειώνει και τις επιβλαβείς επιδράσεις από την έκθεση στον καπνό. Εκείνοι που κατάφεραν να μειώσουν το κάπνισμα ήταν κυρίως άνδρες, με υψηλότερη κατανάλωση τσιγάρων σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου.⁶

4.6.1 Μείωση του καπνίσματος με υποκατάστατα νικοτίνης

Η μείωση του καπνίσματος με θεραπεία υποκατάστασης νικοτίνης συνιστάται μόνο σε εξαρτημένους ασθενείς, δηλαδή σε καπνιστές με μεγάλο αριθμό νικοτινικών υποδοχέων που σημειώνουν βαθμολογία στην κλίμακα Fagerström υψηλότερη από 3 ή και

μεγαλύτερη από 6.⁴ Η μείωση του καπνίσματος θα πρέπει να συστήνεται ανεπιφύως και συστηματικά σε υψηλά εξαρτημένους ασθενείς που έχουν βαθμολογία 7 και άνω στην κλίμακα Fagerström, και δεν είναι έτοιμοι να διακόψουν το κάπνισμα.

Μία μετα-ανάλυση επτά τυχαιοποιημένων ελεγχόμενων μελετών που περιλάμβαναν συνολικά 2.767 καπνιστές, οι οποίοι αρχικά δεν επιθυμούσαν να διακόψουν το κάπνισμα, έδειξε ότι τα ποσοστά αποχής μετά τους έξι μήνες ήταν στατιστικά σημαντικότερα ανάμεσα στους καπνιστές που έλαβαν θεραπεία υποκατάστασης νικοτίνης (τσίχλα νικοτίνης, εισπνεόμενα ή επιθέματα) για έξι και περισσότερους μήνες, σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου: 9% έναντι 5%.⁷

Η θεραπεία υποκατάστασης νικοτίνης χρησιμοποιείται ως υποκατάστατο της νικοτίνης, καθώς ο αριθμός των τσιγάρων που καπνίζονται καθημερινά μειώνεται και έτσι μειώνονται και οι βλαβερές συνέπειες. Η νικοτίνη χορηγείται σταδιακά στον οργανισμό, με αποτέλεσμα να μειώνεται η εξάρτηση. Η δόση της φαρμακευτικής νικοτίνης μπορεί να αυξάνεται σταδιακά μέχρις ότου μειωθεί τουλάχιστον στο 50% ο αριθμός των τσιγάρων (Σχήμα 4.9).

4.6.2 Μείωση του καπνίσματος με βαρενικλίνη

Μία πρόσφατη τυχαιοποιημένη διπλά τυφλή μελέτη των Ebbert et al., η οποία εξέτασε τη χρήση βαρενικλίνης μεταξύ καπνιστών που δεν ήθελαν ή δεν μπορούσαν να διακόψουν το κάπνισμα μέσα στις επόμενες 30 μέρες, αλλά επιθυμούσαν να μειώσουν το κάπνισμα και να το διακόψουν στους επόμενους 3 μήνες.⁸ Η μελέτη διαπίστωσε ότι η χρήση της βαρενικλίνης αύξησε τα ποσοστά αποχής από το

κάπνισμα σε σύγκριση με το εικονικό φάρμακο (στους 12 μήνες: 27.0% για την ομάδα της βαρενικλίνης vs 9.9% για την ομάδα του εικονικού φαρμάκου; RD, 17.1% [95% CI, 13.3%-20.9%]; RR, 2.7 [95% CI, 2.1-3.5]).

Συστάσεις

- Η μείωση του καπνίσματος αυξάνει την πιθανότητα μίας μελλοντικής απόπειρας διακοπής καπνίσματος (Επίπεδο τεκμηρίωσης Α).
- Η χρήση θεραπείας υποκατάστασης νικοτίνης συνιστάται για τη μείωση του καπνίσματος σε όσους καπνιστές αναφέρουν υψηλά ποσοστά εξάρτησης από τη νικοτίνη (Επίπεδο τεκμηρίωσης Α).
- Η χρήση της βαρενικλίνης για τη μείωση του καπνίσματος έχει βρεθεί αποτελεσματική σε μία μελέτη (Επίπεδο τεκμηρίωσης Β).

Βιβλιογραφία

1. Lindson-Hawley N, Aveyard P, Hughes JR. Reduction versus abrupt cessation in smokers who want to quit. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012, Issue 11. Art. No.: CD008033. DOI: 10.1002/14651858.CD008033.pub3.
2. Trofor A., Mihaltan F., Mihaicuta S., Pop M., Todea D et.al., Romanian Society of Pulmonologists Smoking Cessation and Smoker's Assistance Guidelines (GREFA), 2nd ed. – Tehnopress Iasi, 2010, www.srp.ro
3. NICE Guidelines: Tobacco: Harm-reduction approaches to smoking cessation. National Institute for Health Care Excellence, United Kingdom. <https://www.nice.org.uk/guidance/ph45>.
4. 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.
5. 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.
6. Ludvig J, Miner B, Eisenberg MJ. Smoking cessation in patients with coronary artery disease, Am Heart J 2005;149:565-72.
7. 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.
8. Ebbert JO, Hughes JR, West RJ, Rennard SI, Russ C, McRae TD, Treadow J, Yu CR, Dutro MP, Park PW. Effect of varenicline on smoking cessation through smoking reduction: a randomized clinical trial. JAMA. 2015;313(7):687-94.

Σχήμα 4.9: Στρατηγική καπνίσματος: «Σταδιακή μείωση έως τη διακοπή»



4.7 > Θεραπευτικές συστάσεις για την πρόληψη της υποτροπής του καπνίσματος

Η υποτροπή, η οποία ορίζεται ως η χρήση ουσιών μετά από μία περίοδο αποχής, είναι απογοητευτική αλλά αναπόφευκτο μέρος της διαδικασίας διακοπής του καπνίσματος. Αναφερόμενος στην υποτροπή ως αποτυχία της μακροχρόνιας θεραπείας, ο Piasecki υποστηρίζει ότι είναι συνηθισμένο στους καπνιστές που προσπαθούν να διακόψουν το κάπνισμα. Αυτό προκύπτει από το γεγονός ότι η συντριπτική πλειοψηφία των καπνιστών που συμμετέχουν σε θεραπείες διακοπής του καπνίσματος αναφέρουν ένα ιστορικό παρελθοντικών προσπαθειών διακοπής, καθώς οι περισσότεροι έχουν ήδη αποτύχει τουλάχιστον μία φορά ενώ χρησιμοποιούσαν φάρμακο διακοπής καπνίσματος^{1,2} και πολλοί, επίσης, έχουν κάνει υποτροπές μέσα στις 24 πρώτες ώρες της ημέρας διακοπής.

Συμπεριφορικές στρατηγικές

Τρεις σημαντικές στρατηγικές είναι κοινές στα τρέχοντα προγράμματα πρόληψης υποτροπών: (1) γνωσιακή – συμπεριφορική θεραπεία για την αποφυγή υποτροπής, (2) στρατηγικές κοινωνικής υποστήριξης που εστιάζουν στις ανάγκες του καπνιστή για συναισθηματική υποστήριξη από τα μέλη της οικογένειας και τους φίλους του (3) στρατηγικές για αλλαγή τρόπου ζωής που επικεντρώνονται στην παροχή βοήθειας στους καπνιστές για την ανάπτυξη νέων κοινωνικών συμπεριφορών χωρίς την λήψη φαρμάκων.^{1,2}

Μέχρι στιγμής, τα στοιχεία δεν επαρκούν για να υποστηρίξουν την αποτελεσματικότητα των συμπεριφορικών παρεμβάσεων για την πρόληψη της υποτροπής μεταξύ ατόμων που πραγματοποίησαν επιτυχώς διακοπή του καπνίσματος.³ Οι συγκεκριμένες ατομικές ή ομαδικές παρεμβάσεις δε φαίνεται να προλαμβάνουν την υποτροπή ανεξάρτητα από τη διάρκεια, ακόμη και μετά από οκτώ εβδομάδες συμβουλευτικής μέσω τηλεφώνου.^{2,3}

Οι παρεμβάσεις που επικεντρώνονται στο να εντοπίζουν και να βοηθούν τους καπνιστές να ξεπεράσουν καταστάσεις κατά τις οποίες εμφανίζουν έντονη επιθυμία για κάπνισμα, είναι οι πιο πολλά υποσχόμενες συμπεριφορικές παρεμβάσεις για την πρόληψη της υποτροπής.³

Προκειμένου να σχεδιαστούν αποτελεσματικές παρεμβάσεις για

τη μείωση της πιθανότητας υποτροπής σε ευάλωτες κατηγορίες καπνιστών, όπως γυναίκες κατά τη λοχεία και φυλακισμένα άτομα, η εύρεση των συγκεκριμένων παραγόντων που οδηγούν στην υποτροπή αυτών των ανθρώπων, μπορεί να αυξήσει την αποτελεσματικότητα σε συνδυασμό με ατομικές συνεντεύξεις και χρήση της γνωσιακής συμπεριφορικής θεραπείας.^{5,6}

Χρήση φαρμακευτικής αγωγής

Η παρατεταμένη θεραπεία με βαρενικλίνη φαίνεται να είναι αποτελεσματική στην πρόληψη της υποτροπής μετά από αρχική περίοδο αποχής, ωστόσο τα στοιχεία περιορίζονται σε μία μόνο μελέτη.³ Οι Hayek et al. το 2009 βρήκαν ότι η παρατεταμένη χορήγηση βαρενικλίνης βοηθά στην πρόληψη της υποτροπής, ειδικά σε εκείνους τους ασθενείς που δε διέκοψαν το κάπνισμα από την αρχή της τυπικής θεραπείας των 12 εβδομάδων με βαρενικλίνη, αλλά το έκαναν αργότερα.⁷ Πιο συγκεκριμένα, οι ασθενείς της μελέτης τυχαιοποιήθηκαν σε δύο ομάδες: 1η ομάδα: τρεις μήνες θεραπεία με βαρενικλίνη, 2η ομάδα: τρεις μήνες λήψη εικονικού φαρμάκου. Οι συγγραφείς αναφέρουν υψηλότερο κίνδυνο υποτροπής στους ασθενείς που διέκοψαν το κάπνισμα μετά την 11η εβδομάδα θεραπείας, σε σύγκριση με εκείνους που σταμάτησαν από την πρώτη εβδομάδα. Τα ποσοστά αποχής στην 52η εβδομάδα ήταν 5,7% για εκείνους που καθυστέρησαν να διακόψουν και 54,9% για εκείνους που διέκοψαν πρώιμα. Απ' αυτή την άποψη, συμπεραίνεται ότι η επαναλαμβανόμενη θεραπεία 12 εβδομάδων με βαρενικλίνη σε καπνιστές που δεν κατάφεραν να διακόψουν από την πρώτη εβδομάδα μπορεί να φανεί βοηθητική, όπως παρατηρήθηκε σε αυτή τη μελέτη με δείγμα 1208 ασθενών οι οποίοι απείχαν από το κάπνισμα μέχρι και τη 12η εβδομάδα θεραπείας με βαρενικλίνη.⁷ Δεν υπάρχουν ισχυρές ενδείξεις ότι η εκτεταμένη θεραπεία με βουπροπιόνη βοηθάει στη μείωση των ποσοστών υποτροπής.³ Ένας μικρός αριθμός μελετών έχει δείξει ότι η εκτεταμένη χρήση θεραπείας υποκατάστασης νικοτίνης είναι αποτελεσματική στην πρόληψη της υποτροπής, ωστόσο απαιτούνται επιπλέον έρευντικά δεδομένα.³

Οι Jaruntich et al. εξέτασαν τις επιδράσεις πέντε τύπων φαρμακοθεραπείας για τη διακοπή του καπνίσματος (βουπροπιόνη, δισκία νικοτίνης, επιθέματα νικοτίνης, βουπροπιόνη και δισκία, επιθέματα και δισκία) σε διάστημα οκτώ εβδομάδων μετά από απόπειρα διακοπής καπνίσματος.⁸ Οι συγγραφείς χρησιμοποίησαν

την προσέγγιση των Shiffman et al. για να εξετάσουν την επίδραση των φαρμάκων διακοπής καπνίσματος σε τρία στάδια καπνίσματος: αρχική αποχή, υποτροπή, καθυστέρηση διακοπής και υποτροπή. Σε σύγκριση με το εικονικό φάρμακο οι ερευνητές κατέληξαν στο ότι: (1) η βουπροπιόνη αυξάνει τα αρχικά ποσοστά αποχής, (2) τα δισκία νικοτίνης μειώνουν τον κίνδυνο υποτροπής, (3) η βουπροπιόνη και τα επιθέματα νικοτίνης μειώνουν τον κίνδυνο υποτροπής και (4) ο συνδυασμός φαρμακοθεραπείας (βουπροπιόνη και δισκία, επιθέματα και δισκία) έχει ευεργετικά αποτελέσματα σε σύγκριση με τις μονοθεραπείες. Αυτή η έρευνα διαπίστωσε συμπερασματικά ότι τα φάρμακα διακοπής του καπνίσματος είναι αρκετά αποτελεσματικά στην προώθηση της αρχικής αποχής και στη μείωση του κινδύνου υποτροπής, ενώ ο συνδυασμός φαρμακοθεραπείας είναι πιο αποτελεσματικός από τη μονοθεραπεία για την ενίσχυση της αρχικής αποχής και την πρόληψη. Τέλος, τα επιθέματα νικοτίνης και τα δισκία είναι πιο αποτελεσματικά από τη βουπροπιόνη.

Η βουπροπιόνη, η θεραπεία υποκατάστασης νικοτίνης και η βαρενικλίνη φαίνεται να είναι αποτελεσματικά και με χαμηλό κόστος στην πρόληψη της υποτροπής. Η ευρύτερη χρήση αυτών των αποτελεσματικών θεραπειών πρόληψης θα μπορούσε να αποτελέσει σημαντικό κέρδος για την υγεία.⁹

Η γνώση του βαθμού επικινδυνότητας υποτροπής μπορεί να βοηθήσει τους κλινικούς να παρέχουν κατάλληλη θεραπεία στους ασθενείς που χρειάζονται πιο επιθετικές παρεμβάσεις. Τέτοιες παρεμβάσεις μπορεί να περιλαμβάνουν είτε υψηλότερες δόσεις, είτε μεγαλύτερης διάρκειας φαρμακοθεραπεία ή συχνότερες ή πιο έντονες ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις. Γ' αυτό, οι Bolt et al. ανέπτυξαν το ερωτηματολόγιο WI-PREPARE επτά ερωτήσεων για να παρέχουν στους ερευνητές και στους κλινικούς ένα εργαλείο για τη μέτρηση της υποτροπής. Επίσης, η κλίμακα αυτή είναι ένα αποτελεσματικό εργαλείο για την πρόβλεψη βραχυπρόθεσμης και μακροπρόθεσμης υποτροπής μεταξύ καπνιστών που ενδιαφέρονται να διακόψουν το κάπνισμα.¹⁰

Συστάσεις:

- Μέχρι στιγμής, δεν υπάρχουν επαρκή αποδεικτικά στοιχεία που να υποστηρίζουν ότι η χρήση συμπεριφορικής παρέμβασης βοηθάει στην αποφυγή της υποτροπής (Επίπεδο τεκμηρίωσης B).
- Η παρατεταμένη θεραπεία με βαρενικλίνη μπορεί να αποτρέψει

την υποτροπή (Επίπεδο τεκμηρίωσης B),

- Η παρατεταμένη θεραπεία με βουπροπιόνη είναι λιγότερο πιθανό να έχει κλινικά σημαντική επίδραση (Επίπεδο τεκμηρίωσης B).
- Υπάρχουν κάποιες αρχικές ενδείξεις ότι η παρατεταμένη χρήση θεραπείας υποκατάστασης νικοτίνης μπορεί να αποτρέψει την υποτροπή, ωστόσο απαιτούνται πρόσθετες μελέτες για την παρατεταμένη θεραπεία με υποκατάστατα νικοτίνης (Επίπεδο τεκμηρίωσης B).

Βιβλιογραφία

1. Piasecki T.M., Relapse to smoking, Clinical Psychology Review, 2006;26:196-215.
2. DeJong W., Relapse Prevention: An Emerging Technology for Promoting Long-Term Drug Abstinence. Substance use and misuse, 1994;29(6):681-705.
3. Hajek P, Stead LF, West R, Jarvis M, Har tmann-Boyce J, Lancaster T. Relapse prevention interventions for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 8. Art. No.: CD003999. DOI: 10.1002/14651858.CD 003999.pub4.
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. 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.
6. 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;15(5):579-86.
7. 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.
8. 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;79(1):34-42.
9. 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;106(10):1819-26.
10. 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, 2009;11(5):481-4.

4.8 Συστάσεις θεραπείας σε ειδικές καταστάσεις και πληθυσμιακές ομάδες υψηλού κινδύνου

Στις τρέχουσες κατευθυντήριες οδηγίες παρουσιάζονται αποτελεσματικές παρεμβάσεις για τη διακοπή του καπνίσματος και συνιστώνται σε όλους τους καπνιστές, εκτός αν υπάρχει κάποια αντένδειξη λόγω φαρμακευτικής αγωγής, λόγω εγκυμοσύνης ή αν πρόκειται για εφήβους. Υπάρχουν, επίσης, κάποιοι ενδοιασμοί για ορισμένους πληθυσμούς που βρίσκονται σε κίνδυνο, όταν δεν υπάρχουν επαρκή αποδεικτικά στοιχεία ή όταν η φαρμακευτική αγωγή δεν έχει αποδειχθεί αποτελεσματική (π.χ. μασώμενος καπνός, μέτριοι καπνιστές κλπ.). Ιδιαίτερες καταστάσεις και ομάδες υψηλού κινδύνου εξετάζονται στα επόμενα υποκεφάλαια.

4.8.1. Συστάσεις θεραπείας για εγκύους

Η αποχή από το κάπνισμα είναι απαραίτητη για τις εγκύους. Μία μελέτη κορτής στη Δανία έδειξε ότι το κάπνισμα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης διπλασιάζει τον κίνδυνο της περιγεννητικής θνησιμότητας και του συνδρόμου θανάτου στα βρέφη.¹ Η έκθεση της μητέρας στον καπνό, επίσης, σχετίζεται με χαμηλό σωματικό βάρος γέννησης του βρέφους. Παρά τους τόσο σοβαρούς κινδύνους επιθυμία για κάπνισμα σε μερικές γυναίκες κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης είναι τόσο έντονη που φαίνεται να τους απηφούν.² Η καλύτερη επιλογή είναι να διακοπεί το κάπνισμα πριν την εγκυμοσύνη και να χρησιμοποιηθεί όλη η διαθέσιμη υποστήριξη. Για την έγκυο γυναίκα που δεν μπορεί να διακόψει το κάπνισμα, πρέπει να εξασφαλιστεί η καλύτερη ψυχολογική και φαρμακολογική υποστήριξη. Η μείωση σε λίγα τσιγάρα την ημέρα δεν είναι ένας αποδεκτός στόχος. Μόνο η πλήρης αποχή από το κάπνισμα είναι αποδεκτός στόχος.

Υπάρχουν ενδείξεις ότι οι ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις είναι αποτελεσματικές στην αύξηση του ποσοστού αποχής από το κάπνισμα μεταξύ των εγκύων γυναικών (RR 1.44, 95% (CI) 1.19 to 1.73; 30 studies).³ Υπάρχουν ασαφείς ενδείξεις σχετικά με την αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων κοινωνικής υποστήριξης από άλλες εγκύους στη διακοπή του καπνίσματος (πέντε μελέτες; RR 1.42, 95% CI 0.98 - 2.07).³ Υπάρχουν μελέτες που αναφέρουν ότι οι παρεμβάσεις που βασίζονται στην κινητοποίηση είναι

αποτελεσματικές ως προς τη διακοπή του καπνίσματος, ωστόσο απαιτείται περισσότερη έρευνα για το συγκεκριμένο θέμα.³

Καμία αξιόπιστη μελέτη δεν αναφέρει παρενέργειες από τη θεραπεία υποκατάστασης της νικοτίνης πιο σοβαρές από εκείνες που επιφέρει το κάπνισμα.⁴ Ενώ υπάρχουν πειραματικές και κλινικές μελέτες που αποδεικνύουν ότι η νικοτίνη βλάπτει το έμβρυο,⁴ δεν υπάρχουν αποδείξεις ότι η χρήση θεραπείας υποκατάστασης νικοτίνης κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης έχει θετικές ή αρνητικές επιδράσεις στο βρέφος κατά τη γέννηση.⁴

Οκτώ μελέτες έχουν εξετάσει την αποτελεσματικότητα της θεραπείας υποκατάστασης νικοτίνης κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Τα αποτελέσματα υποδεικνύουν ότι η χρήση θεραπείας υποκατάστασης νικοτίνης μπορεί να αυξήσει την αποχή από το κάπνισμα ακόμα και μετά την έναρξη της εγκυμοσύνης, ωστόσο οι μελέτες έχουν αρκετούς μεθοδολογικούς περιορισμούς και γενικά έχουν αναφερθεί χαμηλά ποσοστά προσκόλλησης στη θεραπεία με υποκατάσταση νικοτίνης. Για το λόγο αυτό, δεν υπάρχουν υψηλής ποιότητας ενδείξεις που να αναφέρουν ότι η χρήση θεραπείας υποκατάστασης νικοτίνης βοηθά κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Σε μία τυχαίοποιημένη μελέτη στο Ηνωμένο Βασίλειο, περισσότερο από το 80% των εγκύων γυναικών που σταμάτησαν να λαμβάνουν θεραπεία μετά από ένα μήνα, δεν είχαν διαφορά στη συμπεριφορά όσον αφορά στην διακοπή καπνίσματος, εκτός από τον πρώτο μήνα που λάμβαναν την θεραπεία.⁵

Ο κίνδυνος για την υγεία του εμβρύου από τη χρήση θεραπείας υποκατάστασης νικοτίνης σε σύγκριση με το κάπνισμα είναι σημαντικά μικρότερος.

Η χρήση θεραπείας υποκατάστασης νικοτίνης από τη στοματική κοιλότητα μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να μειώσει τον κίνδυνο σε σύγκριση με το 24ωρο διαδερμικό επίθεμα.

Η βαρενικλίνη και η βουπροπιόνη δεν ενδείκνυνται και δεν συνιστώνται σε έγκυες γυναίκες.

Συστάσεις:

- Θα πρέπει να αξιολογείται σε όλες τις γυναίκες το κάπνισμα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και να λαμβάνουν υποστήριξη διακοπής καπνίσματος (Επίπεδο τεκμηρίωσης A).
- Συνιστάται εντατική συμπεριφορική / ψυχοκοινωνική παρέμβαση σε όλες τις έγκυες καπνίστριες (Επίπεδο τεκμηρίωσης A).

- Η θεραπείας υποκατάστασης νικοτίνης είναι η μόνη φαρμακευτική θεραπεία που έχει δοκιμαστεί σε έγκυες γυναίκες. Δεν υπάρχουν ξεκάθαρα αποδεικτικά στοιχεία που υποστηρίζουν τη χρήση θεραπείας υποκατάστασης νικοτίνης ως αποτελεσματική θεραπεία, ωστόσο ο κίνδυνος για το έμβρυο σε σύγκριση με το κάπνισμα είναι αρκετά μικρότερος με τη χρήση θεραπείας υποκατάστασης νικοτίνης.

Βιβλιογραφία

1. Kirsten Wisborg , Ulrik Kesmodel, Tine Brink Henriksen, Sjurdur Fróði 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?, Ginzel, K. H., Maritz, G., Marks, D., Neuberger, M., Pauly, J., Polito, J., Schulte-Hermann, R., Slotkin, T., Journal of Health Psychology, 2007;12(2):215-224.
3. Chamberlain C, O'Mara-Eves A, Porter J, Coleman T, Perlen SM, Thomas J, McKenzie JE. Psychosocial interventions for supporting women to stop smoking in pregnancy. Cochrane Database of Systematic Reviews 2017, Issue 2. Art. No.: CD001055. DOI: 10.1002/14651858.CD001055.pub5.
4. Coleman T, Chamberlain C, Davey MA, Cooper SE, Leonardi-Bee J. Pharmacological interventions for promoting smoking cessation during pregnancy. Cochrane Database of Systematic Reviews 2015, Issue 12. Art. No.: CD010078. DOI: 10.1002/14651858.CD010078.pub2.
5. Coleman T et al. A Randomized Trial of Nicotine-Replacement Therapy Patches in Pregnancy. N Engl J Med. 2012;366:808-818.

4.8.2. Συστάσεις θεραπείας για νέους κάτω των 18 ετών

Ο εθισμός στη νικοτίνης αναπτύσσεται ραγδαία στα άτομα νεαρής ηλικίας.¹ Επειδή το κάπνισμα συνήθως ξεκινά στην προ-εφηβεία, οι γιατροί είναι σημαντικό να παρεμβαίνουν ώστε να υποστηρίξουν την πρόληψη του καπνίσματος σε αυτή την ηλικιακή ομάδα.

Μία ανασκόπηση της βιβλιογραφίας σε αυτό τον τομέα δείχνει ένα ευρύ φάσμα προσεγγίσεων, αλλά με περιορισμένη αποτελεσματικότητα.¹ Οι παρεμβάσεις καπνίσματος που απευθύνονται σε εφήβους περιλαμβάνουν φαρμακοθεραπεία, συμπεριφορική προσέγγιση (όπως σχολικά και κοινοτικά προγράμματα) και διάφορες πολιτικές ελέγχου της αγοράς καπνού. Οι παρεμβάσεις αυτές παρουσιάζουν μεικτά αποτελέσματα. Γενικά, έχει παρατηρηθεί σημαντικό θεραπευτικό αποτέλεσμα

στους εφήβους όπου χρησιμοποιήθηκαν παρεμβάσεις αυτο-παρακολούθησης και απόκτησης νέων δεξιοτήτων, στρατηγικές κινητοποίησης (με σκοπό την μείωση της αμφιθυμίας για αλλαγή) και αντιμετώπιση κοινωνικών επιρροών που οδηγούν στην καπνιστική συμπεριφορά.

Το Κέντρο Ελέγχου Νοσημάτων (Center for Disease Control, CDC) στις Η.Π.Α. συστήνει ως πιο αποτελεσματικές τις πολυδιάστατες παρεμβάσεις που συνδυάζουν υποστήριξη τόσο από το σχολείο όσο και από την τοπική κοινότητα.²

Όταν πραγματοποιείται συμβουλευτική διακοπής καπνίσματος σε νέους ανθρώπους, πρέπει να λαμβάνεται υπόψη ότι στις περισσότερες περιπτώσεις υποτιμάται από τους ίδιους η εξάρτηση που υπάρχει. Οι έφηβοι που καπνίζουν είτε περιστασιακά, είτε καθημερινά, πιστεύουν ότι μπορούν να διακόψουν το κάπνισμα ανά πάσα στιγμή. Στην πραγματικότητα, μόνο το 4% των καπνιστών ηλικίας 12-19 ετών καταφέρνει να διακόψει το κάπνισμα κάθε χρόνο, με ποσοστό αποτυχίας υψηλότερο από των ενήλικων καπνιστών.³ Τα στατιστικά στοιχεία, επίσης, αναφέρουν ότι οι έφηβοι ενδιαφέρονται να διακόψουν το κάπνισμα: 82% των νέων ηλικίας 11 έως 19 ετών σκέφτονται τη διακοπή του καπνίσματος και 77% έχουν κάνει σοβαρές προσπάθειες να διακόψουν το κάπνισμα τον τελευταίο χρόνο.³ Οι έφηβοι σπάνια σχεδιάζουν την προσπάθεια διακοπής καπνίσματος. Οι περισσότεροι επιλέγουν να διακόψουν το κάπνισμα χωρίς ειδική βοήθεια, αλλά η έρευνα έχει δείξει ότι οι νέοι που συμμετέχουν σε προγράμματα διακοπής καπνίσματος έχουν διπλάσιες πιθανότητες επιτυχούς διακοπής.⁴

Συμβουλευτική και θεραπείες διακοπής καπνίσματος για άτομα ηλικίας κάτω των 18 ετών

Παρά τον υψηλό επιπολασμό και τις σημαντικές επιπτώσεις στην υγεία των εφήβων καπνιστών, ελάχιστη δουλειά έχει γίνει για την ανάπτυξη προγραμμάτων διακοπής καπνίσματος με στόχο αυτή την ηλικιακή ομάδα. Αυτός ο τομέας της έρευνας έχει σχεδόν αποκλειστικά επικεντρωθεί στις ψυχοκοινωνικές θεραπείες, όπως φαίνεται και σε μία μετα-ανάλυση όπου φάνηκε ότι το 12% διέκοψε το κάπνισμα τρεις μήνες μετά τη θεραπεία σε σύγκριση με το 7% της ομάδας ελέγχου.⁵ Μία ψυχοκοινωνική παρέμβαση που φαίνεται να είναι αποτελεσματική (προκαταρκτικά αποτελέσματα), είναι η διαχείριση έκτακτης ανάγκης, η οποία είναι μία συμπεριφορική θεραπεία βασισμένη στη λειτουργική ρύθμιση, κατά την οποία ο

επιθυμητός στόχος (όπως η διακοπή καπνίσματος) ενισχύεται με ανταμοιβές (π.χ. κουπόνια, χρήματα). Τα στοιχεία δείχνουν ότι η διαχείριση έκτακτης ανάγκης, μόνη ή σε συνδυασμό με γνωσιακή – συμπεριφορική θεραπεία (CBT), μπορεί να είναι αποτελεσματική στη διακοπή του καπνίσματος κατά την εφηβεία. Μία μελέτη κατέδειξε ιδιαίτερα ενθαρρυντικά αποτελέσματα, καθώς το 53% των συμμετεχόντων που έλαβαν τη θεραπεία διαχείρισης έκτακτης ανάγκης σε συνδυασμό με τη γνωσιακή – συμπεριφορική θεραπεία, κατάφεραν να διακόψουν το κάπνισμα στο τέλος της θεραπείας του ενός μήνα, σε σύγκριση με το 0% εκείνων που έλαβαν μόνο γνωσιακή – συμπεριφορική θεραπεία.⁶ Με βάση τα αποτελέσματα των πιλοτικών ερευνών, μία πρόσφατη μελέτη μεγάλης κλίμακας (n=110) διερεύνησε τη θεραπεία διαχείρισης έκτακτης ανάγκης, παρεχόμενη για τρεις εβδομάδες, δύο φορές τη μέρα, μόνη ή σε συνδυασμό με θεραπεία κινητοποίησης σε φοιτητές που επιθυμούσαν να διακόψουν το κάπνισμα.⁷ Οι συμμετέχοντες που έλαβαν τη παρέμβαση διαχείρισης έκτακτης ανάγκης (με χρηματικές ανταμοιβές, ανάλογα με τα επίπεδα μονοξειδίου του άνθρακα στην πρώτη εβδομάδα, την αποχή από το κάπνισμα στη δεύτερη και τρίτη εβδομάδα) είχαν σημαντικά χαμηλότερα επίπεδα μονοξειδίου του άνθρακα και μεγαλύτερη αποχή (55% v. 18%) από το κάπνισμα, σε αντίθεση με εκείνους που δεν έλαβαν θεραπεία.

Μία μετα-ανάλυση που εξέταζε την αποτελεσματικότητα της παροχής συμβουλευτικής σε νέους, έδειξε ότι αυτή η μέθοδος διπλασιάζει τα ποσοστά μακροχρόνιας αποχής σε σύγκριση με την κοινή προσέγγιση (σύντομες συμβουλές, υλικά αυτοβοήθειας και παραπομπή σε κέντρα διακοπής καπνίσματος) ή σε σύγκριση με την απουσία παρέμβασης.⁸ Σε γενικές γραμμές, μπορούμε να προσεγγίσουμε τους εφήβους με διάφορες θεραπείες: είτε με μεμονωμένες συνεδρίες (πρόσωπο με πρόσωπο), είτε συνδυάζοντας μεμονωμένες συνεδρίες με συμβουλευτική μέσω τηλεφώνου, μηνύματα ή ηλεκτρονικά μηνύματα, είτε με ομαδικές συνεδρίες στις οποίες πρέπει να υπάρχει σεβασμός στην ιδιωτικότητά τους και κατά προτίμηση να πραγματοποιούνται χωρίς την παρουσία γονέων ή εκπαιδευτικών.

Οι συνεδρίες με συνομηλίκους έχουν φανεί πολύ αποτελεσματικές: η μέθοδος αυτή συμπεριλαμβάνει στη συμβουλευτική έναν συμμαθητή ή τον καλύτερο φίλο του νεαρού καπνιστή, ακόμη και όταν αυτοί δεν είναι καπνιστές. Εάν ο έφηβος προέρχεται από οικογένεια καπνιστών ή είναι παθητικά εκτεθειμένος στον καπνό,

συνιστάται επίσης η παροχή συμβουλευτικής και στους γονείς. Η έρευνα έχει δείξει ότι η συμβουλευτική που παρέχεται στους γονείς σε παιδιατρικές υπηρεσίες ή σε παιδιατρικά νοσοκομεία αυξάνει το ενδιαφέρον για τη διακοπή του καπνίσματος, τον αριθμό των προσπαθειών διακοπής καπνίσματος και το ποσοστό διακοπής στους γονείς καπνιστές. Επιπλέον, η ενημέρωση των γονέων σχετικά με τους κινδύνους έκθεσης των παιδιών τους στο παθητικό κάπνισμα μπορεί να μειώσει την έκθεση στο παθητικό κάπνισμα καθώς και τα ποσοστά καπνίσματος μεταξύ των γονέων.^{1,4}

Προγράμματα ειδικά σχεδιασμένα για εφήβους

Τα προγράμματα αυτά περιλαμβάνουν: προγράμματα διακοπής καπνίσματος βασισμένα στη σχολική κοινότητα,⁹ εκστρατείες ενημέρωσης με αποτελεσματικά μηνύματα πρόληψης,¹⁰ διαδραστικά προγράμματα διακοπής καπνίσματος όπως το Ευρωπαϊκό πρόγραμμα «Adolescent Smoking Cessation» (Διακοπή Καπνίσματος στους Εφήβους),¹¹ μαθήματα μέσω βίντεο όπως το Ολλανδικό πρόγραμμα «I Do Not Smoke» (Δεν Καπνίζω), όπου περιλαμβάνει διαγωνισμούς με βραβεία και κίνητρα όπως «Quit and Win» (Διέκοψε και Νίκησε) για εφήβους,¹¹ N-O-T (Not on Tobacco), (Όχι στο Τσιγάρο) το οποίο είναι ένα πρόγραμμα της Αμερικανικής Πνευμονολογικής Εταιρείας για διακοπή του καπνίσματος σε μαθητές γυμνασίου.¹²

Συμβουλευτική μέσω τηλεφώνου

Οι γραμμές διακοπής καπνίσματος είναι πιο ελκυστικές για τους εφήβους, λόγω του ότι είναι εύκολα προσβάσιμες, ημι- ανώνυμες, εξατομικεύονται στον καλούντα μέσα από ένα δομημένο πρωτόκολλο και μπορούν να περιλαμβάνουν προληπτική παρακολούθηση από μέλους του συμβούλου, ο οποίος αναλαμβάνει να καλέσει ξανά μετά την πρώτη επαφή. Για παράδειγμα, στη γραμμή διακοπής καπνίσματος στην Καλιφόρνια «California Smokers' Helpline protocol», οι σύμβουλοι εργάζονται για να βοηθήσουν τους εφήβους να διακόψουν το κάπνισμα με σκοπό το κάπνισμα να μην είναι μια συμπεριφορά στην ενήλικη ζωή τους. Επίσης, προσεγγίζουν θέματα ειδικά γι' αυτή την ηλικιακή κατηγορία, όπως: προσωπικές πληροφορίες, αίσθημα ευαλωτότητας, εξάρτηση από την οικογένεια, ταύτιση με τους συνομηλίκους και επιθυμία για αυτονομία.¹³ Σε μία μελέτη που περιλάμβανε 1058 μαθητές γυμνασίου, χρησιμοποιήθηκαν εβδομαδιαίες συμβουλευτικές συνεδρίες μέσω

τηλεφώνου με πολύ καλή συμμετοχή του πληθυσμού της μελέτης στο πρωτόκολλο θεραπείας (90%). Σε μία παρόμοια μελέτη 2151 μαθητών που παρείχε γνωστικο-συμπεριφορική συμβουλευτική θεραπεία και τηλεφωνική συνέντευξη, στην επαναξιολόγηση ένα χρόνο μετά, βρέθηκε ότι το 21,8% των συμμετεχόντων διέκοψε το κάπνισμα στους 6 μήνες στην ομάδα παρέμβασης έναντι του 17,7% στην ομάδα ελέγχου.¹

Φαρμακοθεραπεία για εφήβους

Παρά τα σαφή συμπτώματα στέρησης από τη νικοτίνη και την έντονη επιθυμία για τσιγάρο κατά την προσπάθεια διακοπής, στους εφήβους είναι περιορισμένη η έρευνα που έχει επικεντρωθεί στη φαρμακοθεραπεία για την διακοπή του καπνίσματος.^{14,15,16} Παρ' όλο που υπάρχουν επτά φάρμακα πρώτης γραμμής που έχουν εγκριθεί από τον FDA για τη διακοπή του καπνίσματος στους ενήλικες, δεν υπάρχουν αρκετά στοιχεία που να συνιστούν κάποια από αυτά τα φάρμακα για τη θεραπεία των εφήβων καπνιστών. Επιπλέον, στην πλειοψηφία των ευρωπαϊκών χωρών απαγορεύεται δια νόμου να χορηγούνται φάρμακα διακοπής καπνίσματος σε αυτή την ηλικιακή ομάδα. Οι δοκιμές φαρμάκων σε εφήβους καπνιστές έχουν περιοριστεί στην θεραπεία υποκατάστασης της νικοτίνης και στη βουπροπιόνη.

Οι λίγες μελέτες που δημοσιεύθηκαν πάνω σε αυτό το θέμα διαπίστωσαν είτε ένα ασήμαντο ποσοστό αποχής με τα επιθέματα νικοτίνης έναντι του εικονικού φαρμάκου σε μία θεραπεία 12 εβδομάδων, είτε δεν διαπίστωσαν διαφορές μεταξύ της αποτελεσματικότητας της χρήσης νικοτίνης έναντι του επιθέματος νικοτίνης και έναντι του εικονικού φαρμάκου. Σε όλες αυτές τις ομάδες οι νέοι έλαβαν περίπου έξι συνεδρίες συμβουλευτικής.^{4,8} Μία μη ελεγχόμενη, ανοιχτή δοκιμή του επιθέματος νικοτίνης σε συνδυασμό με την ελάχιστη συμπεριφορική θεραπεία (n=101), έδειξε 11% ποσοστό αποχής στο τέλος της θεραπείας και 5% μετά από έξι μήνες αντίστοιχα.¹⁷ Μία άλλη ελεγχόμενη μελέτη με δύο ομάδες που έλαβαν γνωσιακή συμπεριφορική θεραπεία και θεραπεία διαχείρισης έκτακτων περιστατικών (Contingency Management, CM), (n=100), υποστήριξε την ασφάλεια του επιθέματος σε εφήβους, αλλά δεν βρήκε διαφορές μεταξύ του επιθέματος και του εικονικού φαρμάκου (28% έναντι 24% αντίστοιχα, ποσοστά αποχής στο τέλος της θεραπείας)¹⁸. Σε μία τυχαιοποιημένη μελέτη με θεραπεία υποκατάστασης νικοτίνης που περιλάμβανε 120

εφήβους καπνιστές ημερησίως, οι Killen et al. βρήκαν στο τέλος της θεραπείας και ξανά στην επαναξιολόγηση των τριών μηνών, ότι το 20,6% εκείνων που έλαβαν το επίθεμα απέχε από το κάπνισμα σε σύγκριση με το 8,7% της ομάδας που έλαβε την τσίχλα και το 5% της ομάδας που έλαβε το εικονικό φάρμακο.¹⁹ Οι Moolchan et al. σύγκριναν τα επιθέματα νικοτίνης, με τις τσίχλες νικοτίνης και το εικονικό φάρμακο, μεταξύ εφήβων καπνιστών οι οποίοι παρακολουθούσαν ομαδική γνωσιακή – συμπεριφορική θεραπεία για τη διακοπή του καπνίσματος (n=120). Η συνεχής αποχή μετά από δύο εβδομάδες επιτεύχθηκε κατά 18%, 7% και 3% στις τρεις ομάδες αντίστοιχα.²⁰ Μία πρόσφατη πιλοτική μελέτη (n=40) αποκάλυψε κακή προσκόλληση στη θεραπεία και καμία διαφορά στα αποτελέσματα διακοπής καπνίσματος μεταξύ του ρινικού σπρέι και του εικονικού φαρμάκου.²¹

Λόγω της μέτριας επίδρασης της θεραπείας υποκατάστασης νικοτίνης, ορισμένοι ερευνητές επικεντρώθηκαν στην βουπροπιόνη για τη διακοπή του καπνίσματος στους εφήβους. Μία ομάδα ερευνητών διεξήγαγε ανοιχτή δοκιμή με βουπροπιόνη SR σε συνδυασμό με σύντομη ατομική συμβουλευτική θεραπεία σε έφηβους καπνιστές (n=16) και βρήκε 31% αποχή μετά από τέσσερις εβδομάδες θεραπείας.²² Οι Killen et al. σύγκριναν τη συνδυαστική θεραπεία βουπροπιόνης 150 mg ανά ημέρα μαζί με επιθέματα νικοτίνης από τη μία και τα επιθέματα νικοτίνης μόνα τους από την άλλη (n=211), ενώ και στις δύο ομάδες παρείχαν ομαδική θεραπεία κατάρτισης δεξιοτήτων. Τα αποτελέσματα έδειξαν μόνο 8% αποχή στην επαναληπτική εξέταση των 26 εβδομάδων για τη συνδυαστική θεραπεία έναντι του 7% αποχή στην ομάδα με τα επιθέματα νικοτίνης.²³

Σε μία τυχαιοποιημένη δοκιμή μεγάλης κλίμακας (n=312), οι Muramoto et al. σύγκριναν βουπροπιόνη SR 300 mg ανά ημέρα, βουπροπιόνη SR 150 mg ανά ημέρα, και εικονικό φάρμακο μαζί με σύντομη εβδομαδιαία ατομική συμβουλευτική.²⁴ Η ομάδα που λάμβανε βουπροπιόνη SR των 300 mg ανά ημέρα (αλλά όχι η ομάδα που λάμβανε 150 mg) έδειξε υψηλότερα ποσοστά αποχής σε σύγκριση με το εικονικό φάρμακο στο τέλος της θεραπείας (15% έναντι 6%) καθώς και στην επαναξιολόγηση των 26 εβδομάδων (14% έναντι 10%). Σε μία άλλη ελεγχόμενη μελέτη με 134 καπνιστές που συμμετείχαν εθελοντικά και επιθυμούσαν να λάβουν θεραπεία, οι συμμετέχοντες τυχαιοποιήθηκαν σε ομάδες όπου έλαβαν

είτε βουπροπιόνη SR, είτε θεραπεία έκτακτων περιστατικών (Contingency Management, CM), καθεμία ξεχωριστά ή και σε συνδυασμό με την άλλη σε ελεγχόμενη δοκιμή 2x2 έξι εβδομάδων. Τα ποσοστά αποχής ήταν 27% για τη συνδυαστική θεραπεία, 8% για εκείνους που έλαβαν μόνο βουπροπιόνη, 10% για εκείνους που έλαβαν εικονικό φάρμακο και θεραπεία έκτακτων περιστατικών και 9% για όσους έλαβαν μόνο εικονικό φάρμακο, στο 30% που ολοκλήρωσαν τη θεραπεία.²⁵

Σύμφωνα με πρόσφατες ανασκοπήσεις, αλλά και τις Αμερικανικές Κατευθυντήριες Οδηγίες, δεν υπάρχουν επαρκή στοιχεία για τη σύσταση φαρμακοθεραπείας σε εφήβους. Σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες, η κατάλληλη μέθοδος για τη διακοπή του καπνίσματος είναι η ψυχοκοινωνική παρέμβαση (π.χ. σχολική, κοινοτική, ομαδική ή ατομική συμβουλευτική). Παρά το γεγονός ότι οι παρεμβάσεις αυτές έχουν χαμηλά ποσοστά διακοπής καπνίσματος, αυξάνουν τα ποσοστά αποχής σε αντίθεση με την μη θεραπεία. Ενώ η φαρμακοθεραπεία μπορεί να χρησιμοποιηθεί, θα πρέπει να συνταγογραφείται με προσοχή και συνεχή παρακολούθηση του πόσο ο έφηβος καπνίζει, του ιστορικού των αποτυχημένων προσπαθειών διακοπής και της τρέχουσας κινητοποίησης για διακοπή. Τα μη επαρκή αποτελέσματα από μελέτες φαρμακοθεραπείας για τη διακοπή του καπνίσματος, υποδηλώνουν τα όρια συνταγογράφησης τέτοιων φαρμάκων σε εφήβους.¹⁹

Συστάσεις

- Οι γιατροί συνιστάται να εξετάζουν όλους τους νέους ασθενείς ηλικίας κάτω των 18 ετών σχετικά με τη χρήση καπνού και να αναφέρουν σαφή μηνύματα σχετικά με την σημασία αποχής από το κάπνισμα (Επίπεδο τεκμηρίωσης Γ).
- Η συμβουλευτική φαίνεται να είναι μία αποτελεσματική μέθοδος διακοπής καπνίσματος στους εφήβους (Επίπεδο τεκμηρίωσης Β).
- Το παθητικό κάπνισμα είναι επιβλαβές για τα παιδιά και τους εφήβους. Η συμβουλευτική για τη διακοπή του καπνίσματος που παρέχεται στο πλαίσιο παιδιατρικών υπηρεσιών έχει αποδειχθεί αποτελεσματική όσον αφορά την αύξηση ποσοστών της αποχής των γονέων από το κάπνισμα. Για αυτό το λόγο, προκειμένου να προστατευθούν τα παιδιά από το παθητικό κάπνισμα, συνιστάται οι κλινικοί να αξιολογούν τους γονείς ως προς την καπνιστική

συνήθεια και να τους παρέχουν συμβουλές και βοήθεια για τη διακοπή του καπνίσματος (Επίπεδο τεκμηρίωσης Β).

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 Iasi, 2010, www.srp.ro.
2. Teen Smoking Statistics, CDC, Mayo Clinic, ALA Teen Help.com.
3. Tonnensen P., How to reduce smoking among teenagers, Eur Respir. J. 2002;19:13.
4. 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.
5. Sussman S., Effects of sixty six adolescents tobacco use cessation trials and seventeen prospective studies of self-initiated quitting, Tobacco Induced Disease 2002;1(1):35-81.
6. Krishnan-Sarin S., Duhig a.M., McKee SA, McMahon TJ, Liss T., McFetridge A., Cavallo DA, Contingency management for smoking cessation in adolescents, Exp. Clin. Psychopharmacology, 2006;14(3):306-10.
7. 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;11(6):739-749. doi: 10.1093/ntr/ntp058.
8. Stanton A, Grimshaw G. Tobacco cessation interventions for young people. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 8. Art. No.: CD003289. DOI: 10.1002/14651858.CD003289.pub5.
9. www.notontobacco.com
10. <http://arnoldagency.com/cleanindoorair/>
11. Trofor A., Mihaltan F., Mihaicuta S., Lotrean L., Smoking cessation and prevention for young people Romanian expertise, Pneumologia, 2009;58:7278. ISSN 12233056.
12. http://www.ttac.org/TCN/peers/pdfs/02.18.11/VT_2009-2010_N-O-T_Program_Summary.pdf
13. Tedeschi GJ, Zhu S-H, Anderson CM, et. al. Putting it on the line: Telephone counseling for adolescent smokers. J Couns Dev. 2005;83:416-424.
14. Jacobsen LK, Krystal JH, Mendl WE, Westerveld M, Frost SJ, Pugh KR., Effects of smoking and smoking abstinence on cognition in adolescent tobacco smokers Biol Psychiatry. 2005;57(1):56-66.
15. 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;9(2):176-82.
16. Prokhorov AV, Hudmon KS, de Moor CA, Kelder SH, Conroy JL, Ordway N., Nicotine dependence, withdrawal symptoms, and adolescents'

- readiness to quit smoking, *Nicotine Tob. Research*, 2001;3(2):151-5.
17. 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;154(1):31-7.
 18. Hanson K, Allen S, Jensen S, Hatsukami D, Treatment of adolescent smokers with the nicotine patch. *Nicotine Tob. Res.*, 2003;5(4):515-26.
 19. 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>.
 20. 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;115(4):e407-14.
 21. Rubinstein ML, Benowitz NL, Auerback GM, Moscicki AB A randomized trial of nicotine nasal spray in adolescent smokers. *Pediatrics*, 2008;122(3):e595-600.
 22. 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;43(2):199-205.
 23. 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;72(4):729-35.
 24. 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;161(11):1068-74.
 25. 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;40(1):77-86.

4.8.3. Συστάσεις θεραπείας για καπνιστές με αναπνευστικά, καρδιαγγειακά, ψυχιατρικά προβλήματα, καρκίνο ή άλλες συνυπάρχουσες παθήσεις

Οι καπνιστές με ιατρικές παθήσεις, όπως ο καρκίνος, η καρδιακή νόσος, η ΧΑΠ, ο διαβήτης, το άσθμα, είναι πληθυσμοί-στόχοι για την εφαρμογή της θεραπείας διακοπής του καπνίσματος, καθώς το κάπνισμα διαδραματίζει κύριο ρόλο στην επιδείνωση αυτών των ασθενειών. Η διαχείριση χρόνιων παθήσεων συνδυαστικά με την ενσωμάτωση παρεμβάσεων διακοπής καπνίσματος, μπορεί να είναι ιδιαίτερα αποτελεσματική σε αυτούς τους πληθυσμούς.¹ Όπως έχει

φανεί και ερευνητικά, η θεραπεία διακοπής του καπνίσματος είναι αποτελεσματική στους καπνιστές με συνυπάρχουσες παθήσεις, ακόμα και στην περίπτωση εμφάνισης δυσκολιών.

Καρδιαγγειακή νόσος

Σε συστηματική ανασκόπηση, οι Critchley και Capewell κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η διακοπή καπνίσματος σχετίζεται με 36% μείωση της θνησιμότητας σε ασθενείς με στεφανιαία νόσο, ανεξάρτητα από την ηλικία, το φύλο, τη χώρα προέλευσης, το ιστορικό ή τη χρονική περίοδο.² Η θεραπεία διακοπής καπνίσματος σε ασθενείς με καρδιαγγειακά νοσήματα διαφέρει από εκείνη των ασθενών με άλλες παθήσεις, καθώς συνήθως αναγκάζονται να διακόψουν το κάπνισμα απότομα μετά από ένα απροσδόκητο καρδιαγγειακό επεισόδιο και έκτοτε πρέπει να συνεχίσουν να απέχουν για όλη τους τη ζωή. Δεδομένου ότι η εμφάνιση της καρδιαγγειακής νόσου είναι ο πιο σημαντικός λόγος για έναν καπνιστή ώστε να διακόψει το κάπνισμα, οι γιατροί είναι απαραίτητο να παρέχουν τα κατάλληλα προγράμματα διακοπής καπνίσματος σε ασθενείς με καρδιαγγειακά νοσήματα.³

Θα πρέπει να δοθεί ιδιαίτερη προσοχή στους καπνιστές που πάσχουν από κάποια καρδιαγγειακή νόσο, διότι όπως δείχνουν τα στοιχεία, (1) θα πρέπει να συνιστάται η άμεση διακοπή του καπνίσματος, (2) συνήθως οι ασθενείς διακόπτουν το κάπνισμα κατά την οξεία φάση της καρδιαγγειακής πάθησης και η αποχή θα πρέπει να διατηρείται εφ' όρου ζωής και (3) αντενδείκνυται η θεραπεία υποκατάστασης νικοτίνης κατά την οξεία φάση της καρδιαγγειακής νόσου (πρώτες 48 ώρες μετά το συμβάν).¹ Τα αποτελέσματα της φαρμακευτικής αγωγής αυξάνονται σημαντικά όταν συνδυάζονται με συμπεριφορικές παρεμβάσεις όπως η συμβουλευτική από έναν γιατρό ή έναν επαγγελματία υγείας καθώς και με την υποστήριξη μέσω τηλεφωνικών γραμμών διακοπής του καπνίσματος. Όλοι οι ασθενείς που έχουν παράγοντες κινδύνου για εμφάνιση καρδιαγγειακών νοσημάτων θα πρέπει να παρακινούνται ώστε να διακόψουν το κάπνισμα. Είναι σημαντικό να εξετάζεται τόσο πιθανότητα θεραπείας υποκατάστασης νικοτίνης όσο και η χορήγηση βαρενικλίνης. Εκτός από τις συνιστώμενες προφυλάξεις για τη χρήση υποκατάστατων νικοτίνης σε καπνιστές με οξείες καρδιαγγειακές παθήσεις, τα τρέχοντα στοιχεία υποδηλώνουν ότι η υποκατάσταση νικοτίνης δεν έχει κάποια δυσμενή επίδραση σε ασθενείς με καρδιακή νόσο.³ Η βαρενικλίνη φαίνεται να είναι

σχετικά ασφαλή σε ασθενείς με σταθερό ΚΝΣ και χωρίς ιστορικό κατάθλιψης ή ψυχιατρικής νόσου. Ειδικά δεδομένα σχετικά με τη χρήση βαρενικλίνης για τη διακοπή του καπνίσματος σε ασθενείς με καρδιαγγειακή νόσο, αναφέρονται αναλυτικά στην παράγραφο 4.3.3.9. Τέλος, οι παρεμβάσεις που συνδυάζουν πολλαπλές στρατηγικές (φαρμακολογικές και ψυχοκοινωνικές) φαίνεται να είναι πιο αποτελεσματικές μακροπρόθεσμα, ειδικά για εκείνους τους ασθενείς που δεν ανταποκρίνονται μόνο στη φαρμακευτική αγωγή.⁴

Αναπνευστικά προβλήματα

Και μόνο με την έκθεση στον καπνό, εκείνα που επηρεάζονται περισσότερο είναι τα αναπνευστικά όργανα. Αυτός είναι και ο λόγος όπου ασθενείς με ΧΑΠ, καρκίνο του πνεύμονα, άσθμα, αναπνευστικές λοιμώξεις και αναπνευστικές διαταραχές ύπνου συμβουλευούνται έντονα να ξεκινήσουν άμεσα θεραπεία διακοπής του καπνίσματος.

ΧΑΠ (Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια)

Η διακοπή του καπνίσματος αποτελεί την πιο σημαντική θεραπευτική παρέμβαση για καπνιστές ασθενείς με ΧΑΠ. Οι ασθενείς με ΧΑΠ είναι ιδιαίτερα εξαρτημένοι από τη νικοτίνη και για το λόγο αυτό απαιτούνται δομημένα προγράμματα διακοπής καπνίσματος, τόσο με όσο και χωρίς φαρμακευτική αγωγή.. Μία ανασκόπηση της Cochrane Collaboration το 2016 σχετικά με τη διακοπή του καπνίσματος σε ασθενείς με ΧΑΠ καθώς και η τρέχουσα βιβλιογραφία δείχνουν πως η θεραπεία διακοπής καπνίσματος που περιλαμβάνει συνδυαστικά φαρμακευτική και ψυχοκοινωνική υποστήριξη είναι αποτελεσματική στους ασθενείς με ΧΑΠ (Επίπεδο τεκμηρίωσης Α).⁵

Η ψυχοκοινωνική παρέμβαση περιλαμβάνει ένα δομημένο πρόγραμμα διακοπής καπνίσματος προσεγγίζοντας γνωσιακές πτυχές και ευρήματα σχετικά με το αναπνευστικό σύστημα όπως η λειτουργία των πνευμόνων.⁶ Ορισμένες μελέτες ανέλυσαν εάν η χρήση ειδικού λεξιλογίου, όπως για παράδειγμα «ο πνεύμονας του καπνιστή» ή η χρήση κουπονιών για μείωση του μονοξειδίου του άνθρακα στην αναπνοή ή τα τεστ για τη λειτουργία των πνευμόνων έχουν ισχυρότερη επίδραση ως προς την αποτελεσματικότητα σε σύγκριση με την παροχή συμβουλευτικής. Τα αποτελέσματα των μελετών αυτών δεν έδειξαν σημαντικές διαφορές, ωστόσο φάνηκε η ανάγκη για πιο εντατική παρέμβαση.

Η συνεχής παροχή βοήθειας είναι ο καλύτερος τρόπος για την αύξηση της αυτό-αποτελεσματικότητας και της αυτοεκτίμησης σε αυτούς τους ασθενείς. Το κλινικό ερωτηματολόγιο για τη ΧΑΠ (CCQ) είναι ένα πολύτιμο εργαλείο που υποδεικνύει τα σχετικά με την υγεία οφέλη που προκύπτουν από τη διακοπή του καπνίσματος στους ασθενείς με ΧΑΠ.⁷ Κάθε καπνιστής που πάσχει από ΧΑΠ θα πρέπει να ενημερώνεται από το γιατρό του επανειλημμένα για τη διακοπή του καπνίσματος. Συνιστάται να πραγματοποιείται μία επίσκεψη το μήνα, αλλά και εντατικές συμπεριφορικές παρεμβάσεις ατομικά ή σε ομαδικές συνεδρίες.⁸

Σε μία ανοιχτή τυχαιοποιημένη μελέτη που εξέτασε τέσσερα διαφορετικά είδη θεραπείας υποκατάστασης νικοτίνης σε ασθενείς με ΧΑΠ, ο μέσος όρος επιτυχίας για 12 μήνες ήταν μόνο 5,6%.⁹ Οι Tonnesen et al. αξιολόγησαν την αποτελεσματικότητα υπογλώσσιων δισκίων νικοτίνης και τη συμπεριφορική υποστήριξη δύο επιπέδων για διακοπή καπνίσματος σε ασθενείς με ΧΑΠ.¹⁰ Βρήκαν ότι τα ποσοστά αποχής ήταν σημαντικά πιο υψηλά στην ομάδα που λάμβανε υπογλώσσιο νικοτίνης έναντι εκείνων που έλαβαν εικονικό φάρμακο, αν και δεν υπήρχαν διαφορές ανάμεσα σε εκείνους που έλαβαν χαμηλής και υψηλής έντασης συμπεριφορική θεραπεία. Η ανάλυση 7372 ασθενών με ΧΑΠ έδειξε ότι η συμβουλευτική για τη διακοπή του καπνίσματος σε συνδυασμό με θεραπεία υποκατάστασης νικοτίνης, είχε υψηλότερα ποσοστά αποχής καπνίσματος σε αντίθεση με τη συνήθη φροντίδα, τη συμβουλευτική θεραπεία μεμονωμένα και τη συμβουλευτική θεραπεία σε συνδυασμό με αντικαταθλιπτικό.¹¹

Ο συνδυασμός διαφορετικών μορφών θεραπείας υποκατάστασης νικοτίνης μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως έγκυρη στρατηγική διακοπής του καπνίσματος σε ασθενείς με ΧΑΠ. Περισσότερο συνιστάται ο συνδυασμός δύο ειδών θεραπείας υποκατάστασης νικοτίνης με διαφορετικό τύπο χορήγησης. Η αύξηση του χρόνου χορήγησης της θεραπείας υποκατάστασης νικοτίνης σε έξι ή δώδεκα μήνες μπορεί να βοηθήσει περισσότερο τους καπνιστές να διακόψουν από ότι όταν χρησιμοποιούν θεραπεία υποκατάστασης νικοτίνης μόνο για τη συνήθη περίοδο. Η θεραπεία υποκατάστασης νικοτίνης μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να βοηθήσει στην προοδευτική μείωση του αριθμού των τσιγάρων που καπνίζονται και να αποτελέσει εφαλτήριο για μόνιμη διακοπή. Οι καπνιστές με ΧΑΠ συνήθως δεν έχουν κίνητρο να διακόψουν το κάπνισμα. Η χρήση αυτής της προσέγγισης μπορεί να συμβάλει στην αύξηση

κινήτρων καθώς και στην αυτό-αποτελεσματικότητα για διακοπή.⁸ Σε τρεις κλινικές δοκιμές όπου μελετήθηκε η αποτελεσματικότητα της βουπροπιόνης στη θεραπεία καπνιστών με ΧΑΠ, διαπιστώθηκε ότι η βουπροπιόνη ήταν σημαντικά πιο αποτελεσματική σε σχέση με το εικονικό φάρμακο για την επίτευξη συνεχούς αποχής στην επαναξιολόγηση των έξι μηνών (16% έναντι 9%).¹² Επίσης διαπιστώθηκε ότι η βουπροπιόνη και η νορτριπτυλίνη φαίνεται να είναι εξίσου αποτελεσματικές, αλλά η βουπροπιόνη φαίνεται να είναι πιο αποδοτική από πλευράς κόστους σε σύγκριση με το εικονικό φάρμακο και τη νορτριπτυλίνη.¹⁴ Η βουπροπιόνη σε συνδυασμό με την παροχή συμβουλευτικής ήταν σημαντικά πιο αποτελεσματική στην επίτευξη παρατεταμένης αποχής συγκριτικά με το εικονικό φάρμακο, κατά 18.9% (95% CI 3.6-26.4%). Ακόμα, η ετήσια σπιρομέτρηση έδειξε πως η σύντομη παρέμβαση διακοχής καπνίσματος, ακολουθούμενη από μία προσωπική επιστολή του γιατρού, είχε σημαντικά πιο υψηλό ποσοστό τριετούς αποχής από το κάπνισμα για τους ασθενείς με ΧΑΠ σε σύγκριση με τους καπνιστές που είχαν φυσιολογική πνευμονική λειτουργία.¹⁵

Η αποτελεσματικότητα και η ασφάλεια της βαρενικλίνης στη θεραπεία των καπνιστών με ΧΑΠ αξιολογήθηκε σε δύο μελέτες: μία πολυκεντρική, διπλά τυφλή μελέτη με 504 ασθενείς με ήπια έως μέτρια ΧΑΠ και χωρίς γνωστό ιστορικό ψυχιατρικών διαταραχών και μία άλλη μελέτη με 472 καπνιστές με σοβαρή και πολύ σοβαρή ΧΑΠ. Στην πρώτη μελέτη, ο ρυθμός συνεχούς αποχής (Continuous Abstinence Rate, CAR) για την 9η έως τη 12η εβδομάδα ήταν σημαντικά υψηλότερος για τους ασθενείς στην ομάδα της βαρενικλίνης (42,3%) από ότι στους ασθενείς της ομάδας με το εικονικό φάρμακο (8,8%) και 18,6% έναντι 5,6% αντίστοιχα για την 9η έως την 52η εβδομάδα.¹⁶ Στη δεύτερη μελέτη, καθώς το πρόγραμμα θεραπείας περιλάμβανε συνδυασμό συμπεριφορικής θεραπείας και φαρμακευτικής αγωγής (θεραπεία υποκατάστασης νικοτίνης, βουπροπιόνη ή βαρενικλίνη), ο ρυθμός συνεχούς αποχής από την 9η έως την 24η εβδομάδα για τη θεραπεία υποκατάστασης νικοτίνης, τη βουπροπιόνη και τη βαρενικλίνη ήταν 38,2%, 60% και 61% αντίστοιχα. Η βαρενικλίνη ήταν πιο αποτελεσματική από τα επιθέματα νικοτίνης: 61% έναντι 44.1%, αντίστοιχα.¹⁷

Οι Hoogendoorn et al. ανέλυσαν την αποτελεσματικότητα της παροχής συνεχούς βοήθειας στους καπνιστές με ΧΑΠ και κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι παρά το υψηλό κόστος αυτού του έντονου προγράμματος διακοχής καπνίσματος, πιθανόν να υπάρχουν

μακροπρόθεσμα οικονομικά οφέλη.¹⁸

Συστάσεις

- Η θεραπεία υποκατάστασης νικοτίνης ή η βαρενικλίνη θα πρέπει να χρησιμοποιούνται για τη διακοπή του καπνίσματος σε όλους τους καπνιστές με ΧΑΠ, ανεξάρτητα από τη σοβαρότητα της ασθένειας και τον αριθμό των τσιγάρων που καπνίζει ο ασθενής ημερησίως (Επίπεδο τεκμηρίωσης Β).
- Η θεραπεία υποκατάστασης νικοτίνης, η βαρενικλίνη και η βουπροπιόνη SR είναι αποτελεσματικές και αρκετά ανεκτές θεραπείες σε ασθενείς με ΧΑΠ (Επίπεδο τεκμηρίωσης Α).

Άσθμα

Καθώς το κάπνισμα είναι ένας σημαντικός παράγοντας κινδύνου στην εμφάνιση άσθματος, η διακοπή του καπνίσματος είναι αναγκαία για τους ασθματικούς ασθενείς.¹⁹ Οι καπνιστές με άσθμα εμφανίζουν πιο σοβαρά συμπτώματα της νόσου, μεγαλύτερη ανάγκη φαρμακευτικής αγωγής, υψηλότερη αντίσταση σε κορτικοστεροειδή και χαμηλότερα επίπεδα κατάστασης υγείας σε σχέση με τους μη καπνιστές. Σύμφωνα με μία μελέτη που αξιολόγησε την επίδραση του καπνίσματος στη λειτουργία των πνευμόνων και την ποιότητα ζωής σε ασθενείς με άσθμα κατά τη διάρκεια θεραπείας με κορτικοστεροειδή, η συνέχιση του καπνίσματος οδήγησε σε μεγαλύτερη μείωση της πνευμονικής λειτουργίας σε μακροχρόνιους ασθματικούς καπνιστές.²⁰

Για καλύτερα αποτελέσματα σε καπνιστές με άσθμα συνιστώνται δύο στρατηγικές θεραπείας:

- Η αναζήτηση φαρμάκων που στοχεύουν τον τροποποιημένο φλεγμονώδη μηχανισμό (η θεοφυλλίνη φαίνεται να αυξάνει την επίδραση της χαμηλής δόσης ICS και να βελτιώνει τα συμπτώματα και το FEV1. Ο συνδυασμός φλουτικαζόνης και σαλμετερόλης βοηθάει την υπερευαισθησία και την ικανότητα των αεραγωγών σε σύγκριση με τη διπλή δόση φλουτικαζόνης. Οι ανταγωνιστές των υποδοχέων λευκοτριενίου έχουν δείξει βελτιώσεις στη ροή του αέρα).
- Η παροχή καλά τεκμηριωμένης υποστήριξης για τη διακοπή του καπνίσματος (υπάρχουν περιορισμένα στοιχεία που θα μας βοηθήσουν να αποφασίσουμε σχετικά με τα πιο αποτελεσματικά προγράμματα για τη διακοπή του καπνίσματος σε ασθενείς με άσθμα. Η συμπεριφορική θεραπεία και η συμβουλευτική

μέσω τηλεφώνου έχουν αποδειχθεί αποτελεσματικές. Θα πρέπει να ληφθεί υπόψη ο κίνδυνος από τη χρήση θεραπειάς υποκατάστασης νικοτίνης σε μορφή σπρέι.²¹

Συστάσεις

- Αναφέρετε στους ασθενείς με άσθμα τον υψηλό κίνδυνο που διατρέχουν εάν καπνίζουν και προσπαθήστε να συζητάτε μαζί τους για το κάπνισμα σε κάθε ευκαιρία. Η παροχή υλικών αυτό-βοήθειας και εκπαιδευτικών φυλλαδίων είναι ιδιαίτερα σημαντική καθώς μπορεί να βοηθήσει τον ασθενή να διακόψει το κάπνισμα και παράλληλα να βελτιώσει τα συμπτώματα του άσθματος.^{22,23}

Φυματίωση

Οι καπνιστές έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να μολυνθούν με βάκιλους φυματίωσης, ενώ όταν μολυνθούν, αναπτύσσουν φυματίωση πιο συχνά από τους μη καπνιστές. Η φυματίωση εξαπλώνεται πιο εύκολα από την πνευμονική φυματίωση, τα θετικά πτύελα και οι αλλοιώσεις της κοιλότητας είναι πιο συχνές και οι καπνιστές έχουν υψηλότερη πιθανότητα υποτροπής και θανάτου από τη νόσο σε σύγκριση με τους μη καπνιστές. Δεδομένου ότι το κάπνισμα είναι γνωστό ότι αυξάνει τον κίνδυνο νόσησης από φυματίωση, η διακοπή του καπνίσματος βοηθάει στον καλύτερο έλεγχο της ασθένειας. Καθώς το κάπνισμα μειώνει σημαντικά την αποτελεσματικότητα της θεραπείας της φυματίωσης, η διακοπή του καπνίσματος συνιστάται παγκοσμίως ως μέρος της θεραπείας της φυματίωσης.²⁴

Η Διεθνής Ένωση κατά της Φυματίωσης συστήνει την προσέγγιση ABC για τη διακοπή του καπνίσματος (Ask - Ρωτήστε σχετικά με την καπνιστική συμπεριφορά, Brief Advice – Σύντομη Συμβουλευτική, Cessation support – Υποστήριξη Διακοπής) σε ασθενείς με φυματίωση. Τα τρία αυτά εύκολα βήματα μπορούν να πραγματοποιηθούν από οποιονδήποτε επαγγελματία υγείας που δουλεύει με ασθενείς με φυματίωση, ενώ η πορεία του ασθενούς πρέπει να σημειώνεται στο αρχείο θεραπειάς του.²⁵

Στη Μαλαισία πραγματοποιήθηκε μία πολυκεντρική, μη τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη μελέτη που περιλάμβανε 120 ασθενείς με φυματίωση, οι οποίοι ήταν καπνιστές τη στιγμή της διάγνωσης. Οι ασθενείς χωρίστηκαν σε δύο ομάδες: στη μία ομάδα δόθηκε η συνήθης θεραπευτική παρέμβαση για τη φυματίωση συνδυαστικά με τη θεραπεία για τη διακοπή του καπνίσματος (ομάδα SCIDOTS),

ενώ στη δεύτερη μόνο η συνήθης θεραπεία της φυματίωσης (ομάδα DOTS). Οι συμμετέχοντες που έλαβαν την ολοκληρωμένη παρέμβαση είχαν καλύτερο HRQoL (σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής) και σημαντικά μεγαλύτερη αύξηση EQ-5D στην επαναξιολόγηση των έξι μηνών, σε σύγκριση με εκείνους που έλαβαν μόνο τη συνήθη θεραπεία φυματίωσης. Το ερωτηματολόγιο Euro QoL (EQ- 5D) αναπτύχθηκε για να μετρήσει την αξιολόγηση των ασθενών με φυματίωση όσον αφορά τη σωματική, πνευματική και κοινωνική τους ευημερία.²⁶

Καρκίνος

Η διακοπή του καπνίσματος αποτελεί σημαντική πρόκληση σε αυτό τον πολύπλοκο πληθυσμό ασθενών.²⁷ Κατά τη διάρκεια της θεραπείας διακοπής του καπνίσματος σε ασθενείς με καρκίνο του πνεύμονα θα πρέπει να ληφθούν υπόψη τα εξής:

- **Κίνητρο:** Τα στοιχεία δείχνουν ότι η πλειονότητα των ασθενών με καρκίνο του πνεύμονα έχει κίνητρο να διακόψει το κάπνισμα. Ωστόσο, αν και η διάγνωση η ίδια θεωρείται ισχυρό κίνητρο, οι ασθενείς βρίσκονται σε διάφορα στάδια ετοιμότητας όσον αφορά στη διακοπή του καπνίσματος.
- **Στιγματισμός και Αυτοκατηγορία:** Υπάρχουν ενδείξεις που υποδεικνύουν ότι οι ασθενείς με καρκίνο του πνεύμονα πέφτουν θύματα στιγματισμού είτε είναι τωρινοί καπνιστές, είτε όχι.
- **Διαχείριση της διάθεσης:** Ως αποτέλεσμα της διάγνωσης του καρκίνου του πνεύμονα, οι ασθενείς εμφανίζουν συχνά αυξημένο στρες, συναισθήματα επιβάρυνσης και στιγματισμό.
- **Σπίτι χωρίς καπνό:** Σημαντικά στοιχεία δείχνουν ότι η δημιουργία ενός καθαρού περιβάλλοντος στο σπίτι, χωρίς καπνό, μπορεί να σχετίζεται με αυξημένη επιτυχία διακοπής καπνίσματος.²⁸

Οι ασθενείς με καρκίνο έχουν υψηλότερα επίπεδα εξάρτησης από τη νικοτίνη, υψηλότερα επίπεδα συννοσορότητας, μεγαλύτερη δυσκολία στη διακοπή, χαμηλότερα επίπεδα κατάστασης υγείας και φυσικής λειτουργίας καθώς και περισσότερο άγχος και συναισθηματικό στρες. Αυτό υποδηλώνει την ανάγκη για πιο έντονα και προσαρμοσμένα προγράμματα, τα οποία να συνδυάζουν συμπεριφορικές παρεμβάσεις με φαρμακευτική αγωγή.²⁸ Η συμβουλευτική, η φαρμακευτική αγωγή και η παροχή συμβουλών

και κινήτρων είναι αποτελεσματικές σε αυτή την κατηγορία ασθενών. Ο συνδυασμός με φαρμακοθεραπεία, επίσης, έχει βρεθεί αποτελεσματικός για τους καπνιστές που έχουν υψηλή εξάρτηση.²⁸ Ένα πρόγραμμα διακοπής καπνίσματος παρεχόμενο από νοσηλευτές σε 145 ασθενείς με καρκίνο στον εγκέφαλο, στον αυχένα και στον πνεύμονα, έδειξε ευνοϊκά ποσοστά επιτυχίας διακοπής του καπνίσματος μακροπρόθεσμα (40% αποχή στους έξι μήνες). Το πρόγραμμα ήταν πιο έντονο κατά τον πρώτο μήνα και περιλάμβανε συμβουλές γιατρού, διαχείριση από τους νοσηλευτές και χρήση διαφόρων προϊόντων (δισκία νικοτίνης, βουπροπιόνη, συνδυασμό προϊόντων). Συνολικά διήρκεσε ένα χρόνο, προκειμένου να προσφέρει στους ασθενείς υποστήριξη σε διάφορες καταστάσεις υψηλού κινδύνου που διαδραματίζονται κατά τη διάρκεια ενός χρόνου, όπως είναι τα γενέθλια, οι διάφορες καταστάσεις άγχους και οι διακοπές.²⁹

Ψυχιατρικές διαταραχές και χρήστες ουσιών

Οι ψυχιατρικές διαταραχές είναι πολύ συχνές στους καπνιστές και αυτοί οι ασθενείς αντιμετωπίζουν δυσκολία στην διαδικασία διακοπής. Η καπνιστική συμπεριφορά συναντάται συχνότερα στους χρήστες αλκοόλ και ναρκωτικών ουσιών. Οι κατηγορίες αυτές των καπνιστών σπάνια αναζητούν θεραπεία διακοπής για το κάπνισμα. Η θεραπεία για την εξάρτηση από τη νικοτίνη είναι μία σύνθετη διαδικασία δεδομένου της ψυχιατρικής διάγνωσης και της συγκεκριμένης φαρμακευτικής αγωγής που λαμβάνεται. Σε σύγκριση με τους καπνιστές χωρίς ιστορικό ψυχιατρικών διαταραχών, οι καπνιστές που εμφάνισαν μία διαταραχή της διάθεσης ή διαταραχή άγχους (συμπεριλαμβανομένων και εκείνων που είχαν ένα επεισόδιο τον τελευταίο χρόνο) είναι λιγότερο πιθανό να απογοητευτούν στις 8 εβδομάδες μετά τη διακοπή. Επίσης, η διάγνωση για διαταραχή άγχους σχετίζεται με μειωμένη πιθανότητα διατήρησης της αποχής έξι μήνες μετά τη διακοπή του καπνίσματος. Τα ευρήματα αυτά μπορεί να αποτελέσουν τη βάση για την προσαρμογή της θεραπείας σε καπνιστές με ψυχιατρικές συννοσηρότητες.³⁰

Σημαντικό αποτελεί το γεγονός ότι, η αντιμετώπιση της εξάρτησης από τη νικοτίνη σε ασθενείς με σταθεροποιημένες ψυχιατρικές διαταραχές δεν επιδεινώνει τη ψυχική κατάσταση, αλλά στην πραγματικότητα βελτιώνει τη διάθεση.³¹⁻³³

Μία μετα-ανάλυση της Cochrane collaboration εξέτασε

παρεμβάσεις διακοπής καπνίσματος σε ασθενείς με τρέχουσα ή παρελθούσα κατάθλιψη.³⁴ Η ανασκόπηση περιλάμβανε 49 κλινικές δοκιμές και βρήκε ότι η ψυχοκοινωνική διαχείριση της διάθεσης μαζί με τη συνήθη παρέμβαση διακοπής του καπνίσματος ήταν αποτελεσματική ως προς την αύξηση της μακροπρόθεσμης διακοπής μεταξύ των καπνιστών με τρέχουσα κατάθλιψη ή με ιστορικό κατάθλιψης. Η ανασκόπηση έδειξε, ακόμα, ότι η προσθήκη βουπροπιόνης ήταν αποτελεσματική στην αύξηση των ποσοστών μακροχρόνιας αποχής στους καπνιστές με ιστορικό κατάθλιψης.³⁴ Στις περιπτώσεις όπου δόθηκε φαρμακολογική θεραπεία σε συνδυασμό με εντατική συμβουλευτική, δεν υπήρξαν σημαντικά αποτελέσματα για την επίδραση σε άτομα με τρέχουσα κατάθλιψη. Επίσης, δεν υπήρχαν επαρκή στοιχεία που να εξετάζουν τη χρήση άλλων φαρμακευτικών αγωγών κατά της κατάθλιψης ή θεραπεία υποκατάστασης νικοτίνης σε αυτό τον πληθυσμό καπνιστών.³⁴

Για τη θεραπεία των καπνιστών που πάσχουν από σοβαρές ψυχιατρικές διαταραχές, όπως μείζονα κατάθλιψη, σχιζοφρένεια ή ψύχωση, συνιστάται η αύξηση και η παράταση της περιόδου θεραπείας, η εφαρμογή ψυχολογικών γνωστικών τεχνικών συμπεριφοράς και η χρήση οποιωνδήποτε φαρμακευτικών αγωγών που βοηθούν στον έλεγχο ή στη μείωση της υποτροπής του καπνίσματος ή των βασικών ψυχιατρικών συμπτωμάτων.³⁵

Στους ασθενείς με σχιζοφρένεια, η καπνιστική συμπεριφορά θα πρέπει να συμπεριλαμβάνεται στην κλινική αξιολόγηση και να παρέχεται θεραπεία υποκατάστασης νικοτίνης.³⁶ Έχει βρεθεί υψηλός κίνδυνος υποτροπής σε αυτούς τους ασθενείς, ενώ έχει αποδειχθεί ότι η φαρμακευτική αγωγή για την εξάρτηση από τη νικοτίνη είναι αποτελεσματική. Μία μετα-ανάλυση της Cochrane collaboration που αναφέρεται στη διακοπή του καπνίσματος μεταξύ ατόμων που πάσχουν από σχιζοφρένεια, κατέληξε στο συμπέρασμα ότι η βουπροπιόνη αυξάνει την αποχή από το κάπνισμα.³⁷ Η βαρενικλίνη μπορεί να μετριάσει τις ανεπιθύμητες ενέργειες που προκαλούνται από την αποχή και φαίνεται να είναι καλά ανεκτή από καπνιστές με σχιζοφρένεια.³⁸ Τόσο η βαρενικλίνη όσο και ο συνδυασμός της φαρμακοθεραπείας ήταν αποτελεσματικές μορφές θεραπείας και δεν αύξησαν το στρες. Ωστόσο, απαιτείται πρόσθετη έρευνα για να αποκλειστούν πιθανές ανεπιθύμητες ενέργειες (δείτε την παράγραφο 4.3.3.9).³⁹ Οι γιατροί που συνταγογραφούν τα φάρμακα πρέπει να παρακολουθούν στενά τους ασθενείς, καθώς υπάρχει πιθανότητα το φάρμακο να προκαλέσει ψυχολογική/ψυχιατρική

αστάθεια.⁴⁰

Οι ασθενείς που έλαβαν θεραπεία με άτυπα αντιψυχωσικά θα μπορούσαν να ανταποκριθούν καλύτερα στη βουπροπιόνη SR σε σχέση με εκείνους που έλαβαν τα συνήθη αντιψυχωσικά φάρμακα.²¹ Σε μία ανοικτή μελέτη με 412 καπνιστές (από τους οποίους οι 111 είχαν διαγνωστεί με ψυχιατρική διαταραχή), η βαρενικλίνη ήταν εξίσου αποτελεσματική και δεν συσχετίστηκε με υψηλότερη επίπτωση ή σοβαρές ανεπιθύμητες ενέργειες μεταξύ των ασθενών με ψυχιατρική συννοσηρότητα.²¹

Η συμβουλευτική και η φαρμακοθεραπεία είναι αποτελεσματικές στους καπνιστές που υποβάλλονται ταυτόχρονα και σε θεραπεία για απεξάρτηση ουσιών, παρ' όλο που υπάρχουν ελάχιστα στοιχεία για το πώς η θεραπεία εξάρτησης από τη νικοτίνη επηρεάζει την ανάρρωση από τις ουσίες. Νέες μελέτες δείχνουν την αποτελεσματικότητα της σύντομης παρέμβασης διαχείρισης περιστατικών που βασίζεται σε κουπόνια – ανταμοιβές για την προώθηση της αποχής από το κάπνισμα μεταξύ ασθενών με εξάρτηση από τα οπιοειδή.⁴¹ Μία τυχαioποιημένη ανοικτή μελέτη σε ασθενείς που ενδιαφέρονταν να διακόψουν το κάπνισμα και συμμετείχαν σε προγράμματα θεραπείας για την εξάρτηση από τα ναρκωτικά και το αλκοόλ, συνέκρινε τη συνήθη θεραπεία (n=72) με τη συνήθη θεραπεία σε συνδυασμό με επιθέματα νικοτίνης και γνωσιακή συμπεριφορική θεραπεία (n=153). Η μελέτη αυτή είναι μία δευτερογενής ανάλυση που αξιολογεί την επίδραση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων (n=70) ή το ιστορικό κατάθλιψης (n=110) στη διακοπή του καπνίσματος. Αυτά τα δεδομένα υποδεικνύουν ότι η αξιολόγηση και η αντιμετώπιση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων μπορεί να διαδραματίσει σημαντικό ρόλο στη βελτίωση των αποτελεσμάτων διακοπής καπνίσματος σε αυτή την κατηγορία ασθενών.⁴²

Συστάσεις:

- Η θεραπεία εξάρτησης από τη νικοτίνη είναι αποτελεσματική σε ασθενείς με σοβαρή ψυχική νόσο. Οι θεραπείες που χρησιμοποιούνται στο γενικό πληθυσμό, μπορούν να χρησιμοποιηθούν και σε εκείνους που πάσχουν από κάποια σοβαρή ψυχική διαταραχή και φαίνονται εξίσου αποτελεσματικές.
- Για τη θεραπεία των καπνιστών που πάσχουν από σοβαρές ψυχιατρικές διαταραχές, όπως η μείζονα κατάθλιψη, η

σχιζοφρένεια και η ψύχωση, συνιστάται η αύξηση ή η παράταση της περιόδου θεραπείας.

- Συνιστάται η στενή παρακολούθηση των ασθενών με ψυχικές νόσους, οι οποίοι λαμβάνουν φαρμακοθεραπεία, λόγω της πιθανότητας πρόκλησης ψυχικής αστάθειας.

Ασθενείς με HIV

Οι ασθενείς με HIV είναι πιο πιθανό να καπνίζουν σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό.⁴³ Σήμερα, τα άτομα με HIV ζουν περισσότερο λόγω των θεραπειών, καθιστώντας το ζήτημα του καπνίσματος μία πολύ σημαντική ανησυχία για αυτόν τον ευάλωτο πληθυσμό. Υψηλότερα ποσοστά θνησιμότητας και χαμηλότερη ποιότητα ζωής αναφέρονται από καπνιστές – φορείς του HIV, παρά από μη καπνιστές φορείς του HIV. Επιπλέον, οι φορείς του HIV φαίνεται να διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο ανάπτυξης διηθητικής πνευμονιοκοκκικής ασθένειας και άλλων λοιμώξεων σε σύγκριση με άτομα που δεν είναι φορείς του HIV. Οι καπνιστές φορείς του HIV σε σχέση με τους μη καπνιστές έχουν ακόμα αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης πρωτοπαθούς αυτόματου πνευμοθώρακα. Σύμφωνα με δεδομένα, οι θετικοί στον HIV ιό υποτιμούν τις επιπτώσεις του καπνίσματος και κάποιοι δηλώνουν ότι δεν θα ζήσουν αρκετά έτσι ώστε να τους νοιάζει για τις επιπτώσεις στην υγεία τους. Επιπλέον, μερικοί καπνιστές φορείς του HIV αναφέρουν ότι το κάπνισμα αποτελεί αποτελεσματικό τρόπο αντιμετώπισης του άγχους που σχετίζεται με την ασθένειά τους.¹

Μία ανασκόπηση της Cochrane Collaboration του 2016 εξέτασε τις παρεμβάσεις διακοπής καπνίσματος σε άτομα που είναι φορείς του HIV και πάσχουν από AIDS.⁴³ Η ανασκόπηση περιλάμβανε 12 μελέτες, οι περισσότερες από τις οποίες εξέταζαν παρεμβάσεις βασισμένες στη φαρμακοθεραπεία και τη συμβουλευτική. Μεταξύ των ελεγχόμενων δοκιμών που εξετάστηκαν δεν υπήρχαν ισχυρές ενδείξεις ότι η παρέμβαση ήταν πιο αποτελεσματική στην ομάδα παρέμβασης. Υπήρχαν όμως χαμηλής έντασης ενδείξεις ότι η έντονη παρέμβαση ήταν καλύτερη στην επίτευξη μακροχρόνιας αποχής.⁴³ Καμία μεγάλη διάρκειας τυχαioποιημένη κλινική δοκιμή δεν εξέτασε την αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων σε αυτή την ομάδα ασθενών. Απαιτείται περισσότερη έρευνα.

Βιβλιογραφία

1. Fiore M. C., Tobacco Use and Dependence: A 2011 Update of Treatments CME/CE,

2. Critchley JA, Capewell S. Mortality risk reduction associated with smoking cessation in patients with coronary heart disease: a systematic review. *JAMA*. 2003;290(1):86-97.
3. Japanese Circulatory Society Joint Working Group. Guidelines for Smoking Cessation. *Circulation Journal*, 2012;76:1024-1043.
4. Ockene I, Salmoirago-Blotcher E. Varenicline for Smoking Cessation in Patients With Coronary Heart Disease, *Circulation*, 2010;121:188-90.
5. van Eerd EAM, van der Meer RM, van Schayck OCP, Kotz D. Smoking cessation for people with chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016, Issue 8. Art. No.: CD010744. DOI:10.1002/14651858.CD010744.pub2.
6. 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.
7. 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;11:13.
8. Jiménez-Ruiz C.A., Lühning S., Buljbasich D., Pendino R. Smoking Cessation Treatment for Chronic Obstructive Pulmonary Disease Smokers, *European Respiratory Disease, Touch Briefings*, 2011;1-10.
9. Tønnesen P., Carrozzi L., Fagerström K.O., Gratzou C., Jimenez-Ruiz C., Nardini S., Viegi G., Lazzaro C., Campell 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.
10. 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.
11. 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.
12. 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.
13. Wagena EJ, Knispchild PG, Huijbers 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.
14. Van Schayck CP, Kaper J, Wagena EJ, et al., The cost effectiveness of antidepressants for smoking cessation in chronic obstructive pulmonary disease (COPD) patients, *Addiction*, 2009;104:2110-7.
15. 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.
16. 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.
17. 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*, 2012;14(9):1035-9.
18. 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;65:711-8.
19. 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.
20. 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.
21. Trofor A., Mihaltan F., Mihaicuta S., Pop M., Todea D et.al., Romanian Society of Pulmonologists Smoking Cessation and Smoker's Assistance Guidelines (GREFA), 2nd ed. – Tehnopress Iași, 2010, www.srp.ro.
22. Tobacco use in relation to COPD and asthma M.N. Hylkema et al *Eur Respir J*. 2007;29:438-445.
23. Achieving asthma control in practice: Understanding the reasons for poor control. *Respiratory Medicine*. 2008;102:1681-1693.
24. 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;16(2);e130-5.
25. 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. ISBN: 978-2-914365-81-9.
26. 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.
27. Nayan S., Gupta M.K., Sommer D.D., Evaluating Smoking Cessation Interventions and Cessation Rates in Cancer Patients: an updated Systematic Review and Meta-Analysis, *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2013;149(2):200-11.
28. Cataldo J.K., Dubey S., Prochaska J.J. Smoking Cessation: An Integral Part of Lung Cancer Treatment *Oncology* 2010;78:289-301.
29. 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.
30. 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;78(1):13.
31. Banham L, Gilbody S., Smoking cessation in severe mental illness: what works? *Addiction*. 2010;105(7):1176-89.
32. Change in mental health after smoking cessation: systematic review and meta-analysis. Taylor G, McNeill A, Girling A, Farley A, Lindson-Hawley N, Aveyard P. *BMJ*. 2014 Feb 13;348:g1151. doi: 10.1136/bmj.

- g1151. Review. Erratum in: BMJ. 2014;348:g2216.
33. Prochaska JJ. Quitting smoking is associated with long term improvements in mood. BMJ. 2014 Feb 17;348:g1562. doi: 10.1136/bmj.g1562.
34. van der Meer RM, Willemsen MC, Smit F, Cuijpers P. Smoking cessation interventions for smokers with current or past depression. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 8. Art. No.: CD006102. DOI: 10.1002/14651858.CD006102.pub2.
35. Molina-Linde JM. Effectiveness of smoking cessation programs for seriously mentally ill. Actas Esp Psiquiatr. 2011;39(2):106-14.
36. 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;168(4):395-9.
37. Tsoi DT, Porwal M, Webster AC. Interventions for smoking cessation and reduction in individuals with schizophrenia. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 2. Art. No.: CD007253. DOI: 10.1002/14651858.CD007253.pub3.
38. 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;190(1):79-84.
39. 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;114(1):77-81.
40. 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.
41. 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;19(1):20-30. doi:10.1037/a0022039
42. 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;19(2):111-118.
43. Pool ERM, Dogar O, Lindsay RP, Weatherburn P, Siddiqi K. Interventions for tobacco use cessation in people living with HIV and AIDS. Cochrane Database of Systematic Reviews 2016, Issue 6. Art. No.: CD011120. DOI: 10.1002/14651858.CD011120.pub2.

4.8.4 Συστάσεις για την αντιμετώπιση αύξησης βάρους μετά τη διακοπή καπνίσματος

Οι περισσότεροι καπνιστές που διακόπτουν το κάπνισμα παίρνουν λιγότερα από 5 κιλά, αλλά το 10% αυτών μπορεί να πάρει και περισσότερο από 15 κιλά. Ωστόσο, η πιθανή αύξηση βάρους που μπορεί να συμβεί μετά τη διακοπή του καπνίσματος είναι μία

μικρή απειλή για την υγεία σε σύγκριση με τους κινδύνους και τις επιπτώσεις που θα επέλθουν από τη συνέχιση του καπνίσματος.¹ Η τάση αύξησης βάρους είναι υψηλότερη στις γυναίκες από ότι στους άντρες, στους έγχρωμους ανεξαρτήτως φύλου, σε άτομα ηλικίας άνω των 55 ετών και σε βαρέως καπνιστές.

Οι έφηβοι που ανησυχούν για το σωματικό τους βάρος, φαίνεται να καπνίζουν πιο συχνά.⁵ Για το λόγο αυτό, στη συγκεκριμένη ηλικιακή ομάδα υπάρχει ανάγκη προώθησης υγιεινών μεθόδων διατήρησης του σωματικού βάρους και κατάρτιση της λανθασμένης αντίληψης ότι η χρήση καπνού βοηθάει στον έλεγχο του βάρους. Οι έφηβοι θα πρέπει να γνωρίζουν ότι υπάρχουν άλλοι τρόποι για να χάσουν βάρος, οι οποίοι είναι πιο αποτελεσματικοί και πιο υγιεινοί, ενώ τέτοια μηνύματα θα πρέπει να συμπεριλαμβάνονται και στα εκπαιδευτικά προγράμματα, ιδίως όταν γίνεται συζήτηση για το κάπνισμα.²

Τα δεδομένα που προέρχονται από τη μελέτη των Levine et al. αναφέρουν ότι οι γυναίκες που έλαβαν τον συνδυασμό «CONCERNS» (γνωσιακή συμπεριφορική θεραπεία για ανησυχίες σχετικά με το βάρος και βουπροπιόνη SR) ήταν πιο πιθανό να διατηρήσουν την αποχή ακόμα και έξι μήνες μετά (34% έναντι 21% στη συνήθη γνωσιακή συμπεριφορική θεραπεία και βουπροπιόνη έναντι 11.5% που έλαβαν τη θεραπεία CONCERNS και το εικονικό φάρμακο). Το αποτέλεσμα αυτό δεν σχετίζεται με διαφορές στην αύξηση βάρους μετά τη διακοπή ή στις ανησυχίες σχετικά με το βάρος.³

Η θεραπεία υποκατάστασης της νικοτίνης και η βουπροπιόνη είναι αποτελεσματικές στον περιορισμό της αύξησης βάρους μετά τη διακοπή του καπνίσματος. Σε δύο μελέτες για τη διακοπή του καπνίσματος όπου έγινε σύγκριση της βαρενικλίνης με τη βουπροπιόνη και το εικονικό φάρμακο, η αύξηση βάρους στην ομάδα θεραπείας με βαρενικλίνη για 12 εβδομάδες ήταν χαμηλότερη (κάτω των 3 κιλών).¹

Η αύξηση βάρους σχετίζεται με την αύξηση των θερμίδων που καταναλώνονται και τη μείωση του μεταβολικού ρυθμού. Τα διαθέσιμα στοιχεία σχετικά με τη λειτουργία των μεταβολικών μηχανισμών, αναφέρουν ότι οι καπνιστές θα πάρουν βάρος κατά τη διάρκεια μίας προσπάθειας διακοπής, ακόμη και εάν δεν αυξήσουν τις θερμίδες που παίρνουν.⁵ Ο ασθενής πρέπει να ενημερώνεται και να προετοιμάζεται για την πιθανότητα αύξησης βάρους και να του παρέχεται υποστήριξη για να διατηρήσει το βάρος του

ενθαρρύνοντάς τον να υιοθετήσει έναν υγιεινό τρόπο ζωής, να κάνει μέτρια σωματική άσκηση, να ακολουθεί υγιεινή διατροφή πλούσια σε φρούτα και λαχανικά και να περιορίσει την κατανάλωση αλκοόλ. Ένα πρόγραμμα άσκησης 45 λεπτών τρεις φορές τη βδομάδα αυξάνει την μακροχρόνια αποχή από το κάπνισμα στις γυναίκες και περιορίζει την αύξηση βάρους, εάν συνδυαστεί και με γνωσιακή συμπεριφορική θεραπεία. Η αύξηση βάρους είναι ελάχιστη εάν η αποχή από το κάπνισμα συνοδεύεται και από άσκηση.⁴

Η εξατομικευμένη υποστήριξη για τη διαχείριση του βάρους μπορεί να είναι αποτελεσματική και να βοηθά στη διατήρηση της αποχής από το κάπνισμα, αλλά υπάρχουν περιορισμένα στοιχεία γι' αυτό. Μελέτη έδειξε ότι μία διατροφή χαμηλή σε λίπη αυξάνει την αποχή από το κάπνισμα, αλλά δεν αποτρέπει την αύξηση βάρους μακροπρόθεσμα. Αντίστοιχα, η γνωσιακή συμπεριφορική θεραπεία δεν απέτρεψε την αύξηση βάρους και δεν προώθησε μακροπρόθεσμα την αποχή. Οι παρεμβάσεις που συμπεριλάμβαναν σωματική άσκηση φάνηκε να μείωσαν σημαντικά το βάρος μακροπρόθεσμα, αλλά όχι βραχυπρόθεσμα. Απαιτείται, λοιπόν, περισσότερη έρευνα για να διευκρινιστεί εάν αυτό είναι αποτέλεσμα θεραπείας ή σύμπτωση. Η βουπροπιόνη, η φλουοξετίνη, η θεραπεία υποκατάστασης νικοτίνης και η βαρενικλίνη μειώνουν την αύξηση βάρους μετά τη διακοπή του καπνίσματος και κατά τη διάρκεια χρήσης του φαρμάκου. Αν και αυτό το αποτέλεσμα δεν διατηρήθηκε ένα χρόνο μετά τη διακοπή του καπνίσματος στην παρέμβαση, τα στοιχεία είναι ανεπαρκή για να αποκλείσουν ένα μέτριο μακροπρόθεσμο αποτέλεσμα. Τα δεδομένα δεν επαρκούν ώστε να προκύψουν ισχυρές κλινικές συστάσεις για αποτελεσματικά προγράμματα πρόληψης της αύξησης του σωματικού βάρους μετά τη διακοπή του καπνίσματος.⁵

Η θεραπεία υποκατάστασης νικοτίνης, ιδιαίτερα η τσίχλα νικοτίνης 4 mg και τα δισκία νικοτίνης 4 mg, φαίνεται να είναι πιο αποτελεσματικά ως προς την καθυστέρηση αύξησης του βάρους μετά τη διακοπή του καπνίσματος. Επιπλέον, φαίνεται ότι υπάρχει μια σύνδεση μεταξύ της χρήσης της τσίχλας νικοτίνης και του βάρους [δηλ. όσο περισσότερη χρήση της τσίχλας, τόσο μικρότερη η αύξηση του βάρους]. Η βουπροπιόνη SR φαίνεται, επίσης, να είναι αποτελεσματική στην καθυστέρηση της αύξησης βάρους μετά τη διακοπή. Ωστόσο, μόλις σταματήσει η βουπροπιόνη, ο καπνιστής παίρνει ίδια ποσότητα βάρους, όπως θα έπαιρνε εάν δεν λάμβανε την αγωγή.

Συστάσεις

- Σε όσους καπνιστές ανησυχούν για πιθανή αύξηση βάρους μετά τη διακοπή, συνιστάται η χρήση βαρενικλίνης, βουπροπιόνης, ή τσίχλας νικοτίνης ως φάρμακο για τον περιορισμό της αύξησης του βάρους (Επίπεδο τεκμηρίωσης Β).
- Συνιστάται η παρακολούθηση της πρόσληψης θερμίδων και η αύξηση της σωματικής δραστηριότητας για τη διαχείριση της πιθανότητας αύξησης βάρους.

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.
2. 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:e166-e72.
3. 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
4. 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;7:871-80.
5. Farley AC, Hajek P, Lycett D, Aveyard P. Interventions for preventing weight gain after smoking cessation, *Cochrane Database Systematic Review*, 2012, Issue 1. Art. No.:CD006219. DOI: 10.1002/14651858.

ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ | Κεφάλαιο 5

Έρευνα και Επιστημονικές Συστάσεις για την Αξιολόγηση της Διακοπής του Καπνίσματος

*«Οι αποτελεσματικές στρατηγικές για τη διακοπή του
καπνίσματος θα πρέπει να αυξάνουν τα ποσοστά διακοπής
και να αντιμετωπίζουν την υποτροπή του ασθενούς»*



5.0 Έρευνα και Επιστημονικές Συστάσεις για την Αξιολόγηση της Διακοπής του Καπνίσματος

5.1 Κριτήρια για την κλινική έρευνα στη διακοπή καπνίσματος

Η θεραπεία για τη διακοπή του καπνίσματος είναι πλέον ενσωματωμένη σε πολλά συστήματα υγειονομικής περίθαλψης και υπάρχει σημαντική ερευνητική προσπάθεια για τη βελτίωση των σημερινών ποσοστών επιτυχίας. Μέχρι πρόσφατα, τα αποτελέσματα από τυχαίοποιημένες κλινικές δοκιμές έχουν αναφερθεί με πολλούς διαφορετικούς τρόπους, με αποτέλεσμα να υπάρχουν προβλήματα ερμηνείας. Οι West et al. πρότειναν έξι τυπικά κριτήρια που περιλαμβάνουν τα Russell Standards (RS).¹ Τα κριτήρια αυτά ισχύουν για τις περιπτώσεις διακοπής καπνίσματος όπου οι συμμετέχοντες έχουν καθορισμένη ημερομηνία διακοπής και υπάρχει πρόσωπο με πρόσωπο επαφή με τους ερευνητές ή με το κλινικό προσωπικό. Τα κριτήρια αυτά είναι τα εξής: (1) επαναπαρακολούθηση στους έξι μήνες (RS6) ή στους 12 μήνες (RS12) από την ημέρα διακοπής ή από το τέλος μίας προκαθορισμένης περιόδου (2) αυτό-αναφορά της αποχής από το κάπνισμα, όπου επιτρέπονται έως και πέντε τσιγάρα την ημέρα (3) βιοχημική επαλήθευση της αποχής τουλάχιστον μέχρι την εξάμηνη και δωδεκάμηνη επαναπαρακολούθηση (4) χρήση της προσέγγισης «πρόθεση για θεραπεία» στην οποία τα δεδομένα από όλους τους τυχαίοποιημένους καπνιστές περιλαμβάνονται στην ανάλυση, εκτός εάν έχουν πεθάνει ή δεν υπάρχει πλέον επαφή (οι συμμετέχοντες που περιλαμβάνονται στην ανάλυση καταμετρούνται ως καπνιστές εάν το καπνιστικό τους προφίλ δεν είναι δυνατό να προσδιοριστεί κατά την τελευταία επαναπαρακολούθηση) (5) επαναπαρακολούθηση όσων δεν ακολούθησαν το πρωτόκολλο και χρήση στην ανάλυση της πραγματικής καπνιστικής συμπεριφοράς και (6) τυφλή συλλογή δεδομένων επαναξιολόγησης για την κατανομή των καπνιστών σε ομάδα ελέγχου.

Περίληψη κριτηρίων αξιολόγησης της διακοπής του καπνίσματος:¹

- **Διάρκεια αποχής:** για την επιβεβαίωση της διακοπής του

καπνίσματος εκτιμάται μία περίοδος τουλάχιστον 6 μηνών από την καθορισμένη ημερομηνία.

- **Ορισμός διακοπής του καπνίσματος:** ο ασθενής θα πρέπει να αναφέρει την κατανάλωση <7 τσιγάρων κατά τους έξι μήνες από τη διακοπή του καπνίσματος, μαζί με μειωμένα ποσοστά μονοξειδίου του άνθρακα. Πρέπει να γίνεται διάκριση μεταξύ της μέγιστης αποχής, η οποία ορίζεται ως η διάρκεια αποχής από τη στιγμή που καθορίστηκε κατά την ιατρική επίσκεψη και της συνεχούς αποχής, η οποία εκτιμάται μετά από παρακολούθηση 6 – 12 μηνών.
- **Βιοχημική επικύρωση της αποχής καπνίσματος:** συνιστάται να προσδιορίζεται η συγκέντρωση μονοξειδίου του άνθρακα (CO) στον εμπνεόμενο αέρα σε κάθε επίσκεψη και είναι υποχρεωτικό στο τέλος της θεραπείας.
- **Πρόθεση για θεραπεία:** ο λόγος αποχής καθορίζεται λαμβάνοντας υπόψη όλα τα άτομα τα οποία έλαβαν θεραπεία, πραγματοποίησαν την πλήρη θεραπεία και παρακολούθησαν όλες τις επισκέψεις επαναξιολόγησης. Οι καπνιστές που χάνονται κατά την επαναπαρακολούθηση (αλλάζοντας διεύθυνση, αριθμό κλπ.) θα θεωρούνται ως καπνιστές.
- **Παραβιάσεις πρωτοκόλλου:** η αποχή επιβεβαιώνεται με τα κριτήρια 1-4 μόνο εάν οι ασθενείς ακολούθησαν τη σωστή θεραπεία με κανονικές δόσεις, δεν προστέθηκαν άλλες θεραπείες στο θεραπευτικό σχήμα, παρακολούθησαν όλες τις επισκέψεις επαναξιολόγησης και την βιοχημική εξέταση η οποία επιβεβαιώνει την αποχή από το κάπνισμα.
- **Δεδομένα:** η συλλογή των δεδομένων θα πρέπει να γίνεται με διπλά τυφλή μέθοδο, εφόσον είναι δυνατόν.

5.2 Κόστος – όφελος των θεραπειών εξάρτησης καπνού

Ο έλεγχος του καπνίσματος έχει στόχο να εξασφαλίσει ότι οι άνθρωποι μπορούν να αναπνέουν καθαρό αέρα, απαγορεύοντας

το κάπνισμα σε εσωτερικούς δημόσιους χώρους. Η θεραπεία για τη διακοπή του καπνίσματος αποτελεί βασικό πυλώνα των πολιτικών που εφαρμόζονται με σκοπό τον έλεγχο του καπνίσματος, μειώνοντας παράλληλα πολλές σχετιζόμενες με το κάπνισμα ασθένειες. Υπάρχει ένα ευρύ φάσμα μελετών που αποδεικνύουν την αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων διακοπής καπνίσματος. Υπάρχει, επίσης, επαρκή βιβλιογραφία σχετικά με τη σχέση κόστους-οφέλους που προκύπτει από τη διακοπή του καπνίσματος βάσει ερευνών που διεξήχθησαν σε πολλές χώρες. Προηγούμενες μελέτες αξιολόγησαν τις θεραπείες υποκατάστασης νικοτίνης και τη βουπροπιόνη. Μία προηγούμενη μελέτη σχετικά με το κόστος – όφελος των παρεμβάσεων διακοπής καπνίσματος έδειξε ότι, σε σύγκριση με άλλες προληπτικές παρεμβάσεις, η διακοπή του καπνίσματος ήταν εξαιρετικά αποδοτική από πλευράς κόστους.² Η μελέτη σχεδιάστηκε για τους γιατρούς πρωτοβάθμιας περίθαλψης με σκοπό να παρακινήσουν όλους τους καπνιστές ασθενείς που παρακολουθούσαν να διακόψουν το κάπνισμα. Η παρέμβαση περιλάμβανε μόνο συμβουλευτική και θεραπεία υποκατάστασης νικοτίνης. Το μέσο κόστος υπολογίστηκε σε 3.779 δολ. ανά καπνιστή, 2.587 δολ. ανά χρόνο-ζωής και 1.915 δολ. ανά QALY (Quality-adjusted life year).

Σε σύγκριση με τις στρατηγικές που χρησιμοποιούνται συνήθως στην κλινική πρακτική για την πρόληψη του εμφράγματος του μυοκαρδίου, διαπιστώθηκε ότι η παρέμβαση διακοπής καπνίσματος ήταν πιο αποδοτική από πλευράς κόστους. Για την πρωτογενή πρόληψη του εμφράγματος του μυοκαρδίου με φάρμακα όπως η σιμβαστατίνη ή η πρავαστατίνη, απαιτούνται περισσότερες από 10.000 λίρες ανά έτος, ενώ μία παρέμβαση διακοπής καπνίσματος, συμπεριλαμβανομένης της σύντομης συμβουλευτικής και της θεραπείας υποκατάστασης νικοτίνης θα κοστίζει μόνο κάποιες εκατοντάδες έως χίλιες λίρες.^{3,4}

Μία μελέτη που πραγματοποιήθηκε στις εγκαταστάσεις της πρωτοβάθμιας φροντίδας στην Ελβετία το 2003 αποκάλυψε ότι τόσο η βουπροπιόνη όσο και οι τσίχλες νικοτίνης είχαν υψηλή αποτελεσματικότητα ως προς το κόστος – όφελος. Η μελέτη διεξήχθη σε δύο ομάδες κοορτής βαρέων καπνιστών, η μία ομάδα έλαβε συμβουλευτική και η δεύτερη έλαβε συμβουλευτική σε συνδυασμό με φαρμακοθεραπεία. Στο τέλος της μελέτης, η βουπροπιόνη και τα επιθέματα βρέθηκαν να είναι οι πιο οικονομικά αποδοτικές θεραπείες, ακολουθούμενες με φθίνουσα σειρά από

το σπρέι νικοτίνης, τα εισπνεόμενα και τέλος την τσίχλα νικοτίνης.⁵ Μετά την εισαγωγή της βαρενικλίνης, όπου αξιολογήθηκε επίσης, βρέθηκε ότι είναι οικονομικά αποδοτική.

Το κόστος του καπνίσματος υπολογίστηκε σε 193 δισεκατομμύρια δολάρια στις Ηνωμένες Πολιτείες ετησίως, με τα 97 δις. δολ. να οφείλονται στην απώλεια της παραγωγικότητας και τα 96 δις. δολ. σε δαπάνες για ασθένειες σχετιζόμενες με το κάπνισμα.⁶ Το άμεσο κόστος του καπνίσματος ανέρχεται σε 5,2 δις λίρες,⁷ και για τα κράτη μέλη της Ε.Ε. εκτιμάται ότι κυμαίνεται μεταξύ 97,7 δις ευρώ και 130,3 δις. ευρώ ετησίως.⁸

Σε μία παρέμβαση διακοπής καπνίσματος στους χώρους εργασίας, η εξοικονόμηση κόστους δώδεκα μηνών υπολογίστηκε σε 541 δολ. για τη βαρενικλίνη, 151 δολ. για τη βουπροπιόνη και 82 δολ. για τη συμβουλευτική.^{9,10}

Μία μετα-ανάλυση που διεξήχθη στις ΗΠΑ κατέληξε στο συμπέρασμα ότι η παροχή συμβουλευτικής για τη διακοπή του καπνίσματος με υποστηρικτική επαφή είναι οικονομικά αποδοτική και μπορεί να μειώσει τη συχνότητα καπνίσματος, τις επακόλουθες επιπτώσεις στην υγεία και κατά συνέπεια τις κοινωνικές δαπάνες.¹¹ Χρησιμοποιώντας τα δεδομένα μετα-ανάλυσης τυχαιοποιημένων δοκιμών, οι ερευνητές ανέπτυξαν μία υποθετική κοορτή με νοσηλεύμενους καπνιστές στις ΗΠΑ, οι οποίοι έπασχαν από οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου και αξιολόγησαν τη σχέση κόστους-οφέλους της συμβουλευτικής για τη διακοπή του καπνίσματος σε συνδυασμό με την υποστηρικτική επαφή. Η σχέση κόστους-οφέλους ήταν 540 δολ. ανά ανθρωπο-έτος και η εξοικονόμηση χρόνου ζωής 4,350 δολ. και 5.050 ανά QALY, όταν λήφθηκαν υπόψη όλα τα έξοδα.¹¹

Το κάπνισμα είναι ο σημαντικότερος παράγοντας κινδύνου για την εμφάνιση αλλά και την κλινική εξέλιξη της ΧΑΠ. Για το λόγο αυτό, η διακοπή καπνίσματος είναι ιδιαίτερα σημαντική για αυτή την ομάδα ασθενών. Δύο μελέτες που πραγματοποιήθηκαν στην Ολλανδία έδειξαν ότι η διακοπή του καπνίσματος είχε υψηλό κόστος – όφελος μεταξύ των ασθενών με ΧΑΠ. Σε μία συστηματική ανασκόπηση εννέα τυχαιοποιημένων ελεγχόμενων μελετών σχετικά με την παρέμβαση διακοπής καπνίσματος σε ασθενείς με ΧΑΠ, διαπιστώθηκε ότι τα ποσοστά συνεχούς 12μηνιαίας αποχής υπολογίζονταν στο 1,4% για τη συνήθη φροντίδα, 2,6% για ήπια συμβουλευτική, 6% για έντονη συμβουλευτική και 12,3% για τη φαρμακοθεραπεία. Σε σύγκριση με τη συνήθη περίθαλψη, το κόστος

ανά έτος ζωής με βάση την ποιότητα ζωής (QALY) που αποκτήθηκε για την ελάχιστη παροχή συμβουλών, την εντατική συμβουλευτική και τη φαρμακοθεραπεία ήταν 16.900 €, 16,900 €, 8200 € και 2400 € αντίστοιχα.¹² Μια άλλη μελέτη σχεδιάστηκε για να προσδιορίσει τη σχέση κόστους-οφέλους ενός προγράμματος διακοπής καπνίσματος υψηλής έντασης (Θεραπεία Διακοπής Καπνίσματος, Smoke Stop Therapy - SST) έναντι ενός ήπιας έντασης (Μικρής Έντασης Παρέμβαση για πνευμονολογικούς ασθενείς, Minimal Intervention Strategy for lung patients - LMIS) για εξωνοσοκομειακούς ασθενείς με χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια. Στο τέλος της μελέτης, διαπιστώθηκε ότι το κόστος της υγειονομικής περίθαλψης υψηλής έντασης συμπεριλαμβανομένου του κόστους του προγράμματος διακοπής καπνίσματος ήταν 581 € έναντι 595 € της ήπιας έντασης παρέμβαση. Η υψηλής έντασης θεραπεία είχε τον χαμηλότερο μέσο όρο αριθμό παροξύνσεων (0.38 έναντι 0.60), ημερών νοσηλείας (0.39 έναντι 1) ανά ασθενή και υψηλότερο αριθμό ασθενών που διέκοψαν το κάπνισμα (20 έναντι 9), με χαμηλότερο συνολικό κόστος. Αυτό οδηγεί στο συμπέρασμα ότι η θεραπεία υψηλής έντασης έχει υψηλότερο κόστος – όφελος από τη θεραπεία ήπιας έντασης.¹³

Σε μία μελέτη που διεξήχθη στη Μασαχουσέτη των ΗΠΑ διαπιστώθηκε ότι οι υπηρεσίες διακοπής καπνίσματος οδηγούν σε σημαντική εξοικονόμηση πόρων για τα προγράμματα Medicaid (ομοσπονδιακό σύστημα ασφάλισης για όσους χρειάζονται οικονομική στήριξη). Οι υπηρεσίες διακοπής καπνίσματος, συμπεριλαμβανομένης της φαρμακοθεραπείας και της παροχής συμβουλευτικής, κόστιζαν περίπου 183 δολ. ανά συμμετέχοντα στο πρόγραμμα το 2010, ενώ οι εκτιμώμενες εξοικονομήσεις ήταν 571 δολ. ανά συμμετέχοντα. Το εύρημα αυτό δείχνει ότι για κάθε 1 δολ. εξοικονομήθηκαν 3,12 δολ.^{14,15}

Σε μία πρόσφατη οικονομική αξιολόγηση των Cantor et. al. (2015) βρέθηκε ότι η εκπαίδευση ιατρών και φαρμακοποιών πάνω στη διακοπή καπνίσματος είναι μία πολύ αποδοτική μέθοδος υποστήριξης για τη διακοπή του καπνίσματος στην κοινότητα.¹⁶

Βιβλιογραφία

1. West R., Hajek P., Stead L., Stapleton J. Outcome criteria in smoking cessation trials: proposal for a common standard. *Addiction*. 2005;100(3):299-303.
2. 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.
3. Johannesson M., Jönsson B., Kjekshus J., Olsson AG., Pedersen TR., Wedel H. Cost effectiveness of simvastatin treatment to lower cholesterol levels in patients with coronary heart disease. *Scandinavian Simvastatin Survival Study Group*. *N Engl J Med*. 1997;336(5):332-6.
4. Caro J., Klittich W., McGuire A., Ford I., Norrie J., Pettitt D., McMurray J., Shepherd J. Economic benefit of primary prevention with Pravastatin. *BMJ*, 1997;315(7122):1577-82.
5. 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.
6. Armour BS, Finkelstein EA, Fiebelkorn IC. State-level Medicaid expenditures attributable to smoking. *Prev Chronic Dis* 2009;6(3):1-10.
7. Allender S, Balakrishnan R, Scarborough P, et al. The burden of smoking-related ill health in the UK. *Tob Control* 2009;18(4):262-7.
8. World Health Organization. The European tobacco control report 2007 [online]. Available from URL: <http://www.euro.who.int/document/e89842.pdf> [Accessed 2015 Apr 10].
9. Jackson KC. 2nd, Nahoopii R., Said Q., et al. An employer based cost-benefit analysis of a novel pharmacotherapy agent for smoking cessation. *J Occup Environ Med* 2007;49(4):453-60.
10. Keating GM., Katherine A., Lyseng-Williamson KAL. Varenicline: A Pharmacoeconomic Review of its Use as an Aid to Smoking Cessation, *Pharmacoeconomics* 2010;28(3):231-254.
11. Ladapo JA, Jaffer FA., Weinstein MC., Froelicher ES. Projected Cost-effectiveness of Smoking Cessation Interventions in Patients Hospitalized With Myocardial Infarction, *Arch Intern Med*. 2011;171(1):39-45.
12. 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.
13. Christenhusz LC, 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*. 2012;14(6):657-63.
14. Richard P., West K., Ku L. The Return on Investment of a Medicaid Tobacco Cessation Program in Massachusetts. *PLoS ONE* 2012;7(1):e29665.doi:10.1371/journal.pone.0029665
15. Ferketich AK1, Pennell M, Seiber EE, Wang L, Farietta T, Jin Y, Wewers ME. Provider-delivered tobacco dependence treatment to Medicaid smokers. *Nicotine Tob Res*. 2014;16(6):786-93.
16. Cantor SB., Deshmukh AA., Luca NS., Nogueras-González GM., Rajan T., Prokhorov AV. Cost-effectiveness analysis of smoking-cessation counseling training for physicians and pharmacists. *Addict Behav*. 2015 Jun;45:79-86.

5.3 Συστάσεις σχετικά με την εφαρμογή κατευθυντήριων οδηγιών για τη διακοπή του καπνίσματος

Οι κατευθυντήριες οδηγίες είναι πραγματικά χρήσιμες μόνο εάν διανεμηθούν και εφαρμοστούν στον πληθυσμό – στόχο σύμφωνα με τα πρότυπα των καλών πρακτικών.

Το πιο αξιόπιστο παράδειγμα στην Ευρώπη αποτελούν οι υπηρεσίες διακοπής καπνίσματος του NHS Stop Smoking Services στο Ηνωμένο Βασίλειο. Με την ανάπτυξη ενός αλγορίθμου καθοδήγησης της NIC, οι κατευθυντήριες οδηγίες για τη διακοπή του καπνίσματος μετατράπηκαν σε ένα πολύτιμο εργαλείο για όλες τις κατηγορίες επαγγελματιών που εμπλέκονται στην παροχή βοήθειας στους καπνιστές. Έτσι, η καθοδήγηση μπορεί να βοηθήσει τους εθνικούς οργανισμούς να ανταποκριθούν σε παγκόσμια αναγνωρισμένα πρότυπα επιστημονικής και εθνικής διακυβέρνησης για τη δημόσια υγεία, να ορίσουν εθνικούς και τοπικούς οργανισμούς στο δημόσιο τομέα και να ανταποκριθούν σε κυβερνητικούς στόχους για τη βελτίωση της υγείας, τη μείωση των ανισοτήτων στο τομέα της υγείας και την προώθηση της ευημερίας στις κοινότητες.¹

Οι κατευθυντήριες οδηγίες θα πρέπει να διανέμονται σε υπηρεσίες που παρέχουν πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια περίθαλψη, στα φαρμακεία, στις τοπικές αρχές, στους χώρους εργασίας αλλά και σε φορείς κατάρτισης και υπεύθυνους χάραξης πολιτικής στον τομέα της υγείας.

Προκειμένου να επιτευχθεί αυτός ο στόχος, η διαδικασία υλοποίησης χρειάζεται μία ηγεσία και μία βήμα προς βήμα προσέγγιση για να κάνει τα εξής:

- Διασφάλιση ότι όλες οι ενδιαφερόμενες ομάδες γνωρίζουν τις κατευθυντήριες οδηγίες και τους παρέχεται πρόσβαση σε ιστοσελίδες, αρχεία κλπ.
- Συνεργασία ειδικών για σύγκριση της τρέχουσας δραστηριότητας με τις συστάσεις των κατευθυντήριων οδηγιών.¹
- Προσδιορισμός οργανισμών/νοσοκομείων κλπ. που θα πρέπει να αλλάξουν τον τρέχοντα τρόπο εργασίας προκειμένου να ακολουθήσουν τις κατευθυντήριες οδηγίες και να οικοδομήσουν σχέσεις με τα υπάρχοντα δίκτυα.
- Προσδιορισμός βασικών τομέων που θα βοηθήσουν στην υλοποίηση, όπως παραπομπή σε κέντρα διακοπής καπνίσματος

ή αύξηση αριθμού επαγγελματιών υγείας.

- Προσδιορισμός κόστους εφαρμογής κατευθυντήριων οδηγιών.
- Δημιουργία σχεδίου δράσης για την εφαρμογή των κατευθυντήριων οδηγιών σε συνεργασία με τοπικούς φορείς και ειδικούς.

Προκειμένου να διασφαλιστεί η αποτελεσματική εφαρμογή των κατευθυντήριων οδηγιών, θα πρέπει όλοι οι σχετικοί οργανισμοί, φορείς και τοπικές αρχές να υπογράψουν ένα σχέδιο δράσης για την κοινότητά τους. Η εφαρμογή των κατευθυντήριων οδηγιών θα πρέπει να επανεξετάζεται και να παρακολουθούνται τα αποτελέσματα. Επίσης, είναι πολύ σημαντικό η εμπειρία της εφαρμογής των κατευθυντήριων οδηγιών να μοιράζεται με άλλους επιστήμονες καθώς και σε διάφορες επιστημονικές εκδηλώσεις.² Σε μία πειραματική μελέτη που εξέτασε την αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων σε κλινικές για μπτέρες και παιδιά, οι Manfredi et al. ανέφεραν ότι υπήρχε βελτίωση στην υποκατηγορία των καπνιστών οι οποίοι λάμβαναν συμβουλές από ειδικούς, υλικό αυτοβοήθειας, βίντεο, αφίσες καθώς και πρόσθετη παρέμβαση. Παρ' όλα αυτά, οι σημαντικότερες αυξήσεις παρατηρήθηκαν στην ομάδα των καπνιστών που έλαβαν και τις κατευθυντήριες οδηγίες και την συμπληρωματική παρέμβαση.³

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, 2011. <https://www.nice.org.uk/guidance/ph10/documents/smoking-cessation-services-in-primary-care-pharmacies-local-authorities-and-workplaces-particularly-for-manual-working-groups-pregnant-women-and-hard-to-reach-communities-review-proposal-consultation2>. Accessed April 10, 2015.
2. NICE Public Guidance 10, Smoking Cessation Services: Implementation Advice, 2008. <http://www.nice.org.uk/guidance/PH010>. Accessed April 10, 2015.
3. 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.

5.4 ➤ Προτεινόμενες Βιβλιογραφικές Πηγές για τη Διακοπή του 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.
2. Hodgson DB., Saini G., Bolton CE., Steiner MC. Thorax in focus: Chronic Obstructive Pulmonary Disease, *Thorax* 2012;67(2);171-176.
3. Ford ES., Mannino DM., Zhao G., Li C., Croft JB. 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. Christenhusz LC., Prenger R., Pieterse ME., Seydel ER., van der Palen J. Cost- effectiveness of an Intensive Smoking Cessation Intervention for COPD Outpatients. *Nicotine Tob Res.* 2012 Jun;14(6):657-63.
5. Decramer M., Sibille Y., Bush A., Carlsen KH., Rabe KF., Clancy L., Turnbull A., Nemery B., Simonds A., Troosters T. 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;59(3):201-6.

ΜΕΡΟΣ ΤΡΙΤΟ | Κεφάλαιο 6

Ευρωπαϊκά Πρότυπα για τη Διαπίστευση των Υπηρεσιών Διακοπής Καπνίσματος και την Κατάρτιση πάνω στη Διακοπή Καπνίσματος

*«Η εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας αποτελεί
των ακρογωνιαίο λίθο στην αντιμετώπιση της χρήσης
και της εξάρτησης από τη νικοτίνη»*



6.0 Συστάσεις για την εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας στην αντιμετώπιση της χρήσης καπνού και της εξάρτησης από τη νικοτίνη και ποιοτικά πρότυπα για ειδικούς και υπηρεσίες πάνω στη διακοπή καπνίσματος

Το κεφάλαιο αυτό περιγράφει τα πρότυπα για την κατάρτιση όλων των επαγγελματιών στον τομέα της υγείας και τα πρότυπα για τις υπηρεσίες διακοπής καπνίσματος (στοχοποιημένες επαγγελματικές ομάδες για την παροχή παρεμβάσεων διακοπής καπνίσματος, γενικά πρότυπα για την εκπαίδευση στις θεραπείες διακοπής καπνίσματος, εξουσιοδοτημένα εκπαιδευτικά ιδρύματα και την ευθύνη τους απέναντι στη διακοπή, την κατάρτιση και την αξιολόγηση).

Σε μία συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση των εκπαιδευτικών παρεμβάσεων για τη διακοπή του καπνίσματος σε επαγγελματίες υγείας της Cochrane Collaboration βρέθηκε ότι η κατάρτιση σχετίζεται με θετικές αλλαγές στην κλινική πράξη.¹

Είναι ευρέως αποδεκτό ότι απαιτείται καλή διακυβέρνηση στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης. Το ευρύ κοινό και οι ασθενείς θέλουν να έχουν πιο αντικειμενικές εκτιμήσεις από τις

υπηρεσίες υγείας. Διάφορες χώρες έχουν υιοθετήσει διαφορετικές προσεγγίσεις στη διατήρηση της ποιότητας και στη βελτίωση των προτύπων. Σε ορισμένες χώρες, οι επαγγελματικές οργανώσεις και οι φορείς παροχής υπηρεσιών προσπαθούν να ασκήσουν ποιοτικό έλεγχο στα μέλη για να βελτιώσουν τα πρότυπα περίθαλψης, συχνά χωρίς εισφορές από την κυβέρνηση ή την κοινωνία. Σε άλλες χώρες, το κράτος ασκεί άκαμπτο έλεγχο στον τομέα της υγείας, μην αφήνοντας σχεδόν κανένα περιθώριο για επαγγελματική ευελιξία, με αποτέλεσμα οι επαγγελματίες υγείας να κρατούν αμυντική στάση και να κάνουν περιττές παραπομπές σε υψηλότερα επίπεδα φροντίδας. Η πρόταση είναι να εξισορροπηθούν οι ρόλοι των επαγγελματιών υγείας, των πολιτικών, των πολιτών και άλλων ενδιαφερόμενων μερών για τη βελτίωση της ποιότητας και τον καθορισμό προτύπων στον τομέα της υγείας.

Σχήμα 6.1: Ανασκόπηση των Ευρωπαϊκών Πρακτικών για τις Υπηρεσίες Υγείας

Ευρωπαϊκό Συμβούλιο	
Συστάσεις (1997) 5	Προστασία ιατρικών δεδομένων
Ασφαλείς πρακτικές φαρμακευτικής αγωγής (P-SPPH/SAFE) 2006	Ασφαλείς πρακτικές φαρμακευτικής αγωγής
Ανάλυση ResAP (2003) 3	Διατροφική φροντίδα στο νοσοκομείο
Συστάσεις (2000) 5	Συμμετοχή ασθενών
Συστάσεις Rec (2006)7	Ασφάλεια ασθενούς
ΠΟΥ	
WHO-HEN-OBS 2009	Δεξιότητες ιατρών
Πρότυπα για την προαγωγή υγείας στα νοσοκομεία 2004	Προαγωγή Υγείας
Λίστα για τη μείωση της νοσηρότητας και της θνησιμότητας σε παγκόσμιο επίπεδο	Χειρουργική ασφάλεια
Ένα πλαίσιο αξιολόγησης της απόδοσης στα νοσοκομεία: PATH	Δείκτες απόδοσης
EC directives	
Directive 2005/36/EC	Επαγγελματικά προσόντα

Συνεχίζεται

Σχήμα 6.1 Συνεχίζεται

Directive 1995/46/EC	Επεξεργασία προσωπικών δεδομένων
Directive 2011/24/EU	Δικαιώματα ασθενών στην υγειονομική περίθαλψη
EC research	
Ανάπτυξη πανευρωπαϊκών προτύπων και κριτηρίων για επιθεώρηση (EU-Εξέταση αίματος)	Εγκαταστάσεις για εξέταση αίματος
Ευρωπαϊκοί δείκτες για συστήματα και μεθοδολογία για δωρεά οργάνων (ODEQUS project)	Δωρεά οργάνων
Μικροβιακή ανθεκτικότητα και Συνταγογράφηση στην Ευρώπη (APREC)	Χρήση αντιβιοτικών
Ανάπτυξη Ορθολογικής Χρήσης Φαρμάκων στην Ευρώπη (DRUM Europe)	Χρήση φαρμάκων
Προώθηση της ασφάλειας των ασθενών και βελτίωση της Εντατικής Θεραπείας (PROSAFE)	Εντατική θεραπεία
Καθορισμός βέλτιστων πρακτικών στην παρηγορητική φροντίδα στην Ευρώπη (PPP)	Παρηγορητική φροντίδα
Διεθνές Πρόγραμμα για τη Χρήση Πόρων στην Εντατική Θεραπεία (IPOC) – μία μεθοδολογία για τα αρχικά αποτελέσματα κόστους - όφελους σε τέσσερις Ευρωπαϊκές χώρες.	Εντατική θεραπεία
Βελτίωση ασφάλειας των ασθενών στη νοσοκομειακή περίθαλψη μέσω ημερήσιων χειρουργείων (DAYSAFE)	Ημερήσιο χειρουργείο
Υπηρεσίες Φροντίδας Ευρωπαϊκής Ένωσης (EE) και διαχείριση των υπηρεσιών για ηλικιωμένους (CARMEN)	Υπηρεσίες για την τρίτη ηλικία
Βέλτιστες πρακτικές για την Πρόσβαση, την Ποιότητα και την Καταλληλότητα των υπηρεσιών υγείας για μετανάστες στην Ευρώπη (EUGATE)	Μειονοτικοί πληθυσμοί
NGOs	
Κατευθυντήριες οδηγίες του Ευρωπαϊκού Συμβουλίου Αναζωογόνησης 2010	Αναζωογόνηση
Ένωση Ευρωπαϊκών Σπουδαστών Μαιευτικής (UEMS)	Ποιότητα ιατρικής πρακτικής
UEMS Bastle Declaration	Συνεχής Επαγγελματική εξέλιξη
Ευρωπαϊκό κεφάλαιο για τα δικαιώματα των ασθενών www.activecitizenship.net	Δικαιώματα ασθενών
Κεφάλαιο για τα παιδιά (EACH)	Δικαιώματα ασθενών
Διεθνής Ένωση Γεροντολογίας: Τα πρότυπα της τρίτης ηλικίας	Δικαιώματα ασθενών
Ευρωπαϊκή Εταιρεία Ακτινολογίας (ESR). Διαχείριση κινδύνων στην ακτινολογία, 2004	Ακτινολογία
Ευρωπαϊκό Νοσοκομείο και Ομοσπονδία Υγείας (HOPE), Οκτώβριος 2010	Χρόνιες Ασθένειες
CEN	
EN ISO 22870:2006 (POCT) – Προδιαγραφές ποιότητας και ικανότητας (ISO 22870:2006)	Χειροπρακτική
EN 16224:2012 Παροχή υγειονομικής περίθαλψης από χειροπράκτες	Έλεγχος σημείου φροντίδας
WS0668001 Υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης – Κριτήρια ποιότητας για υγειονομικούς ελέγχους	Υγειονομικοί έλεγχοι
00414001 Παροχή οστεοπαθητικής υγειονομικής περίθαλψης	Οστεοπάθεια
CEN/TC 403 Υπηρεσίες αισθητικής χειρουργικής	Αισθητική χειρουργική

Συνεχίζεται

Σχήμα 6.1 Συνεχίζεται

ISO 9001 Ερμηνεία για τις υπηρεσίες υγείας	Συστήματα ελέγχου ποιότητας
Εθνική Αρχή Ιρλανδίας:	
Εφαρμογή υγειονομικών υπηρεσιών ISO 9002 σε νοσοκομειακό περιβάλλον	
SGS Yarsley International (SGS) στο Ηνωμένο Βασίλειο: BS EN ISO 9000:	
Κατευθυντήριες οδηγίες για την εφαρμογή στα νοσοκομεία	
Σουηδικό Ινστιτούτο Προτύπων, Οδηγός (CEN/TS 15224)	
DNV Εθνική Ολοκληρωμένη Διαπίστευση για Οργανισμούς Υγείας – Ερμηνευτικές Κατευθυντήριες Οδηγίες	
CEN/TC 362 Υπηρεσίες Υγειονομικής περίθαλψης – Συστήματα διαχείρισης ποιότητας	

Μία ανασκόπηση της διαθέσιμης βιβλιογραφίας βρήκε πολλαπλές πηγές οδηγιών, καθοδήγησης και αποδεικτικών στοιχείων οι οποίες θα μπορούσαν να μεταφραστούν για τις υπηρεσίες υγείας στην Ευρώπη (Βλ. Σχήμα 6.1).

Ανεξάρτητες ανασκοπήσεις στις Η.Π.Α. και στην Αυστραλία υπογράμμισαν την ανάγκη για ενεργή συνεργασία μεταξύ δημόσιων και ιδιωτικών φορέων προκειμένου να μην υπάρχουν συγκρούσεις. Μία εταιρική σχέση ιδιωτικού και δημοσίου είναι απαραίτητη για να πετύχει η διαπίστευση.^{2,3}

Βιβλιογραφία

1. Carson KV., Verbiest MEA., Crone MR., Brinn MP., Esterman AJ., Assendelft WJJ., Smith BJ. Training health professionals in smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012, Issue 5. Art. No.: CD000214. DOI: 10.1002/14651858.CD000214.pub2.
2. Toolkit for Accreditation Programmes © 2004: The International Society for Quality In Health Care, 212 Clarendon Street, East Melbourne, Victoria 3002, Australia.
3. Shaw CD, Jelfs E, Franklin P. Implementing recommendations for safer hospitals in Europe: the SANITAS project. EuroHealth July 2012 (in press)

6.1 Συστάσεις κριτηρίων της τυπικής εκπαίδευσης για τη διακοπή του καπνίσματος

Οι συζητήσεις σχετικά με την παροχή βοήθειας στους καπνιστές για διακοπή του καπνίσματος πρέπει να είναι υποχρεωτικό κεφάλαιο στις ιατρικές σπουδές των επαγγελματιών υγείας. Η εκπαίδευση όλων των επαγγελματιών υγείας που εμπλέκονται σε αυτό τον τομέα θα πρέπει να γίνεται από καταρτισμένους και εξουσιοδοτημένους ειδικούς του τομέα.

Σε μία ανασκόπηση των Nancy Rigotti et al. το 2008, οι συγγραφείς αναφέρουν διάφορες εκπαιδευτικές δραστηριότητες για τη διακοπή του καπνίσματος σε διαφορετικές χώρες.¹ Τα δεδομένα που συλλέχθηκαν υπογράμμισαν τη μεγάλη ποικιλία προσεγγίσεων και μορφών των εκπαιδευτικών προγραμμάτων καθώς και πληθώρα πηγών χρηματοδότησης που υποστηρίζουν αυτές τις δραστηριότητες κατάρτισης. Η ανασκόπηση αυτή ήταν ιδιαίτερα πολύτιμη για να επιστήσει την προσοχή και να τονίσει την ανάγκη για εξειδικευμένη εκπαίδευση στη θεραπεία διακοπής του καπνίσματος σε διεθνές επίπεδο.

Ο πληθυσμός στόχος για την εκπαίδευση της διακοπής του καπνίσματος περιλαμβάνει όλους τους επαγγελματίες που δουλεύουν σε υπηρεσίες διακοπής καπνίσματος: γιατρούς, νοσηλευτές, μαίες, φαρμακοποιούς, οδοντίατρους, ψυχολόγους, συμβούλους σε γραμμές διακοπής καπνίσματος και άλλους επαγγελματίες που παρέχουν συμβουλευτικές υπηρεσίες όσον

αφορά την διακοπή του καπνίσματος.

Όλοι οι ευρωπαϊκοί εξουσιοδοτημένοι φορείς που είναι αρμόδιοι για την εκπαίδευση και την κατάρτιση των εργαζομένων στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης, θα πρέπει να αναλάβουν δράση προκειμένου να:

- Εκπαιδεύσουν όλους τους επαγγελματίες υγείας ώστε να παρέχουν σύντομες συμβουλευτικές υπηρεσίες σχετικά με τη διακοπή καπνίσματος σύμφωνα με τις βέλτιστες διαθέσιμες κατευθυντήριες οδηγίες και να γίνονται παραπομπές όπου αυτό είναι απαραίτητο και εφικτό.
- Εξασφαλίσουν ότι η εκπαίδευση σχετικά με τον τρόπο υποστήριξης ανθρώπων για τη διακοπή του καπνίσματος είναι μέρος του βασικού προγράμματος σπουδών για προπτυχιακούς και μεταπτυχιακούς φοιτητές στον τομέα της υγείας.
- Διασφαλίσουν και να διατηρήσουν τη διαθεσιμότητα της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης.
- Εκπαιδεύσουν όλους τους επαγγελματίες που εργάζονται στον τομέα της διακοπής καπνίσματος, χρησιμοποιώντας ένα πρόγραμμα με τα καλύτερα διαθέσιμα πρότυπα για την εκπαίδευση στις θεραπείες διακοπής καπνίσματος.
- Παρέχουν πρόσθετη, εξειδικευμένη εκπαίδευση για όσους εργάζονται σε συγκεκριμένες ομάδες, π.χ. άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας, νοσηλευόμενους ασθενείς και έγκυες γυναίκες που καπνίζουν.
- Ενθαρρύνουν και να εκπαιδεύσουν επαγγελματίες στον τομέα της υγείας ώστε να ρωτούν όλους τους ασθενείς για το τι χρήση καπνού κάνουν και να τους συμβουλεύουν για τους κινδύνους του παθητικού καπνίσματος.

Πίνακας 6.1: NHS Πρότυπα αξιολόγησης της εκπαίδευσης της διακοπής καπνίσματος

1. Απόδειξη συμμετοχής στο εκπαιδευτικό πρόγραμμα
2. Συνεχής αξιολόγηση των μαθημάτων
3. Εξέταση των βασικών γνώσεων και δεξιοτήτων κατά την ολοκλήρωση του μαθήματος
4. Αξιολόγηση των δεξιοτήτων και των γνώσεων, μέσω παρατήρησης
5. Παροχή αποδεικτικών στοιχείων για την εκμάθηση και την εφαρμογή

Τέτοιοι εξουσιοδοτημένοι φορείς κατάρτισης διαφέρουν σε όλη την Ευρώπη με κάποιους να βρίσκονται σε πανεπιστήμια ή άλλες κυβερνητικές υπηρεσίες ή σε αναγνωρισμένες εθνικές δομές κατάρτισης.

Το πρότυπο εκπαίδευσης για τη διακοπή του καπνίσματος καλύπτει δύο βασικούς τομείς: γνώσεις και δεξιότητες. Τα πρότυπα σχετίζονται με το περιεχόμενο των προγραμμάτων και τα επιδιωκόμενα μαθησιακά αποτελέσματα των εκπαιδύσεων.

Τα βρετανικά πρότυπα εκπαίδευσης του NHS (Βλ. Πίνακα 6.1) στοχεύουν στα ελάχιστα στοιχεία και ενότητες για την παροχή παρεμβάσεων διακοπής καπνίσματος που χωρίζονται σε τρία διαφορετικά επίπεδα (σύντομες/ευκαιριακές, εντατικές πρόσωπο με πρόσωπο, και σε ομάδες/ομαδικές). Τα εκπαιδευτικά πρότυπα παρέχουν καθοδήγηση στους εκπαιδευτές για το τι πρέπει να συμπεριληφθεί στην εκπαίδευση κατά την διάρκεια των συμβουλών διακοπής καπνίσματος. Η μορφή της εκπαίδευσης είναι διαφορετική για κάθε επίπεδο. Γενικά, οι σύντομες/ευκαιριακές συμβουλές πρέπει να αντιστοιχούν σε προγράμματα σπουδών για πτυχιούχους σχολών επιστημών υγείας, ενώ οι εντατικές θεραπείες πρόσωπο με πρόσωπο και οι ομαδικές μορφές προβλεπονται για μεταπτυχιακούς φοιτητές ιατρικής/νοσηλευτικής/ ψυχολογίας.

Ο όρος «ελάχιστες» αναφέρεται σε εκείνα τα στοιχεία του προγράμματος τα οποία θεωρούνται απαραίτητα για την επίτευξη των προτύπων. Κάθε στόχος έχει την ένδειξη «Γ» ή «Δ» για να δηλώσει εάν βασίζεται σε γνώση ή δεξιότητες. Η διάκριση αυτή είναι σημαντική επειδή απαιτεί διαφορετικές μορφές αξιολόγησης. Οι γνώσεις μπορούν να αξιολογηθούν με γραπτές εξετάσεις, ενώ οι δεξιότητες απαιτούν πρακτική εξέταση ή παρατήρηση της πρακτικής.

6.2 ➤ Συστάσεις για την ανάπτυξη προγραμμάτων σπουδών για τη διακοπή του καπνίσματος που απευθύνονται σε απόφοιτους σχολών επιστημών υγείας στην Ευρώπη

Επιδημιολογικά

Η χρήση καπνού είναι το πιο σημαντικό πρόβλημα της δημόσιας υγείας, καθώς οδηγεί στον θάνατο πάνω από 6 εκατομμύρια ανθρώπους παγκοσμίως και το νούμερο αυτό θα φτάσει τα 8 εκατ. μέχρι το 2030.² Στην Ευρώπη μόνο το κάπνισμα σκοτώνει

περίπου 500.000 ανθρώπους κάθε χρόνο. Έρευνες έχουν δείξει ότι οι μισοί από τους σημερινούς καπνιστές θα πεθάνουν λόγω των προβλημάτων υγείας που σχετίζονται με το κάπνισμα, ενώ πολλοί από αυτούς θα πεθάνουν πρόωρα.² Εκτός από τον αριθμό θανάτων, η χρήση καπνού βλάπτει το περιβάλλον και έχει σημαντικό οικονομικό βάρος. Συνεπώς, υπάρχει επείγουσα ανάγκη να ελεγχθεί η χρήση καπνού και να μειωθεί ο αριθμός των καπνιστών. Μία από τις προσεγγίσεις για το σκοπό αυτό είναι να βοηθήσουμε τους καπνιστές να διακόψουν το κάπνισμα. Πολλές χώρες εφαρμόζουν επιτυχή προγράμματα ελέγχου καπνού, συμπεριλαμβανομένης της θεραπείας, τα οποία έχουν οδηγήσει στην μείωση της χρήσης καπνού και των θανάτων που προκαλούνται απ' αυτό.²

Περιεχόμενο προγράμματος εκπαίδευσης

- Επιδημία καπνού στην Ευρώπη και παγκοσμίως

- Παράγοντες που προκαλούν τη χρήση καπνού
- Φαρμακολογική βάση της εξάρτησης από τη νικοτίνη
- Κίνδυνοι για την υγεία λόγω της χρήσης καπνού
- Άλλες συνέπειες από τη χρήση καπνού (π.χ. περιβαλλοντικές, οικονομικές κλπ.)
- Προσεγγίσεις για τον έλεγχο καπνού
- Ο ρόλος του γιατρού για το έλεγχο του καπνίσματος
- Νομοθεσία για τον έλεγχο του καπνού

Μέθοδοι κατάρτισης

Η εκπαίδευση είναι θεωρητική κατά τη διάρκεια των πρώτων χρόνων της ιατρικής σχολής και πιο πρακτικές ασκήσεις γίνονται κατά τη διάρκεια των κλινικών μελετών (4ο με 6ο έτος). Η διάρκεια της θεωρητικής εκπαίδευσης είναι τουλάχιστον 10-

Πίνακας 6.2: Λεπτομέρειες προγράμματος

ΓΕΝΙΚΟΙ ΣΤΟΧΟΙ	ΣΤΟΧΟΙ	Περίοδος και Επίπεδο		
		Προκλινική	Κλινική	Πρακτική
Πληροφορίες για τον επιπολασμό της χρήσης καπνού και παράγοντες έναρξης καπνίσματος	Βασικές επιδημιολογικές ιδιότητες της χρήσης καπνού (άτομο, τόπος, χρόνος κλπ.)	B2		
Πληροφορίες για τους κινδύνους για την υγεία από την χρήση καπνού	Συνθετικά του καπνού και επιπτώσεις στην υγεία	B1		
	Επιδράσεις του καπνίσματος στο αναπνευστικό σύστημα	B1	B2	
	Επιδράσεις του καπνίσματος στο καρδιαγγειακό σύστημα	B1	B2	
	Επιδράσεις του καπνίσματος στην ανάπτυξη καρκίνου και στην κυκλοφορία του αίματος	B1		
	Επιδράσεις του καπνίσματος στο ουροποιητικό σύστημα	B1		
	Επιδράσεις του καπνίσματος στην εγκυμοσύνη και τα παιδιά	B1		
Η εξάρτηση από τη νικοτίνη και η σημασία του για τα άτομα και τον πληθυσμό	Νευρολογική βάση της εξάρτησης από τη νικοτίνη	B1	B2	
	Γνωστικές και συμπεριφορικές πτυχές της εξάρτησης από τη νικοτίνη	B1	B2	
Περιβαλλοντικές επιπτώσεις της χρήσης καπνού	Ποιότητα του αέρα σε κλειστό χώρο και ρύποι	B1		
	Περιβαλλοντική ρύπανση και κίνδυνοι πυρκαγιάς	B1		
Κοινωνικές και οικονομικές επιπτώσεις από τη χρήση καπνού	Επιδράσεις στο άτομο	B2		
	Επιδράσεις στην κοινότητα	B2		

Συνεχίζεται

Πίνακας 6.2 Συνεχίζεται

Νομοθεσία για τον έλεγχο του καπνού	Διεθνές Επίπεδο (FCTC –Σύμβαση Πλαίσιο για τον Έλεγχο Καπνού)	B2		
	Εθνικό Επίπεδο	B2		
Η έννοια του ελέγχου καπνίσματος και οι στρατηγικές του	Στρατηγικές «MPOWER»	B2		
	Σχετικές εθνικές νομοθεσίες, Εθνικό Πρόγραμμα Ελέγχου Καπνού	B2		
Ο ρόλος του γιατρού στον έλεγχο καπνίσματος και στην καπνιστική συμπεριφορά	Παροχή ενός προτύπου συμπεριφοράς κατά του καπνίσματος	B2	B2 D2	B3 D3
	Παροχή βοήθειας στους καπνιστές να διακόψουν, Μοντέλα 5A, 5R	B1	B3 D3	B3 D3
	Μέθοδοι διακοπής		B2	
	Διακοπή καπνίσματος στην κλινική πρακτική			B3
	Πρόληψη της υποτροπής	B2	B3	B3
	«Συνηγορία» και ηγεσία για τον έλεγχο του καπνίσματος		D3	B3
	Γνώση των τεχνικών που χρησιμοποιεί η καπνοβιομηχανία για χειραγώγηση με σκοπό την προστασία των ασθενών από αυτές		B3	D3
	Διακοπή καπνίσματος σε συγκεκριμένο πληθυσμό: ασθενείς μετά από χειρουργείο, ΧΑΠ, καρδιαγγειακές, ψυχιατρικές διαταραχές			D3
	Ο ρόλος των MME στον έλεγχο του καπνού	B2		
Ο έλεγχος του καπνού στην καθημερινή ζωή και συνεργασία με τα αρμόδια ιδρύματα	Κυβερνητικά και μη κυβερνητικά ιδρύματα στον έλεγχο του καπνού	B2		

12 ώρες, ενσωματωμένη στο πρόγραμμα σπουδών των τριών πρώτων ετών (προ-κλινική περίοδος) της ιατρικής σχολής. Για τη θεωρητική εκπαίδευση πραγματοποιούνται διαλέξεις σε τάξεις, συζητήσεις μικρών ομάδων, συζητήσεις με ακροατήριο και κλινικά παραδείγματα. Ο στόχος της εκπαίδευσης είναι να αυξήσει την ευαισθητοποίηση των φοιτητών σε θέματα που σχετίζονται με το κάπνισμα (Βλ. Πίνακα 6.2). Κατά τη διάρκεια της περιόδου εκπαίδευσης, μπορούν να συζητηθούν περισσότερα κλινικά παραδείγματα για να αναπτυχθεί μία στάση και συμπεριφορά κατά του καπνίσματος. Θα πρέπει να τονιστεί ότι όλοι οι γιατροί θα πρέπει να ενημερώνονται για την καπνιστική συμπεριφορά όλων των ασθενών (συμπεριλαμβανομένης της καπνιστικής συμπεριφοράς

των γονέων και των νέων ασθενών) και θα πρέπει να συμβουλεύουν τους καπνιστές να διακόψουν το κάπνισμα. Επομένως, μερικές μελέτες περιπτώσεων και η θεραπεία της εξάρτησης από τη νικοτίνη συζητούνται κατά τη διάρκεια της κλινικής φάσης.

Γνωστικό πεδίο

B1: Γνώση (ανάκληση, μέτρηση, καθορισμός), π.χ. γνώση του επιπολασμού της χρήσης καπνού, παράγοντες που επηρεάζουν τον επιπολασμό, επιπτώσεις χρήσης καπνού

B2: Κατανόηση, υλοποίηση, ανάλυση αξιολόγηση π.χ. βιολογικών και ψυχολογικών μηχανισμών των επιπτώσεων της χρήσης καπνού στην υγεία, περιβαλλοντικών επιπτώσεων και οικονομική

επιβάρυνση της χρήσης καπνού.

B3: Χρήση της γνώσης B2 στην εφαρμογή σε πραγματικές καταστάσεις (σε ασθενείς) (λήψη ιστορικού, αξιολόγηση, λήψη απόφασης) π.χ. εφαρμογή 5A, προσφορά βοήθειας, πληροφορίες για επιλογές θεραπείας.

Αντλητικό πεδίο

D1: Ευαισθητοποίηση, π.χ. γνώση των μεθόδων «marketing» της βιομηχανίας καπνού

D2: Στάση π.χ. εξέταση των μεθόδων «marketing» της βιομηχανίας καπνού και τρόποι αντιμετώπισής τους.

D3: Συμπεριφορά π.χ. σχέδιο για εξουδετέρωση των μεθόδων «marketing» της βιομηχανίας καπνού.

Εκτίμηση

Η επίδραση του προγράμματος αξιολογείται με pre-post tests. Μία αρχική αξιολόγηση γίνεται στους φοιτητές πριν ξεκινήσει το πρόγραμμα (δηλ. τον πρώτο χρόνο) και μία πριν την αποφοίτησή τους (δηλ. τελευταίο χρόνο). Οι αρχικές και τελικές αξιολογήσεις περιλαμβάνουν ερωτήσεις πολλαπλής επιλογής που βασίζονται στο πρόγραμμα εκπαίδευσης. Επιπλέον, παρέχεται γραπτή και προφορική ανατροφοδότηση από τους φοιτητές και τους καθηγητές μετά από κάθε μάθημα. Δεν καταγράφονται τα ονόματα των μαθητών αλλά αξιολογείται η συνολική απόδοση.

Μέθοδοι εκπαίδευσης

Το πρόγραμμα χωρίζεται σε δύο μέρη: εξ αποστάσεως εκπαίδευση και εκπαίδευση πρόσωπο με πρόσωπο. Το εκπαιδευτικό υλικό διατίθεται στην ιστοσελίδα και οι συμμετέχοντες μπορούν να έχουν πρόσβαση σε αυτή χρησιμοποιώντας κωδικό πρόσβασης για συγκεκριμένο αριθμό ημερών. Αναμένεται να διαβάσουν το υλικό και να υποβληθούν σε εξετάσεις. Εκείνοι που θα περάσουν την εξέταση λαμβάνουν διήμερη εκπαίδευση πρόσωπο με πρόσωπο. Το πρόγραμμα αυτό διοργανώνεται από το Υπουργείο Υγείας ή από εξουσιοδοτημένα πανεπιστήμια. Ο μέγιστος αριθμός συμμετεχόντων είναι 25 άτομα.

Λεπτομέρειες σχετικά με το πρόγραμμα εκπαίδευσης πρόσωπο με πρόσωπο:

- Αρχική αξιολόγηση, προσδοκίες συμμετεχόντων, στόχοι προγράμματος

- Επιδημιολογία της χρήσης καπνού, εθνικά στοιχεία και τάσεις
- Χρήση καπνού μεταξύ ευάλωτων ομάδων: παιδιά, νέοι, γυναίκες, έγκυες κλπ.,
- Εξάρτηση από τη νικοτίνη, μηχανισμοί που μετράνε το επίπεδο εξάρτησης: Κλίμακα Fagerström Test for Nicotine Dependence (FTND), Τα Ευρωπαϊκά κριτήρια του Ιατρικού Συνδέσμου για το κάπνισμα και την υγεία (EMASH)
- Μέθοδοι παρεμβάσεων: 5As και 5Rs;
- Προβληματικές περιπτώσεις, βαρέως καπνιστές, ήπιοι καπνιστές, καπνιστές με συννοσηρότητες κλπ.
- Ψυχοκοινωνική στήριξη
- Φαρμακολογική θεραπεία, φαρμακοθεραπεία πρώτης γραμμής
- Νομοθεσία: νομοθεσία για τον έλεγχο του καπνίσματος, κέντρα ελέγχου καπνού (σωματική ικανότητα, εργατικό δυναμικό κλπ.)
- Μελέτη περιπτώσεων κλπ.
- Επίσκεψη σε κέντρα διακοπής καπνίσματος
- Τελική αξιολόγηση και σύσταση για συμμετοχή σε μελλοντικά προγράμματα

Αξιολόγηση

Η επιτυχία αξιολογείται με την αρχική και τελική αξιολόγηση και οι επιτυγχόντες λαμβάνουν πιστοποίηση από το Υπουργείο Υγείας ή άλλο διοικητικό όργανο. Οι πιστοποιημένοι ιατροί έχουν το δικαίωμα να δημιουργήσουν και να εργαστούν σε κέντρο διακοπής καπνίσματος.

Εκπαιδευτικό πρόγραμμα για καρδιολόγους

Το ERS δημοσίευσε μία μελέτη σχετικά με τη διακοπή του καπνίσματος σε ασθενείς με ΧΑΠ το 2007 και σύντομα θα είναι διαθέσιμη μία νέα έκδοση.^{2,3} Το Σχήμα 6.2 αναφέρει ένα τούρκικο πρόγραμμα.

6.3 Συστάσεις για τη δημιουργία προγραμμάτων σπουδών που αφορούν στην διακοπή του καπνίσματος και απευθύνονται σε επαγγελματίες υγείας στην Ευρώπη – Πιστοποιημένο Πρόγραμμα

Αιτιολογία/Θεωρητικό υπόβαθρο

Το κάπνισμα είναι ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα της δημόσιας υγείας, οδηγώντας στο θάνατο περισσότερους από 6

εκατομμύρια ανθρώπους παγκοσμίως, με τον αριθμό των θανάτων να υπολογίζεται στα 8 εκατομμύρια το 2030². Στην Ευρώπη, το κάπνισμα αποτελεί την κύρια αιτία θανάτου για 700.000 ανθρώπους ετησίως. Σύμφωνα με τα ερευνητικά δεδομένα οι μισοί από τους τωρινούς καπνιστές θα πεθάνουν από σχετιζόμενες με το κάπνισμα ασθένειες και πολλοί από αυτούς, μάλιστα, θα πεθάνουν πρόωρα³. Εκτός αυτού, το κάπνισμα είναι ιδιαίτερα επιβλαβές για το περιβάλλον και έχει σημαντική οικονομική επίπτωση. Συνεπώς, υπάρχει μεγάλη ανάγκη για έλεγχο του καπνίσματος και μείωσης του αριθμού των καπνιστών. Μια προσέγγιση για το σκοπό αυτό είναι η παροχή βοήθειας στους καπνιστές ώστε να διακόψουν το κάπνισμα.

Πολλές χώρες που εφαρμόζουν αποτελεσματικά προγράμματα για τον έλεγχο του καπνίσματος, συμπεριλαμβάνοντας την παροχή θεραπείας για την διακοπή του καπνίσματος, φαίνεται να έχουν μειώσει τη χρήση του καπνού και συνεπαγωγικά τους προκαλούμενους από το κάπνισμα θανάτους².

Στόχοι του εκπαιδευτικού προγράμματος

Στόχος του προγράμματος είναι να εκπαιδεύσει τους συμμετέχοντες πάνω στην πρόληψη, τη διάγνωση και τη θεραπεία σχετικά με τον εθισμό στην νικοτίνη. Μέχρι το τέλος του εκπαιδευτικού προγράμματος, οι συμμετέχοντες θα πρέπει να είναι σε θέση να λειτουργήσουν ένα κέντρο διακοπής καπνίσματος. Για την επίτευξη του συγκεκριμένου στόχου, τα θέματα που αναλύονται κατά την εκπαιδευτική διαδικασία είναι τα εξής:

- Η επιδημία του καπνίσματος
- Οι αιτίες που οδηγούν στο κάπνισμα
- Η φαρμακολογική βάση της εξάρτησης από τη νικοτίνη
- Οι κίνδυνοι στην υγεία από το κάπνισμα
- Άλλες συνέπειες του καπνίσματος (πχ περιβαλλοντικές, οικονομικές κ.α.)
- Προσεγγίσεις για τη διακοπή του καπνίσματος
- Ο ρόλος των επαγγελματιών υγείας στη διακοπή του καπνίσματος
- Η νομοθεσία για τον έλεγχο του καπνίσματος (διεθνώς και εθνικά)
- Υπηρεσίες για τη διακοπή του καπνίσματος σε εθνικό επίπεδο
- Η εγκαθίδρυση και λειτουργία ενός κέντρου διακοπής καπνίσματος

Εκπαιδευτικές μέθοδοι

Το προτεινόμενο πρόγραμμα θα πρέπει να διενεργείται σε δύο μέρη: μια εξ' αποστάσεως εκπαίδευση και μια δια ζώσης εκπαίδευση. Το εκπαιδευτικό υλικό θα πρέπει να διατίθεται στην ιστοσελίδα του προγράμματος και οι συμμετέχοντες να έχουν πρόσβαση σε αυτό χρησιμοποιώντας ατομικό κωδικό για έναν προκαθορισμένο αριθμό ημερών. Οι εκπαιδευόμενοι πρέπει να δώσουν εξετάσεις πάνω στο εκπαιδευτικό υλικό και αφού περάσουν, να κάνουν τη δια ζώσης εκπαίδευση, η οποία διαρκεί προτείνεται να διαρκεί δύο ημέρες. Το πρόγραμμα μπορεί να διοργανώνεται είτε από το Υπουργείο Υγείας, είτε από εξουσιοδοτημένα πανεπιστήμια. Ο μέγιστος αριθμός συμμετεχόντων είναι 25 άτομα.

Λεπτομέρειες του δια ζώσης εκπαιδευτικού προγράμματος

- Αξιολόγηση πριν την έναρξη της παρέμβασης για τις προσδοκίες των συμμετεχόντων και τους εκπαιδευτικούς στόχους
- Επιδημιολογικά δεδομένα για το κάπνισμα, εθνικά στοιχεία και τάσεις
- Το κάπνισμα στους ειδικούς πληθυσμούς, όπως είναι τα παιδιά και οι έφηβοι, οι γυναίκες, οι εγκυμονούσες, ασθενείς με διάφορα νοσήματα, επαγγελματίες υγείας
- Η εξάρτηση από τη νικοτίνη, μηχανισμοί εξάρτησης, προσδιορισμός του επιπέδου εξάρτησης από τη νικοτίνη (fagerström test for nicotine dependence (ftnd), european medical association smoking and health (emash) criteria)
- Μοντέλα παρέμβασης σε καπνιστές: 5As και 5Rs
- Περιπτώσεις καπνιστών που εμφανίζουν αντίσταση, βαρείς καπνιστές, ελαφρύς καπνιστές, καπνιστές με συνοσηρότητες κλπ.
- Ψυχοκοινωνική υποστήριξη
- Φαρμακοθεραπεία συμπεριλαμβανομένης της φαρμακοθεραπείας πρώτης γραμμής
- Νομοθεσία: νομοθεσία για τον έλεγχο του καπνίσματος, νομοθεσία για τα κέντρα διακοπής καπνίσματος (χωρητικότητα, ανθρώπινο δυναμικό κτλ.)
- Μελέτες περίπτωσης, παιχνίδια ρόλων κτλ.
- Επίσκεψη σε κέντρο διακοπής καπνίσματος
- Αξιολόγηση του προγράμματος μετά την ολοκλήρωσή του, προτάσεις από τους συμμετέχοντες για μελλοντικές παρεμβάσεις

Σχήμα 6.2: Ένα παράδειγμα προγράμματος κατάρτισης για τη διακοπή καπνίσματος σε επαγγελματίες υγείας στην Τουρκία

Το πρόγραμμα διεξήχθη από την Τουρκική Εταιρεία Θώρακος με την οικονομική υποστήριξη του Διεθνούς Ιδρύματος Pfizer (Πολιτικές Ελέγχου Καπνού). Το τυποποιημένο εκπαιδευτικό πρόγραμμα προετοιμάστηκε από μέλη της Ομάδας Εργασίας Ελέγχου Καπνού της Τουρκικής Εταιρείας Θώρακος. Στη συνέχεια μία ομάδα 40 ιατρών εκπαιδεύτηκαν με σκοπό να γίνουν εκπαιδευτές. Το εκπαιδευτικό πρόγραμμα έγινε προσιτό σε όλα τα μέλη της Εταιρείας μέσω ηλεκτρονικής πλατφόρμας. Συνολικά 765 συμμετέχοντες ολοκλήρωσαν την εκπαίδευση στην ηλεκτρονική πλατφόρμα. Ο στόχος αυτής της εκπαίδευσης ήταν η ενσωμάτωση των 2 πρώτων βημάτων από το μοντέλο 5As (Ask - Ρωτήστε και Advise - Συμβουλευτείτε) στην καθημερινή κλινική πράξη. Στο τέλος κάθε ενότητας, οι συμμετέχοντες απάντησαν στις ερωτήσεις σχετικά με τα κύρια σημεία της ενότητας. Μετά την ολοκλήρωση της ηλεκτρονικής εκπαίδευσης, οι συμμετέχοντες εκδήλωσαν την επιθυμία να βελτιώσουν την πρακτική τους με μία ημερήσιασημερίσια εκπαίδευση πρόσωπο με πρόσωπο (και οι 765 συμμετέχοντες παρακολούθησαν την ημερήσιασημερίσια εκπαίδευση). Τα εκπαιδευτικά αυτά προγράμματα διεξήχθησαν από τα μέλη της κεντρικής ομάδας εκπαίδευσης σε 18 επαρχίες της Τουρκίας. Στο τέλος αυτών των εκπαιδευτικών προγραμμάτων, οι συμμετέχοντες ανέπτυξαν την ικανότητα τους να βοηθούν καπνιστές για να πραγματοποιούν διακοπή του καπνίσματος. Όλοι οι συμμετέχοντες βαθμολόγησαν το πρόγραμμα «πολύ καλό» ή «καλό», όσον αφορά το περιεχόμενο και τη συνάφεια του μαθήματος.

Αξιολόγηση

Η αποτελεσματικότητα της παρέμβασης αξιολογείται με ερωτηματολόγια που συμπληρώνονται από τους συμμετέχοντες πριν και μετά την ολοκλήρωσή της. Οι συμμετέχοντες που ολοκληρώνουν με επιτυχία το εκπαιδευτικό πρόγραμμα λαμβάνουν πιστοποίηση από το Υπουργείο Υγείας ή από κάποιο άλλο οργανισμό. Στα πλαίσια της αξιολόγησης είναι σημαντικό να δίνονται και προφορικά σχόλια, επίσης. Οι πιστοποιημένοι επαγγελματίες υγείας είναι πλέον σε θέση να ιδρύσουν και να λειτουργήσουν ένα κέντρο διακοπής καπνίσματος.

Εκπαιδευτικό πρόγραμμα για πνευμονολόγους

Το ERS (European Respiratory Society) έχει δημοσιεύσει οδηγίες για τη διακοπή του καπνίσματος σε ασθενείς με Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια (ΧΑΠ) το 2007 και αναμένεται να κυκλοφορήσει σύντομα ανανεωμένη έκδοση.²⁴ Στο Σχήμα 6.2 γίνεται αναφορά στην εμπειρία της Τουρκίας πάνω στο συγκεκριμένο τομέα.

Βιβλιογραφία

1. Rigotti NA, Bitton A, Richards AE, Reyen M, Wassum K, Raw M. An international survey of training programs for treating tobacco dependence. *Addiction*. 2009;104(2):288-96.
2. WHO Report on the Global Tobacco Control Report, 2008. The MPOWER Package. Geneva, World Health Organization, 2008.
3. European Commission, 2017. Special Eurobarometer 458 Report Attitudes of Europeans towards Tobacco and Electronic Cigarettes. Available at: <https://ec.europa.eu/comfrontoffice/publicopinion/index.cfm/ResultDoc/download/DocumentKy/79003>
4. Nardini S. Smoking Cessation. *European Respiratory Society Monographs*, 2008. 10.1183/1025448x.ERM4208. <http://erspublications.com/content/smoking-cessation>.
5. P. Tønnesen P., Carrozzi L., Fagerstrom KO., Gratzou C., Jimenez-Ruiz C., Nardinie S., Viegi G., Lazzaro, C., Campbell IA., Dagli E., and R. West. 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 την ανάπτυξη ενός προγράμματος διακοπής καπνίσματος για άλλες κατηγορίες επαγγελματιών υγείας που συμμετέχουν στη διακοπή του καπνίσματος στην Ευρώπη: ψυχολόγοι, νοσηλεύτες, άλλοι επαγγελματίες υγείας

Εκτός από τους ιατρούς, όλες οι κατηγορίες προσωπικού που εργάζονται σε κέντρα διακοπής καπνίσματος ή παρέχουν βοήθεια στους καπνιστές πρέπει να έχουν βασικές γνώσεις και δεξιότητες σχετικά με τη χρήση και την εξάρτηση από τη νικοτίνη. Αυτό είναι ζωτικής σημασίας για την εξασφάλιση των βέλτιστων πρακτικών. Ως εκ τούτου, συνιστάται να πραγματοποιείται η βασική εκπαίδευση για τη διακοπή του καπνίσματος από: νοσηλεύτες, μαιές, ψυχολόγους, κοινωνικούς λειτουργούς, φαρμακοποιούς και οποιαδήποτε άλλη κατηγορία επαγγελματιών υγείας που βοηθούν καπνιστές να διακόψουν το κάπνισμα.

Το πρόγραμμα σπουδών πρέπει να περιλαμβάνει τις διαταραχές που σχετίζονται με το κάπνισμα, τη νευροβιολογία του εθισμού στη νικοτίνη, την εξάρτηση από τη νικοτίνη (για την αντιμετώπιση φυσιολογικών και ψυχοκοινωνικών παραγόντων), τρόπους διακοπής καπνίσματος, παρεμβάσεις διακοπής καπνίσματος, αξιολόγηση των καπνιστών και πιθανές θεραπείες.

Η εκπαίδευση πρέπει να στηρίζεται στις κρατικές δομές, τα οποία θα πρέπει να εξασφαλίζουν ότι οι επαγγελματίες υγείας θα έχουν πρόσβαση σε αυτά. Η εκπαίδευση είναι ευθύνη των υγειονομικών αρχών, οι οποίες θα πρέπει να χρηματοδοτούν την εκπαίδευση ως βασική δραστηριότητα στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης. Προκειμένου να κατανοήσουμε καλύτερα αυτές τις ανάγκες και τον σχεδιασμό τέτοιων προγραμμάτων, συνιστάται η εκπαίδευση διακοπής καπνίσματος να γίνεται και σε επαγγελματίες που κατέχουν κεντρικές θέσεις εξουσίας. Με την απόκτηση στοιχειωδών γνώσεων σχετικά με τη νοσηρότητα και θνησιμότητα που σχετίζεται με το κάπνισμα, την αποτελεσματικότητα της πρόληψης της διακοπής του καπνίσματος, οι υπεύθυνοι χάραξης πολιτικής θα κατανοήσουν καλύτερα το μέγεθος του προβλήματος και θα καθορίσουν αναλόγως τις προτεραιότητες.

Το 2ο επίπεδο εκπαίδευσης είναι κατάλληλο για όλους τους επαγγελματίες υγείας. Το 1ο επίπεδο εκπαίδευσης είναι σχεδιασμένο για όσους επιθυμούν να γίνουν ειδικοί στη διακοπή του καπνίσματος.

Συστάσεις

- Το κάπνισμα και η διακοπή καπνίσματος πρέπει να αποτελούν βασικό μέρος του προγράμματος σπουδών της βασικής εκπαίδευσης για όλους τους επαγγελματίες υγείας.
- Η εκπαίδευση πρέπει να αποτελεί βασικό μέρος ενός προγράμματος διακοπής καπνίσματος για όλες τις υγειονομικές αρχές (Επίπεδο τεκμηρίωσης Β).
- Η διακοπή καπνίσματος θα πρέπει να χρηματοδοτείται (Επίπεδο τεκμηρίωσης Β).

Βιβλιογραφία

1. West R., McNeill A., and M. Raw. Smoking cessation clinical guidelines for health professionals: an update. Thorax 2000;55;987-999.

6.5 > Πρότυπα εκπαίδευσης διακοπής καπνίσματος για ιατρούς

Ιστορικό

Η διακοπή καπνίσματος χρειάζεται συχνά μία πολύπλοκη θεραπεία και υπάρχουν πολλές διαφορετικές μέθοδοι εκπαίδευσης. Παρά το γεγονός ότι η εξάρτηση από τη νικοτίνη έχει πολλά κοινά

χαρακτηριστικά, το περιβάλλον και η κουλτούρα γύρω από τον χρήστη μπορεί να διαφέρουν σημαντικά. Τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης μπορεί επίσης να διαφέρουν τόσο όσον αφορά τους πόρους όσο και τις προτεραιότητες. Η διακοπή καπνίσματος άλλων προϊόντων καπνού είναι λιγότερο διαδεδομένη, αλλά χρησιμοποιούνται οι ίδιες μέθοδοι. Η διακοπή καπνίσματος δεν πρέπει απαραίτητως να αποτελεί μέρος της υγειονομικής περίθαλψης, αλλά το πρόγραμμα εκπαίδευσης θα πρέπει να παρακολουθείται από όλους τους επαγγελματίες υγείας.

Οι δεξιότητες θα πρέπει να παρέχονται σε ιατρούς οι οποίοι μπορούν να διαθέσουν χρόνο και πόρους στη διακοπή του καπνίσματος, καθώς και χρόνο για επαναπαρακολούθηση.

Περιεχόμενο εκπαίδευσης

Η εκπαίδευση προσφέρεται για τρεις μέρες:

1. Βασικό πιστοποιητικό (2 μέρες) Υποχρεωτική παρουσία τις 2 πρώτες μέρες. Περιεχόμενο: 50% θεωρία, 50% πρακτική (συμπεριφερο-γνωστική θεραπεία, συνέντευξη κινητοποίησης, πρακτική διακοπής καπνίσματος).
2. Εξειδικευμένο πιστοποιητικό (1 μέρα επαναπαρακολούθηση):
 - Μία μέρα επαναξιολόγησης (3η μέρα) 3 με 6 μήνες μετά τη βασική εκπαίδευση
 - Γραπτή εξέταση γνώσεων (30 λεπτά)
 - 3 περιπτώσεις ασθενών, γραπτές κλινικές αναφορές
 - 3 συνεδρίες με επιτήρηση σε ομάδα ή ατομικά (πρόσωπο με πρόσωπο ή μέσω τηλεφώνου).

Το εξειδικευμένο πιστοποιητικό απονέμεται όταν ολοκληρωθούν με επιτυχία όλα τα στάδια, δηλ. 2 + 1 ημέρες εκπαίδευσης, η γραπτή εξέταση, οι κλινικές αναφορές 3 περιστατικών και οι 3 συνεδρίες περιστατικών. Το πιστοποιητικό θα πρέπει να αναφέρει ότι η εκπαίδευση πραγματοποιήθηκε σύμφωνα με τα εθνικά πρότυπα. Μπορεί να εκδοθεί ειδικό λογότυπο για να αποδεικνύεται ότι η εκπαίδευση ακολουθεί το εθνικό πρότυπο. Το πιστοποιητικό βασικής εκπαίδευσης, θα πρέπει να είναι λιγότερο πολύπλοκο και να διακρίνεται με σαφήνεια από το εξειδικευμένο πιστοποιητικό.

Υποχρεωτικό περιεχόμενο προγράμματος σπουδών

Περιεχόμενο βασικής εκπαίδευσης (1η και 2η μέρα)

Θ = θεωρία και Π = πρακτική

- Θ Εισαγωγή: Μία επισκόπηση των κυριότερων επιπτώσεων της χρήσης καπνού, του κόστους, της εξάρτησης και διάφορων ειδών πρόληψης του καπνίσματος και της χρήσης καπνού.
- Θ Κίνδυνοι χρήσης καπνού και οφέλη από τη διακοπή.
- Θ Μέθοδοι διακοπής καπνίσματος (Cochrane Library, www.treatobacco.net), μέθοδοι αξιολόγησης αποτελέσματος.
- Π Μέθοδοι συμβουλευτικής και εκπαιδευτικές συνεδρίες.
- Π Διακοπή καπνίσματος στην πράξη, ατομικές συμβουλευτικές διαδικασίες, πρόληψη υποτροπής, επαναπαρακολούθηση, εκπαιδευτικές συνεδρίες.
- Θ Εξάρτηση από το κάπνισμα, αποχή, φαρμακοθεραπεία.
- Θ Μέθοδοι για διαφορετικές καταστάσεις/ ομάδες, υλικά και άλλοι πόροι.
- Θ Προαιρετικό περιεχόμενο, όπως, νομοθεσία, ή παγκόσμια ζητήματα.

Περιεχόμενο επαναξιολόγησης (3η μέρα)

Υποχρεωτικό περιεχόμενο:

1. Εξέταση γνώσεων: 30 λεπτά, 10 ερωτήσεις, 5 πολλαπλών απαντήσεων + 5 ανοιχτές ερωτήσεις.
2. Ομαδική θεραπεία: Συζήτηση με ερωτο-απαντήσεις, 2μιση ώρες προετοιμασίας, ρόλος του ηγέτη στην ομάδα, δομή συνεδριάσεων, θέματα συλλογής και σύνθεσης της ομάδας, καταγραφή
3. Ατομική θεραπεία: Μικρές ομάδες μαθητών όπου γίνεται ανταλλαγή εμπειριών/συζήτηση σχετικά με περιπτώσεις ασθενών και μελέτες περιπτώσεων (2 ώρες).

Προαιρετικές συζητήσεις:

4. Θέματα ημέρας (1 ώρα), δηλ. τελευταία αποτελέσματα ερευνών, ναργιλές, άλλα προϊόντα καπνού, νέες νομοθεσίες, περιβαλλοντική ρύπανση από τον καπνό, φαρμακοθεραπεία, νέοι/σχολεύα, φύλο, παγκόσμια ζητήματα, νέο υλικό.

Αξιολόγηση εκπαίδευσης

Οι συμμετέχοντες πρέπει να έχουν τη δυνατότητα να αξιολογήσουν α) τις δύο πρώτες μέρες της εκπαίδευσης, β) όλες τις ημέρες (τρεις μέρες).

1. Εκπαιδευτικές ενότητες της 1ης και 2ης μέρας:

Ερωτήσεις σχετικά με:

1. Ιστορικό, επάγγελμα.
2. Περιεχόμενο θεωρητικού μέρους.
3. Περιεχόμενο πρακτικού μέρους.

II. Εκπαιδευτικές ενότητες της 3ης μέρας:

Ερωτήσεις σχετικά με:

- Περιεχόμενο θεωρητικού μέρους 3η ημέρα
- Περιεχόμενο πρακτικού μέρους 3η ημέρα
- Καθοδήγηση την 1η και 2η ημέρα και οργάνωση και περιεχόμενο την 3η ημέρα.
- Εκπαίδευση ως σύνολο
- Πόσοι ασθενείς έχουν διακόψει από τη βασική εκπαίδευση (ημέρες 1η και 2η);

Υλικά για την εκπαίδευση:

- Σύνολο ερωτήσεων για την εκπαίδευση
- Πρότυπα για απαντήσεις των μαθημάτων στο σπίτι και καταγραφή των ασθενών
- Περιστατικά ασθενών τα οποία μπορούν να χρησιμοποιηθούν στην συζήτηση
- Πληροφορίες για φαρμακευτικά προϊόντα
- Πληροφορίες για επαναπαρακολούθηση.

Στους γιατρούς που επιθυμούν να ανανεώσουν τις δεξιότητές τους θα πρέπει να τους προσφέρεται η 3η μέρα εκπαίδευσης, καθώς και επίβλεψη, ενώ θα πρέπει να τους ζητείται να παρουσιάσουν τρία περιστατικά ασθενών γραπτώς, για να μπορέσουν να πάρουν το εξειδικευμένο πιστοποιητικό.

Εξουσιοδότηση για την πραγματοποίηση μαθημάτων εκπαίδευσης πάνω στη διακοπή του καπνίσματος

Θα πρέπει να συσταθεί μία εθνική επιτροπή με ειδικούς οι οποίοι θα αξιολογούν τα μαθήματα. Η επιτροπή αυτή θα πρέπει να αξιολογεί το πρόγραμμα καθώς και τις ικανότητες των εκπαιδευτών. Μετά τις απαραίτητες τροποποιήσεις/διορθώσεις, το νέο μάθημα θα μπορεί να εγκριθεί.

6.6 > Πρότυπα ποιότητας στη θεραπεία εξάρτησης από τη νικοτίνη

Ορισμός

Ο Ειδικός για τη Θεραπεία Εξάρτησης από τη Νικοτίνη (Tobacco Dependence Treatment Specialist, TDTS)¹ είναι ο επαγγελματίας

που διαθέτει τις δεξιότητες, τις γνώσεις και την κατάρτιση ώστε να παρέχει αποτελεσματικές και επιστημονικά τεκμηριωμένες παρεμβάσεις για τη διακοπή του καπνίσματος. Ο ειδικός αυτός μπορεί να εργάζεται σε νοσοκομεία, δημοτικά κέντρα, εκπαιδευτικά ιδρύματα, κέντρα διακοπής καπνίσματος, τηλεφωνικές γραμμές για διακοπή του καπνίσματος, κέντρα θεραπείας κατάχρησης ουσιών, κέντρα ψυχικής υγείας κλπ. Ο ειδικός αυτός μπορεί να ασχοληθεί όχι μόνο με την παροχή θεραπείας αλλά και με την εκπαίδευση άλλων επαγγελματιών υγείας πάνω στη διακοπή του καπνίσματος (επαγγελματίες υγείας, ερευνητές, καπνιστές και μη καπνιστές).

Ρόλος και αρμοδιότητες του Ειδικού για τη Θεραπεία Εξάρτησης από τη Νικοτίνη

Εξάρτηση από τη νικοτίνη – γνώση και εκπαίδευση

Θα πρέπει να παρέχετε σαφείς και ακριβείς πληροφορίες σχετικά με τη χρήση καπνού, τις στρατηγικές για τη διακοπή και το εύρος των επιπτώσεων στην υγεία, τις αιτίες και τις συνέπειες του καπνίσματος.

1. Περιγράψτε τον επιπολασμό, τα πρότυπα χρήσης καπνού, την εξάρτηση και τη διακοπή καπνίσματος στη χώρα και πώς τα ποσοστά ποικίλουν στις υπο-ομάδες με διαφορετικό δημογραφικό, οικονομικό και πολιτιστικό υπόβαθρο.
2. Εξηγήστε τον ρόλο της θεραπείας για τη χρήση του καπνού και την εξάρτηση από τη νικοτίνη μέσα σε ένα ολοκληρωμένο πρόγραμμα ελέγχου καπνού.
3. Χρησιμοποιείτε τα αποτελέσματα εθνικών ερευνών και κατευθυντήριων οδηγιών για τη θεραπεία διακοπής καπνίσματος.
4. Εξηγήστε τους κοινωνικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες που προωθούν και εμποδίζουν τη διάδοση χρήσης καπνού.
5. Εξηγήστε τις συνέπειες της χρήσης καπνού για την υγεία και τα οφέλη από τη διακοπή.
6. Περιγράψτε πως προκαλείται η εξάρτηση και εξηγήστε τα βιολογικά, ψυχολογικά και κοινωνικά αίτια της.
7. Συνοψίστε και αναγνωρίστε τα διαγνωστικά κριτήρια εξάρτησης από τη νικοτίνη.
8. Περιγράψτε τη χρόνια υποτροπιάζουσα φύση της εξάρτησης, συμπεριλαμβανομένων των τυπικών μοτίβων υποτροπής και των προδιαθεσιακών παραγόντων.
9. Παρέχετε πληροφορίες προσαρμοσμένες σχετικά με το φύλο, την ηλικία και το πολιτιστικό υπόβαθρο.

10. Προσδιορίστε τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα των στρατηγικών θεραπείας.

11. Να είστε σε θέση να συζητήσετε τις εναλλακτικές θεραπείες, όπως ύπνωση, βελονισμός, σταδιακή μείωση αριθμού τσιγάρων.

12. Παρουσιάστε δυνατότητες πρόσβασης σε πληροφορίες σχετικά με τα παραπάνω θέματα.

Δεξιότητες συμβουλευτικής

Εφαρμόστε αποτελεσματικά τις τεχνικές και τις δεξιότητες συμβουλευτικής ώστε να δημιουργήσετε μία σχέση εμπιστοσύνης και συνεργασίας με τους ασθενείς και έτσι να διευκολύνετε την εμπλοκή τους στη θεραπεία και την δέσμευσή τους για αλλαγή.

1. Χρησιμοποιήστε αποτελεσματικές δεξιότητες συμβουλευτικής, όπως είναι η ενεργή ακρόαση και η ενσυναίσθηση που διευκολύνουν τη διαδικασία θεραπείας.
2. Δημιουργήστε ένα φιλικό και εμπιστευτικό περιβάλλον για συμβουλευτική.
3. Χρησιμοποιήστε μια μέθοδο σύντομης παρέμβασης βασισμένη σε καλές πρακτικές, όπως είναι αυτές που αναφέρο στις παρούσες κατευθυντήριες οδηγίες..
4. Χρησιμοποιήστε μοντέλα αλλαγής συμπεριφοράς, συμπεριλαμβανομένης της συνέντευξης κινητοποίησης, της συμπεριφορικο-γνωστικής θεραπείας, υποστηρικτικής συμβουλευτικής.
5. Χρησιμοποιήστε αποτελεσματικές στρατηγικές για να ενισχύσετε την κινητοποίηση και να ενθαρρύνετε τη δέσμευση για αλλαγή.
6. Να δείξετε ότι έχετε ικανότητες σε τουλάχιστον μία από τις μεθόδους υποστήριξης όπως ατομική, ομαδική και τηλεφωνική συμβουλευτική.

Συνέντευξη αξιολόγησης

Πραγματοποιήστε μία συνέντευξη αξιολόγησης προκειμένου να λάβετε πλήρη και ακριβή δεδομένα που απαιτούνται για τον προγραμματισμό της θεραπείας.

1. Δείξτε ότι υπάρχει δυνατότητα διεξαγωγής συνέντευξης αξιολόγησης που θα περιλαμβάνει ερωτήσεις για τα παρακάτω:
(α) ιστορικό χρήσης καπνού
(β) κινητοποίηση για διακοπή
(γ) επικυρωμένα εργαλεία για την αξιολόγηση της χρήσης και

της εξάρτησης από τη νικοτίνη

(δ) τρέχουσες προκλήσεις και εμπόδια για την επίτευξη της μόνιμης αποχής

(ε) τρέχουσες δυνατότητες για υποστήριξη αποχής

(στ) προηγούμενες προσπάθειες διακοπής, συμπεριλαμβανομένων των εμπειριών, των επιτυχιών και των εμποδίων

(ζ) διαθεσιμότητα συστημάτων κοινωνικής στήριξης

(η) προτιμήσεις στη θεραπεία

(ι) πολιτισμικοί παράγοντες που επηρεάζουν τις απόπειρες διακοπής καπνίσματος

2. Δείτε την ικανότητα συλλογής βασικών πληροφοριών για το ιατρικό ιστορικό και την διεξαγωγή σύντομης εξέτασης ψυχιατρικών θεμάτων και κατάχρησης ουσιών.
3. Ενημερώστε για το πότε κάποιος θα πρέπει να συμβουλευτεί τους επαγγελματίες υγείας που εργάζονται σε κέντρα πρωτοβάθμιας φροντίδας και πότε πρέπει να παραπεμφθεί σε εξειδικευμένο επαγγελματία υγείας.
4. Περιγράψτε τα υπάρχοντα μέτρα αξιολόγησης για τη χρήση καπνού, όπως είναι η παρακολούθηση των επιπέδων μονοξειδίου του άνθρακα και της κοτινίνης.

Σχεδιασμός Θεραπείας

1. Αναπτύξτε ένα εξατομικευμένο θεραπευτικό σχήμα χρησιμοποιώντας θεραπευτικές στρατηγικές βασισμένες σε ενδείξεις.
2. Σε συνεργασία με τον ασθενή, προσδιορίστε συγκεκριμένους μετρήσιμους θεραπευτικούς στόχους.
3. Σχεδιάστε εξατομικευμένες θεραπείες που λαμβάνουν υπόψη τους παράγοντες που εντοπίστηκαν κατά την αξιολόγηση της λήψης ιστορικού του ασθενούς.
4. Συνεργατικά με τον ασθενή, δημιουργήστε ένα θεραπευτικό σχέδιο που να συμπεριλαμβάνει στρατηγικές οι οποίες θα τον βοηθήσουν να κάνει προσπάθεια διακοπής του καπνίσματος.
5. Περιγράψτε ένα πλάνο επαναξιολόγησης για να αντιμετωπίσετε πιθανά ζητήματα που μπορεί να προκύψουν, συμπεριλαμβανομένων και των αρνητικών αποτελεσμάτων.
6. Να παραπέμπετε σε άλλους επαγγελματίες υγείας ή να συστήσετε πρόσθετη φροντίδα στις περιπτώσεις που κρίνεται πως είναι απαραίτητο.

Φαρμακοθεραπεία

Θα πρέπει να παρέχετε σαφείς και ακριβείς πληροφορίες σχετικά με τις διαθέσιμες επιλογές φαρμακοθεραπείας και τη θεραπευτική τους χρήση.

1. Περιγράψτε τα οφέλη από το συνδυασμό φαρμακοθεραπείας και συμβουλευτικής.
2. Παρέχετε πληροφορίες σχετικά με την ορθή χρήση, την αποτελεσματικότητα, τις πιθανές παρενέργειες και τις αντενδείξεις για όλα τα φάρμακα που έχουν εγκριθεί από τους εθνικούς ρυθμιστικούς οργανισμούς.
3. Βρείτε πληροφορίες σχετικές με το ιατρικό και ψυχιατρικό ιστορικό που ενδέχεται να επηρεάσουν την επιλογή φαρμακοθεραπείας.
4. Παρέχετε την κατάλληλη εκπαίδευση στους ασθενείς για τις θεραπευτικές επιλογές όσο και για την απαραίτητη δοσολογία ανάλογα με την υπάρχουσα κατάσταση.
5. Εντοπίστε τα χαρακτηριστικά, τη διάρκεια, την επίπτωση και το μέγεθος των συμπτωμάτων στέρησης.
6. Ενημερώστε σχετικά με τη δυνατότητα χρήσης συνδυαστικών ή/και υψηλότερης δόσης φαρμάκων για αύξηση της πιθανότητας αποχής.
7. Μάθετε περισσότερα για τα φάρμακα δεύτερης γραμμής.
8. Προσδιορίστε τις πιθανές ανεπιθύμητες παρενέργειες και επιπλοκές που σχετίζονται με τη χρήση φαρμακοθεραπείας για την εξάρτηση από τη νικοτίνη.
9. Να είστε σε θέση να αντιμετωπίσετε πιθανές παρενέργειες που μπορεί να προκληθούν από τα φάρμακα.
10. Συνεργαστείτε με άλλους επαγγελματίες υγείας για το συντονισμό της κατάλληλης φαρμακευτικής αγωγής ειδικά σε καταστάσεις συννοσηρότητας (ιατρικές ή ψυχιατρικές ασθένειες).
11. Παρέχετε πληροφορίες σχετικά με εναλλακτικές θεραπείες βασισμένες σε επιστημονικά τεκμηριωμένες ανασκοπήσεις.

Πρόληψη υποτροπής

Χρησιμοποιήστε μεθόδους για να μειώσετε την πιθανότητα υποτροπής και φροντίστε να παρέχετε συνεχή υποστήριξη στους καπνιστές.

1. Προσδιορίστε τους προσωπικούς παράγοντες κινδύνου και ενσωματώστε τους στο πρόγραμμα θεραπείας.

2. Περιγράψτε τις στρατηγικές και τις δεξιότητες αντιμετώπισης που μπορούν να μειώσουν τον κίνδυνο υποτροπής.
3. Παρέχετε καθοδήγηση για την τροποποίηση του σχεδίου θεραπείας και για τη μείωση του κινδύνου υποτροπής.
4. Περιγράψτε ένα σχέδιο συνεχούς φροντίδας μετά την αρχική θεραπεία.
5. Παραπέμψτε σε εξειδικευμένους επαγγελματίες υγείας αν χρειαστεί για τη μείωση της πιθανότητας υποτροπής.
6. Εφαρμόστε θεραπευτικές στρατηγικές για κάποιον που έχει υποτροπιάσει.

Προσέγγιση δύσκολων/ ειδικών κατηγοριών καπνιστών

Θα πρέπει να είστε σε θέση να εργάζεστε με διάφορες υπο-ομάδες και κατηγορίες καπνιστών που αντιμετωπίζουν ειδικά προβλήματα υγείας.

1. Προσαρμόστε την παροχή συμβουλευτικής στο πολιτιστικό και πολιτισμικό υπόβαθρο του κάθε ασθενή.
2. Περιγράψτε συγκεκριμένα σχήματα θεραπείας για ειδικές ομάδες (π.χ. έγκυες, εφήβους, ηλικιωμένους, νοσηλευόμενους, ψυχιατρικούς ασθενείς, ασθενείς με χρόνιες αναπνευστικές ασθένειες).
3. Δείξτε την ικανότητα ανταπόκρισης σε καταστάσεις υψηλού κινδύνου.
4. Κάντε αποτελεσματικές συστάσεις θεραπείας για εκείνους που κάνουν χρήση άλλου τύπου προϊόντων καπνού.
5. Κάντε συστάσεις για όσους εκτίθενται στο παθητικό κάπνισμα.

Τεκμηρίωση και αξιολόγηση

Χρησιμοποιήστε μεθόδους για την παρακολούθηση της ατομικής προόδου, την τήρηση αρχείων, την επιστημονική τεκμηρίωση του προγράμματος, την μέτρηση των αποτελεσμάτων και την υποβολή εκθέσεων.

1. Διατηρείτε ακριβή αρχεία χρησιμοποιώντας πρακτικές κωδικοποίησης που είναι κατάλληλες για τη ρύθμιση στην οποία παρέχονται οι υπηρεσίες.
2. Αναπτύξτε και εφαρμόστε πρωτόκολλο για την παρακολούθηση και την πρόοδο των καπνιστών.
3. Περιγράψτε τυποποιημένες και αναγνωρισμένες μεθόδους μέτρησης και αξιολόγησης των αποτελεσμάτων της θεραπείας εξάρτησης από τη νικοτίνη, τόσο σε ατομικό επίπεδο όσο και σε επίπεδο προγράμματος παρέμβασης.

Επαγγελματικοί πόροι

Χρησιμοποιήστε πόρους που είναι διαθέσιμοι για την υποστήριξη των ασθενών και για την επαγγελματική εκπαίδευση.

1. Αναφέρετε στους ασθενείς (μέσω διαδικτύου, τηλεφωνικής υποστήριξης, κοινότητας) τις διαθέσιμες πηγές για την υποστήριξη της διακοπής του καπνίσματος.
2. Βρείτε κοινοτικές δομές στις οποίες να υπάρχει η δυνατότητα παραπομπής ιατρικών, ψυχιατρικών και ψυχοκοινωνικών περιστατικών.
3. Χρησιμοποιήστε επιστημονικά περιοδικά, ιστοσελίδες και ενημερωτικά δελτία σχετικά με την εξάρτηση στη νικοτίνη.
4. Βρείτε πόρους που μπορούν να καλύψουν τα έξοδα θεραπείας των ασθενών.

Νόμος και Δεοντολογία

Θα πρέπει να πάρετε άδεια ηθικής και δεοντολογίας και να ακολουθήσετε τις οδηγίες και τους κανονισμούς της κυβέρνησης για την υγειονομική περίθαλψη και τη ρύθμιση του χώρου εργασίας.

1. Χρησιμοποιήστε τον κώδικα δεοντολογίας, που υπάρχει στον οργανισμό σας.
2. Χρησιμοποιήστε τους κανονισμούς που ισχύουν για τη διακοπή του καπνίσματος (εμπιστευτικότητα, απόρρητο, ειδικές ρυθμίσεις για το χώρο εργασίας).

Επαγγελματική ανάπτυξη

Αναλάβετε την ευθύνη για τη συνεχή επαγγελματική ανάπτυξη τόσο τη δική σας όσο και των άλλων επαγγελματιών υγείας.

1. Διατηρείστε τα επαγγελματικά πρότυπα.
2. Χρησιμοποιήστε τη βιβλιογραφία και άλλες επίσημες πηγές πληροφόρησης για να ενημερωθείτε σχετικά με τις επικαιροποιημένες γνώσεις και δεξιότητες πάνω στη θεραπεία διακοπής του καπνίσματος.
3. Περιγράψτε την εφαρμογή της τρέχουσας έρευνας στην διακοπή του καπνίσματος.
4. Διαδώστε τις γνώσεις και τα ευρήματα σχετικά με τη θεραπεία διακοπής του καπνίσματος.

Βιβλιογραφία

1. ATTUD Core competencies for evidence-based treatment of tobacco dependence. Association for the Treatment of Tobacco Use and Dependence, April 2005. <http://www.attud.org/docs/Standards.pdf>

6.7 Προϋποθέσεις σχετικά με την παροχή διαπίστευσης για την εξειδίκευση μιας υπηρεσίας πάνω στη διακοπή του καπνίσματος

Οι υπηρεσίες διακοπής καπνίσματος (Tobacco cessation service, TCS)¹ ορίζεται κάθε υπηρεσία όπου ένας επαγγελματίας υγείας ασχολείται με τη διακοπή του καπνίσματος.

Σύμφωνα με εκτίμηση της e.SCCAN υπολογίζεται ότι υπάρχουν 2500 υπηρεσίες διακοπής καπνίσματος.² Όλες αυτές οι υπηρεσίες αναφέρουν ως στόχο τους τη διακοπή του καπνίσματος. Οι υπηρεσίες διακοπής καπνίσματος πραγματοποιούν τα εξής:

- Αναλαμβάνουν περιπτώσεις διακοπής καπνίσματος
- Εκπαιδεύουν επαγγελματίες υγείας πάνω στη διακοπή καπνίσματος
- Διενεργούν έρευνα/αξιολόγηση των παρεμβάσεων διακοπής καπνίσματος
- Μεταδίδουν τη γνώση για τις καλές πρακτικές διακοπής του καπνίσματος
- Προάγουν την υγεία

6.7.1 Τα τρία επίπεδα των υπηρεσιών διακοπής καπνίσματος²

Ο ορισμός των υπηρεσιών διακοπής καπνίσματος περιλαμβάνει τρεις υπο-ομάδες:

- Μονάδες διακοπής καπνίσματος;
- Εξειδικευμένα ιατρεία διακοπής καπνίσματος;
- Κέντρα συμβουλευτικής διακοπής καπνίσματος;

Ειδική μονάδα διακοπής καπνίσματος

Η ειδική μονάδα διακοπής καπνίσματος είναι ένα κέντρο αφιερωμένο στη διακοπή του καπνίσματος με έναν τουλάχιστον ιατρό και δύο επαγγελματίες υγείας, ένας από τους οποίους είναι ειδικός στη διακοπή του καπνίσματος με ικανότητα συνταγογράφησης φαρμακευτικής αγωγής, συμπεριφορικής υποστήριξης, παροχής κλινικών δοκιμών CO για όλους τους ασθενείς, λήψη ιστορικού και αξιολόγηση δραστηριότητας.

Εξειδικευμένα ιατρεία διακοπής καπνίσματος

Τα εξειδικευμένα ιατρεία διακοπής καπνίσματος μπορεί να

λειτουργούν είτε σε πλήρες, είτε σε μειωμένο ωράριο. Στους επαγγελματίες υγείας που εργάζονται εκεί παρέχεται η δυνατότητα συνταγογράφησης φαρμάκων, χωρίς όμως το πλήρες φάσμα επιλογών που προσφέρει μία κλινική διακοπής καπνίσματος.

Κέντρο συμβουλευτικής διακοπής καπνίσματος

Το κέντρο συμβουλευτικής για τη διακοπή του καπνίσματος είναι ένα κέντρο αφιερωμένο στη θεραπεία διακοπής του καπνίσματος όπου απαιτείται η παρουσία ειδικού, αλλά όχι η παρουσία ιατρού. Έχει συνήθως την παρουσία ψυχολόγου, νοσηλεύτη, ή άλλου επαγγελματία υγείας οι οποίοι ενεργούν ως σύμβουλοι. Δεν υπάρχει η δυνατότητα συνταγογράφησης φαρμάκων, αλλά δίνονται συμβουλές για φαρμακολογική υποστήριξη. Βλέπε Σχήμα 6.3.

Σε όλα τα μέρη όπου πραγματοποιείται διακοπή καπνίσματος, θα πρέπει να ακολουθούνται οι κατευθυντήριες οδηγίες βέλτιστης πρακτικής για τη θεραπεία διακοπής του καπνίσματος. Προκειμένου να αποκτηθεί πιστοποίηση για την εξειδίκευση μιας υπηρεσίας πάνω στη διακοπή του καπνίσματος, είναι υποχρεωτική η τήρηση των παρακάτω:

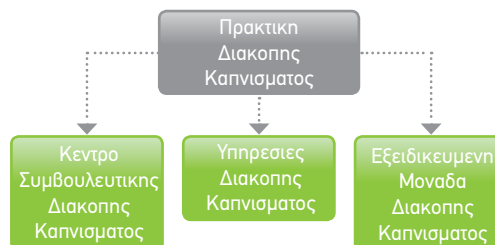
6.7.2 Πιστοποίηση εξειδικευμένων μονάδων διακοπής καπνίσματος

Τα πιστοποιημένα κέντρα για τη διακοπή καπνίσματος συνιστάται να διαθέτουν εκπαιδευμένο προσωπικό και κατάλληλη υλικοτεχνική δομή.³ Οι μονάδες αυτές θα πρέπει να έχουν, επίσης, καλή υγειονομική περίθαλψη, εκπαίδευση και ερευνητική δραστηριότητα.

Ανθρώπινο Δυναμικό

- Σύμφωνα με τα επιστημονικά στοιχεία, η αντιμετώπιση από μία ομάδα επαγγελματιών υγείας και όχι μόνο από έναν

Σχήμα 6.3: Τα τρία επίπεδα παροχής υπηρεσιών διακοπής καπνίσματος (από το e.SCCAN)²



- επαγγελματία υγείας, αυξάνει τα ποσοστά επιτυχίας στη διακοπή του καπνίσματος.³
- Μία διεπιστημονική ομάδα, συμπεριλαμβανομένων ιατρών, νοσηλευτών, ψυχολόγων, διαιτολόγων είναι η βέλτιστη ομάδα για να καλύψει τις ανάγκες ενός ασθενή στην προσπάθειά του να διακόψει το κάπνισμα.
 - Σε κάθε υπηρεσία διακοπής καπνίσματος χρειάζεται ένας ειδικός. Σύμφωνα με τον ΠΟΥ ειδικός στη διακοπή καπνίσματος είναι εκείνος που έχει εκπαιδευτεί και πληρώνεται για να παρέχει εξειδικευμένη υποστήριξη στους καπνιστές με συμβουλευτική, χωρίς να έχει ιατρική εκπαίδευση.
 - Οι ιατροί μπορούν να καλύψουν όλες τις εργασίες στην υπηρεσία διακοπής καπνίσματος.
 - Οι επαγγελματίες υγείας που δεν είναι ιατροί μπορούν να παρέχουν υποστήριξη για τη διακοπή του καπνίσματος τόσο σε μία ιατρική όσο και σε μία μη ιατρική μονάδα.
 - Οι επαγγελματίες υγείας που δεν είναι εκπαιδευμένοι στη διακοπή καπνίσματος μπορούν να διαδραματίσουν συγκεκριμένο ρόλο με επίβλεψη.
 - Οι εξειδικευμένοι επαγγελματίες υγείας, όπως είναι οι μαίες για την περίοδο της εγκυμοσύνης και της λοχείας, οι αναισθησιολόγοι για χειρουργημένους ασθενείς, οι ψυχίατροι για τους καπνιστές με ψυχιατρικές ασθένειες, μπορεί να διαδραματίσουν σημαντικό ρόλο σε αυτούς τους πληθυσμούς.
 - Το προσωπικό θα πρέπει να είναι επαρκές ώστε να εξασφαλίζεται η πρώτη επίσκεψη του ασθενή το αργότερο μέχρι τρεις εβδομάδες μετά από το τη στιγμή που εξέφρασε την επιθυμία του για διακοπή του καπνίσματος.
 - Το κέντρο θα πρέπει να στελεχώνεται από μία διεπιστημονική ομάδα επαγγελματιών υγείας, που να ειδικεύεται στην αντιμετώπιση της εξάρτησης από τη νικοτίνη. Οι επαγγελματίες αυτοί θα πρέπει να διαθέτουν γνώσεις και προσόντα πάνω στον συγκεκριμένο τομέα, να είναι ειδικοί ως προς τη διάγνωση και τη θεραπεία της εξάρτησης από τη νικοτίνη και να πληρώνονται γι' αυτές τις δραστηριότητες.
 - Είναι απαραίτητο οι επαγγελματίες υγείας που εργάζονται σε μονάδες διακοπής καπνίσματος να είναι σε θέση να εκπαιδεύουν, να κάνουν διάγνωση και να θεραπεύουν την εξάρτηση από τη νικοτίνη.
 - Ιδανικά, το κέντρο θα πρέπει να διαθέτει διοικητικό προσωπικό

για να αναλαμβάνει τις κλήσεις και τα αρχεία των ασθενών.

- Η διαθεσιμότητα αυτών των πόρων θα πρέπει να είναι τεκμηριωμένη, η πιστοποίηση να ζητηθεί από κάποια αρμόδια αρχή, και να αποδεικνύει την ύπαρξη διεπιστημονικής ομάδας με τα καθορισμένα προσόντα, ενώ απαιτείται πιστοποίηση της κατάλληλης εκπαίδευσης για την πρόληψη, διάγνωση και θεραπεία.

Πόροι

- Διαθέσιμα δωμάτια: δωμάτιο συμβουλευτικής, διοικητικό γραφείο, αίθουσα αναμονής και αίθουσα συνεδριάσεων.
- Υπολογιστές με βάσεις δεδομένων και αρχεία για τη διακοπή καπνίσματος.
- Ειδικά κλινικά αρχεία για την κατανάλωση καπνού.
- Πρωτόκολλα παρέμβασης.
- Υλικά αυτο-βοήθειας.
- Υλικό γραφείου.
- Οπτικοακουστικό υλικό.
- Κλινικό υλικό: στηθοσκόπιο, καταγραφή αρτηριακής πίεσης, συσκευή μέτρησης CO, σπιρόμετρο, ηλεκτροκαρδιογράφος, ζυγαριά με αναστημόμετρο (BMI). Δείγματα φαρμάκων. Δυνατότητα μέτρησης νικοτίνης ή κοτινίνης στα σωματικά υγρά.
- Τηλέφωνο επικοινωνίας.

Πρέπει να υπάρχει συνεχής διαθεσιμότητα των υλικοτεχνικών αυτών δομών. Θα πρέπει να υπάρχει πιστοποίηση από την

Πίνακας 6.3: Ερωτηματολόγια για υπηρεσίες διακοπής καπνίσματος

Ερωτηματολόγια αυτό-αξιολόγησης (υποχρεωτικά):
- Προφίλ της χρήσης καπνού,
- Κλίμακα αξιολόγησης του βαθμού εξάρτησης από τη νικοτίνη: Κλίμακα Fagerström
Ερωτηματολόγια αυτό-αξιολόγησης (συνιστώμενα):
- Ερωτηματολόγιο αξιολόγησης της διάθεσης (HAD ή άλλα),
- Ερωτηματολόγια σχετικά με την κινητοποίηση για διακοπή / Αντιληπτά εμπόδια
Μη αυτό-συμπληρούμενα ερωτηματολόγια:
- Ερωτηματολόγια όπως το «Beck Depression Inventory (BDI)»

αρμόδια αρχή για τη χρήση των κλινικών δεδομένων, των βάσεων δεδομένων και των φακέλων των ασθενών. Απαιτείται παρουσίαση του κλινικού αρχείου μαζί με ειδικά ερωτηματολόγια, πρωτόκολλα και υλικά αυτοβοήθειας.

Κατηγορίες καπνιστών που πρέπει να παραπέμπονται σε υπηρεσίες διακοπής καπνίσματος

Καπνιστές σε ομάδες υψηλού κινδύνου

Ο κύριος ρόλος των υπηρεσιών διακοπής καπνίσματος είναι η διασφάλιση της υψηλού επιπέδου θεραπείας για τους καπνιστές που βρίσκονται σε ομάδες υψηλού κινδύνου, όπως έγκυες γυναίκες, καπνιστές με προγραμματισμένη χειρουργική επέμβαση, καπνιστές με ψυχολογικές, καρδιαγγειακές, αναπνευστικές ασθένειες και ασθενείς με καρκίνο, καπνιστές με εξαρτήσεις (αλκοόλ, ναρκωτικά), καπνιστές που ανήκουν σε ευάλωτες κοινωνικές ομάδες, καπνιστές που έχουν ιστορικό με ανεπιτυχείς προσπάθειες διακοπής.

Όλοι οι χρήστες καπνού

Όλοι οι χρήστες καπνού που χρειάζονται βοήθεια στη διαδικασία διακοπής μπορούν να παραπεμφθούν σε υπηρεσίες διακοπής καπνίσματος από κάποιον επαγγελματία υγείας, μέσω των γραμμών διακοπής καπνίσματος ή να πάνε στις υπηρεσίες αυτές από μόνοι τους.

Συγκεκριμένο κοινό

Οι υπηρεσίες διακοπής καπνίσματος μπορεί να είναι εξειδικευμένες για μία ομάδα στόχο, όπως οι έγκυες γυναίκες, οι έφηβοι ή οι καπνιστές εθισμένοι σε ουσίες. Στις περιπτώσεις αυτές πρέπει να αναφέρεται η εξειδίκευση της υπηρεσίας.

Δραστηριότητες στον τομέα της υγείας

Η πιστοποίηση μιας υπηρεσίας για την εξειδίκευσή της πάνω στη διακοπή του καπνίσματος βασίζεται κυρίως σε ποιοτικά κριτήρια υγειονομικής περίθαλψης. Τα κριτήρια που καθορίζουν την ποιότητα πρόληψης και διάγνωσης είναι τα ακόλουθα:

Η υγειονομική περίθαλψη πρέπει να παρέχεται σε τρεις μορφές:

- Ατομική,
- Ομαδική,
- Μέσω τηλεφώνου.

Τα κέντρα πρέπει να παρέχουν και τις τρεις μορφές θεραπείας.

Τα πρωτόκολλα θεραπείας πρέπει να προβλέπουν τον απαραίτητο αριθμό επισκέψεων και επαναπαρακολούθησης. Η επαναπαρακολούθηση θα πρέπει να επεκτείνεται για τουλάχιστον δώδεκα μήνες μετά την ημερομηνία διακοπής.

- Στην περίπτωση των ατομικών θεραπειών, οι ασθενείς θα πρέπει να παρακολουθούνται για τουλάχιστον έξι φορές, και κάθε επίσκεψη δεν θα διαρκεί λιγότερο από 15 λεπτά. Η πρώτη επίσκεψη δεν θα διαρκεί λιγότερο από 30 λεπτά.
- Στην περίπτωση των ομαδικών συνεδριών, θα πραγματοποιούνται 5 με 9 συνεδρίες διάρκειας 45 με 90 λεπτά.
- Οι συνεδρίες μέσω τηλεφώνου θα πρέπει να πραγματοποιούνται όταν ο ασθενής αντιμετωπίζει δυσκολία στο να επισκεφτεί το κέντρο, όταν δεν χρειάζεται εντατική θεραπεία και όταν απαιτείται άμεση θεραπεία.

Η δραστηριότητα της υγειονομικής περίθαλψης θα πρέπει να διεξάγεται από μία διεπιστημονική ομάδα ιατρών, νοσηλευτών και ψυχολόγων. Όλοι θα πρέπει να είναι εξειδικευμένοι στην πρόληψη, στη διάγνωση και στη θεραπεία του καπνίσματος.

Οι δραστηριότητες των υπηρεσιών αυτών δεν θα πρέπει να περιορίζονται μέσα στη μονάδα υγείας. Οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να είναι πρόθυμοι να αντιμετωπίσουν και να επιλύσουν

Πίνακας 6.4: Υπόδειγμα συνεδρίας διακοπής καπνίσματος

Πρώτη επίσκεψη:
- πρόσωπο με πρόσωπο ή σε ομαδική συνεδρία
- καταγραφή ιστορικού χρήσης καπνού, εκπαίδευση στα προϊόντα καπνού, επιπτώσεις της χρήσης καπνού στην υγεία και οφέλη από τη διακοπή του καπνίσματος
- εκτεταμένη: 30-60 λεπτά
Επαναληπτικές επισκέψεις:
- 5-9 επαναληπτικές επισκέψεις, π.χ. στις εβδομάδες 2, 4, 8, 12, 26 ή μετά από 1 χρόνο
- διάρκεια: 15-30 λεπτά
- στις περιπτώσεις όπου δεν μπορεί να γίνει κατά πρόσωπο συνάντηση, εναλλακτικά μπορεί να χρησιμοποιηθεί η τηλεφωνική επικοινωνία και η επικοινωνία μέσω διαδικτύου
- προσαρμογή στη κατάσταση και τις ανάγκες του ασθενή

τυχόν δυσκολίες που μπορεί να αντιμετωπίσουν άλλοι συνάδελφοι τους κατά την διάρκεια παροχής υπηρεσιών διακοπής καπνίσματος. Απαιτείται η παρουσίαση των απαραίτητων εγγράφων που να αποδεικνύουν την ύπαρξη πρωτοκόλλων υγειονομικής περίθαλψης. Τα έγγραφα θα πρέπει να εμπεριέχουν και τα εξής καταγεγραμμένα δεδομένα: αριθμό ασθενών ανά έτος (ελάχιστος απαιτούμενος αριθμός = 300), αριθμός «check-up» που γίνονται ανά έτος (ελάχιστος απαιτούμενος αριθμός = 1000), αριθμός μετρήσεων CO ανά έτος (ελάχιστος απαιτούμενος αριθμός = 1000), αριθμός μετρήσεων νικοτίνης/ κοτιτίνης ανά έτος (ελάχιστος απαιτούμενος αριθμός = 100), αριθμός εξέτασης σπιρομέτρησης ανά έτος, και αριθμός μελετών ανά έτος.

Οι υπηρεσίες διακοπής καπνίσματος θα πρέπει να τηρούν τις διεθνείς και εθνικές κατευθυντήριες οδηγίες για τη διακοπή του καπνίσματος και να σέβονται τις καλές πρακτικές, τα δικαιώματα των ασθενών και να δεσμεύονται ως προς την τήρηση των κανόνων προστασίας δεδομένων.

Θα πρέπει να τηρούνται αρχεία από τις αρμόδιες αρχές και να πιστοποιείται ο συντονισμός των δραστηριοτήτων της κάθε μονάδας με τις άλλες μονάδες και υπηρεσίες σε θέματα σχετικά με την πρόληψη και τη θεραπεία του καπνίσματος.

Οι υπηρεσίες διακοπής καπνίσματος θα πρέπει να διαδίδουν τις καλές πρακτικές θεραπείας και σε άλλες δομές υγείας, καθώς και στο ευρύ κοινό.

Εκπαιδευτικές δραστηριότητες

- Οι επαγγελματίες υγείας που θα αναλαμβάνουν τη διεξαγωγή των εκπαιδευτικών δραστηριοτήτων σχετικά με την πρόληψη, τη διάγνωση και τη θεραπεία του καπνίσματος τόσο στην ιατρική σχολή όσο και σε άλλες σχολές υγείας, θα πρέπει να διαθέτουν επαρκή προσόντα.
- Οι μονάδες αυτές θα πρέπει να είναι σε θέση να εκπαιδεύουν και άλλες υπηρεσίες και δομές που έχουν λιγότερη κατάρτιση πάνω στο θέμα της διακοπής του καπνίσματος.
- Οι εξειδικευμένες μονάδες διακοπής καπνίσματος θα πρέπει να είναι σε θέση να αναλάβουν την ευθύνη της εκπαίδευσης των φοιτητών της ιατρικής που ειδικεύονται στα αναπνευστικά προβλήματα, στη δημόσια υγεία, στη χειρουργική ή στη ψυχολογία, καταρτίζοντάς τους πάνω στην πρόληψη, στη διάγνωση και στη θεραπεία εξάρτησης από τη νικοτίνη.

Οι επαγγελματίες υγείας που εργάζονται με πλήρη απασχόληση στη μονάδα, προκειμένου να είναι σε θέση να αναλάβουν την εκπαίδευση προπτυχιακών φοιτητών, θα πρέπει να τεκμηριώσουν κατάλληλα τα απαραίτητα ακαδημαϊκά τους προσόντα. Θα αξιολογούνται, επίσης, και οι εξωτερικοί συνεργάτες όπως οι καθηγητές ιδιωτικών πανεπιστημίων, συμβεβλημένοι καθηγητές, βοηθοί καθηγητών κ.

Οι υπηρεσίες διακοπής καπνίσματος θα πρέπει να διαδίδουν τις ορθές πρακτικές θεραπείας εξάρτησης από τη νικοτίνη και σε άλλες υπηρεσίες υγείας καθώς και στο ευρύ κοινό.

Η παρουσίαση εγγράφων που να πιστοποιούν ότι το κέντρο αναλαμβάνει συστηματικά δραστηριότητες διδασκαλίας για τη συνεχή κατάρτιση των επαγγελματιών υγείας σε θέματα που σχετίζονται με την πρόληψη, τη διάγνωση και τη θεραπεία του καπνίσματος, θα εκτιμηθεί ιδιαίτερα. Ο αριθμός των μαθημάτων, των συνεδριών και άλλων εκπαιδευτικών συνεδριάσεων θα πρέπει να διευκρινιστεί για τα τελευταία δύο χρόνια. Θα πρέπει να διεξάγονται τουλάχιστον τέσσερις εκπαιδευτικές δραστηριότητες έτσι ώστε να διατηρήσει το κέντρο την πιστοποίησή του ως εξειδικευμένη μονάδα διακοπής καπνίσματος.

Θα έχει ιδιαίτερη σημασία η πιστοποίηση των φοιτητών της ιατρικής ή της ψυχολογίας, από μία διδακτική ομάδα ενός κέντρου υγείας ή νοσοκομειακού κέντρου.

Ερευνητικές δραστηριότητες

Οι εξειδικευμένες μονάδες διακοπής καπνίσματος θα πρέπει να παρουσιάζουν επαρκή ερευνητική δραστηριότητα διενεργώντας επιδημιολογικές και κλινικές μελέτες.

Οι υπηρεσίες διακοπής καπνίσματος θα πρέπει να αξιολογούν τη δραστηριότητά τους και να παρουσιάζουν τα δεδομένα της αξιολόγησής τους. Τα δεδομένα αυτά είναι ιδιαίτερα χρήσιμα, καθώς παρέχουν πληροφορίες που θα συντελέσουν στην οργάνωση μελλοντικών ερευνών και κατ' επέκταση θα συμβάλλουν στη βελτίωση της πρακτικής, της πρόληψης και της θεραπείας.

Οι υπηρεσίες διακοπής καπνίσματος μπορούν να συμμετέχουν και σε ακαδημαϊκές μελέτες, με την υποστήριξη ενός επικυρωμένου οργανισμού.

Οι υπηρεσίες διακοπής καπνίσματος θα πρέπει να υποβάλλουν ετήσιες εκθέσεις αναφοράς σχετικά με τις δραστηριότητές τους, και συγκεκριμένα να αναφέρουν:

- Τον αριθμό των ασθενών και τις επαναληπτικές συναντήσεις
- Την εξαμηνιαία κατάσταση όλων των ασθενών που επισκέπτονται την υπηρεσία
- Τη χρήση ηλεκτρονικών υπολογιστών για την καταγραφή δεδομένων

Προκειμένου να πιστοποιηθούν οι υπηρεσίες για την εξειδίκευσή τους στη διακοπή καπνίσματος, θα πρέπει να παρουσιάζουν τα απαραίτητα έγγραφα που να αποδεικνύουν την ερευνητική δραστηριότητα της μονάδας τα τελευταία πέντε χρόνια. Θα πρέπει να υποβάλλονται τα ακόλουθα έγγραφα: επιστημονικές δημοσιεύσεις (τουλάχιστον σε τρία εθνικά ή διεθνή περιοδικά), συμμετοχή σε διεθνή (τουλάχιστον τρία), και σε εθνικά συνέδρια (τουλάχιστον έξι).

Ο ρόλος των υπηρεσιών διακοπής καπνίσματος στην προαγωγή υγείας

Οι υπηρεσίες διακοπής καπνίσματος θα πρέπει να προωθούν έναν υγιεινό τρόπο ζωής τόσο μεταξύ των μη καπνιστών, όσο και των καπνιστών με ή χωρίς σχετική ασθένεια.

Συστάσεις:

- Κατά την εφαρμογή της τυποποιημένης Ευρωπαϊκής Οδηγίας, η οποία είναι βασισμένη στο ENSP - Quality Standards, θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη και να γίνεται σεβαστή η ποικιλομορφία που παρουσιάζουν τα 53 κράτη μέλη της Ευρωπαϊκής Περιφέρειας του ΠΟΥ4 με τις διαφορετικές δομές και τους διαφορετικούς οργανισμούς, τόσο στα υγειονομικά όσο και στα εκπαιδευτικά συστήματα.

Βιβλιογραφία

1. Jiménez-Ruiz CA., Solano-Reina S., Rebollo-Serrano JC., Esquinas C. for the Executive Committee, Smoking Cessation Group, Spanish Respiratory Society (SEPAR). Guide for the Accreditation of Smoking Cessation Services. www.separ.es
2. e.SCANN 2010 Report :The European Tobacco Cessation Clinics Assessment and Networking Project. www.ofta-asso.fr/escann
3. http://www.tabaccologia.it/filedirectory/PDF/4_2010/Tabaccologia_4-2010.pdf
4. <http://www.euro.who.int/en/where-we-work>

Πίνακας 6.5: Κλίμακα αξιολόγησης επάρκειας παροχής θεραπείας για τη διακοπή του καπνίσματος

Κλίμακα αξιολόγησης επάρκειας παροχής θεραπείας για τη διακοπή του καπνίσματος		Καμία εφαρμογή (0)	Κάποια εφαρμογή (0)	Μέτρια Εφαρμογή (0)	Σχεδόν πλήρης εφαρμογή (0)	Πλήρης εφαρμογή (0)	Μη εφαρμόσιμο (Δεν Απαντώ, Δ/Α)	Παρατηρήσεις
1. Η υπηρεσία διακοπής καπνίσματος δηλώνει ότι είναι αφιερωμένη στη φροντίδα των καπνιστών και στη διακοπή του καπνίσματος								ΣΤΟΧΟΣ
1.01	Η λέξη «καπνός» (ή συνώνυμα) υπάρχει γραπτά μέσα στην υπηρεσία ή στην είσοδο	0	1	2	3	4	Δ/Α	
1.02	Η λέξη «καπνός» (ή συνώνυμα) εμφανίζεται στην ιστοσελίδα της υπηρεσίας	0	1	2	3	4	Δ/Α	
1.03	Υπάρχει τηλέφωνο επικοινωνίας με την υπηρεσία διακοπής καπνίσματος ή με έναν επαγγελματία υγείας	0	1	2	3	4	Δ/Α	
1.04	Υπάρχει κατάλογος υπηρεσιών διακοπής καπνίσματος και η συγκεκριμένη υπηρεσία είναι μέσα στη λίστα	0	1	2	3	4	Δ/Α	

Συνεχίζεται

Πίνακας 6.5 Συνεχίζεται

2. Η υπηρεσία διακοπής καπνίσματος διαθέτει επαρκείς ανθρώπινους και υλικούς πόρους								ΠΟΡΟΙ
2.01	Ο χρόνος του προσωπικού είναι επαρκής για να εξασφαλίσει αναμονή λιγότερη των 3 εβδομάδων για την πρώτη επίσκεψη	0	1	2	3	4	Δ/Α	
2.02	Όλο το προσωπικό είναι κατάλληλα εκπαιδευμένο στη διακοπή καπνίσματος	0	1	2	3	4	Δ/Α	
2.03	Τουλάχιστον το μισό προσωπικό έχει πιστοποιηθεί ως εξειδικευμένο ως προς τη διακοπή καπνίσματος	0	1	2	3	4	Δ/Α	
2.04	Η συνταγογράφηση είναι διαθέσιμη	0	1	2	3	4	Δ/Α	
2.05	Υπάρχει ένα ήσυχο δωμάτιο >10m ² για σύσκεψη	0	1	2	3	4	Δ/Α	
2.06	Υπάρχει μετρητής CO /600 επισκέψεις το χρόνο	0	1	2	3	4	Δ/Α	
2.07	Υπάρχει ένας υπολογιστής στο δωμάτιο συσκέψεων	0	1	2	3	4	Δ/Α	
2.08	Υπάρχουν κλίμακες αξιολόγησης του βαθμού εξάρτησης από τη νικοτίνη, όπως αυτό του Fagerstrom	0	1	2	3	4	Δ/Α	
2.09	Υπάρχουν διαθέσιμες φαρμακευτικές αγωγές ή βιτρίνα με φάρμακα για να τα βλέπουν οι καπνιστές	0	1	2	3	4	Δ/Α	
3. Η υπηρεσία αναλαμβάνει όλους τους καπνιστές, αλλά ενδιαφέρεται για πιο σοβαρές περιπτώσεις. Εάν η υπηρεσία αποφασίσει να αναλάβει έναν συγκεκριμένο πληθυσμό π.χ. έγκυες, θα πρέπει η απόφαση αυτή να αναφέρεται ξεκάθαρα.								ΚΟΙΝΟ
3.01	>50% των νέων ασθενών έχουν συννοσηρότητα, συνεθισμό, εγκυμοσύνη ή χαμηλό εισόδημα	0	1	2	3	4	Δ/Α	
3.02	Οι πληθυσμοί που μπορούν να έχουν πρόσβαση αναφέρονται ξεκάθαρα (ΣΗΜ.: 4 εάν δεν υπάρχει περιορισμός πρόσβασης)	0	1	2	3	4	Δ/Α	
4. Η υπηρεσία σέβεται τις καλές πρακτικές και τις επικυρωμένες κατευθυντήριες οδηγίες σχετικά με τη διακοπή καπνίσματος.								ΚΑΛΕΣ ΠΡΑΚΤΙΚΕΣ
4.01	Εφαρμόζονται οι συστάσεις καλών πρακτικών	0	1	2	3	4	Δ/Α	
4.02	Η διάρκεια της πρώτης επίσκεψης είναι τουλάχιστον 30 λεπτά	0	1	2	3	4	Δ/Α	

Πίνακας 6.5 Συνεχίζεται

4.03	Η υπηρεσία διαδίδει καλές πρακτικές σε επαγγελματίες υγείας που δεν είναι εκπαιδευμένοι στη διακοπή καπνίσματος	0	1	2	3	4	Δ/Α	
5. Η υπηρεσία συμμετέχει στην εκπαίδευση επαγγελματιών υγείας πάνω στη διακοπή του καπνίσματος								ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ
5.01	Η υπηρεσία διακοπής καπνίσματος συμμετέχει στην εκπαίδευση των γιατρών, στην αξιολόγηση της εξάρτησης από τη νικοτίνη και στη διακοπή του καπνίσματος	0	1	2	3	4	Δ/Α	
5.02	Η υπηρεσία διακοπής καπνίσματος συμμετέχει στην εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας (πλην γιατρών) πάνω στη διακοπή του καπνίσματος	0	1	2	3	4	Δ/Α	
6. Η υπηρεσία καταγράφει και παρέχει τοπικά ή και εθνικά στοιχεία αξιολόγησης της διακοπής του καπνίσματος								ΕΡΕΥΝΑ
6.01	Η υπηρεσία καταγράφει και παρέχει τοπικά ή και εθνικά στοιχεία αξιολόγησης για τη διακοπή του καπνίσματος	0	1	2	3	4	Δ/Α	
6.02	Η υπηρεσία συμμετέχει στην ακαδημαϊκή έρευνα για την εξάρτηση από τη νικοτίνη	0	1	2	3	4	Δ/Α	
7. Η υπηρεσία διακοπής καπνίσματος προωθεί την αγωγή υγείας στην κοινότητα								ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ
7.01	Η υπηρεσία προώθησε από πέρυσι μέχρι φέτος την αγωγή υγείας	0	1	2	3	4	Δ/Α	
8. Η υπηρεσία διακοπής καπνίσματος αξιολογεί τη δραστηριότητά της και προχωρεί σε συνεχή βελτίωση με ανατροφοδότηση της αξιολόγησής της								ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ
8.01	Αξιολογήσανε και καταγράψανε την όλη αποχή από το κάπνισμα	0	1	2	3	4	Δ/Α	
8.02	Στατιστικά στοιχεία για το αποτέλεσμα της διακοπής καπνίσματος	0	1	2	3	4	Δ/Α	
ΣΥΝΟΛΟ /100								
ΚΕΝΤΡΟ					ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ		ΣΥΝΟΛΟ	

ΜΕΡΟΣ ΤΕΤΑΡΤΟ | Κεφάλαιο 7

Διακοπή καπνίσματος σε
πληθυσμιακές ομάδες
υψηλού κινδύνου



Αυτό το κεφάλαιο είναι μια **περίληψη των κατευθυντήριων οδηγιών που αναπτύχθηκαν μέσω του προγράμματος TOB.g - Κατευθυντήριες οδηγίες για την διακοπή καπνίσματος για πληθυσμούς υψηλού κινδύνου**. Το παρόν κομμάτι αποτελεί μέρος του έργου 664292 - "Κατευθυντήριες οδηγίες για την διακοπή καπνίσματος σε ομάδες υψηλού κινδύνου (TOB.g)", το οποίο έχει χρηματοδοτηθεί από το πρόγραμμα υγείας της Ευρωπαϊκής Ένωσης (2014-2020).

Συγγραφείς των κατευθυντήριων οδηγιών είναι: Anastasios Fotiou, Christina-Maria Gavrilescu, Anna Kokkevi, Lucia Maria Lotrean, Andriani Loukopolou, Myrto Stavrou, Antigona Carmen Trofor, Victoria Vivilaki.



Co-funded by the Health Programme of the European Union

The content of this report represents the views of the author only and is his sole responsibility; it cannot be considered to reflect the views of the European Commission and/or the Consumers, Health, Agriculture and Food Executive Agency or any other body of the European Union. The European Commission and the Agency do not accept any responsibility for use that may be made of the information it contains.

Εκδότες των κατευθυντήριων οδηγιών TOB-G είναι:

- Prof. Panagiotis Behrakis, Principal Investigator of the TOB.g Project and editor of the TOB.g Guidelines
- Constantine Vardavas, Scientific Coordinator of the TOB.g Project and co-editor of the TOB.g Guidelines
- Sophia Papadakis, Scientific Expert of the TOB.g Project and co-editor of the TOB.g

Το παρόν κεφάλαιο έχει προστεθεί στις κατευθυντήριες οδηγίες για την διακοπή του καπνίσματος του ENSP 2018 στο πλαίσιο του **CHAFEA OPERATING GRANT με κωδικό αριθμό: 824213**.

7.0 Διακοπή καπνίσματος σε πληθυσμιακές ομάδες υψηλού κινδύνου

7.1 Διακοπή του καπνίσματος κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης

Αυτό το ειδικό κεφάλαιο των Ευρωπαϊκών Κατευθυντήριων Οδηγιών για την διακοπή του καπνίσματος αποσκοπεί στο να συνοψίσει τα στοιχεία σχετικά με τον κίνδυνο που απορρέει από την χρήση καπνού ή την έκθεση στο παθητικό κάπνισμα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης αλλά και μετά τον τοκετό. Σκοπός είναι να παρουσιαστούν αποτελεσματικές προσεγγίσεις για την στήριξη της διακοπής και την πρόληψη της υποτροπής.

Η χρήση του καπνού από έγκυες γυναίκες και η έκθεση στο παθητικό καπνό κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης επιφέρουν σημαντικό κίνδυνο τόσο για το έμβρυο όσο και για το νεογνό. Το κάπνισμα από την μητέρα έχει συσχετιστεί με μια σειρά ανεπιθύμητων αποτελεσμάτων.¹ Η χρήση καπνού κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης είναι στην πραγματικότητα η πιο εύκολα αποτρέψιμη αιτία δυσμενών αποτελεσμάτων κατά την διάρκεια της

εγκυμοσύνης. Τα περιγεννητικά ποσοστά θνησιμότητας είναι 150% μεγαλύτερα όταν η μητέρα καπνίζει και το κάπνισμα εκτιμάται ότι είναι υπεύθυνο για το 15% όλων των περιπτώσεων πρόωρης γέννησης.¹⁻³

Οι ανεπιθύμητες παρενέργειες της χρήσης καπνού και της έκθεσης στο παθητικό κάπνισμα έχει επίσης αποδειχθεί ότι επεκτείνονται στην παιδική ηλικία και σχετίζονται με αυξημένο κίνδυνο συγγενών παραμορφώσεων, αιφνίδιου παιδικού θανάτου, γενετικά κληρονομικών νόσων, περιγεννητικής θνησιμότητας και νοσηρότητας, καθώς και νευρολογικές διαταραχές.⁴⁻¹⁰ Ο πίνακας 1 παρουσιάζει μια περίληψη των γνωστών επιδράσεων της χρήσης καπνού στην υγεία κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης.

Έκθεση στο παθητικό κάπνισμα

Η έκθεση στο παθητικό κάπνισμα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης συνδέεται με πολλαπλούς κινδύνους για την υγεία του εμβρύου. Αυτό περιλαμβάνει ένα σημαντικό αυξημένο κίνδυνο πρόωρου

Πίνακας 1: Μητρικό κάπνισμα και επιδράσεις στην υγεία του εμβρύου, νεογνού και παιδιού

Περίοδος επιδράσεις	Επιπτώσεις στην υγεία
Προγεννητικές επιδράσεις	Διαταραχές του πλακούντα
	Έκτοπη κύηση
	Αποκόλληση πλακούντα
	Προδρομικός πλακούντας
	Προεκλαμψία
	Πρώωρη γέννηση
	Αποβολή
	Πρώωρη ρήξη μεμβρανών
Μεταγεννητικές επιδράσεις	Αυξημένη περιγεννητική θνησιμότητα
	Πρώωρη γέννηση (δύο φορές μεγαλύτερη)
	Καθυστέρηση της ενδομήτριας ανάπτυξης
	Χαμηλό βάρος γέννησης βρέφους 150-250 γραμμάρια λιγότερο
	Σύνδρομο Αιφνίδιου Θανάτου Βρεφών (SIDS)
	Προβλήματα κατά την γέννηση
Επιδράσεις στην υγεία του παιδιού	Διαβήτης τύπου 2
	Παχυσαρκία
	Υπέρταση
	Μειωμένη χοληστερόλη
	Αυξημένη περίοδο νοσηλείας
	Βρογχικό άσθμα, λοίμωξη κατώτερου αναπνευστικού συστήματος, μειωμένη πνευμονική λειτουργία
	Διαταραχή συμπεριφοράς, Έλλειψη προσοχής και υπερκινητικότητα
	Χαμηλή ακαδημαϊκή απόδοση
	Σημαντική αύξηση ψυχιατρικών διαταραχών

τοκετού, βρογχοπνευμονικής δυσπλασίας, συγγενούς δυσμορφίας, άσθματος κλπ.^{6, 11-13} Ειδικότερα, οι έγκυες γυναίκες που εκτίθενται σε παθητικό κάπνισμα είναι 23% πιο πιθανό να βιώσουν θνησιμότητα του εμβρύου από πρόωρη γέννηση και 13% πιο πιθανό να γεννήσουν ένα παιδί με συγγενή δυσπλασία.^{14,15} Ένα περιβάλλον 100% χωρίς καπνό πρέπει να αποτελεί προτεραιότητα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης για όλες τις γυναίκες, συμπεριλαμβανομένων των μη καπνιστριών. Το περιβάλλον χωρίς καπνό πρέπει να διατηρείται κατά τη διάρκεια της μεταγεννητικής περιόδου για τα νεογνά και τα παιδιά.

Χρήση καπνού στην εγκυμοσύνη

Παρά τους υψηλούς κινδύνους που συνδέονται με τη χρήση καπνού κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, εκτιμάται ότι 6-19% των γυναικών στην Ευρώπη συνεχίζει να καπνίζει κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Επίσης ένα μεγάλο ποσοστό των γυναικών που διέκοψαν θα ξεκινήσουν το κάπνισμα ξανά μετά την εγκυμοσύνη.¹⁶ Η διακοπή του καπνίσματος είναι εξαιρετικά δύσκολη και λίγοι γνωρίζουν ότι λόγω διαφόρων παραγόντων μπορεί να είναι ακόμη πιο δύσκολο για την έγκυο γυναίκα να σταματήσει το κάπνισμα. Για παράδειγμα, οι ρυθμοί μεταβολισμού της νικοτίνης κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης αυξάνουν κατά 60-140% και συμβάλλουν σε μεγαλύτερη ανάγκη για νικοτίνη και δυσκολία στην διακοπή.¹⁷

Οι έγκυες γυναίκες που καπνίζουν χωρίζονται σε τρεις κατηγορίες:

- Αυτές που διακόπτουν από μόνες τους όταν διαπιστώνουν ότι είναι έγκυες.
- Εκείνες που περιορίζουν το κάπνισμα όταν διαπιστώνουν ότι είναι έγκυες.
- Εκείνες που συνεχίζουν να καπνίζουν κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης.

Παρεμβάσεις για διακοπή καπνίσματος κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης

Δεν υπάρχει ασφαλές επίπεδο καπνίσματος κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης και οι γυναίκες θα πρέπει να συμβουλευονται να διακόψουν το κάπνισμα τελείως. Συγκεκριμένα, διαπιστώθηκε ότι ο σχετικός κίνδυνος έκτοπης εγκυμοσύνης ήταν 1,6 και 2,3 φορές μεγαλύτερος στις γυναίκες που καπνίζαν 1-5 και 11-20 τσιγάρα

ημερησίως αντίστοιχα σε σύγκριση με τις μη καπνίστριες.¹⁸ Τα μεγαλύτερα οφέλη για την υγεία προέρχεται από την πλήρη διακοπή κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και όχι απλά από τη μείωση του καπνίσματος.^{19,20} Επιπλέον, οι γυναίκες θα πρέπει να ενθαρρύνονται να σταματήσουν το κάπνισμα πριν μείνουν έγκυες για να εξασφαλίσουν τα βέλτιστα αποτελέσματα κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης. Είναι σημαντικό ότι οι σοβαρές ανεπιθύμητες ενέργειες του καπνίσματος είναι αναστρέψιμες αν διακοπεί το κάπνισμα στις αρχές της εγκυμοσύνης. Από τα στοιχεία προκύπτει ότι οι γυναίκες που διέκοψαν το κάπνισμα κατά τη διάρκεια του πρώτου τριμήνου της εγκυμοσύνης γεννούν βρέφη παρόμοιου βάρους με εκείνα που οι μητέρες τους δεν κάπνιζαν ποτέ.^{21,22}

Η αυξημένη ανησυχία των γονέων σχετικά με τους κινδύνους του καπνίσματος όσον αφορά στην υγεία των νεογέννητων είναι ένας σημαντικός παράγοντας που αυξάνει την δεκτικότητα της μέλλουσας μητέρας για να σταματήσει το κάπνισμα.²³ Το ίδιο ισχύει και για τους μελλοντικούς πατεράδες και άλλα μέλη της οικογένειας.

Οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να έχουν σημαντικό ρόλο στην υποστήριξη της διακοπής μεταξύ των εγκύων γυναικών καθώς και άλλων μελών της οικογένειας. Λόγω των σημαντικών κινδύνων για την υγεία που μπορεί να προκύψουν για το έμβρυο ή το νεογέννητο ως αποτέλεσμα της χρήσης του καπνού, είναι σημαντικό οι επαγγελματίες υγείας που εργάζονται με έγκυες γυναίκες, συμπεριλαμβανομένων των οικογενειακών γιατρών, των μαϊών, των γυναικολόγων και των νοσηλευτών να γνωρίζουν τα τελευταία επιστημονικά τεκμηριωμένα στοιχεία και να είναι έτοιμοι να παρέμβουν και να υποστηρίξουν τις γυναίκες στην διακοπή.

Το μοντέλο των "5A" (Ask, Advise, Assess, Assist, Arrange) μπορεί να χρησιμοποιηθεί για την υποστήριξη της διακοπής καπνίσματος στην διάρκεια της εγκυμοσύνης (βλ. Σχεδιάγραμμα 2). Στο πλαίσιο του μοντέλου των 5A, για όλες οι έγκυες γυναίκες θα πρέπει να διερευνάται τόσο η καπνιστική τους συνήθεια όσο και η έκθεση τους στο παθητικό κάπνισμα. Η διαδικασία αυτή θα πρέπει να αποτελεί μέρος της καθημερινής κλινικής πρακτικής των επαγγελματιών υγείας που δουλεύουν με έγκυες γυναίκες. Θα πρέπει επίσης να γνωρίζουν οι επαγγελματίες υγείας ότι οι έγκυες που καπνίζουν συχνά επιλέγουν να μην το αποκαλύπτουν, πιθανώς λόγω του κοινωνικού στιγματισμού.

Το ποσοστό των γυναικών που αποκαλύπτουν ότι καπνίζουν κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης μπορεί να αυξηθεί κατά 40%

χρησιμοποιώντας ερωτήσεις πολλαπλής επιλογής αντί για μια απλή ερώτηση του τύπου ναι/όχι.²⁴⁻²⁶ Συνιστάται η επιβεβαίωση της έκθεσης ή/και χρήσης καπνού με συσκευή ανίχνευσης εμπνεόμενου μονοξειδίου του άνθρακα (CO monitoring). Επιπλέον, οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να συμβουλευτούν με μη επικριτικό τρόπο τις έγκυες γυναίκες που καπνίζουν να διακόψουν, να προσφέρουν την βοήθεια και την στήριξη τους και φυσικά να προγραμματίζουν επαναληπτικές συνεδρίες ώστε να παρακολουθούν την εξέλιξη.²⁴⁻²⁶

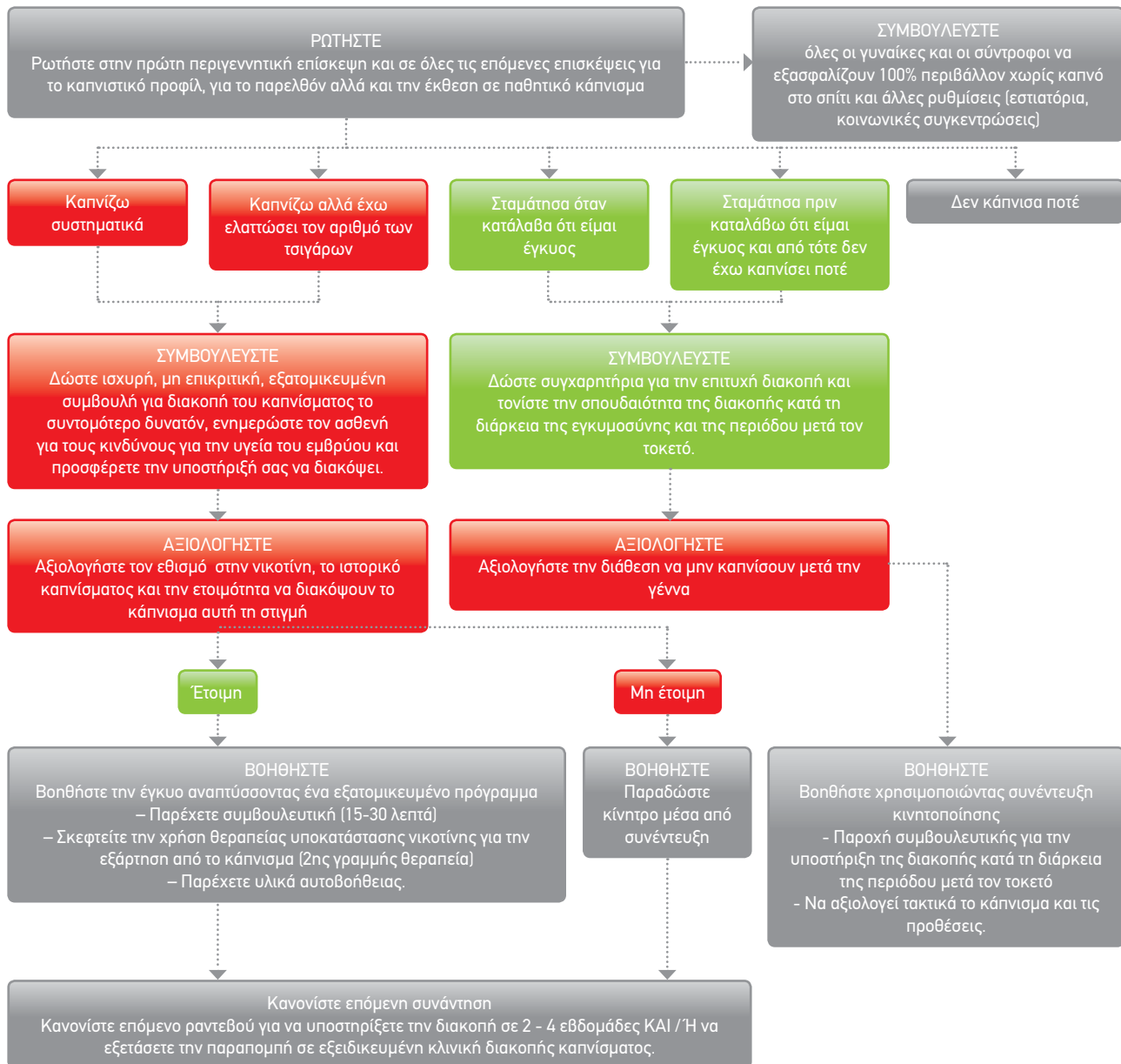
Συμβουλευτικές Παρεμβάσεις

Η εντατική συμβουλευτική συχνά απαιτείται για να υποστηρίξει τις έγκυες γυναίκες που δεν μπορούν να διακόψουν μόνες τους. Η εντατική συμβουλευτική έχει αποδειχθεί ότι αυξάνει σημαντικά την πιθανότητα διακοπής του καπνίσματος μεταξύ των εγκύων σε σύγκριση με τη συνήθη περίθαλψη (σε 30 μελέτες, RR=1.44, 95% CI=1.19 έως 1.73).²⁷ Στις περισσότερες μελέτες, η συμβουλευτική για πάνω από 15 λεπτά βρέθηκε ότι είναι αποτελεσματικότερη από το αν παρέχεται σύντομη συμβουλευτική λίγων λεπτών καθώς και από την μη εξατομικευμένη παρέμβαση (18 μελέτες, μέση τιμή RR 1,25, 95% CI 1,07 έως 1,47). Συνιστάται η παραπομπή σε εξειδικευμένες υπηρεσίες διακοπής του καπνίσματος, όταν είναι διαθέσιμες. Οι παρεμβάσεις μέσω του Διαδικτύου, τα οικονομικά κίνητρα ή οι παρεμβάσεις που αφορούν το σύζυγο ή το φιλικό περιβάλλον είναι κάποιες στρατηγικές παρέμβασης για να υποστηρίξουν την διακοπή των εγκύων, ωστόσο απαιτούνται περισσότερες έρευνες για την καλύτερη κατανόηση της σημαντικότητας τους.

Φαρμακοθεραπεία

Ενώ η θεραπεία υποκατάστασης νικοτίνης (NRT) θεωρείται θεραπεία πρώτης γραμμής για την διακοπή του καπνίσματος σε ενήλικο πληθυσμό, η χρήση της κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης αποτέλεσε ένα πεδίο διαμάχης για τις κατευθυντήριες οδηγίες της διεθνούς κλινικής πρακτικής. Μια επισκόπηση της Cochrane του 2015 δεν βρήκε στοιχεία που να αποδεικνύουν ότι η χρήση θεραπείας υποκατάστασης νικοτίνης για διακοπή του καπνίσματος κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης είχε είτε ωφέλιμη είτε επιβλαβή επίδραση.²⁸ Αυτή η ανασκόπηση, ωστόσο, δεν βρήκε στοιχεία που να υποστηρίζουν αυξημένους ρυθμούς διακοπής των εγκύων γυναικών που χρησιμοποίησαν θεραπεία υποκατάστασης νικοτίνης

Διάγραμμα 2: Μοντέλο των 5Α για τον έλεγχο της καπνιστικής συνήθειας κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης και μετά τον τοκετό.



για η διακοπή του καπνίσματος σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου.²⁸ Η ανεπαρκής συμμόρφωση με τη θεραπεία υποκατάστασης νικοτίνης αναφέρεται συχνά μεταξύ των μελετών που έχουν διεξαχθεί μέχρι σήμερα και περιορίζει την ικανότητά μας να αντιλαμβανόμαστε με ακρίβεια την αποτελεσματικότητα της μεταξύ των εγκύων γυναικών. Παρά τους περιορισμούς των αποδεικτικών στοιχείων, ο πιθανός κίνδυνος από τη χρήση της θεραπείας υποκατάστασης νικοτίνης θεωρείται μικρότερος από τη συνέχιση της χρήσης καπνού και ως εκ τούτου τα οφέλη από τη πρέπει να συζητηθούν με τη γυναίκα που δεν μπορεί να διακόψει μόνη της. Λόγω της έλλειψης αποτελεσματικών δεδομένων, η θεραπεία υποκατάστασης νικοτίνης θα πρέπει να θεωρείται θεραπεία δεύτερης γραμμής για της εγκύους που καπνίζουν. Η επαρκής δοσολογία και η διάρκεια χορήγησης είναι πιθανό να βελτιώσουν τα αποτελέσματα. Η χρήση βαρενικλίνης ή βουπροπιόνης δεν συνιστάται κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης λόγω έλλειψης μελετών σχετικά με την ασφάλεια και την αποτελεσματικότητά τους.²⁸

Ποσοστά υποτροπής μετά τον τοκετό

Τα ποσοστά υποτροπής μετά τον τοκετό είναι εξαιρετικά υψηλά (29-85%) μεταξύ των γυναικών που επιτυγχάνουν διακοπή κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Πολλές γυναίκες που σταματούν το κάπνισμα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, το κάνουν με την πρόθεση να ξαναρχίσουν το κάπνισμα μετά τη γέννηση. Το άγχος, η μεταγεννητική κατάθλιψη, οι ανησυχίες σχετικά με την αύξηση του σωματικού βάρους, η ύπαρξη ενός συντρόφου καπνιστή και η χαμηλή κοινωνικοοικονομική κατάσταση είναι επίσης γνωστό ότι συμβάλλουν στην υποτροπή. Η υποστήριξη της διατήρησης της διακοπής μετά την εγκυμοσύνη είναι ένας σημαντικός δευτερεύων στόχος κατά την παρέμβαση.^{29,30} Συνιστάται στους κλινικούς γιατρούς να εξετάζουν/χαράσσουν σχέδια για συνέχιση της διακοπής μετά την εγκυμοσύνη καθώς και παροχή συμβουλευτικής υποστήριξης.

Σύνοψη βασικών συστάσεων για επαγγελματίες υγείας:

- Δεν υπάρχει ασφαλές επίπεδο καπνίσματος κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης και οι γυναίκες θα πρέπει να συμβουλευούνται να διακόψουν πλήρως το κάπνισμα (Επίπεδο Τεκμηρίωσης Α).
- Οι έγκυες γυναίκες πρέπει να διακόψουν το κάπνισμα όσο το δυνατόν νωρίτερα κατά τη διάρκεια του πρώτου τριμήνου

της εγκυμοσύνης και διατηρήσουν την αποχή μετά τη γέννα (Επίπεδο Τεκμηρίωσης Α).

- Οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να ενημερώνουν τους γονείς που περιμένουν παιδί για τους κινδύνους υγείας από το παθητικό κάπνισμα τόσο για τη μητέρα όσο και για το έμβρυο και το νεογέννητο (Επίπεδο Τεκμηρίωσης Δ).
- Οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να συμβουλευούν τις έγκυες γυναίκες να διατηρούν 100% περιβάλλον χωρίς καπνό απαγορεύοντας το κάπνισμα στα σπίτια τους και τα αυτοκίνητά τους και να αποφεύγουν χώρους που μπορεί να υπάρχει έκθεση σε παθητικό κάπνισμα (Επίπεδο Τεκμηρίωσης Α).
- Όλοι οι επαγγελματίες υγείας που εργάζονται με έγκυες γυναίκες, συμπεριλαμβανομένων των οικογενειακών γιατρών, των μαϊών, των γυναικολόγων και των νοσηλευτών, πρέπει να είναι εξοικειωμένοι με τις πιο πρόσφατες τεκμηριωμένες πρακτικές και να είναι έτοιμοι να παρεμβαίνουν και να υποστηρίξουν τις γυναίκες με την επίτευξη της διακοπής.
- Το μοντέλο των "5Α" (Ask, Advise, Assess, Assist, Arrange) μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως κλινικό μοντέλο για τη στήριξη της διακοπής μεταξύ εγκύων γυναικών (Επίπεδο Τεκμηρίωσης Β).
- Η διερεύνηση της καπνιστικής συνήθειας και η έκθεση στο παθητικό κάπνισμα πρέπει να είναι μέρος της εξέτασης όλων των εγκύων γυναικών (Επίπεδο Τεκμηρίωσης Α).
- Οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να παρέχουν ισχυρές μη επικριτικές συμβουλές ώστε να τις βοηθήσουν στην διακοπή. Επίσης πρέπει να υπάρχει παρακολούθηση καθ' όλη τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και την πρώτη περίοδο μετά τον τοκετό (Επίπεδο Τεκμηρίωσης Α).
- Οι γυναίκες που δεν μπορούν να διακόψουν το κάπνισμα θα πρέπει να λαμβάνουν εντατική συμβουλευτική και υποστήριξη για διακοπή όσο το δυνατόν νωρίτερα μετά την έναρξη της εγκυμοσύνης (Επίπεδο Τεκμηρίωσης Α).
- Οι παρεμβάσεις συμβουλευτικής είναι αποτελεσματικές για την αύξηση των ποσοστών διακοπής και για τη σημαντική μείωση του χαμηλού βάρους κατά τη γέννηση, την αύξηση του μέσου βάρους κατά τη γέννηση και τη μείωση των εισαγωγών σε νοσοκομείο (Επίπεδο Τεκμηρίωσης Α).
- Όταν οι γυναίκες δεν μπορούν να διακόψουν θα πρέπει να παραπέμπονται σε κέντρα εξειδικευμένης υποστήριξης

διακοπής του καπνίσματος. Οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να παρακολουθήσουν στενά ώστε να εξασφαλιστεί η σωστή διεξαγωγή της θεραπείας (Επίπεδο Τεκμηρίωσης Α).

- Η χρήση της θεραπείας υποκατάστασης νικοτίνης (NRT) προτιμάται από το κάπνισμα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Ενδείξεις όσον αφορά την αποτελεσματικότητα της μεταξύ των εγκύων γυναικών είναι ανεπαρκείς. Ως εκ τούτου, το NRT μπορεί να θεωρηθεί ως θεραπεία δεύτερης γραμμής για τις έγκυες γυναίκες που δεν μπορούν να διακόψουν μόνο με την παροχή συμβουλευτικής υποστήριξης (Επίπεδο Τεκμηρίωσης Β).
- Λόγω έλλειψης έρευνας, η βουπροπιόνη και η βαρενικλίνη δεν συνιστώνται για διακοπή του καπνίσματος κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης (Επίπεδο Τεκμηρίωσης - n/a).
- Οι γονείς πρέπει να ενθαρρύνονται να παραμείνουν απαλλαγμένοι από το κάπνισμα μετά τον τοκετό (Επίπεδο Τεκμηρίωσης D).
- Η φροντίδα μετά τον τοκετό θα πρέπει να αντιμετωπίζει την πρόληψη υποτροπής και για τους δύο γονείς πριν από την απομάκρυνση από το νοσοκομείο και κατά τη διάρκεια επισκέψεων στο σπίτι/ιατρείο μετά το τοκετό (Επίπεδο Τεκμηρίωσης Α).
- Οι γονείς, οι οποίοι συνεχίζουν να καπνίζουν όταν τα μωρά τους εισάγονται σε μονάδες εντατικής θεραπείας νεογνών (NICU), πρέπει να παραπέμπονται σε τοπικά προγράμματα διακοπής καπνίσματος (Επίπεδο Τεκμηρίωσης Γ).

Βιβλιογραφία

1. Kramer M.S. Determinants of low birth weight: methodological assessment and meta-analysis. *Bull World Health Organ.* 1987;65(5):663-737.
2. Kleinman JC, Pierre MB J, Madans JH, Land GH, Schramm WF. The effects of maternal smoking on fetal and infant mortality. *Am J Epidemiol.* 1988;127(2):274-82.
3. Ventura S MJ, Taffel S, Mathews T, Clarke S. . Advance report of final natality statistics. *Monthly Vital Stat Rep* 1995;44(suppl 5) 44):1-88.
4. Lai M.C., Chou F.S., Yang Y.J., Wang C.C., Lee M.C. Tobacco use and environmental smoke exposure among taiwanese pregnant smokers and recent quitters: Risk perception, attitude, and avoidance behavior. *Int J Environ Res Public Health.* 2013;10(9):4104-16.
5. Lawrence W.T., Haslam C. Smoking during pregnancy: Where next for stage-based interventions? *J Health Psychol.* 2007;12(1):159-69.
6. Leonardi-Bee J., Jere M.L., Britton J. Exposure to parental and sibling smoking and the risk of smoking uptake in childhood and adolescence: A systematic review and meta-analysis. *Thorax.* 2011;66(10):847-55.
7. Miyake Y., Tanaka K., Arakawa M. Active and passive maternal smoking during pregnancy and birth outcomes: The kyushu okinawa maternal and child health study. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2013;13:157-2393-13-157.
8. Nordentoft M, Lou HC, Hansen D, et al. Intrauterine growth retardation and premature delivery: The influence of maternal smoking and psychosocial factors. *Am J Public Health.* 1996;86(3):347-54.
9. Pallotto EK, Kilbride HW. Perinatal outcome and later implications of intrauterine growth restriction. *Clin Obstet Gynecol.* 2006;49(2):257-69.
10. Vardavas CI, Chatzi L, Patelarou E, et al. Smoking and smoking cessation during early pregnancy and its effect on adverse pregnancy outcomes and fetal growth. *Eur J Pediatr.* 2010;169(6):741-8.
11. Blaakman S, Borrelli B, Wiesenthal E, al. e. Secondhand smoke exposure reduction after NICU discharge: Results of a randomized trial. *Acad Pediatr.* 2015;15(6):605-12.
12. El-Mohandes AA, Kiely M, Blake SM, Gantz MG, MN. E-K. An intervention to reduce environmental tobacco smoke exposure improves pregnancy outcomes. *Pediatrics.* 2010;125(4):721-8.
13. Wagijo MA, Sheikh A DL, JV. B. Reducing tobacco smoking and smoke exposure to prevent preterm birth and its complications. *Paediatr Respir Rev.* 2015.
14. General ARotS. The Health Consequences of Involuntary Exposure to Tobacco Smoke. Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention (US). 2006.
15. Leonardi-Bee J., Britton J., Venn A. Secondhand Smoke and Adverse Fetal Outcomes in Nonsmoking Pregnant Women: A Meta-analysis. *Pediatrics.* 2011;127(4).
16. Euro-Peristat. European perinatal health report: The health and care of pregnant women and babies in europe in 2010. 2013.
17. Dempsey D., Jacob P., Benowitz N.L. Accelerated metabolism of nicotine and cotinine in pregnant smokers. *J Pharmacol Exp Ther.* 2002;301(2):594-59.
18. Saraiya M, Berg CJ, Kendrick JS, Strauss LT, Atrash HK, YW. A. Cigarette smoking as a risk factor for ectopic pregnancy. *Am J Obstet Gynecol.* 1998;178(3):493-8.
19. HealthHealth CoE. Committee on Substance Abuse, Committee on Adolescence, Committee on Native American Child. From the american academy of pediatrics: Policy statement--tobacco use: A pediatric disease. *Pediatrics.* 2009;124(5):1474-87.
20. U.S. Department of Health and Human Services (USDHHS). How tobacco smoke causes disease: The biology and behavioral basis for smoking-attributable disease: A report of the surgeon general. 2010.
21. Centres for Disease Control (CDC). Cigarette smoking-attributable mortality and years of potential life Lost—United states. morbidity and mortality weekly report. 1993.
22. USDHHS. The health benefits of smoking cessation. A report of the surgeon general. 1990.

23. McBride C.M., Emmons K.M., Lipkus I.M. Understanding the potential of teachable moments: The case of smoking cessation. Health Educ Res. 2003;18(2):156-70.

24. Clinical Practice Guidelines Antenatal care – Module 1. Department of Health and Ageing. 2012 [cited 24 June 2013]; Available from: www.health.gov.au

25. Fiore MC, Jaen CR, Baker TB, et al. Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update. Clinical Practice Guideline. Rockville, MD: US Dept of Health and Human Services, Public Health Service; 2008.

26. Mullen PD, Carbonari JP, Tabak ER, MC. G. Improving disclosure of smoking by pregnant women. Am J Obstet Gynecol 1991;165:409-13.

27. Chamberlain C, O'Mara-Eves A, Oliver S, et al. Psychosocial interventions for supporting women to stop smoking in pregnancy. Cochrane Database Syst Rev. 2017;10:CD001055.

28. Coleman T, Chamberlain C, Davey MA, Cooper SE, J. L-B. Pharmacological interventions for promoting smoking cessation during pregnancy. 2015. Cochrane Database Syst Rev 2015(12):No. CD010078.

29. Colman GJ, T. J. Trends in smoking before, during, and after pregnancy in ten states. American journal of preventive medicine. 2003;24(1):29-35.

30. Fang WL, Goldstein AO, Butzen AY, al. e. Smoking cessation in pregnancy: A review of postpartum relapse prevention strategies. J Am Board Fam Pract. 2004;17(4):264-75.

7.2 Διακοπή καπνίσματος στους έφηβους

Αυτό το ειδικό κεφάλαιο των Κατευθυντήριων Οδηγιών για την διακοπή του καπνίσματος αποσκοπεί στη συνοπτική παρουσίαση στοιχείων σχετικά με αποτελεσματικές προσεγγίσεις για τη στήριξη της διακοπής στους εφήβους που ορίζονται γενικά ως παιδιά σχολικής ηλικίας μεταξύ 10 και 18 ετών. Το κεφάλαιο αυτό παρέχει μια σύνοψη των υφιστάμενων στοιχείων που προκύπτουν από μια συστηματική επανεξέταση της δημοσιευμένης βιβλιογραφίας σχετικά με τις θεραπείες διακοπής καπνίσματος. Επίσης το κεφάλαιο αυτό περιγράφει την αποτελεσματικότητα των διαφόρων παρεμβάσεων μεταξύ των εφήβων καπνιστών σε διαφορετικά περιβάλλοντα, όπως: δομές υγείας, σχολεία και κοινότητα. Οι προσεγγίσεις παρέμβασης που καλύπτονται σε κάθε περιβάλλον περιλαμβάνουν: συμπεριφορικές, φαρμακολογικές και συνδυασμένες προσεγγίσεις παρέμβασης. Είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι το κεφάλαιο αυτό δεν εξετάζει την πρόληψη της έναρξης της χρήσης καπνού στους εφήβους, αλλά μόνο την διακοπή.

Παράγοντες που επηρεάζουν την πιθανότητα των εφήβων να διακόψουν το κάπνισμα

Λιγότερο πιθανό να διακόψει	Περισσότερο πιθανό να διακόψει
Γυναίκες	Άντρες
Μεγαλύτερη εξάρτηση από τη νικοτίνη	Μεγαλύτερη ηλικία
Χρήση ναρκωτικών ή αλκοόλ	Υψηλό κίνητρο για διακοπή
Χρήση καπνού (φίλοι που καπνίζουν)	Καλές επιδόσεις στο σχολείο
Χρήση καπνού από οικογένεια (γονείς και αδελφή/ος)	Αργός μεταβολισμός νικοτίνης
Ψυχική Νόσος	
Υπέρβαρος/η	
Φυσική αδράνεια	
Πίεση από την οικογένεια	

Πηγή: Adapted from Harvey J, Chadi N. Strategies to promote smoking cessation among adolescents. Pediatric Child and Health 2016;21(4):201-204.⁸

Ο πειραματισμός με τον καπνό/ταιγάρο είναι συχνός κατά την εφηβεία.¹ Περισσότεροι από τους μισούς Ευρωπαίους μαθητές ανέφεραν πειραματισμό με τη χρήση καπνού και το 21% των 16χρονων μαθητών στην Ευρώπη είναι καπνιστές (δηλ. κάπνισαν τις τελευταίες 30 ημέρες).² Η χρήση των ηλεκτρονικών τσιγάρων επίσης γίνεται όλο και πιο δημοφιλής στους εφήβους στην Ευρώπη, με το 23% των εφήβων ηλικίας 15-17 ετών να αναφέρει ότι χρησιμοποίησε ηλεκτρονικό τσιγάρο που περιείχε νικοτίνη και το 8% ανέφερε τη χρήση ηλεκτρονικού τσιγάρου που δεν περιείχε νικοτίνη.³

Η εξάρτηση από τη νικοτίνη αναπτύσσεται γρήγορα κατά τη διάρκεια της εφηβείας και ένα μεγάλο ποσοστό εφήβων που καπνίζουν τακτικά θα συνεχίσουν να καπνίζουν και στην ενήλικη ζωή τους.^{4,5} Ως εκ τούτου, η έγκαιρη αναγνώριση και θεραπεία της εφηβικής χρήσης καπνού είναι ζωτικής σημασίας για την πρόληψη πιο σοβαρών βραχυπρόθεσμων ή μακροπρόθεσμων συνεπειών. Υπάρχει σημαντική ανησυχία ότι η χρήση ηλεκτρονικών τσιγάρων

θα μπορούσε να αυξήσει την εξέλιξη στο καθημερινό κάπνισμα και να υπονομεύσει τις προσπάθειες διακοπής.⁶

Διακοπή καπνίσματος σε έφηβους χρήστες

Μια ποικιλία προσωπικών, περιβαλλοντικών και κοινωνικών παραγόντων φαίνεται να συμβάλλουν στην έναρξη/διακοπή κατά την εφηβεία (βλ. Πίνακα). Για παράδειγμα, οι έφηβοι καπνιστές με μεγάλο αριθμό κατανάλωσης τσιγάρων ανά ημέρα καθώς και με ταυτόχρονη κατανάλωση οινοπνεύματος είναι λιγότερο πιθανό να διακόψουν το κάπνισμα.^{7,8} Η ύπαρξη φίλων που καπνίζουν συνδέεται επίσης με μικρότερη πιθανότητα διακοπής.⁹

Θεραπευτικές παρεμβάσεις σε έφηβους καπνιστές

Παρά το γεγονός ότι αυξάνεται ο αριθμός των κλινικών δοκιμών που έχουν διεξαχθεί κατά την τελευταία δεκαετία, ο εντοπισμός των αποτελεσματικών παρεμβάσεων για την διακοπή του καπνίσματος στους εφήβους εξακολουθεί να είναι εξαιρετικά δύσκολος¹²⁻¹⁴ Υπάρχει σημαντική μεταβλητότητα μεταξύ των στρατηγικών παρέμβασης που έχουν δοκιμαστεί μέχρι σήμερα, καθιστώντας τον προσδιορισμό των υψηλής ποιότητας αποδεικτικών στοιχείων δύσκολο.^{11, 13, 15, 16} Αναγνωρίζεται ότι οι έφηβοι καπνιστές είναι ένας μοναδικός πληθυσμός και απαιτεί προσαρμοσμένες προσεγγίσεις των επαγγελματιών υγείας.¹⁷ Οι επαγγελματίες υγείας και οι εκπαιδευτικοί που εργάζονται με εφήβους θα πρέπει να γνωρίζουν τις ανάγκες και τις προτιμήσεις τους.¹⁸ Τα μηνύματα για διακοπή του τσιγάρου θα πρέπει να είναι προσαρμοσμένα στις συγκεκριμένες πεποιθήσεις, τα ενδιαφέροντα και τα χαρακτηριστικά των εφήβων, ώστε να είναι πιο πειστικά.¹⁹ Για παράδειγμα, μελέτη κατέληξε στο συμπέρασμα ότι πιο σημαντικό λόγοι για να διακόψουν το κάπνισμα είναι οι «μακροπρόθεσμες επιπτώσεις στην υγεία», η «καλύτερη φυσική κατάσταση» και η «αυξημένη ελκυστικότητα».¹⁹ Οι βραχυπρόθεσμες επιπτώσεις του καπνίσματος αποτελούν πιο πειστικό παράγοντα για τους εφήβους από τις μακροπρόθεσμες επιπτώσεις.¹⁹

Συμπεριφορική συμβουλευτική

Υπάρχουν καλά αποδεικτικά στοιχεία ότι η παροχή συμβουλών είναι η πιο αποτελεσματική παρέμβαση διακοπής για τους εφήβους καπνιστές.^{11, 13, 15, 16} Οι στρατηγικές συμβουλευτικής έχουν αποδειχθεί ότι βραχυπρόθεσμα μειώνουν την καθημερινή

κατανάλωση τσιγάρων και υπάρχουν κάποια στοιχεία που δείχνουν ότι η συμβουλευτική επίσης μπορεί να αυξήσει την πιθανότητα της μακροχρόνιας αποχής από το κάπνισμα.^{11,13,15} Οι πιο αποτελεσματικές παρεμβάσεις συμβουλευτικής είναι εκείνες που χρησιμοποιούν τεχνικές της συνέντευξης κινητοποίησης και της γνωστικής συμπεριφορικής θεραπείας (CBT).^{11, 13-15, 17}

Φαρμακοθεραπεία

Υπάρχουν λίγες κλινικές δοκιμές που έχουν εξετάσει την χρήση φαρμακοθεραπείας σε έφηβους καπνιστές.¹³ Η θεραπεία υποκατάστασης νικοτίνης είναι ασφαλής για χρήση σε εφήβους με κάποιες παρενέργειες στην υγεία όπως τοπικός ερεθισμός του δέρματος, κεφαλαλγία,²⁰⁻²² ναυτία/εμετός²¹. Υπάρχουν μελέτες που δείχνουν την αποτελεσματικότητα της θεραπείας υποκατάστασης νικοτίνης στη μείωση του αριθμού των τσιγάρων ημερησίως, αλλά υπάρχει έλλειψη σαφών στοιχείων σχετικά με την αποτελεσματικότητα της στην υποστήριξη της μακροχρόνιας αποχής από το κάπνισμα μεταξύ των εφήβων καπνιστών.^{13, 20, 21, 24-26} Για αυτό τον λόγο η θεραπεία υποκατάστασης νικοτίνης συνιστάται ως θεραπεία δεύτερης γραμμής για χρήση μεταξύ των εφήβων καπνιστών. Η θεραπεία υποκατάστασης νικοτίνης δεν συνιστάται για περιστασιακούς καπνιστές ενώ συνιστάται η χρήση της σε συνδυασμό με την παροχή συμβουλευτικής για τη μεγιστοποίηση του αποτελεσματικότητας της διακοπής. Αυτή τη στιγμή δεν υπάρχουν επαρκή στοιχεία για να προταθεί η χρήση της βουπροπιόνης και της Βαρενικλίνης για την διακοπή του καπνίσματος σε εφήβους.¹³ Απαιτείται περισσότερη έρευνα για την ενίσχυση των αποδεικτικών στοιχείων που υποστηρίζουν συστάσεις σχετικά με τη χρήση φαρμακοθεραπείας σε έφηβους καπνιστές.¹³

Δομές Υγείας

Στην Ευρώπη, τα δύο τρίτα των παιδιών και των εφήβων ηλικίας 8-18 ετών θα επισκεφθούν έναν επαγγελματία υγείας τουλάχιστον μία φορά το χρόνο, με το μέσο αριθμό επισκέψεων να είναι 2.5.²⁷ Οι δομές υγείας (πρωτοβάθμιας / δευτεροβάθμιας / οδοντιατρικής φροντίδας) προσφέρουν σημαντικές ευκαιρίες για την εφαρμογή παρεμβάσεων διακοπής που στοχεύουν τους καπνιστές εφήβους.¹⁶ Οι επαγγελματίες υγείας διαδραματίζουν πολύ σημαντικό ρόλο όσον αφορά στην πρόληψη της χρήσης καπνού και στην υποστήριξη της διακοπής στους εφήβους. Το μοντέλο των 5Α (ερώτηση-συμβουλή-

αξιολόγηση-βοήθεια-επανεξέταση) είναι το συνιστώμενο πλαίσιο για την παροχή θεραπείας διακοπής σε κλινικό περιβάλλον συμπεριλαμβανομένης της παρέμβασης σε εφήβους (βλέπε εικόνα).^{28, 29} Ειδικότερα, οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να καταγράφουν την καπνιστική συνήθεια (συμπεριλαμβανομένου και του ηλεκτρονικού τσιγάρου) σε όλους τους εφήβους.

Οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να παρέχουν συμβουλές και βοήθεια για διακοπή, η οποία περιλαμβάνει συμβουλευτική και φαρμακοθεραπεία, ανάλογα με την περίπτωση, σε όλους τους εφήβους που αναφέρουν την χρήση καπνού ή ηλεκτρονικού τσιγάρου.^{15, 16}

Παρεμβάσεις σε σχολεία

Οι παρεμβάσεις στο σχολείο έχουν πολλά πλεονεκτήματα, μεταξύ των οποίων υψηλό ποσοστό προσέγγισης των εφήβων. Υπάρχουν επίσης στοιχεία που υποδηλώνουν ότι οι σχολικές δομές προτιμώνται από τους εφήβους χρήστες καπνού σε σχέση με την υγειονομικές δομές ή άλλες δομές για τη λήψη υποστήριξης διακοπής του καπνίσματος.³⁰ Τα στοιχεία μετα-αναλύσεων έδειξαν ότι τα προγράμματα εφηβικής διακοπής καπνίσματος είναι πιθανότερο να είναι αποτελεσματικά εάν προσφέρονται εντός του σχολικού περιβάλλοντος.³¹ Ειδικά τα προγράμματα παρέμβασης για τη βελτίωση της κινητοποίησης και εκείνα που χρησιμοποιούν γνωστικές τεχνικές συμπεριφοράς. Τα προγράμματα αυτά που παρέχονται στα σχολεία για μεγάλο χρονικό διάστημα και περιλαμβάνουν πολλαπλές δράσεις, έχουν βρεθεί ότι είναι πιο αποτελεσματικά στην υποστήριξη της βραχυπρόθεσμης διακοπής του καπνίσματος και της μείωσης του.^{13, 31} Η διάρκεια της παρέμβασης φαίνεται να είναι ένας σημαντικός παράγοντας πρόβλεψης των επιτυχημένων αποτελεσμάτων με υψηλότερα ποσοστά διακοπής για προγράμματα που διαρκούν τουλάχιστον πέντε συνεδρίες.^{31,32}

Το 'Project EX' (www.projectex.usc.edu), και το 'Not on Tobacco -NOT' (www.lung.org/associations/states/colorado/tobacco/not-on-tobacco) είναι δύο σχολικά προγράμματα για τους εφήβους, τα οποία υπόσχονται καλύτερες διεθνείς πρακτικές.^{13, 33-35}

Τεχνολογία της Πληροφορίας

Υπάρχει αύξηση του ενδιαφέροντος για τη χρήση της τεχνολογίας για παρεμβάσεις σε έφηβους καπνιστές. Συγκεκριμένα, οι παρεμβάσεις που χρησιμοποιούν μηνύματα κειμένου, ψηφιακά

υλικά αυτοβοήθειας και άλλες εφαρμογές με βάση την τεχνολογία έχουν δοκιμαστεί στη βιβλιογραφία. Ενώ πρόκειται για πολλά υποσχόμενες στρατηγικές, τα δεδομένα που υποστηρίζουν την αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων με βάση την τεχνολογία είναι περιορισμένα και ως εκ τούτου συνιστάται να χρησιμοποιούνται σε συνδυασμό με συμβουλευτική θεραπεία.^{13, 17, 36-38}

Πολιτικές Παρεμβάσεις

Σε επίπεδο δήμου, χώρας ή ΕΕ, οι νομοθετικές και πολιτικές προσπάθειες μπορούν να συμβάλουν στην υποστήριξη της διακοπής του καπνίσματος κατά την εφηβεία. Η αύξηση της τιμής των τσιγάρων είναι ιδιαίτερα αποτελεσματική στους εφήβους και τους νέους και συσχετίζεται με μικρότερη πιθανότητα να ξεκινήσουν το κάπνισμα οι μη καπνιστές και με διακοπή ή μείωση του καπνίσματος για τους καπνιστές.³⁹⁻⁴² Υπάρχουν ορισμένες ενδείξεις ότι η έκθεση στη διαφήμιση τσιγάρων συνδέεται με υψηλότερη πιθανότητα των εφήβων να ξεκινήσουν ή να συνεχίσουν τη χρήση καπνού.⁴³ Ομοίως υπάρχουν στοιχεία που δείχνουν ότι οι περιορισμοί στην πώληση καπνού σε παιδιά και εφήβους έχουν μειώσει την κατανάλωση καπνού και τσιγάρων σε αυτήν την ηλικιακή ομάδα.⁴⁴

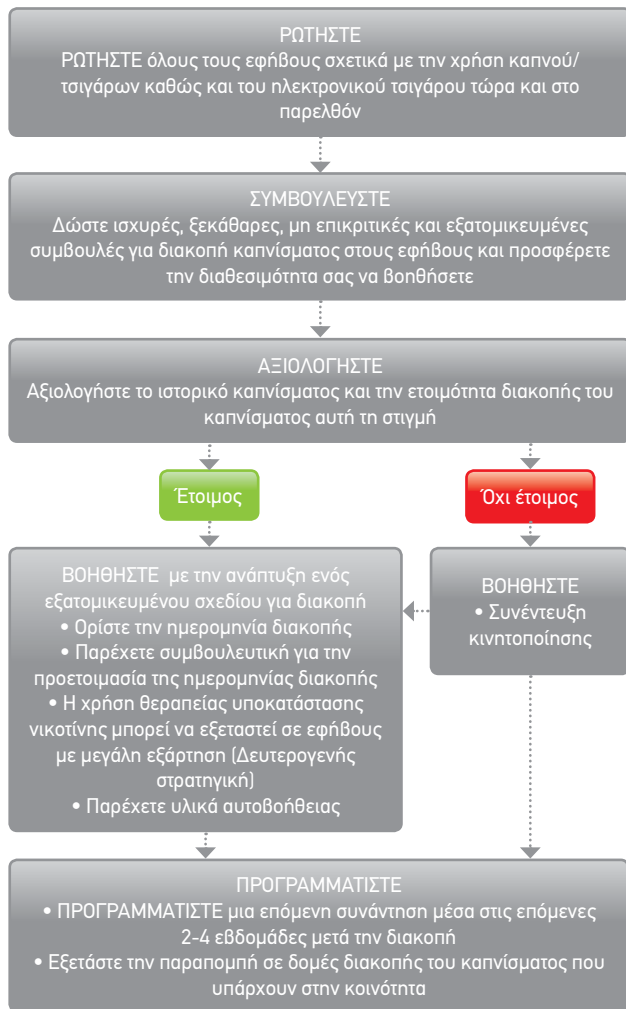
Βασικές συστάσεις για επαγγελματίες υγείας

Συγκεντρώνουμε εδώ τις συστάσεις που βασίζονται σε τεκμηριωμένες πρακτικές για την υποστήριξη της διακοπής καπνίσματος σε εφήβους.

Πολιτικές

- Η αύξηση της τιμής των τσιγάρων είναι ιδιαίτερα αποτελεσματική για τη μείωση της έναρξης καπνίσματος και την διακοπή ή τη μείωση του μεταξύ των εφήβων καπνιστών και πρέπει να υπάρχει σαν προτεραιότητα απ' όλες τις κυβερνήσεις (Επίπεδο Τεκμηρίωσης Α / Β).
- Η έκθεση σε διαφήμιση τσιγάρων συνδέεται με υψηλότερη πιθανότητα των εφήβων να ξεκινήσουν ή να συνεχίσουν τη χρήση καπνού. Ως εκ τούτου, οι κυβερνήσεις θα πρέπει να απαγορεύουν την διαφήμιση του καπνού (Επίπεδο Τεκμηρίωσης Β).
- Οι κυβερνήσεις / υπουργεία υγείας πρέπει να περιορίσουν την πώληση καπνού σε παιδιά και εφήβους προκειμένου να μειώσουν την κατανάλωση καπνού και τσιγάρων σε αυτή την ηλικιακή ομάδα (Επίπεδο Τεκμηρίωσης Β).

Πρωτόκολλο θεραπείας διακοπής του καπνίσματος στους εφήβους



Συμπεριφορική συμβουλευτική

- Υπάρχουν ισχυρές αποδείξεις ότι η παροχή συμβουλευτικής είναι η πιο αποτελεσματική παρέμβαση για διακοπή σε έφηβους καπνιστές (Επίπεδο Τεκμηρίωσης Α).

- Οι πιο αποτελεσματικές παρεμβάσεις συμβουλευτικής είναι η συνέντευξη κινητοποίησης και η γνωστική συμπεριφορική θεραπεία (CBT) (Επίπεδο Τεκμηρίωσης Β).

Φαρμακοθεραπεία

- Η θεραπεία υποκατάστασης της νικοτίνης (NRT) συνιστάται ως θεραπεία δεύτερης γραμμής για εφήβους με υψηλή εξάρτηση από τη νικοτίνη (Επίπεδο Τεκμηρίωσης Β).
- Συνιστάται η χρήση θεραπείας υποκατάστασης της νικοτίνης σε συνδυασμό με τη συμβουλευτική για τη μεγιστοποίηση των αποτελεσμάτων της διακοπής (Επίπεδο Τεκμηρίωσης Α).
- Δεν υπάρχουν επαρκή στοιχεία για να προταθεί η χρήση της βουπροπιόνης και της βαρενικλίνης για διακοπή του καπνίσματος σε έφηβους (Επίπεδο Τεκμηρίωσης Γ).

Εναλλακτικές θεραπείες

- Ο βελονισμός δεν αποτελεί συνιστώμενη θεραπεία για την διακοπή του καπνίσματος στους εφήβους (Επίπεδο Τεκμηρίωσης Γ).

Δομές Υγείας

- Οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης θα πρέπει να διερευνούν και να καταγράφουν στον φάκελο υγείας τόσο την συχνότητα χρήσης καπνού/ταιγάρων όσο και την χρήση ηλεκτρονικού τσιγάρου (Επίπεδο Τεκμηρίωσης Α).
- Οι σημερινοί χρήστες καπνού θα πρέπει να ενημερώνονται σχετικά με την διακοπή του καπνίσματος και να γίνεται υποστήριξη της διακοπής με την χρήση τεκμηριωμένων πρακτικών (Επίπεδο Τεκμηρίωσης Β).
- Οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να προσαρμόσουν την συμβουλευτική τους για την διακοπή καπνίσματος τονίζοντας τις βραχυπρόθεσμες και μακροπρόθεσμες επιπτώσεις στην υγεία, την προσωπική υγιεινή (μυρωδιά, κακή αναπνοή), τις επιπτώσεις στην αθλητική απόδοση, την ελκυστικότητα και το κόστος χρήσης καπνού (Επίπεδο Τεκμηρίωσης Γ).
- Οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης θα πρέπει να λαμβάνουν ειδική εκπαίδευση για την διακοπή του καπνίσματος ώστε να βελτιώσουν τις ικανότητες τους για παροχή βοήθειας σε εφήβους καπνιστές (Επίπεδο Τεκμηρίωσης Α).
- Η συνέντευξη κινητοποίησης έχει αποδειχθεί ότι είναι

αποτελεσματική στη μείωση της καθημερινής χρήσης καπνού στους εφήβους και ως εκ τούτου αποτελεί μια συνιστώμενη στρατηγική παρέμβασης (Επίπεδο Τεκμηρίωσης Β).

Σχολικές Δομές

- Οι παρεμβάσεις διακοπής καπνίσματος σε σχολικές δομές που βασίζονται σε γνωσιακές στρατηγικές συμπεριφοράς ή/και συνέντευξη κινητοποίησης και θα πρέπει να διενεργούνται για μεγάλη χρονική περίοδο. Τα στοιχεία έχουν δείξει ότι είναι αποτελεσματικές στη μείωση της καθημερινής κατανάλωσης καπνού και στην αύξηση της βραχυπρόθεσμης αποχής από το κάπνισμα και πρέπει να προσφέρονται σε όλες τις σχολικές εγκαταστάσεις/δομές (Επίπεδο Τεκμηρίωσης Β).
- Υπάρχουν κάποιες ενδείξεις ότι οι πολύπλοκες παρεμβάσεις που συνδυάζουν προσεγγίσεις παρέμβασης (όπως η παροχή συμβουλών σε σχολικές ομάδες με υποστήριξη τηλεφωνικής παρέμβασης) μπορεί να αυξήσουν τα ποσοστά αποχής έως 4 μήνες μετά τη θεραπεία καθώς και μείωση του αριθμού των ημερήσιων τσιγάρων. Αυτά συνιστώνται ως πολλά υποσχόμενες πρακτικές για παρεμβάσεις σε έφηβους καπνιστές (Επίπεδο Τεκμηρίωσης Γ).

Τεχνολογία πληροφοριών και επικοινωνιών

- Οι παρεμβάσεις μέσω των πληροφοριακών συστημάτων (Information communication technology -ICT) είναι μια αποτελεσματική στρατηγική για τη μείωση της καθημερινής χρήσης καπνού σε εφήβους, ωστόσο τα διαθέσιμα στοιχεία δεν μπορούν να υποστηρίξουν τη χρήση τους για μακροπρόθεσμη υποστήριξη της διακοπής του καπνίσματος. Ως εκ τούτου, συνιστάται να χρησιμοποιούνται παρεμβάσεις μέσω των πληροφοριακών συστημάτων σε συνδυασμό με άλλες στρατηγικές παρέμβασης βασισμένες στην συμβουλευτική (Επίπεδο Τεκμηρίωσης Β).

Κοινοτικές δομές

- Οι κοινοτικές δομές, όπως καλοκαιρινές κατασκηνώσεις ή κοινοτικά κέντρα αναψυχής, θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη για την εφαρμογή παρεμβάσεων διακοπής του καπνίσματος σε εφήβους (Επίπεδο Τεκμηρίωσης Γ).

Βιβλιογραφία

1. Fidler J, Wardle J, Brodersen NH, Jarvis M, West R. Vulnerability to smoking after trying a single cigarette can lie dormant for three years or more. *Tob Control*. 2006;15(3):205-9.
2. Palmer R, Young S, Hopfer C, Corley R, Stallings M, Crowley T, et al. Developmental epidemiology of drug use and abuse in adolescence and young adulthood: Evidence of generalized risk. *Drug Alcohol Depend*. 2009;102(1):78-87.
3. Sussman S. Effects of sixty six adolescent tobacco use cessation trials and seventeen prospective studies of self-initiated quitting. *Tob Induc Dis*. 2002;1(1):35-81.
4. Branstetter SA, Horn K, Dino G, Zhang J. Beyond quitting: predictors of teen smoking cessation, reduction and acceleration following a school-based intervention. *Drug Alcohol Depend*. 2009;99(1):160-8.
5. Stanton W, Baade P, Moffatt J. Predictors of smoking cessation processes among secondary school students. *Subst Use Misuse*. 2006;41(13):1683-94.
6. Balch GI, Tworek C, Barker DC, Sasso B, Mermelstein RJ, Giovino GA. Opportunities for youth smoking cessation: Findings from a national focus group study. *Nicotine and Tobacco Research*. 2004;6(1):9-17.
7. Ellickson PL, Tucker JS, Klein DJ. Sex differences in predictors of adolescent smoking cessation. *Health Psychol*. 2001;20(3):186-95.
8. Harvey J, Nicholas Chadi N. for the Canadian Paediatric Society. Strategies to promote smoking cessation among adolescents. *Pediatr Child Health* 2016;21(4):201-04.
9. Berra S, Tebé C, Erhart M, Ravens-Sieberger U, Auquier P, Detmar S, et al. Correlates of use of health care services by children and adolescents from 11 European countries. *Med Care*. 2009;47(2):161-7.
10. Sussman S, Sun P. Youth tobacco use cessation: 2008 update. *Tobacco Induced Diseases*. 2009;5:3.
11. Sussman S, Sun P, Dent CW. A meta-analysis of teen cigarette smoking cessation. *Health Psychol*. 2006;25(5):549-57.
12. Sussman S, Dent CW, Lichtman KL. Project EX. Outcomes of a teen smoking cessation program. *Addict Behav*. 2001;26(3):425-38.
13. Sussman S, McCuller WJ, Zheng H, Pfingston YM, Miyano J, Dent CW. Project EX: A Program of Empirical Research on Adolescent Tobacco Use Cessation. *Tob Induc Dis*. 2004;2(3):119-32.
14. Sun P, Miyano J, Rohrbach LA, Dent CW, Sussman S. Short-term effects of Project EX-4: A classroom-based smoking prevention and cessation intervention program. *Addict Behav*. 2007;32(2):342-50.
15. Liang L, Chaloupka F, Nichter M, Clayton R. Prices, policies and youth smoking, May 2001. *Addiction*. 2003;98(s1):105-22.
16. Levy DT, Chaloupka F, Gitchell J. The effects of tobacco control policies on smoking rates: a tobacco control scorecard. *J Public Health Manag Pract*. 2004;10(4):338-53.
17. Guindon GE, Tobin S, Yach D. Trends and affordability of cigarette prices: ample room for tax increases and related health gains. *Tob Control*. 2002;11(1):35-43.

18. Lewit EM, Hyland A, Kerrebrock N, Cummings KM. Price, public policy, and smoking in young people. *Tob Control*. 1997;6(suppl 2):S17.
19. Lovato C, Linn G, Stead LF. Impact of tobacco advertising and promotion on increasing adolescent smoking behaviours. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011, Oct 5;(10):CD003439. doi: 10.1002/14651858.CD003439.pub2.
20. Sims TH. The Committee on Substance Abuse. Technical Report—Tobacco as a substance of abuse. *Pediatrics*. 2009;124:e1045-53.
21. Hibell B, Guttormsson U, Ahlström S, Balakireva O, Bjarnason T, Kokkevi A, et al. The 2011 ESPAD Report: Substance Use Among Students in 36 European Countries. The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN); Stockholm, Sweden May 2012.
22. Johnston LD, Miech RA, O'Malley PM, Bachman JG, Schulenberg JE. Use of ecstasy, heroin, synthetic marijuana, alcohol, cigarettes declined among US teens in 2015. *Ann Arbor, MI*. <http://www.monitoringthefuture.org>: University of Michigan News Service 2015.
23. Office for National Statistics-Social and Vital Statistics Division. General Lifestyle Survey, 2011: Special Licence Access. [data collection]. UK Data Service, 2014. SN: 7475, <http://dx.doi.org/10.5255/UKDA-SN-7475-1>.
24. Arday DR, Giovino GA, Schulman J, Nelson DE, Mowery P, Samet JM. Cigarette smoking and self-reported health problems among US high school seniors, 1982-1989. *Am J Health Promot*. 1995;10(2):111-6.
25. Arnett JJ. Optimistic bias in adolescent and adult smokers and nonsmokers. *Addict Behav*. 2000;25(4):625-32.
26. European Commission. Special Eurobarometer 429. Attitudes of Europeans toward tobacco and electronic cigarettes. May 2015; European Commission, Directorate-General for Health and Food Safety. http://ec.europa.eu/public_opinion/index_en.htm
27. Tworek C, Schauer GL, Wu CC, Malarcher AM, Jackson KJ, Hoffman AC. Youth tobacco cessation: quitting intentions and past-year quit attempts. *Am J Prev Med*. 2014;47(2):S15-S27.
28. Bachmann M, Znoj H, Brodbeck J. Smoking behaviour, former quit attempts and intention to quit in urban adolescents and young adults: A five-year longitudinal study. *Public Health*. 2012;126(12):1044-50.
29. Ministry of Health. Background and recommendations of The New Zealand guidelines for helping people to stop smoking. Wellington: Ministry of Health: Ministry of Health; 2014.
30. Fiore MC, Jaén CR, Baker TB, et al. Clinical Practice Guideline - Treating tobacco use and dependence: 2008 update. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services 2008.31..... European Network for Smoking and Tobacco Prevention [ENSP]. European Smoking Cessation Guidelines. Brussels: European Network for Smoking and Tobacco Prevention (ENSP)v2012.
32. CAN-ADAPTT. Canadian Smoking Cessation Guideline Version 2.0: Specific Populations: Youth (Children and Adolescents), March 31, 2011.
33. Committee on Environmental Health & Committee on Substance Abuse & Committee on Adolescence and Committee on Native American Child Health. From the American Academy of Pediatrics: policy statement—tobacco use: a pediatric disease. *Pediatrics*. 2009;124(5):1474-87.
34. McRobbie H, Bullen C, Glover M, Whittaker R, Wallace-Bell M, Fraser T. New Zealand smoking cessation guidelines. *NZ Med J*. 2008;121(1276):57-70.
35. Ministry of Health. Background and recommendations of The New Zealand guidelines for helping people to stop smoking. Wellington: Ministry of Health: Ministry of Health; 2014.
36. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Smoking cessation services in primary care, pharmacies, local authorities and workplaces, particularly for manual working groups, pregnant women and hard to reach communities. London (UK): NICE, 2008.
37. Wilkinson P, Kelvin R, Roberts C, Dubicka B, Goodyer I. Clinical and Psychosocial Predictors of Suicide Attempts and Nonsuicidal Self-Injury in the Adolescent Depression Antidepressants and Psychotherapy Trial (ADAPT). *AJ Psychiatry*. 2011;168(5):495-501
38. Zwar N, Richmond R, Borland R, Peters M, Litt J, Bell J, et al. Supporting smoking cessation: a guide for health professionals. Melbourne: The Royal Australian College of General Practitioners, 2011.
39. Leatherdale ST. What modifiable factors are associated with cessation intentions among smoking youth? *Addict Behav*. 2008;33(1):217-23.
40. McCuller WJ, Sussman S, Wapner M, Dent C, Weiss DJ. Motivation to quit as a mediator of tobacco cessation among at-risk youth. *Addict Behav*. 2006;31(5):880-8.
41. White HR, Bray BC, Fleming CB, Catalano RF. Transitions into and out of light and intermittent smoking during emerging adulthood. *Nicotine & Tobacco Research*. 2009;11(2):211-9.
42. Chenoweth MJ, O'Loughlin J, Sylvestre MP, Tyndale RF. CYP2A6 slow nicotine metabolism is associated with increased quitting by adolescent smokers. *Pharmacogenet Genomics*. 2013;23(4):232-235
43. Dijk F, Reubsat A, de Nooijer J, de Vries H. Smoking status and peer support as the main predictors of smoking cessation in adolescents from six European countries. *Nicotine and Tobacco Research*. 2007;9(SUPPL. 3):S495-S504.
44. Kleinjan M, Engels RC, van Leeuwe J, Brug J, van Zundert RM, van den Eijnden RJ. Mechanisms of adolescent smoking cessation: Roles of readiness to quit, nicotine dependence, and smoking of parents and peers. *Drug Alcohol Depend*. 2009;99(1):204-14.

7.3 ➤ Διακοπή καπνίσματος σε ασθενείς με διαβήτη

Αυτό το ειδικό κεφάλαιο των Κατευθυντήριων Οδηγιών για την διακοπή του καπνίσματος αποσκοπεί στη συνοπτική παρουσίαση των στοιχείων όσον αφορά στους κινδύνους υγείας που συνδέονται με τη χρήση καπνού μεταξύ των ασθενών με διαβήτη, καθώς επίσης παρουσιάζονται οι αποτελεσματικές προσεγγίσεις για την υποστήριξη της διακοπής και την πρόληψη της υποτροπής.

Επιδράσεις του καπνίσματος στην υγεία των ασθενών με διαβήτη

- Η χρήση καπνού σχετίζεται με σημαντική αύξηση του κινδύνου για διαβήτη τύπου 2 που είναι ανεξάρτητη από παράγοντες όπως το εκπαιδευτικό επίπεδο, η σωματική άσκηση, η κατανάλωση αλκοόλ και η διατροφή. Ο κίνδυνος για διαβήτη αυξάνεται όταν αυξάνεται η κατανάλωση καπνού.
- Το κάπνισμα σε διαβητικούς ασθενείς αυξάνει σημαντικά τον κίνδυνο στεφανιαίας νόσου, εμφράγματος του μυοκαρδίου, καρδιακής ανεπάρκειας, εγκεφαλικού επεισοδίου, περιφερικής αρτηριακής νόσου, καρδιαγγειακής θνησιμότητας καθώς και ολικής θνησιμότητας.
- Η χρήση καπνού αυξάνει επίσης τις μικροαγγειακές επιπλοκές σε διαβητικούς ασθενείς, συμπεριλαμβανομένης της ανεπιθύμητης επίδρασης σε διαβητική νεφροπάθεια.
- Η έκθεση στο παθητικό κάπνισμα έχει αποδειχθεί ότι αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης μεταβολικού συνδρόμου, δυσανεξίας στη γλυκόζη και διαβήτη τύπου 2.¹⁻¹⁵

Οφέλη για την υγεία από την διακοπή του καπνίσματος

- Οι πρώην καπνιστές έχουν υψηλότερο κίνδυνο εμφάνισης διαβήτη τύπου 2 σε σύγκριση με μη καπνιστές. Όμως ο κίνδυνος αυτός μειώνεται αισθητά καθώς ο χρόνος από την διακοπή αυξάνεται.
- Η διακοπή του καπνίσματος έχει αποδειχθεί ότι μειώνει σημαντικά τον κίνδυνο καρδιαγγειακής θνησιμότητας καθώς και καρδιαγγειακών συμβαμάτων σε διαβητικούς ασθενείς. Ωστόσο, οι πρώην καπνιστές εξακολουθούν να έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο καρδιαγγειακών παθήσεων και θνησιμότητας σε σύγκριση με τους μη καπνιστές.^{1, 4, 9, 16}

Σημαντικά ζητήματα για διαβητικούς ασθενείς

- Είναι ζωτικής σημασίας να υπογραμμίσουμε στους νεαρούς ασθενείς με διαβήτη πόσο σημαντικό είναι να μην αρχίσουν το κάπνισμα, επειδή, μόλις αποκτήσουν τη συνήθεια αυτή, μπορεί να δυσκολευτούν να την σταματήσουν.
- Παρά την επιβάρυνση που προκαλείτε από την χρήση καπνού στην ανάπτυξη και τη διαχείριση του διαβήτη, ο επιπολασμός του καπνίσματος σε διαβητικούς ασθενείς παραμένει πολύ υψηλός στην Ευρώπη.

- Οι καπνιστές με διαβήτη συχνά είναι ανεπαρκώς ενημερωμένοι σχετικά με τα οφέλη της διακοπής και τις διαθέσιμες επιλογές για υποστήριξη της διακοπής.
- Σε ασθενείς με διαβήτη τύπου 2, η διακοπή του καπνίσματος σχετίζεται με επιδείνωση του γλυκαιμικού ελέγχου που μπορεί να διαρκέσει 2-3 χρόνια και δεν σχετίζεται με την αύξηση του σωματικού βάρους. Απαιτείται στενή παρακολούθηση των διαβητικών ασθενών και προσαρμογή των αντιδιαβητικών φαρμάκων για τη διατήρηση αποτελεσματικού γλυκαιμικού ελέγχου μετά τη διακοπή του καπνίσματος.^{1, 10, 17-19}

Παρεμβάσεις διακοπής καπνίσματος σε διαβητικούς ασθενείς

- Τα στοιχεία δείχνουν ότι οι ασθενείς με διαβήτη δεν υιοθετούν εύκολα παρεμβάσεις διακοπής καπνίσματος και ότι τα ποσοστά επιτυχίας της διακοπής είναι συχνά χαμηλά. Η πρόληψη και η διακοπή της χρήσης του καπνού αποτελούν σημαντικά συστατικά της κλινικής φροντίδας του ασθενή με διαβήτη. Όλοι οι διαβητικοί ασθενείς θα πρέπει να έχουν καταγεγραμμένη στον φάκελο υγείας τους τόσο την τρέχουσα όσο και προηγούμενη χρήση καπνού. Με προτεραιότητα θα πρέπει να δούμε τους ασθενείς που αναφέρουν ότι καπνίζουν με σκοπό να λάβουν υποστήριξη για διακοπή. Οι παρεμβάσεις διακοπής του καπνίσματος πρέπει να περιλαμβάνουν συνδυασμό συμβουλευτικής και φαρμακοθεραπείας.
- Οι συστάσεις σχετικά με την αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων διακοπής του καπνίσματος με την παροχή συμβουλευτικής σε ασθενείς με διαβήτη περιορίζονται από τον μικρό αριθμό κλινικών δοκιμών, το σχετικά μικρό μέγεθος του δείγματος, καθώς και από την ετερογένεια στις παρεμβάσεις που έχουν δοκιμαστεί μέχρι σήμερα. Υπάρχουν διάφορα παραδείγματα προγραμμάτων διακοπής του καπνίσματος που εφαρμόζονται σε χώρους πρωτοβάθμιας ή / και δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας, τα οποία έχουν δείξει θετικά αποτελέσματα για τη διακοπή του καπνίσματος σε διαβητικούς ασθενείς.
- Τα στοιχεία για την χρήση των βέλτιστων πρακτικών όσον αφορά την αποτελεσματικότητα και την ασφάλεια των φαρμάκων για τη διακοπή του καπνίσματος είναι περιορισμένα. Μέχρι σήμερα, δεν έχουν πραγματοποιηθεί κλινικές δοκιμές μεγάλης κλίμακας που να αναφέρουν την αποτελεσματικότητα και την

ασφάλεια της θεραπείας υποκατάστασης νικοτίνης, την χρήση βουπροπιόνης ή βαρενικλίνης σε ασθενείς με διαβήτη. Ωστόσο, δεν υπάρχουν στοιχεία που να μετριάζουν τη χρήση αυτών των φαρμάκων πρώτης γραμμής για διακοπή του καπνίσματος μεταξύ διαβητικών ασθενών. Λόγω του αυξημένου κινδύνου εμφάνισης κατακράτησης, η βουπροπιόνη δεν συνιστάται για χρήση μεταξύ ασθενών με διαβήτη που χρησιμοποιούν

υπογλυκαιμικούς παράγοντες ή ινσουλίνη. Απαιτείται στενότερη παρακολούθηση των επιπέδων σακχάρου στο αίμα όταν χρησιμοποιούνται για πρώτη φορά φάρμακα για διακοπή του καπνίσματος και μπορεί να απαιτηθεί προσαρμογή του φαρμάκου.²⁰⁻²²

Πρωτόκολλο θεραπείας για την διακοπή του καπνίσματος - Διαβητικοί ασθενείς



Βασικές συστάσεις για επαγγελματίες υγείας:

- Το κάπνισμα και η έκθεση στο παθητικό κάπνισμα σχετίζονται με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης διαβήτη τύπου 2 και θα πρέπει να θεωρούνται ως σημαντικοί τροποποιητικοί παράγοντες κινδύνου για την νόσο (Επίπεδο Τεκμηρίωσης Α).
- Οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να επικοινωνούν με σαφήνεια σε όλους τους ασθενείς που καπνίζουν τη στενή σχέση μεταξύ του καπνίσματος ή της έκθεσης στο παθητικό κάπνισμα και του κινδύνου εμφάνισης διαβήτη τύπου 2. Επίσης θα πρέπει να ενημερώσουν ότι ο κίνδυνος είναι υψηλότερος για όσους καπνίζουν περισσότερο και πρέπει να δοθεί ιδιαίτερη προσοχή στους προδιαθεσικούς παράγοντες εμφάνισης διαβήτη (Επίπεδο Τεκμηρίωσης Α).
- Οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να διασφαλίζουν την αξιολόγηση της χρήσης καπνού σε διαβητικούς ασθενείς και η διακοπή του καπνίσματος θα πρέπει να αποτελεί κλινική προτεραιότητα μεταξύ των διαβητικών ασθενών που καπνίζουν (Επίπεδο Τεκμηρίωσης Α).
- Οι επεμβάσεις διακοπής του καπνίσματος πρέπει να ξεκινήσουν ως βασική συνιστώσα του σχεδίου θεραπείας στους ασθενείς με διαβήτη. Οι παρεμβάσεις θα πρέπει να περιλαμβάνουν συνδυασμό συμβουλευτικής και φαρμακοθεραπείας (Επίπεδο Τεκμηρίωσης Α).
- Η στρατηγική των 5Α είναι μια αποτελεσματική μέθοδος αντιμετώπισης της διακοπής του καπνίσματος σε κλινικό περιβάλλον και είναι κατάλληλη για χρήση σε διαβητικούς ασθενείς (Επίπεδο Τεκμηρίωσης Β).
- Οι παρεμβάσεις διακοπής καπνίσματος που εφαρμόζονται στις δομές πρωτοβάθμιας ή / και δευτεροβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης από διεπιστημονικές ομάδες υγείας μπορεί να έχουν ευεργετική επίδραση στην διακοπή του καπνίσματος σε διαβητικούς ασθενείς, ωστόσο ο συνολικός αριθμός των ερευνών είναι περιορισμένος (Επίπεδο Τεκμηρίωσης Β).
- Παρά τον περιορισμένο αριθμό κλινικών δοκιμών που έχουν

πραγματοποιηθεί για την αποτελεσματικότητα των φαρμάκων (θεραπεία υποκατάστασης νικοτίνης, βουπροπιόνη και βαρενικλίνη) πρώτης γραμμής σε διαβητικούς ασθενείς, δεν υπάρχουν στοιχεία που να μετριάζουν τη χρήση των φαρμάκων αυτών για διακοπή (Επίπεδο Τεκμηρίωσης Γ).

- Λόγω του αυξημένου κινδύνου εμφάνισης σπασμών, η βουπροπιόνη δεν συνιστάται για χρήση σε διαβητικούς ασθενείς που κάνουν χρήση υπολικαιμικών παραγόντων ή ινσουλίνη (Επίπεδο Τεκμηρίωσης Γ).
- Λόγω της πιθανής αλλοίωσης του γλυκαιμικού ελέγχου κατά τα πρώτα 2-3 χρόνια μετά την διακοπή, οι ιατροί θα πρέπει να παρακολουθούν στενά τον ασθενή και να προσαρμόζουν τα αντιδιαβητικά φάρμακα για να διατηρήσουν αποτελεσματικό γλυκαιμικό έλεγχο μετά τη διακοπή του καπνίσματος (Επίπεδο Τεκμηρίωσης Β).
- Συνιστάται στενότερη παρακολούθηση των επιπέδων σακχάρου στο αίμα όταν χρησιμοποιούνται για πρώτη φορά φάρμακα διακοπής του καπνίσματος και μπορεί να είναι απαραίτητη η προσαρμογή της δοσολογίας του φαρμάκου (Επίπεδο Τεκμηρίωσης Β).^{9-15, 20-34}

Βιβλιογραφία

- Pan A, Wang Y, Talaei M, Hu FB. Relation of Smoking With Total Mortality and Cardiovascular Events Among Patients With Diabetes Mellitus A Meta-Analysis and Systematic Review. *Circulation* 2015 published online before print doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.115.017926.
- U.S. Department of Health and Human Services. The Health Consequences of Smoking—50 Years of Progress: A report of the Surgeon General. <http://www.surgeongeneral.gov/library/reports/50-years-of-progress>. Accessed December 2016.
- The Interact consortium. Smoking and Long-Term Risk of Type 2 Diabetes: The EPI ClnterAct Study in European Populations. *Diabetes Care* 2014; 37:3164–3171.
- Pan A, Wang Y, Talaei M, Hu FB, Wu T. Relation of active, passive, and quitting smoking with incident type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Diabetes Endocrinol* 2015; 3: 958–67.
- Zhang L, Curhan GC, Hu FB, Rimm EB, and JP Forman. Association Between Passive and Active Smoking and Incident Type 2 Diabetes in Women. *Diabetes Care* 2011 Apr; 34(4):892-897. <https://doi.org/10.2337/dc10-2087>.
- Wei X, Meng E., and S Yu. A meta-analysis of passive smoking and risk of developing Type Diabetes Mellitus. *Diabetes Research and Clinical Practice* 2015; 107(1): 9–14.
- Sun K, Liu D, Wang C, Ren M, Yang C, and L Yan. Passive smoke exposure and risk of diabetes: a meta-analysis of prospective studies. *Endocrine* 2014; 47(2): 421–427.
- Houston TK, Person SD, Pletcher MJ, Liu K, Iribarren C, CI Kiefe. Active and passive smoking and development of glucose intolerance among young adults in a prospective cohort: CARDIA study. *BMJ* 2006; 332:1064. doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.38779.584028.55>.
- Qin R, Chen T, Lou Q, Yu D. Excess risk of mortality and cardiovascular events associated with smoking among patients with diabetes: Meta-analysis of observational prospective studies *International Journal of Cardiology* 2013;167: 342–50.
- Tonstad S. Cigarette smoking, smoking cessation, and diabetes. *Diabetes Res Clin Pract* 2009;85:4–13.
- Chang SA. Smoking and Type 2 Diabetes Mellitus. *Diabetes Metab J* 2012; 36:399–403.
- Biesenbach G, Grafinger P, Janko O, Zazgornik J. Influence of cigarette-smoking on the progression of clinical diabetic nephropathy in type 2 diabetic patients. *Clin Nephrol* 1997;48:146–50.
- Chuahirun T, Wesson DE. Cigarette smoking predicts faster progression of type 2 established diabetic nephropathy despite ACE inhibition. *Am J Kidney Dis* 2002; 39:376–82.
- Chuahirun T, Khanna A, Kimball K, Wesson DE. Cigarette smoking and increased urine albumin excretion are interrelated predictors of nephropathy progression in type 2 diabetes. *Am J Kidney Dis* 2003;41:13–21.
- Guillausseau PJ, Massin P, Charles MA, Allaguy H, Guvenli Z, Virally M, Tielmans D, Assayag M, Warnet A, Lubetzki J. Glycaemic control and development of retinopathy in type 2 diabetes mellitus: a longitudinal study. *Diabet Med* 1998; 15:151–5.
- Clair C, Rigotti NA, Porneala B, et al. Association of smoking cessation and weight change with cardiovascular disease among adults with and without diabetes. *JAMA* 2013;309:1014–1021.
- Fowler PM, Hoskins PL, McGill M, Dutton SP, Yue DK, Turtle JR. Anti-smoking Programme for Diabetic Patients: The Agony and the Ecstasy. *Diabetic Medicine* 1989;6: 698–702.
- Ian A. MacFarlane. The smoker with diabetes: a difficult challenge. *Postgrad Med J* 1991;67:928–930.
- Regber S, Kelly KB. Missed opportunities adolescents with a chronic condition (insulin dependent diabetes mellitus) describe their cigarette-smoking trajectories and consider health risks. *Acta Paediatr* 2007;96:1770-1776.
- Schauer GL, Halperin C, Manc LA. Health professional advice for smoking and weight in adults with and without diabetes: findings from BRFSS *Journal of Behavioral Medicine* 2013;36: 10-19.
- American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes—2013. *Diabetes Care* 2013; 36:11–66.
- American Diabetes Association Position Statement: Standards of Medical Care in Diabetes—2016. *Diabetes Care* 2016;39(Suppl. 1):S1–S112.
- US Department of Health and human Services. Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update. Clinical Practice Guideline.

http://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/cliniciansproviders/guidelines-ecommendations/tobacco/clinicians/update/treating_tobacco_use08.pdf. Accessed December 2015.

24. Thankappan KR1, Mini GK, Daivadanam M, Vijayakumar G, Sarma PS, Nichter M. Smoking cessation among diabetes patients: results of a pilot randomized controlled trial. *Diabetes Care*. 2014;37(12):e256–e257.
25. Thankappan KR, Mini GK, Hariharan M, Vijayakumar G, Sarma PS, Nichter M. Smoking Cessation Among Diabetic Patients in Kerala, India: 1-Year Followup Results From a Pilot Randomized Controlled Trial. *Journal of Clinical Nursing* 2015;24:2545–2553.
26. Hartmann-Boyce J, Stead LF, Cahill K, Lancaster T. Efficacy of interventions to combat tobacco addiction: Cochrane update of 2012 reviews *Addiction*. 2013;108(10):1711–21.
27. Perez-Tortosa S, Roig L, Manresa JM, Martin-Cantera C. Continued smoking abstinence in diabetic patients in primary care: A cluster randomized controlled multicenter study. *Diabetes res clinic practice* 2015;107:94–103.
28. NG, Nichter M, Padmawati RS, Prabandari YS, Muramoto M, Nichter M. Bringing smoking cessation to diabetes clinics in Indonesia. *Chronic Illn*. 2010;6(2):125–35.
29. Majeed A. Impact of a pay-for-performance incentive on support for smoking cessation and on smoking prevalence among people with diabetes *CMAJ*. 2007;176:1705–10.
30. Jansink R, Braspenning J, van der Weijden T, Elwyn G, Grol R. Primary care nurses struggle with lifestyle counseling in diabetes care: a qualitative analysis *BMC Family Practice* 2010; 11:41.
31. American Diabetes Association Position Statement: Standards of Medical Care in Diabetes—2016. *Diabetes Care* 2016;39(Suppl. 1):S1–S112.
32. US Department of Health and Human Services. Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update. Clinical Practice Guideline. http://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/cliniciansproviders/guidelines-ecommendations/tobacco/clinicians/update/treating_tobacco_use08.pdf. Accessed December 2015.
33. Cahill K, Stevens S, Perera R, Lancaster T. Pharmacological interventions for smoking cessation: an overview and network metaanalysis. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 5. Art. No.: CD009329. DOI:10.1002/14651858.CD009329.pub2.
34. Mays D, Streisand R, Walker LR, Prokhorov AV, Tercyak KP. Cigarette smoking among adolescents with type 1 diabetes: Strategies for behavioural prevention and intervention. *Journal of Diabetes and Its Complications* 2012; 26:148–153.

7.4 Διακοπή του καπνίσματος σε ασθενείς με Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια (ΧΑΠ)

Αυτό το ειδικό κεφάλαιο των Κατευθυντήριων Οδηγιών για την

διακοπή του καπνίσματος αποσκοπεί στο να συνοψίσει τα στοιχεία σχετικά με τον κίνδυνο για την υγεία που σχετίζεται με τη χρήση καπνού σε ασθενείς με χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια (ΧΑΠ) καθώς και αποτελεσματικές προσεγγίσεις για την υποστήριξη της διακοπής σε αυτό τον πληθυσμό καπνιστών.

Επιδράσεις του καπνίσματος στην υγεία των ασθενών με ΧΑΠ

- Η χρήση του καπνού είναι ο κύριος παράγοντας κινδύνου για την ανάπτυξη ΧΑΠ. Οι χρήστες καπνού έχουν 50% περισσότερες πιθανότητες να αναπτύξουν ΧΑΠ κατά τη διάρκεια της ζωής τους.
- Η έκθεση στο παθητικό κάπνισμα σχετίζεται με μειωμένη κατάσταση υγείας και αυξημένα συμπτώματα σε ασθενείς με ΧΑΠ. Η έρευνα έχει τεκμηριώσει τη σχέση μεταξύ του παθητικού καπνίσματος στην παιδική ηλικία και της ανάπτυξης ΧΑΠ κατά την ενηλικίωση.¹⁻¹³

Οφέλη για την υγεία από την διακοπή του καπνίσματος

- Η διακοπή του καπνίσματος είναι η πιο αποτελεσματική θεραπεία για τη μείωση του ποσοστού της εξέλιξης της ΧΑΠ στους ασθενείς που καπνίζουν. Επίσης είναι οικονομικά αποδοτική μέθοδος.
- Η διακοπή του καπνίσματος είναι ωφέλιμη ανά πάσα στιγμή για τους καπνιστές με ΧΑΠ και έχει αποδειχθεί ότι: επιβραδύνει την πρόοδο της νόσου, μειώνει τα ποσοστά επιδείνωσης, αυξάνει την αποτελεσματικότητα των θεραπειών και βελτιώνει τη συνολική ποιότητα ζωής. Τα αναπνευστικά συμπτώματα βελτιώνονται μετά από 3-9 μήνες μετά την διακοπή του καπνίσματος και η πνευμονική λειτουργία μπορεί να αυξηθεί κατά 10%.^{2, 14-25}

Οφέλη από την διακοπή στους καπνιστές με ΧΑΠ

- Μειωμένη εμφάνιση αναπνευστικών συμπτωμάτων
- Μειωμένος αριθμός νοσηλείων
- Τα αναπνευστικά συμπτώματα βελτιώνονται κατά το πρώτο έτος μετά τη διακοπή
- Υπάρχει πτώση των επιπέδων FEV1. Τα επίπεδα του FEV1 στην πενταετία φτάνουν στα 72ml μετά την διακοπή σε σύγκριση με τα 301ml στα άτομα που συνεχίζουν να καπνίζουν
- Μείωση της γενικής θνησιμότητας

- Το πιο αποτελεσματικό μέτρο για τη μείωση της προόδου της ΧΑΠ
- Βελτιώνει τις αντιδράσεις στα βρογχοδιασταλτικά φάρμακα και στα εισπνεόμενα κορτικοστεροειδή
- Μείωση των βρογχικών λοιμώξεων

Προφίλ των καπνιστών με ΧΑΠ

- Οι καπνιστές με ΧΑΠ καπνίζουν περισσότερο, εισπνέουν βαθύτερα και είναι περισσότερο εθισμένοι στον καπνό απ' ό,τι ο γενικός πληθυσμός των καπνιστών. Στην πραγματικότητα, η εκπνεόμενη συγκέντρωση μονοξειδίου του άνθρακα (CO) στους καπνιστές με ΧΑΠ έχει βρεθεί ότι είναι υψηλότερη από ό,τι στο γενικό πληθυσμό.
- Οι καπνιστές με ΧΑΠ δυσκολεύονται περισσότερο να σταματήσουν το κάπνισμα σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό των καπνιστών. Η παρουσία της ασθένειας, η συνύπαρξη της κατάθλιψης, του άγχους κλπ. συνδέονται με την έλλειψη κινήτρων και αυτοπεποίθησης, μειώνοντας έτσι τις πιθανότητες διακοπής του καπνίσματος.
- Η κατανόηση αυτών των διαφορών και η προσαρμογή των παρεμβάσεων διακοπής μπορεί να βοηθήσει στην αύξηση της αποτελεσματικότητας των θεραπειών διακοπής του καπνίσματος στους καπνιστές με ΧΑΠ.^{6, 21, 26-39}

Παρεμβάσεις για διακοπή καπνίσματος σε ασθενείς με ΧΑΠ

- Οι παρεμβάσεις διακοπής του καπνίσματος θα πρέπει να ενσωματωθούν στην καθημερινή φροντίδα των ασθενών με ΧΑΠ που καπνίζουν, τόσο σε πρωτοβάθμια όσο και σε εξειδικευμένες δομές υγείας. Οι νοσηλείες, οι εξάρσεις και οι περίοδοι των τακτικών ελέγχων αποτελούν ιδανικές στιγμές για τη διευθέτηση των επεμβάσεων διακοπής του καπνίσματος.
- Όλοι οι ασθενείς θα πρέπει να έχουν πλήρη αξιολόγηση του ιστορικού του καπνίσματος, συμπεριλαμβανομένου του βαθμού εθισμού στη νικοτίνη. Η βιοχημική εξέταση μπορεί να χρησιμεύσει ως εργαλείο για την αξιολόγηση του καπνίσματος και για την αύξηση του κινήτρου των ασθενών με ΧΑ. να διακόψουν το κάπνισμα. Η αξιολόγηση των επιπέδων του μονοξειδίου του άνθρακα στον εκπνεόμενο αέρα (CO) μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να εκτιμηθεί η καπνιστική συνήθεια και να παρακολουθείται η πορεία διακοπής του καπνίσματος. Η "ηλικία

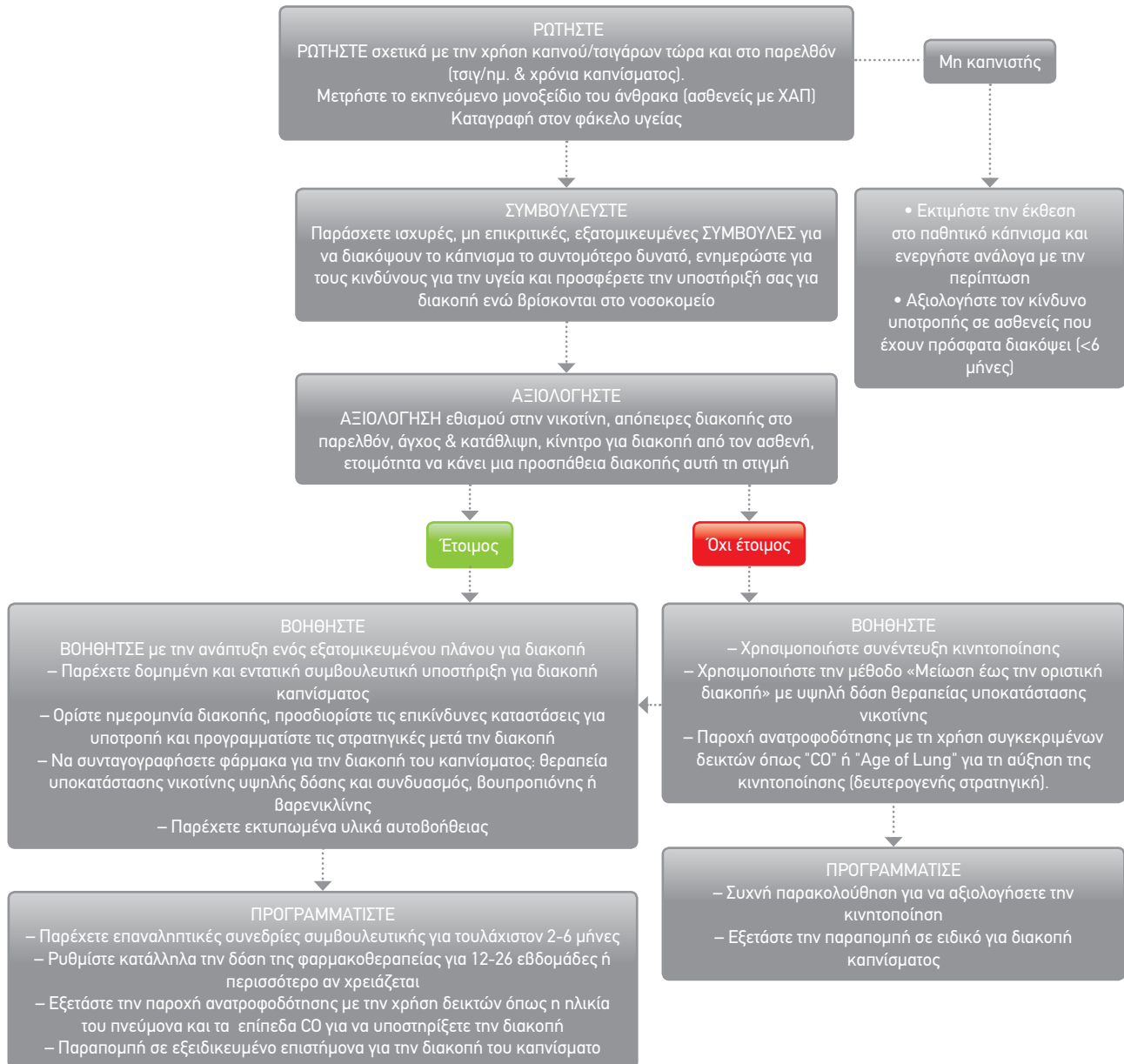
του πνεύμονα (lung age)" μπορεί επίσης να χρησιμοποιηθεί ως δευτερεύουσα στρατηγική για παρεμβάσεις με τους καπνιστές.

- Ο συνδυασμός συμβουλευτικής και φαρμακοθεραπείας είναι η πιο αποτελεσματική μέθοδος για την αντιμετώπιση της εξάρτησης από νικοτίνη σε ασθενείς με ΧΑΠ
- Οι ασθενείς με ΧΑΠ, ιδιαίτερα εκείνοι που αναφέρουν υψηλά επίπεδα εξάρτησης από τη νικοτίνη, έχουν μεγαλύτερη δυσκολία στην διακοπή σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό των καπνιστών και θα απαιτηθεί δομημένη και εντατική υποστήριξη διακοπής για να υπάρξουν θετικά αποτελέσματα.
- Τα φάρμακα που είναι διαθέσιμα και έχουν αποδειχθεί αποτελεσματικά για τη στήριξη της διακοπής στους ασθενείς με ΧΑΠ που καπνίζουν, περιλαμβάνουν: βουπροπιόνη και νορτριπτυλίνη, βαρενικλίνη και θεραπεία υποκατάστασης νικοτίνης. Η υψηλή δόση θεραπείας υποκατάστασης νικοτίνης, η βαρενικλίνη και η βουπροπιόνη συνιστάται για ασθενείς με ΧΑΠ που αναφέρουν μέτρια έως υψηλά επίπεδα εθισμού στη νικοτίνη, όπως αξιολογείται από το τεστ με την κλίμακα Fagerstrom για την εξάρτηση από τη νικοτίνη.
- Όταν χρησιμοποιούν θεραπεία υποκατάστασης νικοτίνης, συνιστάται ιδιαίτερα ο συνδυασμός δύο τύπων. Η αύξηση του χρονικού διαστήματος χορήγησης (μέχρι έξι ή δώδεκα μήνες) μπορεί να είναι αποτελεσματική στην αύξηση των ποσοστών αποχής των καπνιστών με ΧΑΠ σε σύγκριση με την συνήθη θεραπεία 10 εβδομάδων με θεραπεία υποκατάστασης νικοτίνης.
- Πρέπει να υπάρχει συχνή παρακολούθηση για την υποστήριξη της θεραπείας και θα πρέπει να γίνεται παραπομπή για διακοπή του καπνίσματος σε ειδικές μονάδες υγείας.^{30, 40-48}

Βασικές συστάσεις για επαγγελματίες υγείας:

- Μεταξύ των ασθενών με ΧΑΠ που συνεχίζουν να καπνίζουν, η διακοπή του καπνίσματος είναι η βασική κλινική παρέμβαση με σκοπό την μείωση της προοδευτικής εμφάνισης προβλημάτων των πνευμόνων και της επιδείνωσης της λειτουργίας τους. Η παρέμβαση αυτή θα πρέπει να αποτελεί κλινική προτεραιότητα για όλους τους ασθενείς (Επίπεδο Τεκμηρίωσης Α).
- Οι συγγάτοικοι και οι οικογένειες των ασθενών με ΧΑ.Π. πρέπει να ενημερώνονται για να μην εκθέτουν τους ασθενείς με ΧΑΠ στον καπνό του τσιγάρου και πρέπει να συμπεριλαμβάνονται/συμμετέχουν στα προγράμματα διακοπής του καπνίσματος

Πρωτόκολλο θεραπείας διακοπής του καπνίσματος – Ασθενείς με ΧΑΠ



(Επίπεδο Τεκμηρίωσης Δ).

- Όλοι οι επαγγελματίες υγείας που έχουν καπνιστές ασθενείς που πάσχουν από ΧΑΠ θα πρέπει να γνωρίζουν τις καπνιστικές συνήθειες της ομάδας αυτής, προκειμένου να προσαρμόσουν τις στρατηγικές παρέμβασης με σκοπό να αυξήσουν την πιθανότητα για διακοπή (Επίπεδο Τεκμηρίωσης Δ).
- Οι παρεμβάσεις διακοπής του καπνίσματος πρέπει να ενσωματώνονται στην καθημερινή φροντίδα των ασθενών με ΧΑΠ που καπνίζουν, τόσο στις δομές πρωτοβάθμιας φροντίδας όσο και στις εξειδικευμένες δομές υγείας (Επίπεδο Τεκμηρίωσης Α).
- Οι επαγγελματίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, οι πνευμονολόγοι και άλλοι επαγγελματίες υγείας που εμπλέκονται στη θεραπεία της ΧΑΠ θα πρέπει να εκπαιδεύονται στην ενσωμάτωση τεκμηριωμένης θεραπείας διακοπής καπνίσματος στην καθημερινή κλινική πρακτική και να είναι προετοιμασμένοι να παρέχουν φαρμακοθεραπεία και συμβουλευτική στα άτομα που καπνίζουν ή να τα παραπέμπουν σε εκπαιδευμένο συνάδελφο (Επίπεδο Τεκμηρίωσης Α).
- Ο συνδυασμός εντατικών συνεδριών συμβουλευτικής και φαρμακοθεραπείας είναι η πιο αποτελεσματική στρατηγική για τη θεραπεία της χρήσης καπνού σε ασθενείς με ΧΑΠ (Επίπεδο Τεκμηρίωσης Β).
- Το επίπεδο μονοξειδίου του άνθρακα (CO) στον εκπνεόμενο αέρα και κοτινίνης στο αίμα είναι χρήσιμοι μη επεμβατικοί βιο-δείκτες έκθεσης στο κάπνισμα και μπορούν να χρησιμοποιηθούν σε κλινικά περιβάλλοντα τόσο για την αξιολόγηση της καπνιστικής κατάστασης όσο και την παρακολούθηση της διακοπής του καπνίσματος (Επίπεδο Τεκμηρίωσης Α).
- Οι γιατροί που έχουν αναλάβει τη φροντίδα των καπνιστών με ΧΑΠ θα πρέπει να εκμεταλλευτούν την ευκαιρία για να αξιολογήσουν τις τιμές του CO όποτε είναι δυνατόν και να τις χρησιμοποιήσουν ως εργαλείο κινητοποίησης για να υποστηρίξουν την διακοπή του καπνίσματος, γνωρίζοντας ταυτόχρονα ότι θα υπάρχουν υψηλότερα επιπέδα CO λόγω φλεγμονής των αεραγωγών (Επίπεδο Τεκμηρίωσης Β).
- Ο ρόλος της "ηλικίας των πνευμόνων" για την αύξηση του κινήτρου των ασθενών να σταματήσουν το κάπνισμα χρειάζεται περαιτέρω διερεύνηση (Επίπεδο Τεκμηρίωσης Γ).
- Αρκετές μελέτες έχουν δείξει ότι για την πλειοψηφία των

ασθενών με ΧΑΠ (ιδιαίτερα εκείνων που αναφέρουν υψηλά επίπεδα εξάρτησης από τη νικοτίνη) θα απαιτηθεί μια δομημένη και εντατική υποστήριξη διακοπής του καπνίσματος προκειμένου η προσπάθεια αυτή να είναι επιτυχής (Επίπεδο Τεκμηρίωσης Γ).

- Η θεραπεία υποκατάστασης νικοτίνης μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να υποστηρίξει την διακοπή σε ασθενείς με ΧΑΠ. Ωστόσο, η τυποποιημένη δοσολογία στους πληθυσμούς με ΧΑΠ έχει χαμηλότερα ποσοστά διακοπής σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό των καπνιστών (Επίπεδο Τεκμηρίωσης Α).
- Η υψηλή δόση θεραπείας υποκατάστασης συνιστάται για ασθενείς με ΧΑΠ που αναφέρουν μέτρια έως υψηλά επίπεδα εθισμού στη νικοτίνη, όπως μετράται με τη κλίμακα Fagerstrom. Ο συνδυασμός δύο τύπων θεραπείας υποκατάστασης νικοτίνης συνιστάται (Επίπεδο Τεκμηρίωσης Α).
- Η αύξηση του χρόνου που χρησιμοποιείται η θεραπεία υποκατάστασης νικοτίνης (έξι ή δώδεκα μήνες) μπορεί να είναι αποτελεσματική στην αύξηση των ποσοστών αποχής στους καπνιστές με ΧΑΠ σε σύγκριση με τις συνήθεις 10 εβδομάδες θεραπείας (Επίπεδο Τεκμηρίωσης Α).
- Για τους ασθενείς με ΧΑΠ με χαμηλό κίνητρο να διακόψουν, η θεραπεία υποκατάστασης νικοτίνης μπορεί να χρησιμοποιηθεί για τη στήριξη της σταδιακής μείωσης του καπνίσματος (Επίπεδο Τεκμηρίωσης Β).
- Η βαρενικλίνη είναι φάρμακο πρώτης γραμμής για την διακοπή του καπνίσματος και έχει αποδειχθεί ότι είναι αποτελεσματική στην υποστήριξη της διακοπής στους καπνιστές με ΧΑΠ, ανεξαρτήτως της σοβαρότητας της νόσου ή του αριθμού των ημερήσιων τσιγάρων (Επίπεδο Τεκμηρίωσης Β).
- Η βουπροπιόνη είναι ένα αποτελεσματικό φάρμακο για την υποστήριξη της διακοπής του καπνίσματος σε ασθενείς με ΧΑΠ και είναι ασφαλής να χρησιμοποιείται (Επίπεδο Τεκμηρίωσης Β).^{21, 28, 34, 40, 47-69}

Βιβλιογραφία

1. de Marco R, Accordini S, Anto JM, et al. Long-term outcomes in mild/moderate chronic obstructive pulmonary disease in the European community respiratory health survey. *Am J Respir Crit Care Med*. 2009;180(10):956-63.
2. Fletcher C, Peto R. The natural history of chronic airflow obstruction.

- Br Med J. 1977;1(6077):1645-8.
3. Garcia Rodriguez LA, Wallander MA, Tolosa LB, Johansson S. Chronic obstructive pulmonary disease in UK primary care: incidence and risk factors. *COPD*. 2009;6(5):369-79.
4. Lundback B, Lindberg A, Lindstrom M, et al. Not 15 but 50% of smokers develop COPD?--Report from the Obstructive Lung Disease in Northern Sweden Studies. *Respir Med*. 2003;97(2):115-22.
5. Marsh S, Aldington S, Shirlcliffe P, Weatherall M, Beasley R. Smoking and COPD: what really are the risks? *Eur Respir J* 2006;28:883-6.
6. Walters N, T. C. Comparison of the smoking behaviour and attitudes of smokers who attribute respiratory symptoms to smoking with those who do not. *Br J Gen Pract*. 2002;52(475):132-4.
7. EPA California. Proposed Identification of Environmental Tobacco Smoke as a Toxic Air Contaminant. Sacramento, CA; 2005.
8. Johannessen A, Bakke PS, Hardie JA, Eagan TM. Association of exposure to environmental tobacco smoke in childhood with chronic obstructive pulmonary disease and respiratory symptoms in adults. *Respirology*. 2012;17(3):499-505.
9. Jordan RE, Cheng KK, Miller MR, Adab P. Passive smoking and chronic obstructive pulmonary disease: cross-sectional analysis of data from the Health Survey for England. *BMJ Open*. 2011;1(2):e000153.
10. Eisner MD, Iribarren C, Yelin EH, et al. The impact of SHS exposure on health status and exacerbations among patients with COPD. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*. 2009;4:169-76.
11. Kim WJ, Song JS, Park DW, et al. The effects of second hand smoke on chronic obstructive pulmonary disease in non smoking Korean adults. *Korean J Intern Med*. 2014;29(5):613-9.
12. Calverley PM, Walker P. Chronic obstructive pulmonary disease. *Lancet*. 2003;362(9389):1053-61.
13. Chapman KR, Mannino DM, Soriano JB, et al. Epidemiology and costs of chronic obstructive pulmonary disease. *Eur Respir J*. 2006;27(1):188-207.
14. Hersh CP, DeMeo DL, Al-Ansari E, et al. Predictors of survival in severe, early onset COPD. *Chest*. 2004;126(5):1443-51.
15. Rabe KF, Hurd S, Anzueto A, et al. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease: GOLD executive summary. *Am J Respir Crit Care Med* 2007;176(6):532-55.
16. Kanner RE, Connett JE, Williams DE, Buist AS. Effects of randomized assignment to a smoking cessation intervention and changes in smoking habits on respiratory symptoms in smokers with early chronic obstructive pulmonary disease: the Lung Health Study. *Am J Med*. 1999;106(4):410-6.
17. Makris D, Scherpereel A, Copin MC, et al. Fatal interstitial lung disease associated with oral erlotinib therapy for lung cancer. *BMC Cancer* 2007;150(7):1-4.
18. Scanlon PD, Connett JE, Waller LA, Altose MD, Bailey WC, Buist AS. Smoking Cessation and Lung Function in Mild-to-Moderate Chronic obstructive Pulmonary Disease. The Lung Health Study. *Am J Respir Crit Care Med*. 2000;161(2):381-90.
19. Laniado-Laborin R. Smoking and Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD). Parallel Epidemics of the 21st Century. *Int J Environ Res Public Health*. 2009;6(1):209-24.
20. Godtfredsen NS, Lam TH, Hansel TT, et al. COPD-related morbidity and mortality after smoking cessation: status of the evidence. *Eur Respir J*. 2008;34(4):844-53.
21. Underner M, Perriot J, Peiffer G. Sevrage tabagique du fumeur atteint de bronchopneumopathie chronique obstructive. *Rev Mal Respir*. 2014;31(10):937-60.
22. Barnett M. COPD: Smoking cessation *Community Nursing Journal*. 2008;22(11):36-40.
23. van Schayck OC, Haughney J, Aubier M, et al. Do asthmatic smokers benefit as much as non-smokers on budesonide/formoterol maintenance and reliever therapy? Results of an open label study. *Respir Med*. 2012;106(2):189-96.
24. Finkelstein R, Fraser RS, Ghezzi H, Cosio MG. Alveolar inflammation and its relation to emphysema in smokers. *Am J Respir Crit Care Med*. 1995;152(5 Pt 1):1666-72.
25. Beck GJ, Doyle CA, Schachter EN. Smoking and lung function. *Am Rev Respir Dis*. 1981;123(2):149-55.
26. Davila EP, Zhao W, Byrne M, et al. Correlates of smoking quit attempts: Florida Tobacco Callback Survey, 2007. *Tob Induc Dis*. 2009;5:10.
27. Fagerstrom KO, Kunze M, Schoberberger R, et al. Nicotine dependence versus smoking prevalence: comparisons among countries and categories of smokers. *Tob Control*. 1996;5(1):52-6.
28. Wilson JS, Fitzsimons D, Bradbury I, Stuart Elborn J. Does additional support by nurses enhance the effect of a brief smoking cessation intervention in people with moderate to severe chronic obstructive pulmonary disease? A randomised controlled trial. *Int J Nurs Stud*. 2008;45(4):508-17.
29. Wilson JS, Elborn JS, D. F. 'It's not worth stopping now': why do smokers with chronic obstructive pulmonary disease continue to smoke? A qualitative study. *J Clin Nurs* 2011;20:819-27.
30. Jimenez-Ruiz CA, Andreas S, Lewis KE, et al. Statement on smoking cessation in COPD and other pulmonary diseases and in smokers with comorbidities who find it difficult to quit. *Eur Respir J*. 2015.
31. European Network for Smoking and Tobacco Prevention aisbl (ENSP). European Smoking Cessation Guidelines: The authoritative guide to a comprehensive understanding of the implications and implementation of treatments and strategies to treat tobacco dependence. First Edition; 2012.
32. Jimenez-Ruiz CA, Masa F, Miravittles M, et al. Smoking characteristics: differences in attitudes and dependence between healthy smokers and smokers with COPD. *Chest*. 2001;119(5):1365-70.
33. Shahab L, Jarvis MJ, Britton J, West R. Prevalence, diagnosis and relation to tobacco dependence of chronic obstructive pulmonary disease in a nationally representative population sample. *Thorax*. 2006;61(12):1043-7.
34. Wagena EJ, Arrindell WA, Wouters EF, van Schayck CP. Are patients with COPD psychologically distressed? *Eur Respir J*. 2005;26(2):242-8.

35. van Eerd EA, van Rossem CR, Spigt MG, Wesseling G, van Schayck OC, D. K. Do we need tailored smoking cessation interventions for smokers with COPD ? A comparative study of smokers with and without COPD regarding factors associated with tobacco smoking. *Respiration*. 2015;90(3):211-9.
36. Devins GM, Edwards PJ. Self efficacy and smoking reduction in COPD . *Behav Ther*. 1988;26c:127-35.
37. Van Schayck CP, Kaper J, Wagena EJ, Wouters EF, Severens JL. The cost effectiveness of antidepressants for smoking cessation in chronic obstructive pulmonary disease (COPD) patients. *Addiction*. 2009;104(12):2110-7. 126.
38. Eklund BM, Nilsson S, Hedman L, Lindberg I. Why do smokers diagnosed with COPD not quit smoking? - a qualitative study. *Tob Induc Dis*. 2012;10(1):17.
39. Hilberink SR. Smoking cessation support for COPD patients in general practice. Nijmegen. Holland: Radbound University; 2013.
40. European Network for Smoking and Tobacco Prevention (ENSP). Guidelines for Treating Tobacco Dependence, 2nd Edition. Brussels, Belgium; 2017.
41. Hoogendoorn M, Feenstra TL, Hoogenveen RT, MPMH R-vM. Long-term effectiveness and cost-effectiveness of smoking cessation interventions in patients with COPD . *Thorax*. 2010;65:711-8.
42. Strassmann R, Bausch B, Spaar A, Kleijnen J, Braendli O, Puhan MA. Smoking cessation interventions in COPD : a network meta-analysis of randomised trials. *Eur Respir J*. 2009;34(3):634-40.
43. Thabane M, COPD Working Group. Smoking Cessation for Patients With Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD). An Evidence-Based Analysis. *Ont Health Technol Assess Ser*. 2012;12(4):1-50.
44. van der Meer RM, Wagena EJ, Ostelo RW, Jacobs JE, van Schayck CP. Smoking cessation for chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database Syst Rev*. 2003(2):CD002999.
45. Stead LF, Koilpillai P, Lancaster T. Additional behavioural support as an adjunct to pharmacotherapy for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015(10):CD009670.
46. Pires-Yfantouda R, Absalom G, Clemens F. Smoking cessation interventions for COPD: a review of the literature. *Respir Care*. 2013;58(11):1955-62.
47. Lira-Mandujano J, Miguez-Varela MC, Sara E, Cruz-Morales SE . Psychological Approaches to Increase Tobacco Abstinence in Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease: A Review. *Respiratory Disease and Infection -A New Insight: InTech*; 2013.
48. West R, McNeill A, Raw A. Smoking cessation guidelines for health professionals: an update. *Thorax*. 2000;55(12):987-99.
49. Bolman C, Sino C, Hekking P, van Keimpema A, van Meerbeeck J. Willingness of pulmonologists to guide COPD patients in smoking cessation. *Patient Educ Couns*. 2005;57(1):126-33.
50. Kava T, Taylor J, Gamble E, Partridge MR. The availability of smoking cessation advice from health professionals--a census from one East London District. *Respir Med*. 2000;94(10):983-4.
51. Cabana MD, Rand C, Slish K, Nan B, Davis MM, Clark N. Pediatrician self-efficacy for counseling parents of asthmatic children to quit smoking. *Pediatrics*. 2004;113(1 Pt1):78-81.
52. Carson KV, Verbiest ME, Crone MR, et al. Training health professionals in smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;5:CD000214.
53. Spanou C, Simpson SA, Hood K, et al. Preventing disease through opportunistic, rapid engagement by primary care teams using behaviour change counselling (PREEMPT):protocol for a general practice-based cluster randomised trial. *BMC Fam Pract*. 2010;11:69.
54. Miller WR, Rollnick S. *Motivational Interviewing: Preparing People for Change*, 2nd Edition. New York, NY: Guilford Press.;2002.
55. Lou P, Zhu Y, Chen P, et al. Supporting smoking cessation in chronic obstructive pulmonary disease with behavioural intervention: a randomized controlled trial. *BMC Fam Pract*. 2013;14:91.
56. Anthonisen NR, Connett JE, Kiley JP, et al. Effects of smoking intervention and the use of an inhaled anticholinergic bronchodilator on the rate of decline of FEV 1. The Lung Health Study. *JAMA*. 1994;272(19):1497-505.
57. Hilberink SR, Jacobs JE, Breteler MH, de Vries H, Grol RP. General practice counseling for patients with chronic obstructive pulmonary disease to quit smoking: impact after 1 year of two complex interventions. *Patient Educ Couns*. 2011;83(1):120-4.
58. Willemse B, Lesman-Leegte I, Timens W, Postma D, ten Hacken N. High cessation rates of cigarette smoking in subjects with and without COPD . *Chest*. 2005;128(5):3685-7.
59. van der Molen T, Willemse B WM, Schokker S, ten Hacken NHT, Postma DS, Juniper E. Development, validity and responsiveness of the Clinical COPD Questionnaire. *Health Qual Life Outcomes*. 2003;1:13.
60. Papadopoulos G, Vardavas CI, 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;11:13.
61. Tonnesen 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.
62. Jimenez Ruiz CA, Cicero Guerrero AM, Mayayo Ulibarri ML, Cristobal Fernandez MI, Gonzalez GL. Phenotypic features in COPD smokers attending a smoking cessation unit. *Eur Respir J*. 2011;38:1562.
63. Trofor A, Mihaltan F, Pop M, Todea D, Mihaicuta S. Romanian Society of Pulmonologists Guideline for Smoking Cessation and Smokers' assistance. Tehnopres Publishing House, Iasi. 2010.
64. Hughes JR, Stead LF, Hartmann-Boyce J, Cahill K, Lancaster T. Antidepressants for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014;1:CD000031.
65. Tashkin D, 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(9268):1571-5.
66. Wagena EJ, Knipschild PG, Huibers MJ, Wouters EF, van Schayck CP. Efficacy of bupropion and nortriptyline for smoking cessation among people at risk for or with chronic obstructive pulmonary disease. *Arch Intern Med*. 2005;165(19):2286-92.

67. Stefanatou A. Smoking Cessation in Cardiovascular Patients. Hellenic J Cardiol 2008;49(6):422-31.
68. Tashkin DP, Rennard S, Hays JT, Ma W, Lawrence D, Lee TC. Effects of varenicline on smoking cessation in patients with mild to moderate COPD: a randomized controlled trial. Chest. 2011;139(3):591-9.
69. Jimenez-Ruiz CA, Ramos Pinedo A, Cicero Guerrero A, Lopez Gonzalez G. Characteristics of COPD smokers and effectiveness and safety of smoking cessation medications. Nicotine Tob Res. 2012;14(9):1035-9.

7.5 Διακοπή καπνίσματος σε ασθενείς με καρδιαγγειακά νοσήματα

Αυτό το ειδικό κεφάλαιο των Κατευθυντήριων Γραμμών για την διακοπή του καπνίσματος αποσκοπεί να συνοψίσει τα στοιχεία που αφορούν στους κινδύνους για την υγεία που συνδέονται με τη χρήση καπνού σε ασθενείς με καρδιαγγειακές παθήσεις, καθώς και τις αποτελεσματικές προσεγγίσεις για την υποστήριξη της διακοπής σε αυτό τον ευάλωτο πληθυσμό.

Επιπτώσεις καπνίσματος σε ασθενείς με καρδιαγγειακή νόσο

- Το κάπνισμα είναι υπεύθυνο για το 50% όλων των θανάτων που μπορούν να αποφευχθούν μεταξύ των καπνιστών, και τα μισά από αυτά οφείλονται σε καρδιαγγειακές παθήσεις (CVD).
- Το κάπνισμα αποτελεί σημαντικό παράγοντα για την εμφάνιση και ανάπτυξη της υπέρτασης, της στεφανιαίας νόσου, του οξέος εμφράγματος του μυοκαρδίου, του αιφνίδιου καρδιακού θανάτου, της καρδιακής ανεπάρκειας και των επιπλοκών τους.
- Τα άτομα που εκτίθενται σε παθητικό κάπνισμα έχουν 20 έως 30% αυξημένο κίνδυνο νοσηρότητας και θνησιμότητας λόγω στεφανιαίας νόσου.
- Η νομοθεσία για την απαγόρευση του καπνίσματος συνδέεται με τη μείωση του εμφράγματος του μυοκαρδίου και της θνησιμότητας στον πληθυσμό.¹⁻²³

Οφέλη για την υγεία από την διακοπή του καπνίσματος

- Η διακοπή του καπνίσματος μετά από έμφραγμα του μυοκαρδίου μειώνει την καρδιαγγειακή θνησιμότητα κατά 36-46%.
- Η διακοπή του καπνίσματος πρέπει να αποτελεί προτεραιότητα για την πρωτογενή και δευτερογενή πρόληψη όλων των μορφών καρδιακής νόσου και θα πρέπει να αντιμετωπίζεται με

την ίδια αυστηρότητα όπως άλλοι μείζονες παράγοντες κινδύνου όπως ο διαβήτης, η υπέρταση και η δυσλιπιδαιμία

- Η διακοπή του καπνίσματος οδηγεί σε μεγαλύτερη μείωση της θνησιμότητας από ό, τι σε οποιοδήποτε άλλο μέτρο δευτερογενούς πρόληψης, συμπεριλαμβανομένης της χρήσης β-αναστολέων, των αναστολέων του μετατρεπτικού ενζύμου της αγγειοτασίνης, των στατινών ή της ασπιρίνης. Επιπλέον, τα οφέλη από τα αντιυπερτασικά ή τα φάρμακα μείωσης των λιπιδίων μειώνονται σημαντικά σε όσους συνεχίζουν να καπνίζουν.^{7, 24, 25-35}

Παρεμβάσεις διακοπής καπνίσματος σε ασθενείς με καρδιαγγειακά νοσήματα

- Ο συνδυασμός φαρμακοθεραπείας και συμβουλευτικής υποστήριξης εμφανίζει υψηλότερη αποτελεσματικότητα στους ασθενείς με καρδιαγγειακή νόσο που καπνίζουν. Οι συμπεριφορικές παρεμβάσεις είναι πιο αποτελεσματικές στην προώθηση της αποχής, εάν έχουν ικανοποιητική συχνότητα και διάρκεια.
- Η θεραπεία υποκατάστασης της νικοτίνης, η βουπροπιόνη και η βαρενικλίνη είναι φάρμακα πρώτης γραμμής που βοηθούν στην διακοπή του καπνίσματος σε ασθενείς με καρδιαγγειακή νόσο. Αυτά τα φάρμακα είναι ασφαλή για χρήση σε ασθενείς με σταθεροποιημένη κατάσταση. Υπάρχουν στοιχεία που υποστηρίζουν επίσης τη χρήση τους σε ασθενείς με οξεία καρδιαγγειακή νόσο, ωστόσο απαιτείται περισσότερη έρευνα σε αυτόν τον πληθυσμό ασθενών.
- Η νοσηλεία για καρδιαγγειακές παθήσεις προσφέρει την ευκαιρία να ξεκινήσει η διακοπή του καπνίσματος. Σε αυτό το στάδιο, έχει αποδειχθεί ότι η σύντομη παροχή συμβουλών, ακολουθούμενη από τηλεφωνική συμβουλευτική ή άλλη μέθοδο παρακολούθησης μετά την έξοδο από το νοσοκομείο, αυξάνει σημαντικά τα ποσοστά διακοπής του καπνίσματος. Η έναρξη φαρμακοθεραπείας κατά τη διάρκεια της νοσηλείας αυξάνει επίσης τα ποσοστά διακοπής μετά την έξοδο.
- Δεδομένου του κεντρικού ρόλου που παίζει το κάπνισμα στην αύξηση της αρτηριακής πίεσης, την πρόκληση αθηροσκλήρωσης και τη δραματική αύξηση του κινδύνου εμφράγματος του μυοκαρδίου, του εγκεφαλικού επεισοδίου και της περιφερικής αγγειακής νόσου, η διακοπή του καπνίσματος

πρέπει να θεωρείται ως θεμελιώδης ευθύνη κάθε επαγγελματία υγείας.^{32, 36-62}

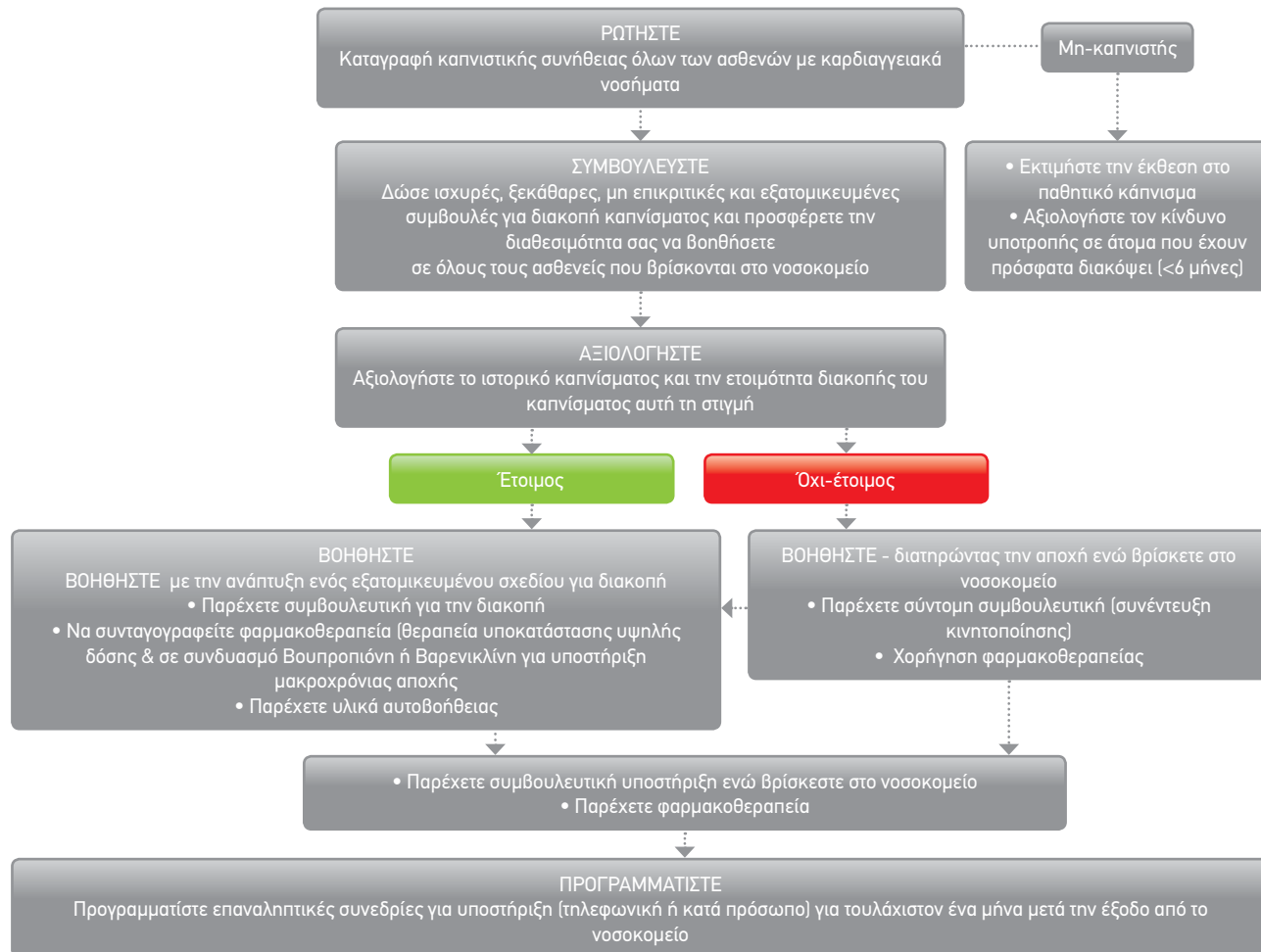
Σύνοψη βασικών συστάσεων για τους επαγγελματίες υγείας:

- Το κάπνισμα είναι ένας σημαντικός τροποποιητικός παράγοντας κινδύνου για την εμφάνιση καρδιαγγειακών παθήσεων και θα πρέπει να αντιμετωπίζεται με την ίδια σημασία όπως και άλλοι

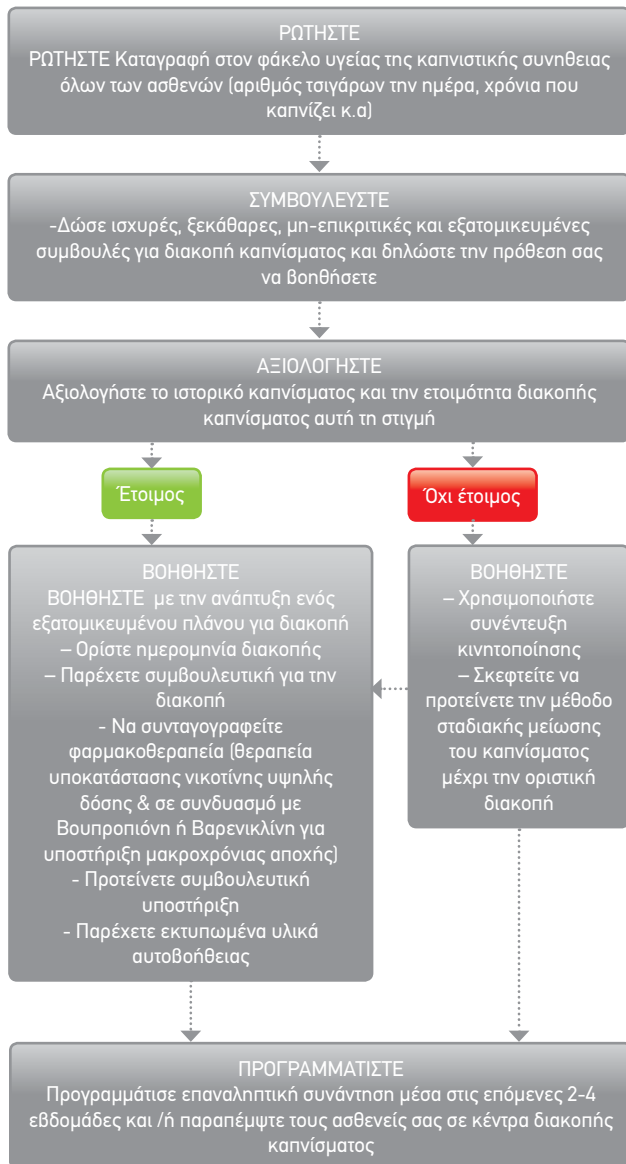
παράγοντες καρδιαγγειακού κινδύνου όπως η υπέρταση, η δυσλιπιδαιμία ή ο διαβήτης (Επίπεδο Τεκμηρίωσης Α).

- Η έκθεση στο παθητικό κάπνισμα είναι σχεδόν εξίσου επικίνδυνη με την ενεργή χρήση καπνού, και για αυτό η έκθεση θα πρέπει να είναι μηδενική (Επίπεδο Τεκμηρίωσης Β).
- Η νομοθεσία για την απαγόρευση του καπνίσματος έχει συσχετιστεί με τη μείωση των περιστατικών καρδιαγγειακών

Πρωτόκολλο θεραπείας διακοπής του καπνίσματος – Ασθενείς με καρδιαγγειακά νοσήματα – νοσοκομειακές δομές



Πρωτόκολλο θεραπείας διακοπής του καπνίσματος – Ασθενείς με καρδιαγγειακά νοσήματα – Πρωτοβάθμια περίθαλψη και εξωνοσοκομιακή περίθαλψη νοσοκομειακές δομές



παθήσεων καθώς και της θνησιμότητας. Αυτό πρέπει να αποτελεί προτεραιότητα για κάθε χώρα (Επίπεδο Τεκμηρίωσης Γ).

- Η διακοπή του καπνίσματος είναι μια ισχυρή στρατηγική για την πρωτογενή και δευτερογενή πρόληψη των καρδιαγγειακών παθήσεων και θα πρέπει να αποτελεί κλινική προτεραιότητα για όλους τους ασθενείς που πάσχουν από καρδιαγγειακή νόσο και καπνίζουν (Επίπεδο Τεκμηρίωσης Α).
- Οι επαγγελματίες υγείας που εργάζονται με ασθενείς με καρδιαγγειακή νόσο θα πρέπει να λαμβάνουν κατάλληλη εκπαίδευση και να είναι προετοιμασμένοι να παρεμβαίνουν σε ασθενείς που καπνίζουν χρησιμοποιώντας προσεγγίσεις θεραπείας με βάση τεκμηριωμένα στοιχεία (Επίπεδο Τεκμηρίωσης Α).
- Ο συνδυασμός φαρμακοθεραπείας και συμβουλευτικής υποστήριξης συνιστάται για όλους τους ασθενείς που πάσχουν από καρδιαγγειακή νόσο και καπνίζουν (Επίπεδο Τεκμηρίωσης Α).
- Οι παρεμβάσεις συμβουλευτικής είναι αποτελεσματικές στην προώθηση της αποχής, αρκεί να έχουν μεγάλη διάρκεια (Επίπεδο Τεκμηρίωσης Α).
- Μεταξύ των ασθενών που νοσηλεύονται με ασθένεια που σχετίζεται με καρδιαγγειακά νοσήματα, οι παρεμβάσεις διακοπής του καπνίσματος, συμπεριλαμβανομένης της φαρμακοθεραπείας, πρέπει να ξεκινούν κατά τη διάρκεια της νοσηλείας ως πρότυπο φροντίδας (επίπεδο Τεκμηρίωσης Α). Τουλάχιστον ένας μήνας υποστηρικτικής επαφής μετά την έξοδο από το νοσοκομείο θα αυξήσει περαιτέρω τα ποσοστά της διακοπής (Επίπεδο Τεκμηρίωσης Α).
- Το μοντέλο των "5Α" για την διακοπή του καπνίσματος θα πρέπει να χρησιμοποιείται σε ασθενείς με καρδιαγγειακή νόσο σε όλες τις δομές υγείας (Επίπεδο Τεκμηρίωσης Α).
- Η θεραπεία υποκατάστασης της νικοτίνης (Επίπεδο Τεκμηρίωσης Α), η Βουπροπιόνη (Επίπεδο Τεκμηρίωσης Α) και η Βαρενικλίνη (Επίπεδο Τεκμηρίωσης Α) είναι φάρμακα πρώτης γραμμής για την διακοπή του καπνίσματος και έχουν αποδειχθεί ότι αυξάνουν σημαντικά την αποχή από το κάπνισμα σε ασθενείς με καρδιαγγειακή νόσο και είναι ασφαλείς στη χρήση.
- Παρόλο που δεν υπάρχουν στοιχεία που να δείχνουν ανησυχίες σχετικά με την ασφάλεια από την χρήση θεραπείας

υποκατάσταση νικοτίνης σε ασθενείς με οξύ στεφανιαίο σύνδρομο, απαιτείται περαιτέρω έρευνα για να αυξηθεί η ισχύς αυτών των στοιχείων (Επίπεδο Τεκμηρίωσης D).^{40, 62-64}

Βιβλιογραφία

1. Mendis S., Puska P., Norrving B. Global Atlas on cardiovascular disease prevention and control. Geneva: World Health Organization (WHO), World Heart Federation (WHF), World Stroke Organization (WSO); 2011.
2. Doll R, Peto R, Boeham J, Sutherland I. Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. *BMJ*. 2004;328(7455):1519.
3. Burns DM. Epidemiology of smoking-induced cardiovascular disease. *Prog Cardiovasc Dis*. 2003;46(1):11-29.
4. Edwards R. The problem of tobacco smoking. *BMJ*. 2004;328(7455):217-9.
5. Goldenberg I, Jonas M, Tenenbaum A, et al. Current smoking, smoking cessation, and the risk of sudden cardiac death in patients with coronary artery disease. *Arch Intern Med* 2003;163(19):2301-5.
6. He J, Ogden LG, Bazzano LA, Vupputuri S, Loria C, Whelton PK. Risk Factors For Congestive Heart Failure In US Men And Women: NHANES I Epidemiologic Follow-Up Study *Arch Intern Med* 2001;161(9):996-1002.
7. Ockene IS, Miller NH. Cigarette smoking, cardiovascular disease, and stroke: a statement for healthcare professionals from the American Heart Association. American Heart Association Task Force on Risk Reduction. *Circulation*. 1997;96(9):3243-7.
8. Pujades-Rodriguez M, George J, Shah AD, et al. Heterogeneous associations between smoking and a wide range of initial presentations of cardiovascular disease in 1937360 people in England: lifetime risks and implications for risk prediction. *Int J Epidemiol*. 2015;44(1):129-41.
9. Schroeder SA. New evidence that cigarette smoking remains the most important health hazard. *N Engl J Med*. 2013;368(3):389-90.
10. U.S. Department of Health and Human Services. The Health Consequences of Smoking: A Report of the Surgeon General. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health; 2004.
11. Yusuf S, Hawken S, Ounpuu S, Dans T, Avezum A, et al. Effect Of Potentially Modifiable Risk Factors Associated With Myocardial Infarction In 52 Countries (The INTERHEART Study): Case-Control Study. *Lancet* 2004;364(9377):937-52.
12. Mahonen MS, Mcelduff P, Dobson AJ, Kuulasmaa KA, A E. Current smoking and the risk of non-fatal myocardial infarction in the WHO MONICA Project populations. *Tob Control* 2004;13(3):244-50.
13. Parish S, Collins R, Peto R, et al. Cigarette Smoking, Tar Yields, And Non-Fatal Myocardial Infarction: 14,000 Cases And 32,000 Controls In The United Kingdom. The International Studies Of Infarct Survival (ISIS) Collaborators. *BMJ* 1995;311(7000):471-7.
14. Centers for Disease Control and Prevention. Smoking and tobacco use: health effects of cigarette smoking. 2012 [cited; Available from: http://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/fact_sheets/health_effects/effects_cig_smoking/index.htm
15. Wilhelmsson C, Vedin JA, Elmfeldt D, Tibblin G, Wilhelmsen L. Smoking and myocardial infarction. *Lancet*. 1975(1):415-20.
16. Rosenberg L, Kaufman DW, Helmrich SP, Miller DR, Stolley PD, Shapiro S. Myocardial infarction and cigarette smoking in women younger than 50 years of age. *JAMA*. 1985;253(26):2965-9.
17. Hartz AJ, Barboriak PN, Anderson AJ, Hoffmann RG, Barboriak JJ. Smoking, coronary artery occlusion and nonfatal myocardial infarction. *JAMA*. 1981;246(12):851-3.
18. Mulcahy R, Hickey N, Graham IM, MacAirt J. Factors affecting the five-year survival rate of men following acute coronary heart disease. *Am Heart J* 1977;93(5):556-9.
19. Rajat SB. Mechanisms of Coronary Thrombosis in Cigarette Smoke Exposure. *Arterioscler Thromb Vasc Biol*. 2013;7(33):1460-7.
20. Kaptoge S, Di Angelantonio E, Lowe G, et al. Emerging Risk Factors Collaboration. C-reactive protein concentration and risk of coronary heart disease, stroke, and mortality: an individual participant meta-analysis. *Lancet*. 2010;375(9639):132-40.
21. U.S. Department of Health and Human Services. The Health Consequences of Involuntary Exposure to Tobacco Smoke: A Report of the Surgeon General. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, Coordinating Center for Health Promotion, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health; 2006.
22. Raupach T, Schafer K, Constantinides S, Andreas S. Secondhand smoke as an acute threat for the cardiovascular system: a change in paradigm. *European heart journal*. 2006;27(3):386-92.
23. He J, Vupputuri S, Allen K, Prerost MR, Hughes J, Whelton PK. Passive smoking and the risk of coronary heart disease—a meta-analysis of epidemiologic studies. *N Engl J Med*. 1999;340(10):920-6.
24. Wilson K, Gibson N, Willan A, Cook D. Effect of smoking cessation on mortality after myocardial infarction: meta-analysis of cohort studies. *Arch Intern Med* 2000;160(7):939-44.
25. Woolf SH. The need for perspective in evidence-based medicine. *JAMA*. 1999;282(24):2356-65.
26. Lightwood J. The economics of smoking and cardiovascular disease. *Prog Cardiovasc Dis*. 2003;46(1):39-78.
27. Eddy DM. David Eddy ranks the tests. *Harv Health Lett*. 1992;17:10-1.
28. Kahn R, Robertson JT, Smith R, Eddy D. The Impact of Prevention on Reducing the Burden of Cardiovascular Disease. *Circulation*. 2008;118:576-85.
29. Hausteil KO, Krause J, Hausteil H, Rasmussen T, Cort N. Changes in hemorheological and biochemical parameters following short-term and long-term smoking cessation induced by nicotine replacement therapy (NRT). *Int J Clin Pharmacol Ther*. 2004;42(2):83-92.
30. van Domburg RT, Meeter K, van Berkel DFM, Veldkamp RF, van Herwerden LA, Bogers AJJC. Smoking cessation reduces mortality after coronary artery bypass surgery: a 20-year follow-up study. *J Am*

- Coll Cardiol. 2000;36(3):878-83.
31. U. S. Department of Health and Human Services. The Health Benefits of Smoking Cessation A Report of the Surgeon General. Atlanta: US Department of Health and Human Services, Public Health Service, Centers for Disease Control, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health;1990.
 32. Barth J, Jacob T, Dahan I, Critchley JA. Psychosocial interventions for smoking cessation in patients with coronary heart disease. Cochrane Database Syst Rev. 2015(7):CD006886.
 33. Mohiuddin SM 1, Mooss AN, Hunter CB, Grollmes TL, Cloutier DA , Hilleman DE . Intensive smoking cessation intervention reduces mortality in high-risk smokers with cardiovascular disease. Chest. 2007;131(2):446-52.
 34. Tonstad S, J. AJ. Cardiovascular risks associated with smoking: a review for clinicians. Eur J Cardiovasc Prev Rehabil. 2006;13(4):507-14.
 35. Critchley JA, Capewell S. Mortality risk reduction associated with smoking cessation in patients with coronary heart disease: a systematic review. JAMA. 2003;290(1):86-97.
 36. Perk J, De Backer G, Gohlke H, et al. European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012). The Fifth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of nine societies and by invited experts). European heart journal. 2012;33(13):1635-701.
 37. Editorial. Cardiologists should be less passive about smoking cessation. The Lancet. 2009;373:867.
 38. Fiore MC, Jaen CR, Baker TB, et al. Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update. Clinical Practice Guideline. Rockville, MD: US Dept of Health and Human Services, Public Health Service; 2008.
 39. European Network for Smoking and Tobacco Prevention aisbl (ENSP) . European Smoking Cessation Guidelines: The authoritative guide to a comprehensive understanding of the implications and implementation of treatments and strategies to treat tobacco dependence. First Edition; 2012.
 40. Stead LF, Buitrago D, Preciado N, Sanchez G, Hartmann-Boyce J, Lancaster T. Physician advice for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev. 2013(5):CD000165.
 41. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Smoking cessation services in primary care, pharmacies, local authorities and workplaces, particularly for manual working groups, pregnant women and hard to reach communities. London; 2008.
 42. Stead LF, Koilpillai P, Lancaster T. Additional behavioural support as an adjunct to pharmacotherapy for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev. 2015(10):CD009670.
 43. Mottillo S, Filion KB, Belisle P, et al. Behavioural interventions for smoking cessation: a meta-analysis of randomized controlled trials. European heart journal. 2009;30(6):718-30.
 44. Thomson CC, Rigotti NA . Hospital and clinic based smoking cessation interventions for smokers with cardiovascular disease. Prog Cardiovasc Dis. 2003;45(6):459-79.
 45. Dornelas EA, Sampson RA, Gray JF, Waters D, Thompson PD . A randomized controlled trial of smoking cessation counselling after myocardial infarction. Prev Med. 2000;30(4):261-8.
 46. De Busk RF, Miller NH, Superko R, et al. A case-management system for coronary risk factor modification after acute myocardial infarction. Ann Intern Med. 1994;120(9):721-9.
 47. Hartmann-Boyce J, Stead LF, Cahill K, Lancaster T. Efficacy of interventions to combat tobacco addiction: Cochrane update of 2012 reviews. Addiction. 2013;108(10):1711-21.
 48. Cahill K, Stevens S, Perera R, Lancaster T. Pharmacological interventions for smoking cessation: an overview and network meta-analysis. Cochrane Database Syst Rev 2013;5:CD009329.
 49. Mills EJ, Thorlund K, Eapen S, Wu P, Prochaska JJ. Cardiovascular Events Associated With Smoking Cessation Pharmacotherapies. A Network Meta- Analysis. Circulation. 2014;129:28-41.
 50. Eisenberg MJ, Filion KB, Yavin D, et al. Pharmacotherapies for smoking cessation: a meta-analysis of randomized controlled trials. CMAJ 2008;179:135-44.
 51. Woolf KJ, Zabad MN, Post JM, McNitt S. Effect of Nicotine Replacement Therapy on Cardiovascular Outcomes After Acute Coronary Syndromes. Am J Cardiol 2012;110:968-70.
 52. Centers for Disease Control and Prevention. How Tobacco Smoke Causes Disease: The Biology and Behavioral Basis for Smoking-Attributable Disease: A Report of the Surgeon General. Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention (US); National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (US); Office on Smoking and Health (US); 2010.
 53. Stahl SM, Pradko JF, Haight BR, Modell JG, Rockett CB, S. L-C. A Review of the Neuropharmacology of Bupropion, a Dual Norepinephrine and Dopamine Reuptake Inhibitor. Prim Care Companion J Clin Psychiatry. 2004;6(4):159-66.
 54. Mansvelder HD, Fagen ZM, Chang B, Mitchum R, et al. Bupropion inhibits the cellular effects of nicotine in the ventral tegmental area. Biochem Pharmacol. 2007;74(8):1283-91.
 55. Lembke A, Johnson K, DeBattista C. Depression and smoking cessation: Does the evidence support psychiatric practice? Neuropsychiatr Dis Treat. 2007;3(4):487-93.
 56. Hughes JR, Stead LF, Hartmann-Boyce J, Cahill K, Lancaster T. Antidepressants for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev. 2014;1:CD000031.
 57. Tonstad S, Farsang C, Klaene G, et al. Bupropion SR for smoking cessation in smokers with cardiovascular disease: a multicentre, randomised study. European heart journal. 2003;24(10):946-55.
 58. Stefanatou A. Smoking Cessation in Cardiovascular Patients. Hellenic J Cardiol 2008;49(6):422-31.
 59. Jorenby DE , Hays JT, Rigotti NA , et al. Efficacy of varenicline, an alpha4beta2 nicotinic acetylcholine receptor partial agonist, vs placebo or sustained-release bupropion for smoking cessation: a randomized controlled trial. JAMA. 2006;296(1):56-63.
 60. Cahill K, Lindson-Hawley N, Thomas KH, Fanshawe TR, Lancaster T.

- Nicotine receptor partial agonists for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2016, Issue 5. Art. No.: CD006103. DOI:10.1002/14651858.CD006103.pub7.
61. Aubin HJ, Bobak A, Britton JR, et al. Varenicline versus transdermal nicotine patch for smoking cessation: results from a randomized open-label trial. *Thorax*. 2008;63(8):717-24.
 62. Pipe AL, Eisenberg MJ, Gupta A, Reid RD, Suskin NG, Stone JA. Smoking cessation and the cardiovascular specialist: Canadian Cardiovascular Society position paper. *Can J Cardiol*. 2011;27(2):132-7.
 63. Rigotti NA, Clair C, Munafo MR, Stead LF. Interventions for smoking cessation in hospitalised patients. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;16(5):CD001837.
 64. Eisenberg MJ, Windle SB, Roy N, Old W, et al. Varenicline for smoking cessation in hospitalized patients with acute coronary syndrome. *Circulation*. 2016; 133:21–30.

Published by:

