



ΑΡΧΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ
ΕΞΑΡΤΗΣΕΩΝ ΚΥΠΡΟΥ

Κλινικές
κατευθυντήριες
γραμμές για τη
διακοπή
του καπνίσματος



Κλινικές κατευθυντήριες γραμμές για τη διακοπή του καπνίσματος

Επιμέλεια κειμένων:

Δρ. Μαρία Καρεκλά
Καθηγήτρια Κλινικής Ψυχολογίας
Πανεπιστήμιο Κύπρου

Ελεάνα Λάμπρου
Διδακτορική Φοιτήτρια Κλινικής Ψυχολογίας
Πανεπιστήμιο Κύπρου

Έλενα Δημοσθένους
Λειτουργός Τμήματος Πολιτικής
Αρχής Αντιμετώπισης Εξαρτήσεων Κύπρου

Ευχαριστίες

Η ΑΑΕΚ θα ήθελε να ευχαριστήσει θερμά τους συγγραφείς αυτών των κατευθυντήριων γραμμών για την ευγενή προσφορά τους.

Δρ Μαρία Καρεκλά
Καθηγήτρια Τμήματος Ψυχολογίας Πανεπιστημίου Κύπρου,
Εγγεγραμμένη Κλινική Ψυχολόγος

Δρ Δήμο Φωτόπουλο
Ψυχίατρο Διεύθυνσης Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας
Οργανισμού Κρατικών Υπηρεσιών Υγείας

Δρ Μιχάλη Τουμπή, MD, PhD, FCCP
Πνευμονολόγο
Κλινικό Αναπληρωτή Καθηγητή
του Πανεπιστημίου Κύπρου (UNIC)

Δρ Μαίρη Ιωάννου
Κλινικό Ψυχολόγο
Επιστημονική Συντονίστρια Προγράμματος Διακοπής Καπνίσματος
Οργανισμός Κρατικών Υπηρεσιών Υγείας

Έλενα Δημοσθένους
Λειτουργό Τμήματος Πολιτικής
Αρχή Αντιμετώπισης Εξαρτήσεων Κύπρου (ΑΑΕΚ)

Κατερίνα Γεωργίου
Διδακτορική Φοιτήτρια Κλινικής Ψυχολογίας
Τμήμα Ψυχολογίας Πανεπιστημίου Κύπρου

Ελεάνα Λάμπρου
Διδακτορική Φοιτήτρια Κλινικής Ψυχολογίας,
Τμήμα Ψυχολογίας, Πανεπιστήμιο Κύπρου

Πρόλογος και Μήνυμα Προέδρου Αρχής Αντιμετώπισης Εξαρτήσεων Κύπρου (ΑΑΕΚ)	7
---	---

Πρώτο Μέρος

• Χρήση Καπνού & Εξάρτηση από τη Νικοτίνη - Δρ Δήμος Φωτόπουλος, Ψυχίατρος Διεύθυνσης Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας, Οργανισμού Κρατικών Υπηρεσιών Υγείας,	9
• Βλαπτικές Επιδράσεις του Καπνίσματος - Δρ Μιχάλης Τουμπής, MD, PhD, FCCP, Πνευμονολόγος, Κλινικός Αναπληρωτής Καθηγητής του Πανεπιστημίου Κύπρου (UNIC).	12
• Νέα Καπνικά Προϊόντα - Δρ Μαρία Καρεκλά Καθηγήτρια Κλινικής Ψυχολογίας, Πανεπιστήμιο Κύπρου & Δρ Κατερίνα Γεωργίου, Διδάκτορας Κλινικής Ψυχολογίας, Πανεπιστήμιο Κύπρου.	15
• Οφέλη από τη Διακοπή του Καπνίσματος - Δρ Μιχάλης Τουμπής, MD, PhD, FCCP, Πνευμονολόγος, Κλινικός Αναπληρωτής Καθηγητής του Πανεπιστημίου Κύπρου (UNIC).	18

Δεύτερο Μέρος

• Εθνική Στρατηγική 2021-2028 και Σχέδιο Δράσης 2025-2028 Τμήμα Πολιτικής Αρχή Αντιμετώπισης Εξαρτήσεων Κύπρου (ΑΑΕΚ).	22
• Καταγραφή του φαινομένου του καπνίσματος στην Κύπρο Τμήμα Παρακολούθησης Αρχή Αντιμετώπισης Εξαρτήσεων Κύπρου (ΑΑΕΚ).	23
• Έρευνα και Επιστημονικές κατευθυντήριες γραμμές για αξιολόγηση της διακοπής καπνίσματος - Δρ Μαρία Καρεκλά καθηγήτρια Κλινικής Ψυχολογίας, Πανεπιστήμιο Κύπρου	29

Τρίτο Μέρος

• Πρόληψη - Δρ Μαρία Καρεκλά, Καθηγήτρια Κλινικής Ψυχολογίας, Πανεπιστήμιο Κύπρου, Δρ Δήμος Φωτόπουλος, Ψυχίατρος Διεύθυνσης Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας, Οργανισμού Κρατικών Υπηρεσιών Υγείας και Έλενα Δημοσθένους, Λειτουργός Τμήματος Πολιτικής, Αρχή Αντιμετώπισης Εξαρτήσεων Κύπρου (ΑΑΕΚ).	30
• Αξιολόγηση της Χρήσης Καπνού και Εξάρτησης στη Νικοτίνη - Ελεάνα Λάμπρου Διδακτορική Φοιτήτρια Κλινικής Ψυχολογίας Τμήμα Ψυχολογίας Πανεπιστημίου Κύπρου Δρ Μαίρη Ιωάννου, Κλινικός Ψυχολόγος, Επιστημονική Συντονίστρια Προγράμματος Διακοπής Καπνίσματος, Οργανισμός Κρατικών Υπηρεσιών Υγείας & Δρ Μαρία Καρεκλά, καθηγήτρια Κλινικής Ψυχολογίας, Πανεπιστήμιο Κύπρου.	32

- Παρεμβάσεις προσαρμοσμένες στις ανάγκες των διαφόρων ηλικιακών ομάδων - Δρ Μαρία Καρεκλά, Καθηγήτρια Κλινικής Ψυχολογίας, Πανεπιστήμιο Κύπρου, Δρ Δήμος Φωτόπουλος Ψυχίατρος Διεύθυνσης Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας, Οργανισμού Κρατικών Υπηρεσιών Υγείας. 37

Θεραπευτικές προσεγγίσεις.

- Διακοπή του καπνίσματος - Δρ Μαρία Καρεκλά καθηγήτρια Κλινικής Ψυχολογίας, Πανεπιστήμιο Κύπρου, Δρ Μαίρη Ιωάννου, Δρ Μιχάλης Τουμπής MD, PhD, FCCP, Πνευμονολόγος, Κλινικός Αναπληρωτής Καθηγητής του Πανεπιστημίου Κύπρου (UNIC). 45
- Φαρμακευτική Θεραπεία: ενδείξεις, αντενδείξεις, παρενέργειες και αποτελεσματικότητα - Δρ Μιχάλης Τουμπής, Δρ Δήμος Φωτόπουλος, Ψυχίατρος Διεύθυνσης Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας, Οργανισμού Κρατικών Υπηρεσιών Υγείας και Δρ Μαρία Καρεκλά, καθηγήτρια Κλινικής Ψυχολογίας, Πανεπιστήμιο Κύπρου. 52
- Αλλαγή Συνήθειας & Συμπεριφοράς - Δρ Μαρία Καρεκλά, Καθηγήτρια Κλινικής Ψυχολογίας, Πανεπιστήμιο Κύπρου Δρ Μαίρη Ιωάννου, Κλινικός Ψυχολόγος, Επιστημονική Συντονίστρια Προγράμματος Διακοπής Καπνίσματος. 59
- Εκδηλώσεις μετά την διακοπή του καπνίσματος - Δρ Μαρία Καρεκλά, Καθηγήτρια Τμήματος Ψυχολογίας Πανεπιστημίου Κύπρου, Δρ Μαίρη Ιωάννου, Κλινικός Ψυχολόγος, Επιστημονική Συντονίστρια Προγράμματος Διακοπής Καπνίσματος. 70
- Διακοπή καπνίσματος σε ομάδες υψηλού ρίσκου - Δρ Μιχάλης Τουμπής MD, PhD, FCCP, Πνευμονολόγος, Κλινικός Αναπληρωτής Καθηγητής του Πανεπιστημίου Κύπρου (UNIC), Δρ Δήμος Φωτόπουλος, Ψυχίατρος Διεύθυνσης Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας, Οργανισμού Κρατικών Υπηρεσιών Υγείας και Δρ Μαρία Καρεκλά Καθηγήτρια Κλινικής Ψυχολογίας, Πανεπιστήμιο Κύπρου. 76
- Νοσοκομειακή παρέμβαση από νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό και ψυχολόγο - Δρ Μιχάλης Τουμπής MD, PhD, FCCP, Πνευμονολόγος, Κλινικός Αναπληρωτής Καθηγητής του Πανεπιστημίου Κύπρου (UNIC), Δρ Δήμος Φωτόπουλος, Ψυχίατρος Διεύθυνσης Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας, Οργανισμού Κρατικών Υπηρεσιών Υγείας και Δρ Μαρία Καρεκλά Καθηγήτρια Κλινικής Ψυχολογίας, Πανεπιστήμιο Κύπρου. 80

Παράρτημα I

Παράρτημα II

Δηλώσεις ενδιαφέροντος

Αυτές οι κατευθυντήριες γραμμές συντάχθηκαν ανεξάρτητα από οποιαδήποτε φαρμακευτική ή άλλη εταιρεία.

Η Δρ Καρεκλά δηλώνει ότι δεν έχει καμία σύγκρουση συμφερόντων με την καπνοβιομηχανία ή τη βιομηχανία φαρμάκων.

Η Διδάκτορας Κλινικής Ψυχολογίας, Δρ Κατερίνα Γεωργίου, δηλώνει ότι δεν έχει καμία σύγκρουση συμφερόντων με την καπνοβιομηχανία ή τη βιομηχανία φαρμάκων.

Η Έλενα Δημοσθένους, λειτουργός στην Αρχή Αντιμετώπισης Εξαρτήσεων Κύπρου (ΑΑΕΚ), δηλώνει υπεύθυνα ότι δεν έχει καμία σύγκρουση συμφερόντων με καπνοβιομηχανία ή βιομηχανία φαρμάκων.

Η Δρ Μαίρη Ιωάννου δηλώνει υπεύθυνα ότι δεν υφίσταται οποιαδήποτε άμεση ή έμμεση σύγκρουση συμφερόντων, οικονομική ή άλλη, με καπνοβιομηχανίες ή φαρμακευτικές εταιρείες, η οποία να επηρεάζει την επαγγελματική της κρίση ή τη συμμετοχή της στο παρόν έργο.

Ο Δρ Δήμος Φωτόπουλος δηλώνει ότι δεν έχει καμία σύγκρουση συμφερόντων σε σχέση με την καπνοβιομηχανία ή τη βιομηχανία φαρμάκων.

Ο Δρ Τουμπής, δηλώνει ότι δεν έχει καμία σύγκρουση συμφερόντων με την καπνοβιομηχανία ή τη βιομηχανία φαρμάκων.

Η Ελεάνα Λάμπρου, Διδακτορική Φοιτήτρια Κλινικής Ψυχολογίας, Τμήμα Ψυχολογίας, Πανεπιστήμιο Κύπρου δηλώνει ότι δεν έχει καμία σύγκρουση συμφερόντων με τη βιομηχανία καπνού ή τη βιομηχανία φαρμάκων

Πρόλογος

Η χρήση καπνού αποτελεί διαχρονικά μία από τις σημαντικότερες αιτίες πρόωρης νοσηρότητας και θνησιμότητας παγκοσμίως, επηρεάζοντας σημαντικά τη δημόσια υγεία. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, περισσότεροι από 7 εκατομμύρια άνθρωποι πεθαίνουν ετησίως από ασθένειες που σχετίζονται με τον καπνό, συμπεριλαμβανομένων περίπου 1,6 εκατομμυρίων μη καπνιστών που εκτίθενται σε παθητικό κάπνισμα (WHO, 2024). Παρά τη σημαντική πρόοδο που έχει επιτευχθεί διεθνώς, τα ποσοστά καπνίσματος παραμένουν υψηλά, ιδιαίτερα στον νεανικό πληθυσμό.

Στην Ευρωπαϊκή Ένωση, το 26% του συνολικού πληθυσμού και το 29% των νέων ηλικίας 15-24 ετών εξακολουθούν να καπνίζουν, γεγονός που καταδεικνύει την ανάγκη για ενίσχυση των πολιτικών πρόληψης και διακοπής του καπνίσματος.

Η ανάπτυξη των παρόντων κατευθυντήριων οδηγιών βασίζεται στις διεθνείς δεσμεύσεις της Κυπριακής Δημοκρατίας, και ειδικότερα στη Σύμβαση-Πλαίσιο για τον Έλεγχο του Καπνού (WHO Framework Convention on Tobacco Control - FCTC), η οποία υιοθετήθηκε υπό την αιγίδα του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας και κυρώθηκε από την Κύπρο το 2005 (Ν. 12(III)/2005). Ιδιαίτερη έμφαση δίνεται στο Άρθρο 14 της Σύμβασης, το οποίο αφορά στην προώθηση της διακοπής του καπνίσματος και στη θεραπεία της εξάρτησης από τη νικοτίνη.

Οι κατευθυντήριες οδηγίες αποσκοπούν στην παροχή επιστημονικά τεκμηριωμένων συστάσεων για την αποτελεσματική αντιμετώπιση της εξάρτησης από τον καπνό. Απευθύνονται κυρίως σε επαγγελματίες υγείας και φορείς χάραξης πολιτικής και βασίζονται σε διεθνώς αναγνωρισμένες πρακτικές και πρότυπα, συμπεριλαμβανομένων των κατευθυντήριων οδηγιών του Ευρωπαϊκού Δικτύου για την πρόληψη του Καπνού - European Network for Smoking and Tobacco Prevention (ENSP).



Μήνυμα Προέδρου Αρχής Αντιμετώπισης Εξαρτήσεων Κύπρου



Η διακοπή του καπνίσματος αποτελεί μία από τις πιο αποτελεσματικές παρεμβάσεις για τη βελτίωση της δημόσιας υγείας και τη μείωση των ανισοτήτων στην υγεία. Η Αρχή Αντιμετώπισης Εξαρτήσεων Κύπρου (ΑΑΕΚ), στο πλαίσιο των αρμοδιοτήτων της, εργάζεται συστηματικά για την πρόληψη και τη μείωση της χρήσης καπνού στον πληθυσμό.

Τα δεδομένα από την Παγκύπρια Έρευνα Γενικού Πληθυσμού της ΑΑΕΚ (2023) καταδεικνύουν την έκταση του φαινομένου, καθώς σημαντικό ποσοστό του πληθυσμού εξακολουθεί να καπνίζει, ενώ ένα αξιολογικό ποσοστό εκφράζει την επιθυμία διακοπής. Παράλληλα, η αυξανόμενη χρήση εναλλακτικών καπνικών προϊόντων, ιδιαίτερα μεταξύ των νέων, δημιουργεί νέες προκλήσεις για τη δημόσια υγεία.

Η ανάπτυξη των παρόντων κατευθυντήριων οδηγιών εντάσσεται στις δράσεις της ΑΑΕΚ για την ενίσχυση της πρόληψης και της θεραπείας της εξάρτησης από τη νικοτίνη, όπως προβλέπεται στο Εθνικό Σχέδιο Δράσης.

Οι οδηγίες αυτές στοχεύουν στην υποστήριξη των επαγγελματιών υγείας με σύγχρονα, επιστημονικά τεκμηριωμένα εργαλεία και πρακτικές.

Η αποτελεσματική αντιμετώπιση του καπνίσματος προϋποθέτει συντονισμένη δράση, επιστημονική τεκμηρίωση και διαρκή συνεργασία μεταξύ όλων των εμπλεκόμενων φορέων. Η ΑΑΕΚ παραμένει προσηλωμένη στην προσπάθεια για τη δημιουργία ενός περιβάλλοντος απαλλαγμένου από καπνό και την προαγωγή της υγείας του πληθυσμού.

Δρ Χρίστος Μηνά

Πρόεδρος Αρχής Αντιμετώπισης Εξαρτήσεων Κύπρου

Χρήση Καπνού και Εξάρτηση από τη Νικοτίνη

Δρ Δήμος Φωτόπουλος, Ψυχίατρος Διεύθυνσης Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας, Οργανισμού Κρατικών Υπηρεσιών Υγείας & Δρ Μαρία Καρεκλά, Καθηγήτρια Κλινικής Ψυχολογίας, Πανεπιστήμιο Κύπρου.

Η χρήση καπνού είναι η κύρια αιτία πρόωρου θανάτου και αναπηρίας. Κάθε χρόνο, περισσότεροι από 700.000 άνθρωποι πεθαίνουν πρόωρα από ασθένειες που σχετίζονται με το κάπνισμα. Το προσδόκιμο της ζωής καπνιστών είναι κατά μέσο όρο 13 χρόνια μικρότερο από αυτό των μη-καπνιστών. Επίσης οι περισσότεροι καπνιστές χάνουν 20 χρόνια υγιούς ζωής προτού αποβιώσουν από κάποια νόσο που σχετίζεται με το κάπνισμα.

Τι συμβαίνει με την νικοτίνη

Η νικοτίνη αποτελεί μια εξαιρετικά εθιστική ουσία που περιέχεται τόσο στα παραδοσιακά προϊόντα καπνού (smokeless and combustible), όσο και στα νέα καπνικά προϊόντα (π.χ., θερμαινόμενα προϊόντα καπνού) και στα προϊόντα νικοτίνης (π.χ., ηλεκτρονικά τσιγάρα, θύλακες νικοτίνης - nicotine pouches)¹. Η νικοτίνη δρα στο κεντρικό νευρικό σύστημα, δεσμεύεται στους ακετυλοχολινεργικούς (νικοτινικούς) υποδοχείς, και προκαλεί απελευθέρωση νευροδιαβιβαστών όπως η ντοπαμίνη, που συνδέονται με το αίσθημα ευχαρίστησης οδηγώντας κατ' αυτό τον τρόπο στην ενίσχυση της εξαρτητικής συμπεριφοράς^{2,3}. Η επαναλαμβανόμενη έκθεση στη νικοτίνη οδηγεί σε νευροπροσαρμογές, καθώς τα κυκλώματα ανταμοιβής του εγκεφάλου γίνονται λιγότερο ευαίσθητα (ανοχή) και άλλα συστήματα νευροδιαβιβαστών (που εμπλέκονται στη μάθηση, το άγχος και τον αυτοέλεγχο) τροποποιούνται στην πορεία⁴. Αυτές οι αλλαγές αναγκάζουν τον χρήστη να χρειάζεται τη νικοτίνη για να μπορεί να λειτουργήσει κανονικά και να αποφύγει το σύνδρομο απόσυρσης, καθώς η αποχή προκαλεί τόσο σωματικά όσο και ψυχολογικά συμπτώματα.

Πώς ορίζεται η εξάρτηση από την νικοτίνη

Η εξάρτηση είναι μία, χρόνια ιάσιμη νόσος η εκδήλωση της οποίας σχετίζεται με σύνθετες αλληλεπιδράσεις μεταξύ συστημάτων του εγκεφάλου, γενετικών, περιβαλλοντικών παραγόντων και ατομικών εμπειριών ζωής. Άτομα με εξάρτηση χρησιμοποιούν ουσίες ή εμπλέκονται σε συμπεριφορές οι οποίες στη συνέχεια γίνονται καταναγκαστικές και συχνά συνεχίζονται παρά τις επιβλαβείς συνέπειές τους για το χρήστη. Γενικά, τα προγράμματα πρόληψης και οι θεραπευτικές προσεγγίσεις στην εξάρτηση έχουν την ίδια αποτελεσματικότητα, όσο και σε άλλες χρόνιες νόσους.

Η εξάρτηση από τη νικοτίνη αποτελεί ασθένεια και δεν πρόκειται απλώς για μια συνήθεια, μια ευχαρίστηση ή έναν τρόπο ζωής. Η εξάρτηση αναπτύσσεται μέσω της επαναλαμβανόμενης χρήσης προϊόντων καπνού (τσιγάρα, πίπες, πούρα, ναργιλέ, ηλεκτρονικά τσιγάρα κτλ) και αποτελεί τον κύριο λόγο για τη συνεχιζόμενη χρήση τους. Η εξάρτηση από το κάπνισμα όπως και άλλες μορφές εθισμού, αναγνωρίζεται ως πρωτοπαθή χρόνια νόσος που προσβάλλει τα εγκεφαλικά κυκλώματα της ανταμοιβής, της κινητοποίησης, του ελέγχου της συμπεριφοράς και της μνήμης. Η δυσλειτουργία αυτών των κυκλωμάτων οδηγεί σε χαρακτηριστικές βιολογικές, ψυχολογικές, κοινωνικές και πνευματικές εκδηλώσεις.

Σύμφωνα με την τελευταία ταξινόμηση του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ICD-11 International Classification of Diseases, 11th Revision)² ως εξάρτηση από τη νικοτίνη (6C4A.2 Nicotine dependence) ορίζεται “η διαταραχή στη χρήση νικοτίνης η οποία προκύπτει από την επαναλαμβανόμενη ή τη συνεχή χρήση νικοτίνης. Χαρακτηριστικό της είναι το ισχυρό εσωτερικό κίνητρο για χρήση νικοτίνης το οποίο

εκδηλώνεται με αδυναμία ελέγχου της χρήσης, με αυξημένη προτεραιότητα στη χρήση έναντι άλλων δραστηριοτήτων καθώς και με επιμονή στη χρήση παρά τη βλάβη ή τις αρνητικές συνέπειες που αυτή προκαλεί. Συχνά συνυπάρχουν υποκειμενικές επιθυμίες ή λαχτάρα (craving) για χρήση νικοτίνης. Στις σωματικές παραμέτρους της εξάρτησης συμπεριλαμβάνονται: η ανοχή στη δράση της νικοτίνης, τα συμπτώματα απόσυρσης που ακολουθούν τη διακοπή ή τη μείωση της χρήσης νικοτίνης και η χρήση νικοτίνης ή παρόμοιων ουσιών με στόχο την πρόληψη ή την ανακούφιση των στερητικών συμπτωμάτων. Τα χαρακτηριστικά της εξάρτησης πρέπει να είναι παρόντα για μια περίοδο τουλάχιστον 12 μηνών, αν και διάγνωση μπορεί να τεθεί αν η χρήση νικοτίνης είναι συνεχής (καθημερινή ή σχεδόν καθημερινή) για τουλάχιστον 3 μήνες. Γενικά, τα σύνδρομα εξάρτησης αναφέρονται σε ομάδα σωματικών, ψυχολογικών, συμπεριφορικών και γνωστικών φαινομένων όπου η χρήση μιας ουσίας (σε αυτή την περίπτωση καπνού) γίνεται προτεραιότητα σε σχέση με άλλες συμπεριφορές οι οποίες στο παρελθόν είχαν υψηλότερη αξία για το άτομο αυτό.

Υπό το πρίσμα του ότι η εξάρτηση από τη νικοτίνη είναι χρόνια ασθένεια, αποτελεί υποχρέωση και ευθύνη κάθε επαγγελματία να αξιολογεί την καπνιστική συμπεριφορά και να παρεμβαίνει με σκοπό τη διακοπή του καπνίσματος. Βάσει των οδηγιών του ENSP (European Network for Smoking Prevention), η ελλιπής αξιολόγηση της εξάρτησης θεωρείται κακή θεραπευτική πρακτική, ενώ ενδείκνυται η παροχή κατ' ελάχιστον από τους επαγγελματίες υγείας βραχείας συμβουλευτικής παρέμβασης σε κάθε ασθενή που καπνίζει.¹

Πόσο εξαρτησιογόνο είναι το κάπνισμα

Η νικοτίνη είναι μια ισχυρά εθιστική ουσία και για μερικούς ανθρώπους, μόνο μερικά τσιγάρα (ή συνεδρίες καπνίσματος) είναι αρκετά για να ξεκινήσει ο κύκλος της εξάρτησης. Κάποτε θεωρείτο ότι μόνο το βαρύ κάπνισμα (π.χ. ένα πακέτο την ημέρα) οδηγεί σε εθισμό, αλλά πρόσφατες μελέτες δείχνουν ότι ακόμη και τα πολύ χαμηλά επίπεδα καπνίσματος μπορούν να προκαλέσουν εξάρτηση^{3,4}. Δεν υπάρχει «ασφαλές» όριο πρόσληψης νικοτίνης κάτω από το οποίο δεν εμφανίζεται ο εθισμός. Συγκεκριμένα μελέτη του 2020 διαπίστωσε ότι το 85% των καθημερινών καπνιστών ήταν εθισμένοι σε κάποιο βαθμό, αλλά είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι σχεδόν τα δύο τρίτα των ατόμων που κάπνιζαν μόνο 1-4 τσιγάρα την ημέρα ήταν επίσης κλινικά εθισμένα³. Ακόμη και από τα άτομα που δήλωσαν ότι κάπνιζαν λιγότερο από μία φορά την εβδομάδα, περίπου το 25% παρουσίαζε σημάδια εθισμού στη νικοτίνη³. Παράλληλα έρευνες που αφορούσαν εφήβους, διαπίστωσαν ότι το κάπνισμα με μικρή συχνότητα (κάθε μήνα) αύξησε την πιθανότητα εθισμού στη νικοτίνη κατά περίπου δέκα φορές σε σύγκριση με τους ενήλικες με παρόμοια συχνότητα καπνίσματος⁴⁻⁶. Συνεπώς, ακόμα και το περιστασιακό ή χαμηλής συχνότητας κάπνισμα μπορεί να οδηγήσει σε εξάρτηση από τη νικοτίνη, ιδιαίτερα στους νέους, κάτι που υπογραμμίζει την ανάγκη για καλύτερη ενημέρωση και υποστήριξη στην πρόληψη του εθισμού από νωρίς.

Ποια συστήματα του εγκεφάλου εμπλέκονται στην εξάρτηση από την νικοτίνη

Η νικοτίνη που εισπνέεται μέσω του καπνού φτάνει στην αρτηριακή κυκλοφορία του εγκεφάλου μέσω των πνευμόνων μέσα σε μόλις επτά δευτερόλεπτα⁷. Εκεί, συνδέεται με ειδικούς υποδοχείς ακετυλοχολίνης (υποδοχέας άλφα⁴ βήτα² της ακετυλοχολίνης - στη βιβλιογραφία αναφέρεται και ως νικοτινικός υποδοχέας) στην περιοχή του επικλινούς πυρήνα του εγκεφάλου, προκαλώντας την απελευθέρωση ντοπαμίνης^{8,9}, γεγονός που γίνεται αντιληπτό από τον καπνιστή ως αίσθημα ευχαρίστησης. Ωστόσο, εκείνο που συμβαίνει στην πραγματικότητα είναι ότι η ευχαρίστηση αυτή αντιπροσωπεύει την ανακούφιση από τα συμπτώματα στέρησης^{8,9}, καθώς τα επίπεδα νικοτίνης στο αίμα αυξάνονται και διεγείρονται οι σχετικοί υποδοχείς.

Το κύριο χαρακτηριστικό της εξάρτησης από τη νικοτίνη είναι η έντονη επιθυμία τόσο για την αναζήτηση των φαρμακολογικών επιδράσεων της νικοτίνης όσο και για την αποφυγή των συμπτωμάτων στέρησης. Αυτή η ανάγκη αφορά τόσο τις θετικές επιδράσεις (ψυχοτρόπος διέγερση που προκαλείται από τη νικοτίνη) όσο και τις αρνητικές επιπτώσεις (δυσφορία λόγω έλλειψης νικοτίνης)⁹. Κάθε τσιγάρο ή άλλο προϊόν που περιέχει νικοτίνη παρέχει προσωρινή μείωση της επιθυμίας, αλλά ταυτόχρονα προκαλεί απευαισθητοποίηση των

υποδοχέων νικοτίνης και αύξηση του αριθμού τους (περιγράφεται στη βιβλιογραφία ως άνω ρύθμιση - up regulation), γεγονός που εντείνει περαιτέρω την ανάγκη για κατανάλωση επόμενου τσιγάρου^{9,10}. Αυτή η διαδικασία διέγερσης και ενίσχυσης της επιθυμίας είναι κεντρικός μηχανισμός που συντηρεί τη χρόνια κατανάλωση καπνού^{9,10}.

Κατά τα πρώιμα στάδια της ανάπτυξης της εξάρτησης, ο καπνιστής χρειάζεται να αυξάνει σταδιακά τη δόση της νικοτίνης που λαμβάνει προκειμένου να επιτύχει την ίδια ένταση θετικών αισθήσεων^{8,10}. Μετά την περίοδο αρχικής προσαρμογής, ο οργανισμός του καπνιστή φτάνει σε ένα σημείο όπου απαιτεί μια συγκεκριμένη ατομική ποσότητα νικοτίνης για να διατηρήσει μια ουδέτερη φυσιολογική κατάσταση και να αποτρέψει τα συμπτώματα στέρησης^{8,10}. Οι νευροβιολογικές αλλαγές που συμβαίνουν στο κεντρικό νευρικό σύστημα κατά τη διαδικασία αυτή αντανακλούν την εγκαθίδρυση της σωματικής εξάρτησης από τη νικοτίνη¹⁰.

Η νικοτίνη δεν είναι ο μόνος παράγοντας εθισμού στον καπνό

Η εξάρτηση από τη νικοτίνη έχει δύο συστατικά: τη σωματική εξάρτηση και τη ψυχολογική εξάρτηση. Εκτός από τη σωματική εξάρτηση, η επαναλαμβανόμενη χρήση καπνού και προϊόντων νικοτίνης μπορούν να γίνουν συνήθεια. Κοινωνικοί και ψυχολογικοί παράγοντες και καταστάσεις που σχετίζονται με την καθημερινή ρουτίνα μπορεί να ενισχύσουν τη χρήση καπνού ή προϊόντων νικοτίνης. Με τον καιρό, αυτή η συμπεριφορά εδραιώνεται στην καθημερινή ζωή. Ως εκ τούτου, η θεραπεία απεξάρτησης από τον καπνό και τη νικοτίνη υποστηρίζεται τόσο από φαρμακολογική θεραπεία για την ανακούφιση των σωματικών συμπτωμάτων όσο και από συμπεριφορική θεραπεία που στοχεύει στην αντιμετώπιση της συνήθειας και των ερεθισμάτων που σχετίζονται με τη χρήση καπνού.

Βιβλιογραφία:

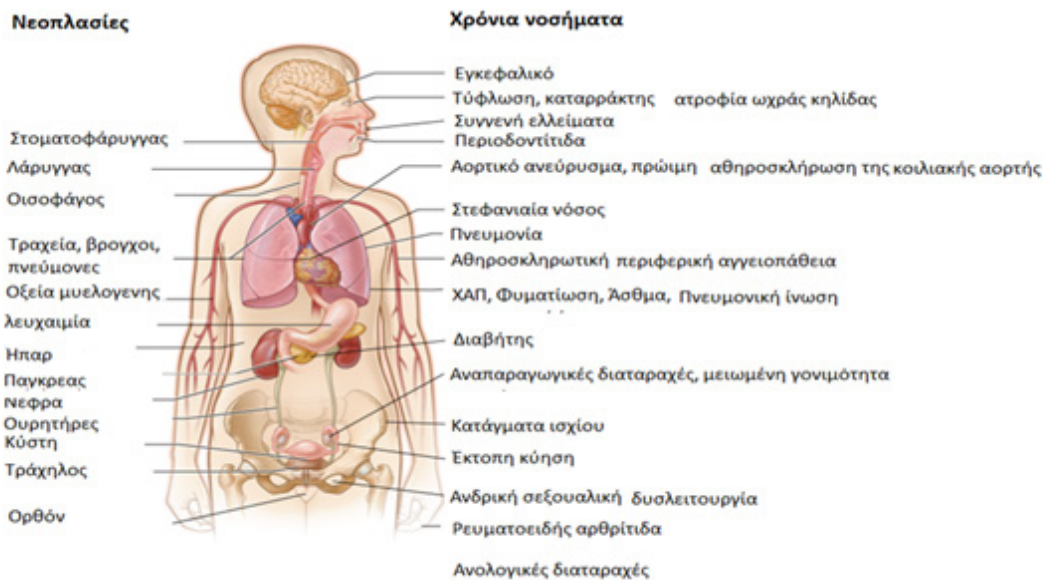
1. 4th Edition of the ENSP Tobacco and Nicotine Dependence Treatment Guidelines. <https://ensp.network/launch-of-the-4th-edition-of-the-ensp-tobacco-and-nicotine-dependence-treatment-guidelines/>
2. World Health Organization. ICD-11 revision. <https://icd.who.int/en>. Accessed 17 April 2026
3. Oliver, J. A., & Foulds, J. (2021). Association between cigarette smoking frequency and tobacco use disorder in US adults. *American journal of preventive medicine*, 60(5), 726-728. on adolescent substance use. *West J Emerg Med*. (2019) 20:696-709. doi: 10.5811/westjem.2019.7.41661
4. Leventhal, A. M., Strong, D. R., Kirkpatrick, M. G., Unger, J. B., Sussman, S., Riggs, N. R., Stone, M. D., Khoddam, R., Samet, J. M., & Audrain-McGovern, J. (2015). Association of Electronic Cigarette Use With Initiation of Combustible Tobacco Product Smoking in Early Adolescence. *JAMA*, 314(7), 700-707. <https://doi.org/10.1001/jama.2015.8950>
5. Strong C, Juon HS, Ensminger ME. Effect of adolescent cigarette smoking on adulthood substance use and abuse: the mediating role of educational attainment. *Subst Use Misuse*. (2016) 51:141-54. doi: 10.3109/10826084.2015.1073323
6. Siqueira MN, Committee On Substance Use and Prevention. Nicotine and tobacco as substances of abuse in children and adolescents. *Pediatrics*. (2017) 139:2016-3436. doi: 10.1542/peds.2016-3436
7. Maisto SA, Galizio M, Connors GJ, eds. *Drug use and abuse*, 4th ed. Belmont, CA, Wadsworth/Thompson Learning, 2004.
8. 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.
9. 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.
10. 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

Βλαπτικές Επιδράσεις του Καπνίσματος

Δρ. Μιχάλης Τουμπής, MD, PhD, FCCP, Πνευμονολόγος, Κλινικός Αναπληρωτής Καθηγητής του Πανεπιστημίου Κύπρου (UNIC)

Το κάπνισμα είναι η κύρια αιτία μιας σειράς παθήσεων, ιδιαίτερα αναπνευστικών και είναι ένας από τους σημαντικότερους παράγοντες κινδύνου για καρδιαγγειακά, καρκίνους διαφόρων οργάνων και πολλών άλλων παθολογικών καταστάσεων.

Σχέδ. 1 Επιδράσεις καπνίσματος



Καρκίνος

Οι εκτιμήσεις δείχνουν ότι συνολικά, περίπου το ένα τρίτο όλων των καρκίνων προκαλούνται από τη χρήση καπνού. Από αυτούς, ο καρκίνος του πνεύμονα είναι το κύριο παράδειγμα: στις περισσότερες κοινωνίες, το 80-90% όλων των καρκίνων του πνεύμονα οφείλονται στη χρήση καπνού. Η πιθανότητα πνευμονικού καρκίνου σε καπνιστές είναι 15-30 φορές μεγαλύτερη, ο δε κίνδυνος θανάτου από το καρκίνο είναι κατά 70% μεγαλύτερος σε σχέση με τους μη καπνιστές¹. Ο καρκίνος του πνεύμονα σκοτώνει περισσότερους ανθρώπους στην ΕΕ από οποιαδήποτε άλλη νεοπλασία, αντιπροσωπεύοντας περίπου το 20% του συνόλου των θανάτων από καρκίνο.

Το κάπνισμα κατέχει επίσης αιτιώδη ρόλο στους καρκίνους του στόματος, του λάρυγγα, του φάρυγγα, της μύτης και παραρρινίων κόλπων, του οισοφάγου, του στομάχου, του ήπατος, του παγκρέατος, του νεφρού, της ουροδόχου κύστης, του τραχήλου της μήτρας και του εντέρου, καθώς και ορισμένων τύπων καρκίνου των ωοθηκών και λευχαιμίας.

Αναπνευστικά νοσήματα

Το κάπνισμα είναι η κύρια αιτία πολλών αναπνευστικών ασθενειών, ιδίως της Χρόνιας Αποφρακτικής Πνευμονοπάθειας (ΧΑΠ) και του Άσθματος^{2,3}. Επιπλέον, νεότερα δεδομένα εμπλέκουν το κάπνισμα και στην ανάπτυξη πνευμονικής ίνωσης.

Το κάπνισμα αποτελεί την κυριότερη αιτία της ΧΑΠ σε ποσοστό 82%. Κατά την εφηβεία μειώνει το ρυθμό ανάπτυξης της αναπνευστικής λειτουργίας. Σε μεγαλύτερες ηλικίες επιταχύνει περαιτέρω την έκπτωση της αναπνευστικής λειτουργίας, οδηγώντας σε πρόωρο θάνατο και μείωση της ποιότητας ζωής. Ο κίνδυνος ανάπτυξης ΧΑΠ σε χρόνιους καπνιστές είναι 40-50% ενώ το αντίστοιχο ποσοστό στους μη καπνιστές είναι μόλις 10%.

Σε ό,τι αφορά στο άσθμα, έχει αναγνωριστεί πλέον νέος φαινότυπος που σχετίζεται ειδικά με το κάπνισμα. Ο τύπος αυτός χαρακτηρίζεται από σοβαρότερες κρίσεις, μεγαλύτερη δυσκολία στον έλεγχο του και αυξημένη θνητότητα. Βρέφη και παιδιά που εκτίθενται σε καπνό ιδιαίτερα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, εμφανίζουν υψηλότερο κίνδυνο άσθματος.

Οι λοιμώξεις του αναπνευστικού συμπεριλαμβανόμενων της φυματίωσης, της οξείας βρογχιολίτιδας, της πνευμονίας, του κοινού κρυολογήματος, της γρίπης και του COVID-19, είναι συχνότερες και σοβαρότερες σε καπνιστές παρά σε μη καπνιστές. Επίσης μια σειρά από διάχυτες διάμεσες πνευμονίτιδες σχετίζονται σε σημαντικό βαθμό με το κάπνισμα.

Καρδιαγγειακά νοσήματα

Το κάπνισμα τοιγάρων επηρεάζει σοβαρά το καρδιαγγειακό σύστημα⁴. Ο κίνδυνος σχετίζεται με τον αριθμό των τοιγάρων και τη διάρκεια του καπνίσματος. Γενικά στους καπνιστές ο κίνδυνος για θάνατο είναι διπλάσιος, ενώ αυξάνεται κατά 65% για καρδιαγγειακό θάνατο, κατά 26% για έμφραγμα και κατά 42% για εγκεφαλικό επεισόδιο (σε σύγκριση με μη καπνιστές). Τα νοσήματα με τα οποία συσχετίζεται είναι η αθηρωμάτωση, η στεφανιαία νόσος, τα εγκεφαλικά επεισόδια, η περιφερική αρτηριακή νόσος, τα ανευρύσματα της κοιλιακής αορτής και η συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια. Μελέτες της σχέσης μεταξύ του καπνίσματος τοιγάρων και των καρδιαγγειακών παθήσεων δείχνουν ότι το κάπνισμα συνδέεται με υψηλότερα επίπεδα χοληστερόλης, στεφανιαία αγγειοκινητική αντιδραστικότητα, συγκέντρωση αιμοπεταλίων και προθρομβωτική κατάσταση. Αξίζει να αναφερθεί ότι μη-καπνιστές που εκτίθενται στο καπνό τοιγάρων διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο εμφάνισης στεφανιαίου επεισοδίου. Γενικά, το κάπνισμα ενοχοποιείται για το 25% των θανάτων του καρδιαγγειακού συστήματος.

Άλλα

Επιπρόσθετα, το κάπνισμα αποτελεί σημαντικό παράγοντα κινδύνου για οστεοπόρωση, κατάγματα ισχίου, διαταραχές στην αναπαραγωγική ικανότητα τόσο στον άνδρα (μείωση αριθμού και κινητικότητας των σπερματοζωαρίων, κακή ποιότητα σπέρματος) όσο και στη γυναίκα (πρώιμη ανεπάρκεια ωοθηκών, πρώιμη εμμηνόπαυση, μείωση γονιμότητας), για λοιμώξεις, ανεπιθύμητα μετεγχειρητικά συμβάντα και διαβήτη.

Παθητικό ή δευτερογενές κάπνισμα

Η έκθεση στον καπνό από μη-καπνιστές ονομάζεται παθητικό κάπνισμα ή δευτερογενές κάπνισμα. Το παθητικό κάπνισμα είναι σχεδόν εξίσου επικίνδυνο με την ενεργή χρήση καπνού. Συστάσεις από τον ΠΟΥ εισηγούνται όπως υπάρχει μηδενική έκθεση καπνού, ιδιαίτερα σε παιδιά.

Άτομα που εκτίθενται σε παθητικό κάπνισμα έχουν 20-30% αυξημένο κίνδυνο νοσηρότητας και θνησιμότητας. Υπάρχουν σαφείς ενδείξεις ότι το παθητικό κάπνισμα εμπλέκεται στην ανάπτυξη πνευμονικού καρκίνου, στεφανιαίας νόσου, αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου και διαταραχών της γονιμότητας. Επίσης υπάρχει μεγάλη πιθανότητα να εμπλέκεται στην ανάπτυξη της Χρόνιας Αποφρακτικής Πνευμονοπάθειας σε μεγαλύτερη ηλικία, σε εξάρσεις άσθματος, σε πρόωρο τοκετό, εμφάνισης μεταβολικού συνδρόμου και διαβήτη τύπου 2 και στην ανάπτυξη διαφόρων μορφών καρκίνου, όπως μύτης, φάρυγγα και λάρυγγα.

Τα μεγάλα θύματα του παθητικού καπνίσματος είναι τα παιδιά. Υπάρχουν σαφείς ενδείξεις ότι εμπλέκεται στην εμφάνιση αιφνίδιου θανάτου σε νεογνά. Επίσης, αποτελεί σημαντικό παράγοντα κινδύνου για εξάρσεις του άσθματος, για πνευμονικές λοιμώξεις και για επαναλαμβανόμενες λοιμώξεις του έσω ωτός. Έγκυες γυναίκες που εκτίθενται σε παθητικό κάπνισμα είναι 23% πιο πιθανό να αποβάλλουν και 13% πιθανότερο να γεννήσουν παιδί με συγγενή ανωμαλία⁵.

Θάνατοι

Με βάση τα πρόσφατα στοιχεία του (ΠΟΥ, 2025)⁶ αριθμός των θανάτων που αποδίδεται στο κάπνισμα αγγίζει τα 8 εκατομμύρια ανθρώπους κάθε χρόνο, και ακόμη πιο σοκαριστικό είναι το γεγονός ότι το 1,3 εκατομμύρια από αυτούς τους θανάτους οφείλονται στο παθητικό κάπνισμα (συμπεριλαμβανομένων βρεφών και παιδιών). Σχεδόν ισοδύναμο με τον αριθμό των ανθρώπων που πεθαίνουν σε τροχαία δυστυχήματα κάθε χρόνο. Ως συνέπεια της έκθεσης στο παθητικό κάπνισμα, οι άνθρωποι υποφέρουν από διάφορα προβλήματα υγείας, τα οποία σχετίζονται στους ενήλικες με εγκεφαλικό επεισόδιο, στεφανιαία νόσο, καρκίνο, χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια και αναπνευστικές λοιμώξεις. Ολοένα και περισσότερα στοιχεία δείχνουν ότι η έκθεση στο δευτερογενή καπνό κατά την παιδική ηλικία δεν είναι μόνο επιβλαβής κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας, αλλά συνεχίζει να παίζει αρνητικό ρόλο στην υγεία κατά την ενηλικίωση. Εκτιμάται ότι σε παγκόσμιο επίπεδο περίπου 51 000 παιδιά και έφηβοι κάτω των 20 ετών πεθαίνουν κάθε χρόνο από έκθεση σε δευτερογενή καπνό. Σχεδόν όλα αυτά τα παιδιά (σχεδόν 47 000) είναι κάτω των 5 ετών και οι εκτιμήσεις αυτές δεν λαμβάνουν υπόψη τις επιπτώσεις στην υγεία των νεογέννητων όταν οι έγκυες γυναίκες εκτίθενται και αυτές στο παθητικό κάπνισμα⁷.

Βιβλιογραφία:

1. Wang, X., Romero-Gutierrez, C. W., Kothari, J., Shafer, A., Li, Y., & Christiani, D. C. (2023). *Prediagnosis Smoking Cessation and Overall Survival Among Patients With Non-Small Cell Lung Cancer*. *JAMA network open*, 6(5), e2311966. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2023.11966>
2. *Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease*. 2023. <https://goldcopd.org/2023-gold-report-2/>
3. *Global Initiative for Asthma. Global Strategy for Asthma Management and Prevention, 2021*. Available from: www.ginasthma.org
4. *Health Effects of Cigarette Smoking: Cardiovascular Decease*. CDC. <https://www.cdc.gov/tobacco/about/cigarettes-and-cardiovascular-disease.html>
5. *Health Effects of Secondhand Smoke*. CDC. <https://www.cdc.gov/tobacco/secondhand-smoke/health.html>
6. *World Health Organization. (2025). WHO report on the global tobacco epidemic, 2025: Warning about the dangers of tobacco*. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240112063>
7. James, S. L., Abate, D., Abate, K. H., Abay, S. M., Abbafati, C., Abbasi, N., Abbastabar, H., Abd-Allah, F., Abdela, J., Abdelalim, A., Abdollahpour, I., Abdulkader, R. S., Abebe, Z., Abera, S. F., Abil, O. Z., Abraha, H. N., Abu-Raddad, L. J., Abu-Rmeileh, N. M. E., Accrombessi, M. M. K., ... Murray, C. J. L. (2018). *Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990–2017: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017*. *The Lancet*, 392(10159), 1789–1858. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32279-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32279-7)

Νέα Καπνικά Προϊόντα

Δρ. Μαρία Καρεκλά, Καθηγήτρια Κλινικής Ψυχολογίας, Πανεπιστήμιο Κύπρου, & Κατερίνα Γεωργίου, Διδακτορική Φοιτήτρια Κλινικής Ψυχολογίας, Πανεπιστήμιο Κύπρου.

Τα τελευταία χρόνια έχει παρουσιαστεί μια εισροή νέων καπνικών προϊόντων στην αγορά, τα οποία οι καπνοβιομηχανίες που τα παράγουν, υποστηρίζουν ότι υποβοηθούν στη διακοπή του συμβατικού καπνίσματος¹ και μειώνουν το ρίσκο όσον αφορά σε παθήσεις σχετικές με το συμβατικό κάπνισμα². Εφόσον, αυτά τα προϊόντα είναι σχετικά νέα στην αγορά, η μελέτη και συναφής βιβλιογραφία γύρω από τις επιπτώσεις τους στον πληθυσμό των καπνιστών παραμένουν πρώιμες³. Παρόλα αυτά, τα εν λόγω προϊόντα είναι ευρέως διαθέσιμα και εξαιρετικά δημοφιλή ανάμεσα σε εφήβους και νεαρούς ενήλικες⁴. Τα ηλεκτρονικά τσιγάρα (αλλιώς ηλεκτρονικές συσκευές παράδοσης νικοτίνης) αποτελούν μια από τις κατηγορίες των νέων καπνικών προϊόντων και εμφανίστηκαν στην Κίνα περί το 2003 όπου σε σύντομο χρονικό διάστημα η χρήση τους εξαπλώθηκε παγκοσμίως, κυρίως μέσω διαδικτύου⁵. Ο τρόπος λειτουργίας των ηλεκτρονικών τσιγάρων είναι διαφορετικός από τα συμβατικά τσιγάρα, καθώς βασίζονται στην ανάμιξη νικοτίνης και άλλων ουσιών σε υγρή μορφή οι οποίες μετατρέπονται σε αερολύματα πριν την εισπνοή τους⁶. Μέσα στο ειδικά σχεδιασμένο υγρό για τα ηλεκτρονικά τσιγάρα, περιλαμβάνονται διάφορες ουσίες όπως η προπυλενογλυκόλη, γλυκερόλη και διαφόρων ειδών γεύσεις⁷.

Οι διάφορες γεύσεις που προσφέρονται στα ηλεκτρονικά τσιγάρα τα κάνουν πολύ ελκυστικά ιδιαίτερα στους νέους και αποτελούν ένα από τους λόγους για τους οποίους η χρήση των ηλεκτρονικών τσιγάρων από τη νεολαία έχει αυξηθεί δραματικά τα τελευταία χρόνια⁸. Συγκεκριμένα, αναφορές στην Ευρωπαϊκή Ένωση καθιστούν τους εφήβους και νεαρούς ενήλικες πιο επιρρεπείς στη χρήση ηλεκτρονικών τσιγάρων⁹ με περίπου ένα στους δέκα νεαρούς ενήλικες να αναφέρει συχνή χρήση ηλεκτρονικών τσιγάρων¹⁰.

Μια άλλη κατηγορία των νέων καπνικών προϊόντων αποτελούν οι συσκευές θέρμανσης καπνού, οι οποίες ισχυρίζονται πως η χρήση τους είναι λιγότερο επικίνδυνη σε αντίθεση με το συμβατικό κάπνισμα². Ο τρόπος λειτουργίας των συσκευών θέρμανσης καπνού περιλαμβάνει την εισδοχή μιας ράβδου καπνού σε ηλεκτρονικό στυλό θερμαίνοντας τον καπνό σε σχετικά χαμηλές θερμοκρασίες, παράγοντας αερολύματα τα οποία στη συνέχεια εισπνέονται¹¹. Η νικοτίνη η οποία εισέρχεται στον οργανισμό μέσω των αερολυμάτων των συσκευών θέρμανσης καπνού λέγεται να είναι μικρότερη από αυτή στα συμβατικά τσιγάρα αλλά μεγαλύτερη από την νικοτίνη που εμπεριέχεται στα ηλεκτρονικά τσιγάρα¹². Όμως οι πλείστες συσκευές δεν αναφέρουν τα ποσοστά νικοτίνης που περιέχουν με πολλές να περιέχουν μεγαλύτερες ποσότητες από ό,τι τα συμβατικά τσιγάρα ή ατμιστές οι οποίοι κάνουν συνεχόμενη χρήση παίρνουν πολύ μεγαλύτερες ποσότητες νικοτίνης σε σύγκριση με συμβατικούς καπνιστές. Ακόμη, οι συσκευές θέρμανσης καπνού εμπεριέχουν ανιχνεύσιμες επικίνδυνες ή ενδεχομένως επικίνδυνες ουσίες όπως και το συμβατικό κάπνισμα σε χαμηλότερα επίπεδα¹³. Αν και υπάρχει μικρότερη πυκνότητα από τα συμβατικά τσιγάρα σε εκπομπές σωματιδίων, εντούτοις τα επίπεδα τους εξακολουθούν να παραμένουν υψηλότερα από αυτά που εγκρίνονται από τον ΠΟΥ¹⁴.

Η διαφήμιση των συσκευών θέρμανσης καπνού, γίνεται με τρόπο ο οποίος θεωρείται ελκυστικός σε εφήβους και νεαρούς ενήλικες, καθώς οι συγκεκριμένες συσκευές παρουσιάζονται ως “μοντέρνες” και “τεχνολογικά εξελιγμένες”¹⁵. Οι συγκεκριμένες διαφημίσεις των συσκευών θέρμανσης καπνού έχουν συνδεθεί με την έναρξη του καπνίσματος από εφήβους και νεαρούς ενήλικες και τη μετέπειτα χρήση άλλων καπνικών προϊόντων⁴, καθώς τα συγκεκριμένα προϊόντα τείνουν να διεγείρουν την περιέργεια των εφήβων και νεαρών ενηλίκων, ακόμη και των μη-καπνιστών¹⁶. Επομένως, φαίνεται ότι οι συσκευές θέρμανσης καπνού μάλλον προωθούν τον εθισμό στη νικοτίνη αντί να οδηγούν σε μείωση του καπνίσματος. Αυτό, έρχεται σε αντίθεση με τους ισχυρισμούς της βιομηχανίας παραγωγής καπνικών προϊόντων ότι οι συσκευές θέρμανσης καπνού δημιουργήθηκαν για να αντικαταστήσουν το συμβατικό κάπνισμα¹⁷.

Μια ομάδα καπνιστών η οποία είναι σημαντικό να αναφερθεί είναι οι διπλοί χρήστες (dual users), άτομα δηλαδή που καπνίζουν συμβατικά τσιγάρα και χρησιμοποιούν ηλεκτρονικό τσιγάρο ή συσκευές θέρμανσης καπνού παράλληλα^{17,18}. Οι διπλοί χρήστες φαίνεται να είναι περισσότερο εξαρτημένοι στο κάπνισμα και να καπνίζουν περισσότερα συμβατικά τσιγάρα¹⁹. Ακόμη, οι περισσότεροι διπλοί χρήστες είναι άτομα νεαρής ηλικίας²⁰.

Η αύξηση της χρήσης των νέων καπνικών προϊόντων καθώς και η χρήση πολλαπλών καπνικών προϊόντων τόσο από εφήβους όσο και από νεαρούς ενήλικες, είναι ανησυχητική. Συγκεκριμένα, η χρήση ηλεκτρονικού τσιγάρου αποτελεί μια συνεχώς αυξανόμενη απειλή για την υγεία της νεολαίας²¹. Αρχικά, η έκθεση στα αερολύματα των ηλεκτρονικών τσιγάρων συσχετίζεται με προβλήματα στη λειτουργία των πνευμόνων, αυξημένο ρίσκο παθήσεων του αναπνευστικού συστήματος και αυξημένη ευαλωτότητα σε λοιμώξεις²². Επίσης, τα ηλεκτρονικά τσιγάρα έχουν συνδεθεί με αυξημένες πιθανότητες εθισμού στη νικοτίνη καθώς εμπεριέχουν αυξημένες ποσότητες της συγκεκριμένης ουσίας²³. Παρομοίως, τα ηλεκτρονικά τσιγάρα φαίνεται να μειώνουν κατά 28% την πιθανότητα διακοπής του συμβατικού καπνίσματος²⁴ και η χρήση τους έχει συνδεθεί με καθυστερημένη διακοπή του συμβατικού καπνίσματος²⁵. Είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι νεαρά άτομα τα οποία χρησιμοποιούν ηλεκτρονικά τσιγάρα, έχουν αυξημένες πιθανότητες να ξεκινήσουν το συμβατικό κάπνισμα μέσα στον επόμενο χρόνο²⁶, με τη χρήση ηλεκτρονικού τσιγάρου να αποτελεί ανεξάρτητο παράγοντα ρίσκου στην έναρξη του συμβατικού καπνίσματος²⁷.

Αντίθετα με τους ισχυρισμούς των παρασκευαστών των νέων καπνικών προϊόντων, η αποτελεσματικότητα τους όσον αφορά στη διακοπή του καπνίσματος, δεν έχει αποδειχθεί επιστημονικά και τα διαθέσιμα δεδομένα είναι αντιφατικά²⁸. Συγκεκριμένα, οι καπνιστές μπορούν εύκολα να επιστρέψουν πίσω στο συμβατικό κάπνισμα παρά τη χρήση των νέων καπνικών προϊόντων όπως το ηλεκτρονικό τσιγάρο²⁹ ή να γίνουν διπλοί χρήστες.

Συνοψίζοντας, η νεαρή ενηλικίωση αποτελεί σημαντική περίοδο όπου η χρήση προϊόντων καπνού μπορεί να οδηγήσει σε εθισμό αλλά και περίοδο όπου οι κίνδυνοι σχετικά με το κάπνισμα μπορούν να περιοριστούν αν το άτομο διακόψει πριν την ηλικία των 30 ετών³⁰. Η έρευνα στον συγκεκριμένο τομέα (ιδιαίτερα έρευνα από ανεξάρτητες πηγές που δεν χρηματοδοτείται από τις βιομηχανίες παραγωγής αυτών των προϊόντων) είναι ακόμα ανεπαρκής, με μεθοδολογικά προβλήματα και ελλείψεις σε μακροπρόθεσμη παρακολούθηση. Επομένως, δεν μπορούν να εξαχθούν αποτελέσματα ως προς την ασφάλεια των προϊόντων αυτών και δημιουργείται η ανάγκη τόσο για περισσότερη έρευνα σχετικά με τις καπνιστικές και ατμιστικές συνήθειες ιδιαίτερα σε εφήβους και νεαρούς ενήλικες¹⁰ όσο και για ενημερωτικά και παρεμβατικά προγράμματα διακοπής της χρήσης όλων των καπνικών προϊόντων.

Οι συστάσεις από το European Network for Smoking and Tobacco Prevention (ENSP) περιλαμβάνουν:

- Αναγνώριση του ότι δεν υπάρχουν επαρκή στοιχεία για την κατάλληλη εκτίμηση κινδύνων για την υγεία που συνδέονται με τη χρήση αυτών των νέων καπνικών προϊόντων.
- Αναγνώριση της ανεπάρκειας στοιχείων για την αποτελεσματικότητα των νέων καπνικών προϊόντων ως μέσο διακοπής του καπνίσματος.
- Λόγω απουσίας τεκμηρίωσης για την αποτελεσματικότητα τους ως μέθοδοι διακοπής καπνίσματος, συνιστάται όπως οι επαγγελματίες υγείας δεν πρέπει να συστήνουν τα ηλεκτρονικά τσιγάρα ως μέσο διακοπής καπνίσματος
- Διαφαίνεται επείγουσα ανάγκη για έρευνα από ανεξάρτητους φορείς (απουσία σύνδεσης με βιομηχανίες των προϊόντων αυτών) και ιδιαίτερα για κλινικές δοκιμές σχετικά με την ασφάλεια και αποτελεσματικότητα των ηλεκτρονικών τσιγάρων στη διακοπή του καπνίσματος.

Βιβλιογραφία

1. Wang, R. J., Bhadriraju, S., & Glantz, S. A. (2021). E-cigarette use and adult cigarette smoking cessation: a meta-analysis. *American journal of public health, 111*(2), 230-246.
2. Glantz, S. A. (2018). Heated tobacco products: the example of IQOS. *Tobacco control, 27*(Suppl 1), s1-s6.
3. Perikleous, E. P., Steiropoulos, P., Paraskakis, E., Constantinidis, T. C., & Nena, E. (2018). E-cigarette use among adolescents: an overview of the literature and future perspectives. *Frontiers in public health, 6*, 86.
4. McKelvey, K., Popova, L., Kim, M., Chaffee, B. W., Vijayaraghavan, M., Ling, P., & Halpern-Felsher, B. (2018). Heated

- tobacco products likely appeal to adolescents and young adults. *Tobacco Control*, 27(Suppl 1), s41-s47.
5. Adkison, S. E., O'Connor, R. J., Bansal-Travers, M., Hyland, A., Borland, R., Yong, H. H., ... & Fong, G. T. (2013). Electronic nicotine delivery systems: international tobacco control four-country survey. *American journal of preventive medicine*, 44(3), 207-215.
 6. Callahan-Lyon, P. (2014). Electronic cigarettes: human health effects. *Tobacco control*, 23(suppl 2), ii36-ii40.
 7. Farsalinos, K. E., Romagna, G., Tsiapras, D., Kyrzopoulos, S., & Voudris, V. (2014). Characteristics, perceived side effects and benefits of electronic cigarette use: a worldwide survey of more than 19,000 consumers. *International journal of environmental research and public health*, 11(4), 4356-4373.
 8. Farsalinos, K. E., Romagna, G., Tsiapras, D., Kyrzopoulos, S., Spyrou, A., & Voudris, V. (2013). Impact of flavour variability on electronic cigarette use experience: an internet survey. *International journal of environmental research and public health*, 10(12), 7272-7282.
 9. Vardavas, C. I., Filippidis, F. T., & Agaku, I. T. (2015). Determinants and prevalence of e-cigarette use throughout the European Union: a secondary analysis of 26 566 youth and adults from 27 Countries. *Tobacco control*, 24(5), 442-448.
 10. Berg, C. J., Krishnan, N., Graham, A. L., & Abrams, L. C. (2021). A synthesis of the literature to inform vaping cessation interventions for young adults. *Addictive behaviors*, 119, 106898.
 11. Jankowski, M., Brożek, G. M., Lawson, J., Skoczyński, S., Majek, P., & Zejda, J. E. (2019). New ideas, old problems? Heated tobacco products—A systematic review. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*, 32(5), 595-634.
 12. Farsalinos, K. E., Yannovits, N., Sarri, T., Voudris, V., & Poulas, K. (2018). Nicotine delivery to the aerosol of a heat-not-burn tobacco product: comparison with a tobacco cigarette and e-cigarettes. *Nicotine and Tobacco Research*, 20(8), 1004-1009
 13. Auer, R., Concha-Lozano, N., Jacot-Sadowski, I., Cornuz, J., & Berthet, A. (2017). Heat-not-burn tobacco cigarettes: smoke by any other name. *JAMA internal medicine*, 177(7), 1050-1052.
 14. Etter, J. F. (2012). *The Electronic Cigarette: An Alternative to Tobacco?* Geneva, Switzerland: Jean-Francois Etter; 1-125.
 15. Mallock, N., Pieper, E., Hutzler, C., Henkler-Stephani, F., & Luch, A. (2019). Heated tobacco products: a review of current knowledge and initial assessments. *Frontiers in Public Health*, 287.
 16. Gallus, S., Lugo, A., Liu, X., Borroni, E., Clancy, L., Gorini, G., ... & TackSHS Project Investigators. (2021). Use and awareness of heated tobacco products in Europe. *Journal of epidemiology*, JE20200248
 17. Kim, J., Yu, H., Lee, S., & Paek, Y. J. (2018). Awareness, experience and prevalence of heated tobacco product, IQOS, among young Korean adults. *Tobacco control*, 27(Suppl 1), s74-s77.
 18. Rass, O., Pacek, L. R., Johnson, P. S., & Johnson, M. W. (2015). Characterizing use patterns and perceptions of relative harm in dual users of electronic and tobacco cigarettes. *Experimental and clinical psychopharmacology*, 23(6), 494.
 19. Morean, M., Krishnan-Sarin, S., & O'Malley, S. S. (2018). Comparing cigarette and e-cigarette dependence and predicting frequency of smoking and e-cigarette use in dual-users of cigarettes and e-cigarettes. *Addictive behaviors*, 87, 92-96.
 20. Piper, M. E., Baker, T. B., Benowitz, N. L., Kobinsky, K. H., & Jorenby, D. E. (2019). Dual users compared to smokers: demographics, dependence, and biomarkers. *Nicotine and Tobacco Research*, 21(9), 1279-1284.
 21. US Department of Health and Human Services. (2016). *E-cigarette use among youth and young adults: A report of the Surgeon General*.
 22. Gordon, T., Karey, E., Rebuli, M. E., Escobar, Y. N. H., Jaspers, I., & Chen, L. C. (2022). E-cigarette toxicology. *Annual review of pharmacology and toxicology*, 62, 301-322.
 23. Tackett, A. P., Hébert, E. T., Smith, C. E., Wallace, S. W., Barrington-Trimis, J. L., Norris, J. E., ... & Wagener, T. L. (2021). Youth use of e-cigarettes: Does dependence vary by device type?. *Addictive behaviors*, 119, 106918.
 24. Kalkhoran, S., & Glantz, S. A. (2016). E-cigarettes and smoking cessation in real-world and clinical settings: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Respiratory Medicine*, 4(2), 116-128.
 25. Creamer, M. R., Dutra, L. M., Sharapova, S. R., Gentzke, A. S., Delucchi, K. L., Smith, R. A., & Glantz, S. A. (2021). Effects of e-cigarette use on cigarette smoking among US youth, 2004-2018. *Preventive Medicine*, 142, 106316.
 26. Leventhal, A. M., Strong, D. R., Kirkpatrick, M. G., Unger, J. B., Sussman, S., Riggs, N. R., ... & Audrain-McGovern, J. (2015). Association of electronic cigarette use with initiation of combustible tobacco product smoking in early adolescence. *Jama*, 314(7), 700-707.
 27. Soneji, S., Barrington-Trimis, J. L., Wills, T. A., Leventhal, A. M., Unger, J. B., Gibson, L. A., ... & Sargent, J. D. (2017). Association between initial use of e-cigarettes and subsequent cigarette smoking among adolescents and young adults: a systematic review and meta-analysis. *JAMA pediatrics*, 171(8), 788-797.
 28. Κοζανίδου, Α. (2021). Ο ρόλος του ηλεκτρονικού τσιγάρου ως θεραπεία στη διακοπή του καπνίσματος.
 29. Ιωακεμίδης, Ν (2016). Ηλεκτρονικό τσιγάρο: Αλήθειες και μύθοι για την αποτελεσματικότητα και την ασφάλεια.
 30. Pirie, K., Peto, R., Reeves, G. K., Green, J., & Beral, V. (2013). The 21st century hazards of smoking and benefits of stopping: a prospective study of one million women in the UK. *The Lancet*, 381(9861), 133-141.

Βλαπτικές Επιδράσεις του Καπνίσματος

Δρ. Μιχάλης Τουμπής, MD, PhD, FCCP, Πνευμονολόγος, Κλινικός Αναπληρωτής Καθηγητής του Πανεπιστημίου Λευκωσίας (UNIC)

Η διακοπή του καπνίσματος προσφέρει πολλαπλά οφέλη ως προς την εμφάνιση καρκίνου, νοσημάτων του καρδιαγγειακού, του αναπνευστικού και του αναπαραγωγικού καθώς και ως προς την συνολική επιβίωση.

Βραχυπρόθεσμα οφέλη από τη διακοπή του καπνίσματος

- 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

Μακροπρόθεσμα οφέλη από τη διακοπή του καπνίσματος

- 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

Καρκίνος

Ο κίνδυνος του καρκίνου του πνεύμονα σε ένα πρώην καπνιστή, σε σύγκριση με αυτόν ενός ενεργού καπνιστή ίδιας ηλικίας μειώνεται στο μισό στα 10-15 χρόνια μετά τη διακοπή¹. Ο κίνδυνος εξακολουθεί να μειώνεται με την πάροδο του χρόνου από την παύση, αλλά παραμένει υψηλότερος στους πρώην καπνιστές από ό,τι στα άτομα που δεν έχουν καπνίσει ποτέ. Όσο μικρότερη είναι η ηλικία κατά τη διακοπή, τόσο χαμηλότερος είναι ο κίνδυνος καρκίνου του πνεύμονα σε σύγκριση με όσους συνεχίζουν το κάπνισμα. Η διακοπή του καπνίσματος πριν την ηλικία των 40 ετών εξαλείφει το μεγαλύτερο μέρος του υπερβολικού κινδύνου ανάπτυξης του καρκίνου του πνεύμονα². Πέραν της μείωσης του κινδύνου ανάπτυξης οποιουδήποτε καρκίνου, η διακοπή του καπνίσματος μειώνει τη θνησιμότητα από οποιαδήποτε αιτία στους καρκινοπαθείς, βελτιώνει την ανταπόκριση στη χημειοθεραπεία και βελτιώνει τη ποιότητα ζωής των ασθενών.

Καρδιαγγειακά νοσήματα

Τα οφέλη από τη διακοπή του καπνίσματος για τα καρδιαγγειακά νοσήματα είναι τεράστια και εμφανίζονται σχετικά γρήγορα. Η διακοπή του καπνίσματος, σε σύγκριση με το συνεχιζόμενο κάπνισμα, μειώνει σημαντικά τον κίνδυνο στεφανιαίας νόσου (ΣΝ) τόσο στους άνδρες όσο και στις γυναίκες όλων των ηλικιών³. Ο υπερβολικός κίνδυνος της ΣΝ που προκαλείται από το κάπνισμα μειώνεται κατά περίπου στο 50% μετά από 1 έτος αποχής από το κάπνισμα και στη συνέχεια μειώνεται σταδιακά. Μετά από 15 χρόνια αποχής, ο κίνδυνος της ΣΝ είναι παρόμοιος με αυτόν των ατόμων που δεν έχουν καπνίσει ποτέ.

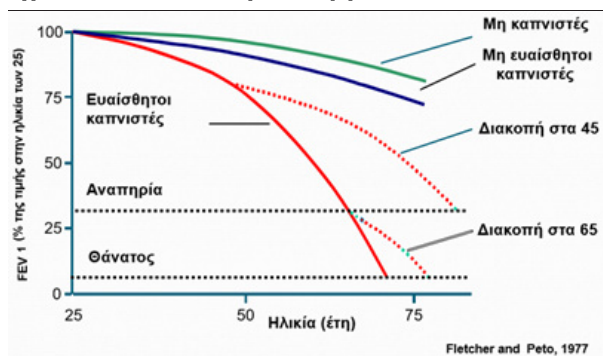
Σημαντικά στοιχεία δείχνουν ότι η διακοπή του καπνίσματος συνδέεται με τη βελτίωση πολλών παθογόνων παραγόντων που εμπλέκονται σε διαδικασίες μέσω των οποίων το κάπνισμα προκαλεί καρδιαγγειακή νόσο. Υπάρχουν στοιχεία που αποδεικνύουν ότι η διακοπή του καπνίσματος οδηγεί σε μείωση των δεικτών φλεγμονής, της υπερπηκτικότητας σε βελτίωση των επιπέδων της HDL-C και της ενδοθηλιακής λειτουργίας⁴.

Αναπνευστικά νοσήματα

Το κάπνισμα θεωρείται ο σημαντικότερος παράγοντας κινδύνου για την ανάπτυξη της ΧΑΠ, οπότε η διακοπή του είναι η μόνη αποδεδειγμένη στρατηγική για τη μείωση των παθογενετικών διεργασιών που οδηγούν στη Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια. Επιπλέον, έχει αποδειχθεί ότι η διακοπή του καπνίσματος αναστέλλει ή επιβραδύνει την περαιτέρω εξέλιξη της νόσου⁵.

Η αναπνευστική λειτουργία ούτως ή άλλως μειώνεται σταθερά με την πάροδο της ηλικίας, ενώ το κάπνισμα επιταχύνει περαιτέρω αυτή τη μείωση. Για άτομα χωρίς εμφανή ΧΑΠ, η πνευμονική λειτουργία βελτιώνεται κατά 5% μέσα σε λίγους μήνες από τη διακοπή του καπνίσματος. Σε μακροχρόνιες μελέτες ασθενών με επιβεβαιωμένη ΧΑΠ, φάνηκε ότι η διακοπή του καπνίσματος υποδιπλασίασε την έκπτωση της αναπνευστικής λειτουργίας τόσο στους άνδρες όσο και στις γυναίκες, σε σχέση με τη συνέχιση του καπνίσματος. Μέχρι σήμερα καμία άλλη παρέμβαση δεν έχει καταφέρει να αλλάξει σε τέτοιο βαθμό τη φυσική πορεία της νόσου. (βλέπε αριστερά πίνακα)

Σχέδ. 2 Αναπνευστική λειτουργία



Πίνακας: Η αναπνευστική λειτουργία όπως αυτή εκτιμάται με το βίαια εκπνεόμενο όγκο αέρα στο πρώτο δευτερόλεπτο της κατά την εκπνοή (FEV1) σε μη καπνιστές και καπνιστές καθώς και μεταβολή με τη διακοπή του καπνίσματος.

Εγκυμοσύνη (βλ. Σχέδ. 3): Τι συμβαίνει στο σώμα σας αν διακόψετε το κάπνισμα

Το κάπνισμα επηρεάζει ποικιλοτρόπως την εγκυμοσύνη και το έμβρυο. Ευτυχώς το 30% περίπου των γυναικών που καπνίζουν διακόπτουν το κάπνισμα μετά από την πιστοποίηση της εγκυμοσύνης.

Υπάρχουν ισχυρά στοιχεία που δείχνουν ότι η διακοπή του καπνίσματος ιδίως κατά τους πρώτους 3 έως 4 μήνες της εγκυμοσύνης μειώνει τις δυσμενείς επιπτώσεις του καπνίσματος στην εμβρυϊκή ανάπτυξη.

Το κάπνισμα ενοχοποιείται για τη γέννηση λιποβαρών βρεφών. Οι γυναίκες που σταματούν το κάπνισμα πριν την εγκυμοσύνη γεννούν βρέφη του ίδιου βάρους με αυτές που δεν κάπνισαν ποτέ. Οι εγκυμονούσες που σταματούν το κάπνισμα οποιαδήποτε στιγμή μέχρι την 30η εβδομάδα της κύησης γεννούν βρέφη με μεγαλύτερο βάρος από τις γυναίκες που καπνίζουν καθ' όλη τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Τέλος η γέννηση λιποβαρών βρεφών είναι δυνατό να προληφθεί κατά 17%-26% με τη διακοπή του καπνίσματος.

Σωματικό Βάρος

Η διακοπή του καπνίσματος μπορεί να οδηγήσει σε αύξηση του σωματικού βάρους. Οι έρευνες δείχνουν ότι αυτό δεν ξεπερνά τα 5 κιλά κατά μέσο όρο, ενώ μόνο 10% των ατόμων παίρνουν πέρα των 15 κιλών μετά τη διακοπή του καπνίσματος⁶. Εντούτοις, η αντίληψη ότι η διακοπή θα φέρει αύξηση βάρους, αποτελεί παράγοντα κινδύνου για μη διακοπή του καπνίσματος ή για υποτροπή του, ιδίως για τις γυναίκες. Οι καπνιστές φυσιολογικού σωματικού βάρους έχουν υψηλότερο κίνδυνο θνησιμότητας από όλες τις ασθένειες που σχετίζονται με το κάπνισμα σε σχέση με τους πρώην καπνιστές που ήταν υπέρβαροι ή είχαν παχυσαρκία. Συνεπώς η αύξηση του βάρους μετά τη διακοπή είναι λιγότερο επιβλαβής από το κάπνισμα. Τα άτομα με παχυσαρκία που σταματούν το κάπνισμα έχουν ανάγκη ειδικής παρέμβασης για τη βελτίωση της αύξησης βάρους. Σε καμία περίπτωση το κάπνισμα δεν αποτελεί καλή λύση για μείωση βάρους και αυτό χρειάζεται να τονίζεται ιδιαίτερα σε ηλικίες (π.χ. εφήβους) ή ομάδες ατόμων (π.χ. υπέρβαροι) που είναι επιρρεπείς σε λανθασμένες πληροφορίες.

Καπνιστές οι οποίοι ενδιαφέρονται να διακόψουν αλλά ανησυχούν για πιθανή αύξηση βάρους, μπορεί να βοηθηθούν με τη χρήση κάποιων σκευασμάτων για διακοπή καπνίσματος (π.χ. βουπροπιόνη, βαρενικλίνη ή τσίχλες νικοτίνης). Επίσης η καλύτερη αντιμετώπιση για πιθανή αύξηση βάρους είναι η παρακολούθηση της διατροφής με στόχο μια ισορροπημένη σε θερμίδες διατροφή και αύξηση της σωματικής άσκησης.

Επιβίωση – Ποιότητα Ζωής

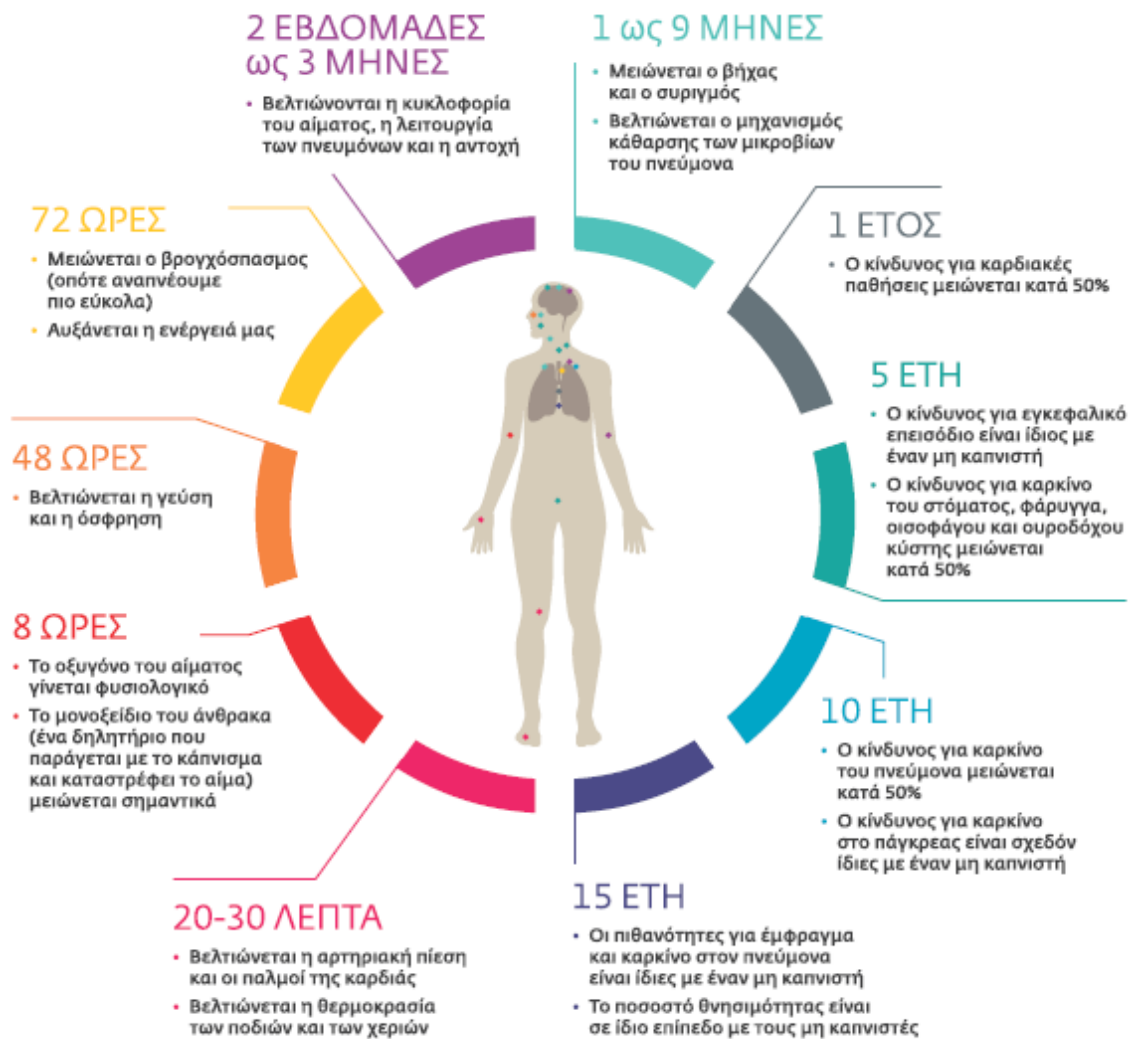
Σε μια μεγάλη και αξιόπιστη μελέτη καταδείχθηκε ότι η θνησιμότητα στους ενήλικες (25-79 ετών) από οποιαδήποτε αιτία ήταν τριπλάσια περίπου στους καπνιστές από ότι σε αυτούς που δεν κάπνισαν ποτέ. Η πιθανότητα επιβίωσης από την ηλικία των 25 έως 79 ετών ήταν περίπου διπλάσια σε εκείνους που δεν είχαν καπνίσει ποτέ από ότι στους σημερινούς καπνιστές (70% έναντι 38% μεταξύ των γυναικών και 61% έναντι 26% μεταξύ των ανδρών). Το προσδόκιμο ζωής μειώθηκε κατά περισσότερο από 10 χρόνια μεταξύ των σημερινών καπνιστών, σε σύγκριση με εκείνους που δεν είχαν καπνίσει ποτέ. Οι ενήλικες που είχαν κόψει το κάπνισμα σε ηλικία 25 έως 34 ετών, 35 έως 44 ετών ή ηλικίας 45 έως 54 ετών κέρδισαν περίπου 10, 9 και 6 χρόνια ζωής, αντίστοιχα, σε σύγκριση με εκείνους που συνέχισαν να καπνίζουν.

Σχετικά με τη ποιότητα ζωής, έρευνες δείχνουν ότι η συνέχιση του καπνίσματος επηρεάζει αρνητικά την ποιότητα ζωής, ενώ η διακοπή καπνίσματος τη βελτιώνει⁷. Άρα το κάπνισμα δεν οδηγεί μόνο στη μείωση του προσδόκιμου ζωής αλλά αποφέρει μείωση στην ποιότητα ζωής των καπνιστών. Συμπερασματικά η διακοπή του καπνίσματος σώζει ζωές και αυξάνει την επιβίωση με Ποιότητα Ζωής και όπως λέει ένα σλόγκαν “η διακοπή προσφέρει χρόνια στη ζωή και ζωή στα χρόνια.”

Βιβλιογραφία

1. Parsons, A., Daley, A., Begh, R., & Aveyard, P. (2010). Influence of smoking cessation after diagnosis of early stage lung cancer on prognosis: systematic review of observational studies with meta-analysis. *BMJ (Clinical research ed.)*, 340, b5569. <https://doi.org/10.1136/bmj.b5569>
2. Jha, P., Ramasundarahettige, C., Landsman, V., Rostron, B., Thun, M., Anderson, R. N., McAfee, T., & Peto, R. (2013). 21st-century hazards of smoking. *New England Journal of Medicine*, 368, 341–350.
3. Woodward M, Lam TH, Barzi F, Patel A, Gu D, Rodgers A, GA, Il Suh H. Smoking, quitting, and the risk of cardiovascular disease among women and men in the Asia-Pacific region. *Int J Epidemiol*. 2005 Oct;34(5):1036-45.
4. Stein JH, Asthana A, Smith SS, Piper EP, Loh W-Y, Fiore MC, and Baker TB. Smoking Cessation and the Risk of Diabetes Mellitus and Impaired Fasting Glucose: Three-Year Outcomes after a Quit Attempt. *PLoS One*. 2014; 9(6): e98278.
5. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. (2021). *Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of COPD*.
6. Harris KH, Zopey M, and Friedman TC. Metabolic effects of smoking cessation. *Nat Rev Endocrinol*. 2016 May; 12(5): 299–308.
7. U.S. Department of Health and Human Services. (2020). *Smoking cessation: A report of the Surgeon General*.

Σχέδ. 3: Τι συμβαίνει στο σώμα σας αν διακόψετε το κάπνισμα:



ΤΡΙΤΟ ΜΕΡΟΣ

Εθνική Στρατηγική 2021 - 2028 και Σχέδιο Δράσης 2025-2028

Τμήμα Πολιτικής Αρχής Αντιμετώπισης Εξαρτήσεων Κύπρου

Μαζί με την αλλαγή στην ονομασία του Οργανισμού με την έκδοση της νομοθεσίας «Ο περί πρόληψης της Χρήσης και Διάδοσης Ναρκωτικών και Άλλων Εξαρτησιογόνων Ουσιών (Αρχή Αντιμετώπισης Εξαρτήσεων Κύπρου) Νόμος του 2017», η ΑΑΕΚ επιλήφθηκε και σαφή ρόλο στην εθνική διαχείριση της εξάρτησης από το κάπνισμα και τα καπνικά προϊόντα, αφού η εξάρτηση αναφέρεται σε νόμιμες και παράνομες εξαρτησιογόνες ουσίες που προκαλούν είτε σωματική είτε ψυχολογική εξάρτηση.

Αξιοποιώντας την εμπειρογνωμοσύνη των ειδικών στην Εθνική Συμβουλευτική Επιτροπή για το Κάπνισμα (ΕΣΕΚ) η οποία συστάθηκε από την ΑΑΕΚ υπό δική της Προεδρία, η ΑΑΕΚ προχώρησε άμεσα σε διατύπωση ενός λεπτομερούς Εθνικού Σχεδίου Δράσης για την Αντιμετώπιση του Καπνίσματος, οι ενέργειες του οποίου έχουν ενσωματωθεί στην ενιαία Εθνική Στρατηγική 2021-2028, και αφορούν στους τομείς της πρόληψης, θεραπείας, έρευνας, μείωσης της προσφοράς και διεθνούς συνεργασίας για το κάπνισμα. Στην πορεία προστέθηκε ο επαγγελματικός διάλογος και η συμμετοχή σε σώματα εμπειρογνομόνων για τις προκλήσεις και ευκαιρίες που προκύπτουν από τα νέα καπνικά προϊόντα. Η ΑΑΕΚ έγινε επίσης ενεργό μέλος του διεθνούς κύρους οργανισμού European Network for Smoking Prevention (ENSP, <https://ensp.network/>).

Μέσα από την Εθνική Στρατηγική 2021-2028, η Αρχή Αντιμετώπισης Εξαρτήσεων Κύπρου προωθεί τις εξής κύριες προτεραιότητες που αφορούν στο κάπνισμα:

- α) την αποτελεσματική διαμόρφωση και εφαρμογή της νομοθεσίας για το κάπνισμα.
- β) την πρόληψη του καπνίσματος και των νέων καπνικών προϊόντων στον γενικό πληθυσμό, αλλά πιο συγκεκριμένα τη δημιουργία περιβαλλόντων απαλλαγμένων από καπνό (όπως σχολεία, πανεπιστήμια), μέσω π.χ. διοργάνωσης εξειδικευμένων εκστρατειών πρόληψης και αύξησης της σχετικής φορολογίας.
- γ) τη δημιουργία κατευθυντήριων γραμμών για τη θεραπεία της εξάρτησης από τη νικοτίνη, μέσω της στάθμισης των αντίστοιχων κατευθυντήριων γραμμών του ENSP.
- δ) τον έλεγχο και αδειοδότηση προγραμμάτων διακοπής του καπνίσματος.
- ε) την ενίσχυση της διαθεσιμότητας προγραμμάτων διακοπής του καπνίσματος στη χώρα μας, καθώς και την αναβάθμιση των υφιστάμενων προγραμμάτων που προσφέρονται από τις Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας του Υπουργείου Υγείας.

Με την επιστημονική γνώση και γνώμη που διατυπώνονται σε αυτές τις κλινικές κατευθυντήριες γραμμές, προωθείται η ποιότητα στην διαχείριση του μεγάλου πληθυσμού ατόμων που αντιλαμβάνονται τις επιπτώσεις και θέλουν να διακόψουν το κάπνισμα, και αυτό αποτελεί σημαντικό βήμα για την θωράκιση της δημόσιας υγείας.

Επιπρόσθετα, ο οδηγός αυτός με τις κλινικές κατευθυντήριες γραμμές, θα συμβάλει στην ενίσχυση του στόχου για αύξηση των θεραπευτικών επιλογών για διακοπή του καπνίσματος, αλλά παράλληλα και στην βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών των υφιστάμενων προγραμμάτων.

Καταγραφή του φαινομένου του καπνίσματος στην Κύπρο

Τμήμα Παρακολούθησης Αρχής Αντιμετώπισης Εξαρτήσεων Κύπρου

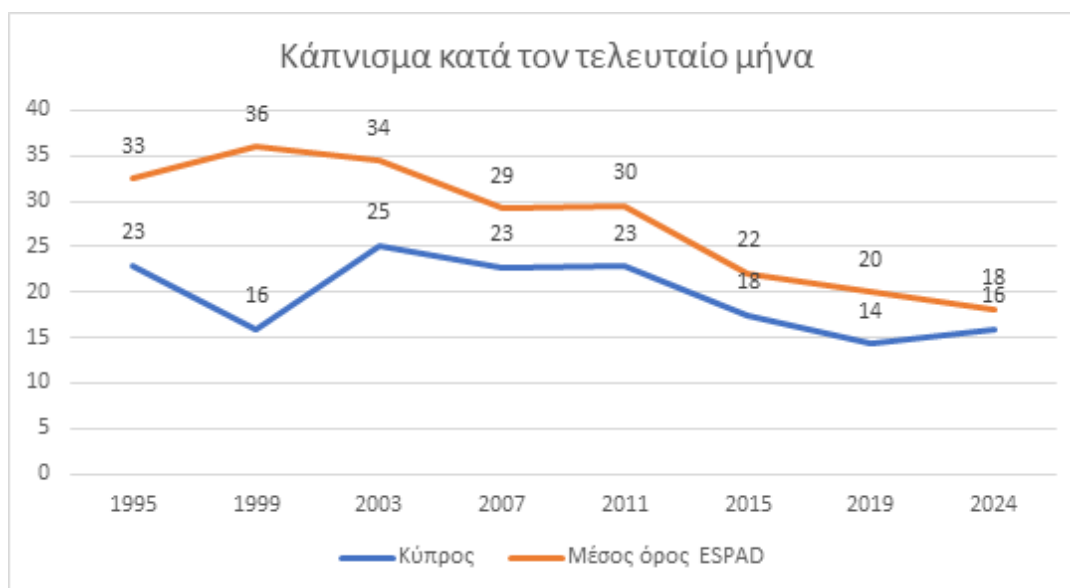
Πανευρωπαϊκή Έρευνα Μαθητικού Πληθυσμού (ESPAD 2024)

Το Ευρωπαϊκό Πρόγραμμα Ερευνών στον Μαθητικό Πληθυσμό (ESPAD) διεξάγεται σε μαθητές ηλικίας 16 ετών και κατά το έτος 2024 συμμετείχαν σε αυτό 37 χώρες της Ευρώπης και της ευρύτερης περιοχής. Η έρευνα, διεξάγεται κάθε τέσσερα χρόνια και κατά το έτος 2024 διεξήχθη η όγδοη σειρά της έρευνας. Η έρευνα αποσκοπεί μεταξύ άλλων στην εκτίμηση της έκτασης καπνίσματος στον μαθητικό πληθυσμό, καθώς και στην αποτύπωση των αντιλήψεων των μαθητών έναντι στη χρήση ουσιών.

Παρατηρείται σταθεροποίηση στα επίπεδα καπνίσματος συμβατικού τσιγάρου ανάμεσα στους μαθητές 16 ετών στην Κύπρο και το ποσοστό των μαθητών που ανέφεραν κάπνισμα κατά τις τελευταίες 30 μέρες εξακολουθεί να βρίσκεται κάτω από τον μέσο όρο της ESPAD.

Ανησυχητικά όμως είναι τα ποσοστά καθημερινής χρήσης ηλεκτρονικού τσιγάρου κατά τον τελευταίο μήνα από τους μαθητές της Κύπρου, καθώς και της χρήσης ναργιλέ (κατά τον τελευταίο μήνα). Όπως απεικονίζεται πιο κάτω, το ποσοστό των μαθητών που ανέφεραν κάπνισμα κατά τις τελευταίες 30 μέρες μετά από μια περίοδο σταθεροποίησης, παραμένει σε χαμηλά επίπεδα και βρίσκεται πιο κάτω από τον μέσο όρο της έρευνας.

Σχέδ. 4: Κάπνισμα κατά τον τελευταίο μήνα

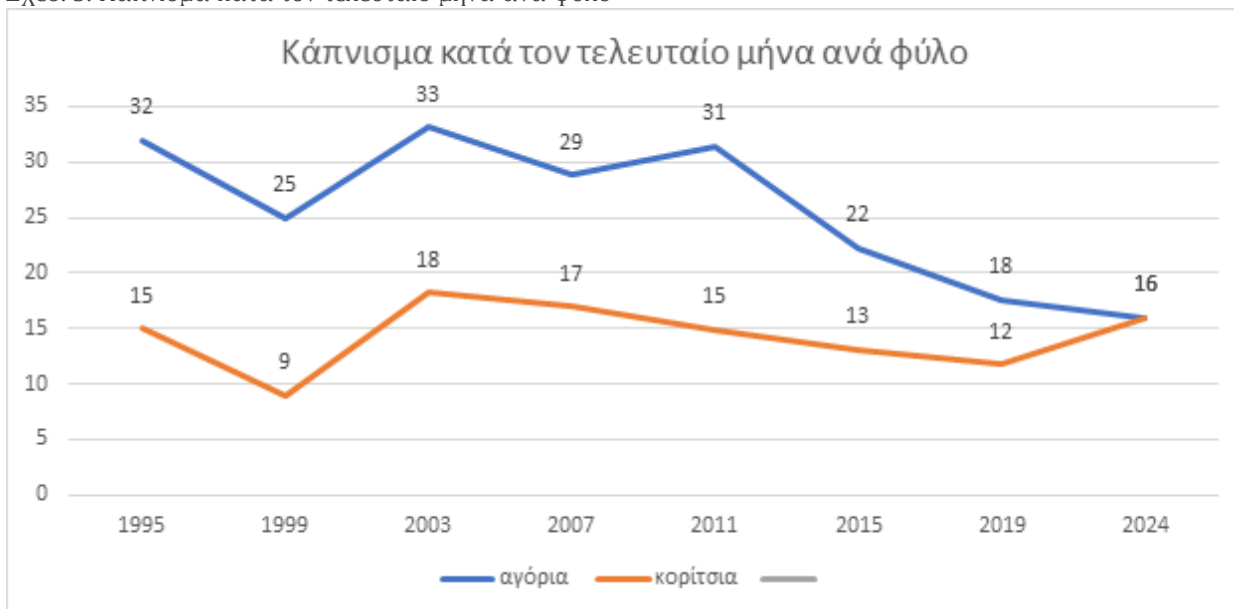


Πηγή: ESPAD Group (2025), ΑΑΕΚ (2025)

Παρόλα αυτά, όταν συνυπολογιστεί και η χρήση των ηλεκτρονικών τσιγάρων (τα οποία δεν συμπεριλαμβάνονταν σε προηγούμενες σειρές της έρευνας), το ποσοστό χρήσης ανάμεσα σε μαθητές της Κύπρου αυξάνεται από 16% σε 23% (σε σύγκριση με τον αντίστοιχο μέσο όρο της έρευνας που ανέρχεται σε 28%).

Σε ότι αφορά στις διαφορές μεταξύ των δύο φύλων, όπως φαίνεται πιο κάτω, ανάμεσα στα κορίτσια υπάρχει μια μικρή αύξηση στο κάπνισμα του συμβατικού τσιγάρου, ενώ ανάμεσα στα αγόρια παρατηρείται μια μικρή μείωση.

Σχέδ. 5: Κάπνισμα κατά τον τελευταίο μήνα ανά φύλο

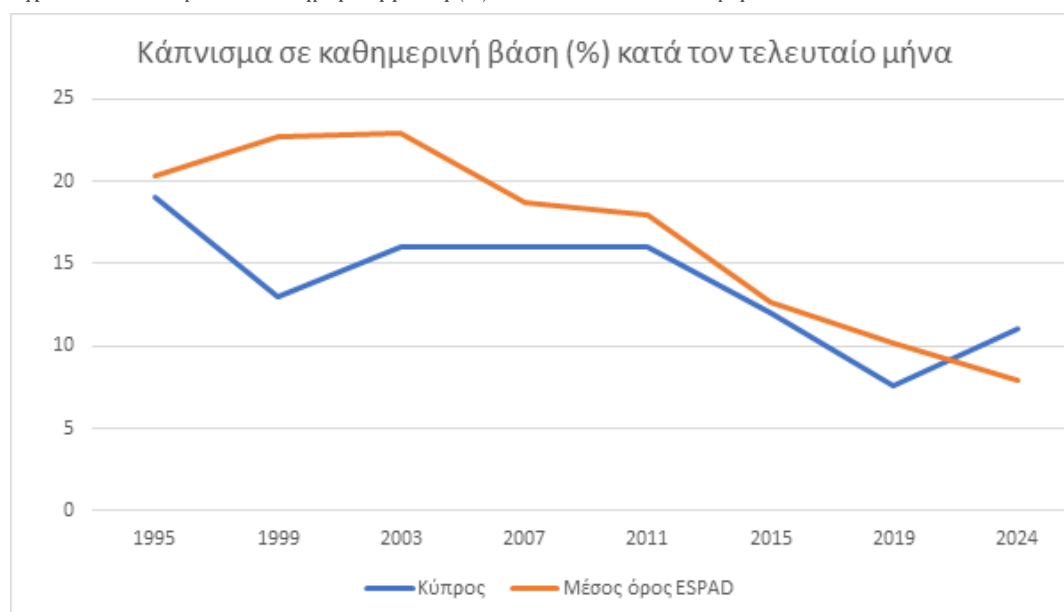


Πηγή: ESPAD Group (2025), ΑΑΕΚ (2025)

Παράλληλα, όταν συνυπολογιστεί και η χρήση των ηλεκτρονικών τσιγάρων, το κάπνισμα κατά τον τελευταίο μήνα ανάμεσα στα αγόρια αυξάνεται στο 20%, ενώ ανάμεσα στα κορίτσια στο 27%.

Σε ότι αφορά στο κάπνισμα συμβατικού τσιγάρου σε καθημερινή βάση, το οποίο αναφέρθηκε από το 11% των μαθητών κατά το έτος 2024, σημειώνοντας αύξηση σε σχέση με το 2019, όπως απεικονίζεται πιο κάτω και βρίσκεται σε υψηλότερο ποσοστό σε σχέση με τον μέσο όρο της έρευνας (8%).

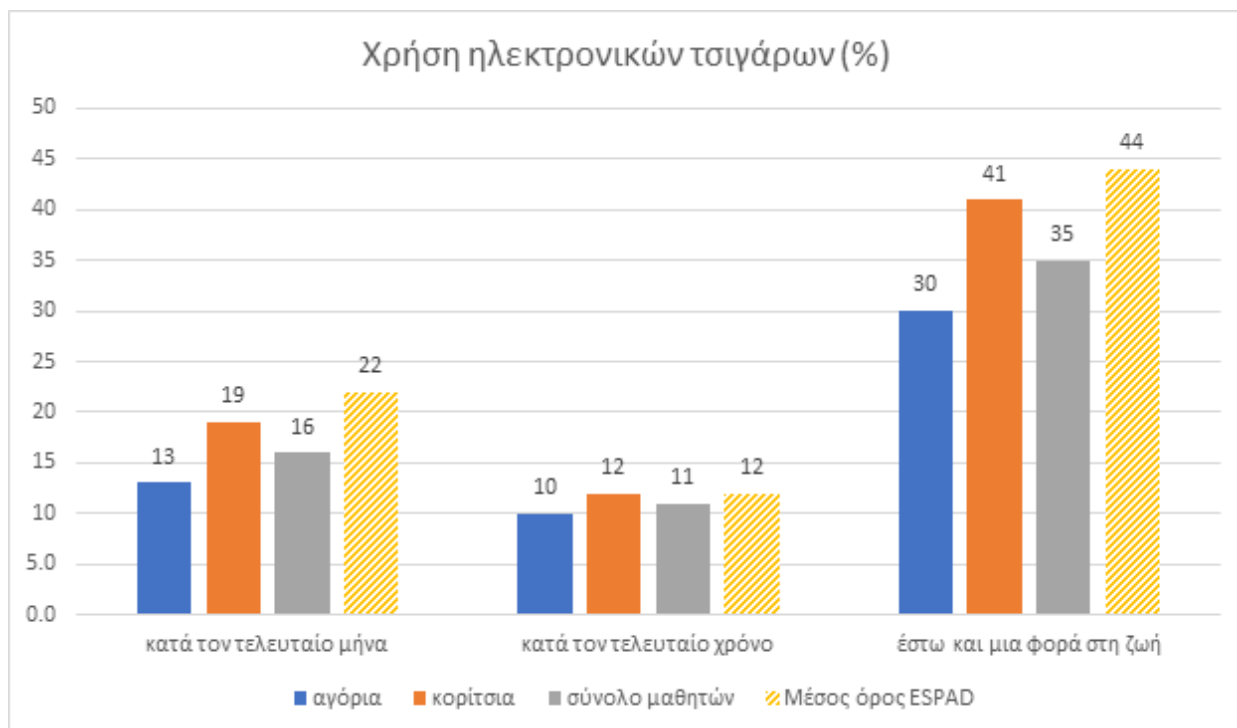
Σχέδ. 6: Κάπνισμα σε καθημερινή βάση (%) κατά τον τελευταίο μήνα



Πηγή: ESPAD Group (2025), ΑΑΕΚ (2025)

Σε ότι αφορά στη χρήση ηλεκτρονικών τσιγάρων, το ποσοστό των μαθητών που ανέφεραν χρήση του έστω και μια φορά στη ζωή κυμαίνεται χαμηλότερα από τον μέσο όρο της έρευνας, ειδικά από τα αγόρια. Το ίδιο ισχύει και στην περίπτωση χρήσης των ηλεκτρονικών τσιγάρων κατά τον τελευταίο μήνα, όπως φαίνεται πιο κάτω.

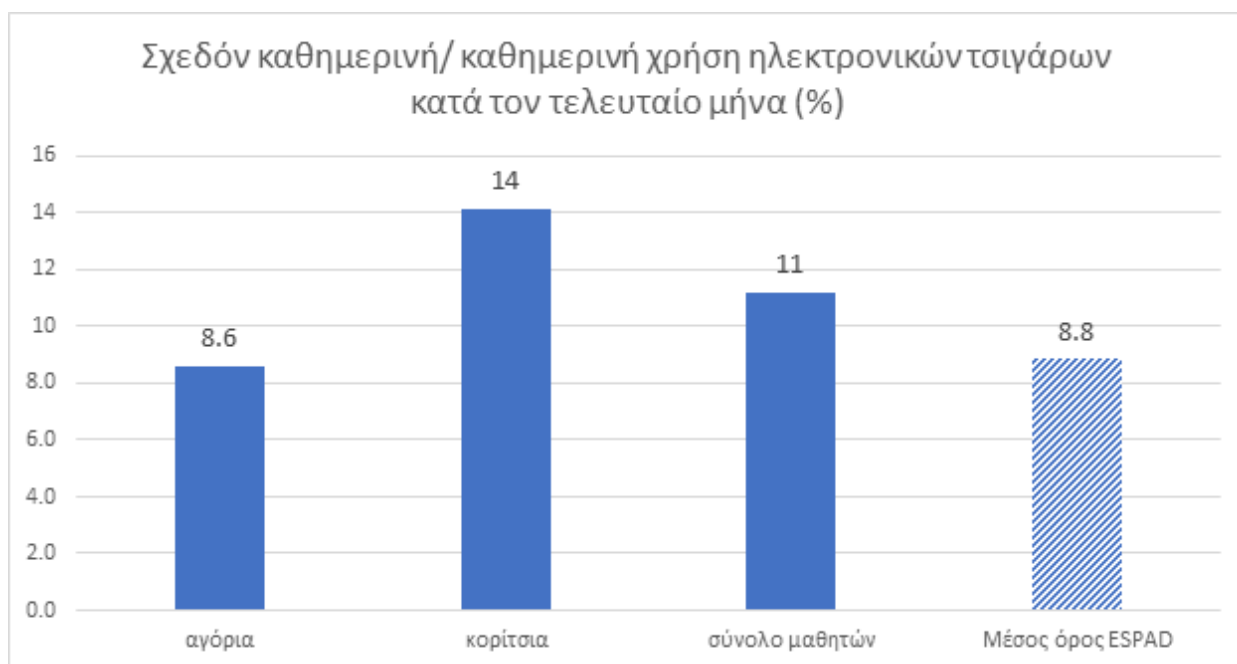
Σχέδ. 7: Χρήση ηλεκτρονικών τσιγάρων (%)



Πηγή: ESPAD Group (2025), ΑΑΕΚ (2025)

Εκεί που φαίνεται η Κύπρος να ξεπερνά τον μέσο όρο της έρευνας είναι στην καθημερινή χρήση του ηλεκτρονικού τσιγάρου, όπως απεικονίζεται πιο κάτω.

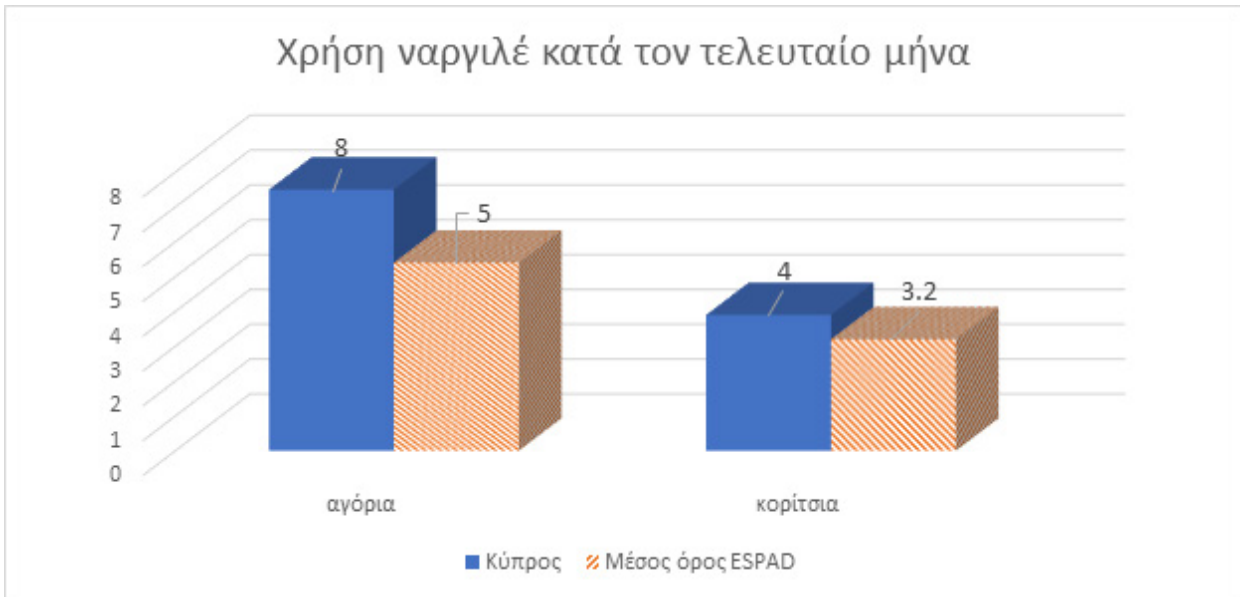
Σχέδ. 8: Σχεδόν καθημερινή/καθημερινή χρήση ηλεκτρονικών τσιγάρων κατά τον τελευταίο μήνα (%)



Πηγή: ESPAD Group (2025), ΑΑΕΚ (2025)

Επίσης, το ποσοστό των μαθητών στην Κύπρο, τόσο ανάμεσα στα αγόρια, όσο και ανάμεσα στα κορίτσια, που ανέφερε χρήση ναργιλέ κατά τον τελευταίο μήνα, ξεπερνά τον μέσο όρο της έρευνας, όπως φαίνεται πιο κάτω.

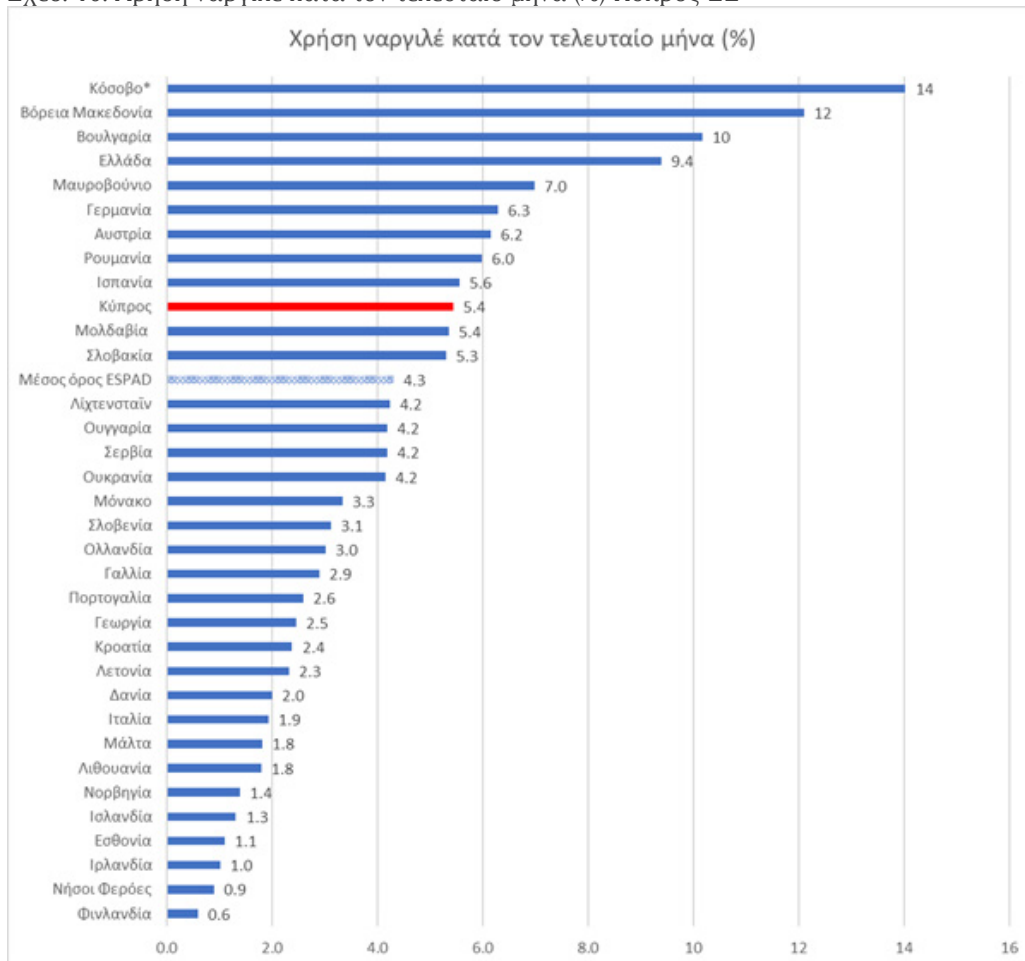
Σχέδ. 9: Χρήση ναργιλέ κατά τον τελευταίο μήνα (Κύπρος)



Πηγή: ESPAD Group (2025), ΑΑΕΚ (2025)

Σε σχέση με τις υπόλοιπες 37 χώρες που συμμετείχαν στην έρευνα κατά το έτος 2024, η Κύπρος κατέχει από τα ψηλότερα ποσοστά χρήσης ναργιλέ κατά τον τελευταίο μήνα, όπως απεικονίζεται πιο κάτω.

Σχέδ. 10: Χρήση ναργιλέ κατά τον τελευταίο μήνα (%) Κύπρος-ΕΕ



Πηγή: ESPAD Group (2025), ΑΑΕΚ (2025)

Έρευνα Γενικού Πληθυσμού (ΑΑΕΚ, 2023)

Κατά το 2023 διεξήχθη η έκτη έρευνα γενικού πληθυσμού στην Κύπρο. Η πρώτη έρευνα της σειράς αυτής έχει γίνει το 2006 και επαναλαμβάνεται κάθε τρία χρόνια.

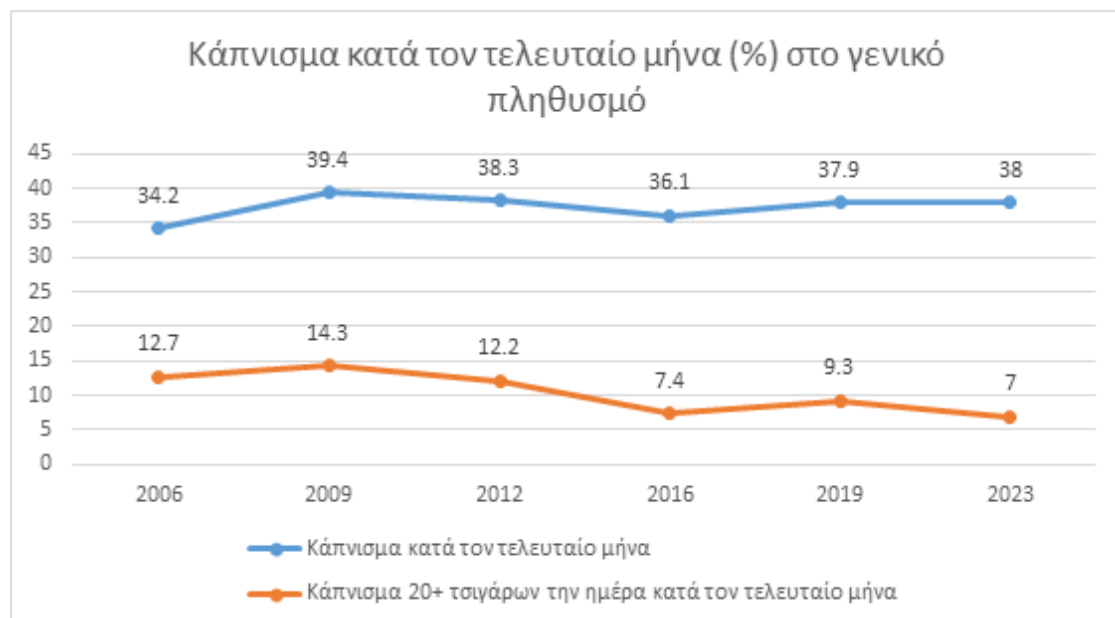
Ο γενικός στόχος της έρευνας είναι η εκτίμηση της χρήσης νόμιμων (μεταξύ αυτών και του καπνού) και παράνομων ψυχοδραστικών ουσιών καθώς και εξαρτητικών συμπεριφορών στο γενικό πληθυσμό ηλικίας 15-64 ετών. Η έρευνα διερευνά, επιπλέον, τις στάσεις και τις αντιλήψεις του πληθυσμού σε θέματα που σχετίζονται με τη χρήση ουσιών.

Κατά το έτος 2023, συμμετείχαν στην έρευνα 3500 άτομα.

Τα κύρια αποτελέσματα για το κάπνισμα, ήταν τα εξής:

- Περίπου το 38% του πληθυσμού ανέφερε κάπνισμα κατά τον τελευταίο μήνα (LMP). Οι διαχρονικές τάσεις ως προς το κάπνισμα κατά τον τελευταίο μήνα απεικονίζονται στο πιο κάτω γράφημα.
- Κατά το 2023, η διάμεσος ηλικία έναρξης του καπνίσματος ήταν τα 18 έτη. Σε σχέση με προηγούμενες σειρές της έρευνας, δεν παρατηρείται καμία διαφορά ως προς την ηλικία έναρξης του καπνίσματος.
- Όσον αφορά στους νέους ηλικίας 15-34 ετών, φαίνεται ότι περίπου 44% κάπνισε κατά τον τελευταίο μήνα, ποσοστό παρόμοιο σε σύγκριση με την προηγούμενη έρευνα 42% το 2016.
- Σε ό,τι αφορά στην προσπάθεια διακοπής του καπνίσματος, περίπου οι μισοί από αυτούς που κάπνισαν τον τελευταίο χρόνο ανέφεραν τέτοια προσπάθεια. Σε σύγκριση με το αντίστοιχο ποσοστό της προηγούμενης έρευνας, παρατηρείται σχετική μείωση των ατόμων αυτών, όπως φαίνεται πιο κάτω.

Σχέδ. 11: Κάπνισμα κατά τον τελευταίο μήνα (%) στο γενικό πληθυσμό



Πηγή: Έρευνα Γενικού Πληθυσμού, ΑΑΕΚ (2023)

Ταυτόχρονα, το 39% του δείγματος εξέφρασε την επιθυμία του να διακόψει το κάπνισμα (με το μεγαλύτερο ποσοστό να επικεντρώνεται στις ηλικιακές ομάδες 25-34 και 35-44 ετών).

- Ηλεκτρονικό τσιγάρο: Μόνο 1 στους 5 χρησιμοποίησε έστω και μια φορά στη ζωή του ηλεκτρονικό τσιγάρο, ενώ κατά τον τελευταίο μήνα μόνο το 15%. Τα ψηλότερα ποσοστά χρήσης ηλεκτρονικού τσιγάρου αναφέρονται από νέους 15-34 ετών.

Τα δύο τρίτα των καπνιστών ηλεκτρονικού τσιγάρου δηλώνουν ότι προηγουμένως κάπνιζαν συστηματικά τσιγάρα, ενώ το ένα τέταρτο κάπνιζε τσιγάρα περιστασιακά. Μόνο ένας στους δέκα δεν είχε καπνίσει ποτέ προηγουμένως, ενώ κυρίως ένα μεγάλο ποσοστό (60%) κάπνιζε συστηματικά συμβατικό τσιγάρο. Ο κύριος λόγος χρήσης ηλεκτρονικού τσιγάρου ήταν η επιθυμία για διακοπή του καπνίσματος συμβατικών τσιγάρων (40%). Ένα σημαντικό ποσοστό δοκίμασε το ηλεκτρονικό τσιγάρο από περιέργεια (38%). Τέλος, οι απόψεις σχεδόν δίστανται όσον αφορά στην επικινδυνότητα του ηλεκτρονικού τσιγάρου. Περίπου το 46% το θεωρεί ακίνδυνο ή ελαφριά επικίνδυνο, ενώ το 42% το θεωρεί επικίνδυνο ή μετρίου κινδύνου.

Σχέδ. 12: Προσπάθεια διακοπής του καπνίσματος



Πηγή: Έρευνα Γενικού Πληθυσμού, ΑΔΕΚ (2023)

Έρευνα και Επιστημονικές κατευθυντήριες γραμμές για αξιολόγηση της διακοπής καπνίσματος

Δρ. Μαρία Καρεκλά, Καθηγήτρια Κλινικής Ψυχολογίας, Πανεπιστήμιο Κύπρου

Κριτήρια κλινικής έρευνας για τη διακοπή του καπνίσματος

Σε πολλές χώρες η διακοπή του καπνίσματος βάση τεκμηριωμένων πρακτικών έχει γίνει αναπόσπαστο κομμάτι του συστήματος υγείας. Η έρευνα αποτελεί σημαντικό εργαλείο στην εξεύρεση εργαλείων και προγραμμάτων για την αποτελεσματική πρόληψη και διακοπή του καπνίσματος και μείωση των ποσοστών καπνίσματος στον πληθυσμό. Οι κλινικές δοκιμές προγραμμάτων ποικίλουν όσον αφορά μεθοδολογία, εργαλεία αξιολόγησης, εκβάσεις και ποιότητας της μεθοδολογίας. Σε μία προσπάθεια μείωσης της ετερογένειας των κλινικών δοκιμών ο West και συνεργάτες¹ πρότειναν έξι κριτήρια τα οποία ονόμασαν Russell Standards (RS) και εφαρμόζονται για δια ζώσης δοκιμές όπου υπάρχει συγκεκριμένος στόχος για διακοπή του καπνίσματος. Αυτά περιλαμβάνουν: (1) παρακολούθηση έξι μηνών μετά τη διακοπή του καπνίσματος ή 12 μηνών μετά την ημέρα στόχου για διακοπή του καπνίσματος, (2) αυτό-αναφορά αποχής από καπνό (όχι περισσότερα από 5 τσιγάρα) καθ'όλη τη διάρκεια της περιόδου παρακολούθησης μετά (follow-up), (3) βιοχημική επαλήθευση της αποχής τουλάχιστο στους έξι ή δώδεκα μήνες αξιολόγησης, (4) χρήση μεθοδολογίας ανάλυσης «intent-to-treat» στην οποία περιλαμβάνονται όλοι οι καπνιστές εκτός αν έχουν πεθάνει ή μετακομίσει σε μη ανιχνεύσιμη διεύθυνση - αν στην τελική αξιολόγηση δεν μπορεί να προσδιοριστεί η πραγματική τους καπνιστική κατάσταση τότε οι συμμετέχοντες θεωρούνται καπνιστές, (5) παρακολούθηση όσων παραβίασαν το πρωτόκολλο θεραπείας και χρήση στην ανάλυση της πραγματικής καπνιστικής τους κατάστασης και (6) η συλλογή δεδομένων κατά την τελική αξιολόγηση (follow-up) απαιτείται να γίνεται από ερευνητές οι οποίοι δεν είναι γνώστες της ομάδας δοκιμής στην οποία αντιστοιχεί το κάθε άτομο.

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.

ΤΕΤΑΡΤΟ ΜΕΡΟΣ

Πρόληψη

Δρ. Μαρία Καρεκλά, Καθηγήτρια Κλινικής Ψυχολογίας, Πανεπιστήμιο Κύπρου, Δρ. Δήμος Φωτόπουλος, Ψυχίατρος Διεύθυνσης Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας, Οργανισμού Κρατικών Υπηρεσιών Υγείας & Έλενα Δημοσθένους, Λειτουργός Τμήματος Πολιτικής, Αρχή Αντιμετώπισης Εξαρτήσεων Κύπρου, (ΑΑΕΚ).

Το κάπνισμα συνήθως ξεκινά στην προ-εφηβεία, έτσι είναι σημαντικό η πρόληψη του καπνίσματος να αρχίζει πριν ή σε αυτή την ηλικιακή ομάδα. Ο Βενιαμίν Φραγκλίνος αναγνωρίζοντας τη σημαντικότητα της πρόληψης δήλωσε: “Μία ουγγιά πρόληψης αξίζει όσο μία λίβρα θεραπείας.”

Στόχος της πρόληψης είναι να αποτρέψει ή να αναβάλει την έναρξη της χρήσης ουσιών και να προωθήσει εναλλακτικές συμπεριφορές υγείας. Μπορεί επίσης να βοηθήσει όσους έχουν ήδη πειραματιστεί ή ξεκινήσει τη χρήση να μην αναπτύξουν διαταραχές χρήσης ουσιών και τα συναφή προβλήματα υγείας και κοινωνικά προβλήματα που απορρέουν από αυτή. Οι παρεμβάσεις πρόληψης επικεντρώνονται σε τροποποιήσιμους επιβαρυντικούς και προστατευτικούς παράγοντες οι οποίοι θεωρείται ότι προξενούν ή μετριάζουν τις επιβλαβείς συνέπειες για την υγεία.

Μία αποτελεσματική Στρατηγική Πρόληψης, οφείλει να υιοθετεί βιοψυχοκοινωνική προσέγγιση στρέφοντας το βλέμμα τόσο στο άτομο (με τους δικούς του βιολογικούς και ψυχολογικούς παράγοντες) όσο και στην κοινωνική διάσταση της χρήσης και των εξαρτητικών συμπεριφορών, για να κατανοήσει κάτω από ποιες συνθήκες άτομα κάθε ηλικίας κάνουν χρήση ουσιών, νόμιμων ή παράνομων. Η βιβλιογραφία παρουσιάζει ένα ευρύ φάσμα προσεγγίσεων στην πρόληψη. Τα περισσότερα προγράμματα υιοθετούν μία βιοψυχοκοινωνική προσέγγιση, στοχεύουν παιδιά και εφήβους και περιλαμβάνουν προγράμματα σε σχολικά ή κοινοτικά πλαίσια καθώς και πολιτικές ελέγχου της αγοράς καπνού. Έρευνες παρουσιάζουν ότι τα πιο αποτελεσματικά προγράμματα φαίνεται να είναι οι πολυδιάστατες παρεμβάσεις που εφαρμόζονται σε διάφορα πλαίσια της ζωής των ατόμων (κοινωνία, σχολείο, κοινότητα κ.α.).

Τα προγράμματα πρόληψης επιδιώκουν:

- Να ενισχύσουν τα άτομα που δεν κάνουν χρήση να μην δοκιμάσουν εξαρτησιογόνες ουσίες περιλαμβανομένου της νικοτίνης και του καπνού,
- Να βοηθήσουν όσους δοκίμασαν (πρώτη φορά ή χρησιμοποιούν περιστασιακά) εξαρτησιογόνες ουσίες να διακόψουν τη χρήση και να μην την επαναλάβουν,
- Να αποτρέψουν την έναρξη ή την εξάρτηση από άλλες συμπεριφορές, όπως ο τζόγος ή η εξάρτηση από το διαδίκτυο.

Για την αντιμετώπιση της χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών αλλά και άλλων παραβατικών συμπεριφορών, εφαρμόζονται διάφορες στρατηγικές πρόληψης. Οι προσεγγίσεις περιβαλλοντικής και καθολικής πρόληψης απευθύνονται στο σύνολο του πληθυσμού, η επικεντρωμένη πρόληψη απευθύνεται σε ευάλωτες ομάδες του πληθυσμού οι οποίες ενδέχεται να είναι πιο επιρρεπείς στην προβληματική χρήση ουσιών, ενώ η ενδεδειγμένη πρόληψη επικεντρώνεται σε άτομα υψηλού κινδύνου.

Οι Ευρωπαϊκές Προδιαγραφές Ποιότητας στον Τομέα της Πρόληψης της Χρήσης Εξαρτησιογόνων Ουσιών (σε συντομία ΕυΠρο), που δημοσιεύθηκαν σε ειδική έκδοση του EMCDDA (2011, 2013), παρέχουν το πρώτο κοινό πλαίσιο αναφοράς σε ευρωπαϊκό επίπεδο για την παροχή υψηλής ποιότητας δράσεων πρόληψης. Οι ΕυΠρο έχουν ομαδοποιηθεί σε έναν κύκλο έργου, τον κύκλο της πρόληψης, με οκτώ στάδια:

Σχέδ. 13: Ο κύκλος της πρόληψης



Διαπιστώθηκε ότι ο κύκλος της πρόληψης αποτελεί τον καλύτερο τρόπο διάρθρωσης των ΕυΠρο, με βάση την ανασκόπηση των υφιστάμενων προδιαγραφών και τις διαβουλεύσεις με επαγγελματίες του χώρου της πρόληψης.

Επιπρόσθετα, είναι απαραίτητο, οι παρεμβάσεις πρόληψης να είναι επιστημονικά τεκμηριωμένες. Αυτό σημαίνει ότι χρειάζεται να τεκμηριώνεται, μέσω διαθέσιμων επιστημονικών στοιχείων ότι αυτά που εφαρμόζονται βελτιώνουν τα μετρήσιμα αποτελέσματα των εξυπηρετούμενων. Για τη διασφάλιση της εφαρμογής επιστημονικά τεκμηριωμένων παρεμβάσεων στην πρόληψη, η Αρχή Αντιμετώπισης Εξαρτήσεων Κύπρου υιοθετεί:

- τα Διεθνή πρότυπα για την πρόληψη των ουσιών εξάρτησης - International Standards on Drug Use Prevention του UNODC (2013, 2018) και
- τις Ευρωπαϊκές Προδιαγραφές Ποιότητας για την Πρόληψη της Χρήσης Εξαρτησιογόνων Ουσιών (ΕυΠρο).

Η Αρχή Αντιμετώπισης Εξαρτήσεων Κύπρου υιοθετεί προσεγγίσεις και μεθόδους που βασίζονται σε επιστημονικά τεκμηριωμένα στοιχεία και είναι οι πλέον υποσχόμενες για την αποτελεσματική πρόληψη κατά της χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών. Τα πιο πάνω σημεία αναλύονται στον Οδηγό Πρόληψης της ΛΑΕΚ και είναι διαθέσιμος στο σύνδεσμο <https://www.naac.org.cy/uploads/9d8342f2f9.pdf>

Αξιολόγηση της χρήσης καπνού και εξάρτησης στη νικοτίνη

Ελεάνα Λάμπρου, Διδακτορική Φοιτήτρια Κλινικής Ψυχολογίας Πανεπιστήμιο Κύπρου, Δρ. Μαίρη Ιωάννου, Κλινική Ψυχολόγος & Δρ. Μαρία Καρεκλά, Καθηγήτρια Κλινικής Ψυχολογίας, Πανεπιστήμιο Κύπρου

Κλινική διάγνωση της χρήσης καπνού και του επιπέδου εξάρτησης

Η αξιολόγηση της καπνιστικής συνήθειας περιλαμβάνει μια ολοκληρωμένη κλινική αξιολόγηση της έκθεσης στον καπνό, του βαθμού εξάρτησης από την νικοτίνη, του ψυχοσυμπεριφορικού και ψυχοκοινωνικού πλαισίου του χρήστη και των συνεπειών του καπνίσματος στην υγεία. Η κλινική διάγνωση της χρήσης και εξάρτησης από τον καπνό βασίζεται σε διάφορες παραμέτρους σωματικής και ψυχολογικής εξάρτησης και περιλαμβάνει:

- την κατάσταση καπνίσματος,
- το τύπο του προϊόντος καπνού που χρησιμοποιείται και
- τη ποσότητα κατανάλωσης.

Πέραν από την σωματική εξάρτηση, η επανειλημμένη χρήση προϊόντων καπνού και νικοτίνης οδηγούν σε συνήθεια και ψυχολογική εξάρτηση. Η κατάσταση καπνίσματος μπορεί να ταξινομηθεί σε μη καπνιστή, περιστασιακό καπνιστή, καθημερινός καπνιστής, ή πρώην καπνιστή, με παρόμοιες κατηγορίες να ισχύουν και για χρήστες άλλων προϊόντων καπνού ή νικοτίνης. Ο τύπος του προϊόντος καπνού που χρησιμοποιείται, δίνει πληροφορίες για το επίπεδο εθισμού, καθώς η εξάρτηση από τη νικοτίνη είναι συνήθως πιο ισχυρή στους χρήστες τσιγάρων σε σύγκριση με όσους χρησιμοποιούν πούρα, πίπες, ναργιλέδες, ηλεκτρονικά τσιγάρα ή μασώμενο καπνό. Η κατανάλωση καπνού μπορεί να ποσοτικοποιηθεί με βάση τον αριθμό τσιγάρων ανά ημέρα ή με τον υπολογισμό των «πακέτο-ετών», που προκύπτουν πολλαπλασιάζοντας τον αριθμό πακέτων τσιγάρων που καταναλώνονται ημερησίως με τα έτη καπνίσματος (π.χ. 15 τσιγάρα/ημέρα για 15 έτη = $15 \times 15 / 20 = 11,2$ πακέτα/έτη).

Σύμφωνα με τον ορισμό του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ), η εξάρτηση από τον καπνό μπορεί να διαγνωστεί και αποτελεί την παρουσία τουλάχιστον τριών από τα επτά παρακάτω κριτήρια κατά τη διάρκεια των τελευταίων 12 μηνών¹. Τα κριτήρια αυτά περιλαμβάνουν:

- έντονη επιθυμία για κάπνισμα,
- δυσκολία στον έλεγχο της ποσότητας,
- συμπτώματα στέρησης κατά τη μείωση ή διακοπή,
- συνέχιση της κατανάλωσης παρά τις βλαβερές συνέπειες,
- προτεραιότητα του καπνίσματος έναντι άλλων δραστηριοτήτων,
- υψηλή ανοχή και
- σωματικά συμπτώματα στέρησης.

Στην καθημερινή κλινική πρακτική, η εξάρτηση από τον καπνό εκτιμάται κυρίως με τη χρήση της κλίμακας Fagerström (FTND) (Πίνακας 1), η οποία παρέχει μια βαθμολογία που κατηγοριοποιεί τους καπνιστές σε χαμηλό, μεσαίο, ή υψηλό επίπεδο εξάρτησης². Όσο υψηλότερη η βαθμολογία ενός ατόμου, τόσο μεγαλύτερη η εξάρτηση από τον καπνό. Το επίπεδο της εξάρτησης από τον καπνό μπορεί να καθοδηγήσει στον σχεδιασμό μια εξατομικευμένης θεραπευτικής παρέμβασης για το άτομο.

Οι δύο πιο κρίσιμες ερωτήσεις της κλίμακας FTND αφορούν στον αριθμό τσιγάρων που καπνίζονται ημερησίως και στο χρονικό διάστημα μέχρι το πρώτο τσιγάρο από την στιγμή που ξυπνάει το άτομο. Αυτές οι ερωτήσεις αποτελούν τη σύντομη εκδοχή του τεστ με βαθμολογίες από 0 έως 102. Σε εξειδικευμένες κλινικές διακοπής καπνίσματος μπορεί να γίνει η χρήση πρόσθετων εργαλείων αξιολόγησης για τη σκιαγράφηση του επιπέδου εξάρτησης από τον καπνό, όπως η Κλίμακα για το Σύνδρομο Εξάρτησης από τη Νικοτίνη (Nicotine Dependence Syndrome Scale, NDSS)³ και Ερωτηματολόγιο Wisconsin για τα Μοτίβα της Εξάρτησης από την νικοτίνη (Wisconsin Inventory of Smoking Dependence Motives, WISDM4).

Ανάλυση Προηγούμενων Προσπαθειών Διακοπής Καπνίσματος

Η ανάλυση προηγούμενων προσπαθειών διακοπής του καπνίσματος έχει αποδειχθεί σαν υψηλός προγνωστικός παράγοντας για μελλοντικές απόπειρες διακοπής και παρέχει πολύτιμες πληροφορίες που μπορούν να συμβάλουν σε μια επιτυχημένη θεραπεία⁵. Συνιστάται οι επαγγελματίες υγείας να αξιολογούν:

- τον αριθμό των προηγούμενων προσπαθειών,
- τη μεγαλύτερη περίοδο αποχής από το κάπνισμα,
- τις προηγούμενες θεραπείες διακοπής και την αποτελεσματικότητά τους,
- το ιστορικό συμπτωμάτων στέρησης,
- τους παράγοντες κινδύνου υποτροπής και
- τα θετικά στοιχεία που περιεγράφηκαν κατά τη διάρκεια της αποχής.

Αυτά τα δεδομένα βοηθούν στην πρόβλεψη της επιτυχίας ή αποτυχίας της θεραπείας, στη συμμόρφωση του ασθενούς στη θεραπεία και στην ικανότητά του να ανταπεξέλθει στη στέρηση. Επιπλέον, αυτά τα στοιχεία είναι σημαντικά για μία σωστή και ολοκληρωμένη λειτουργική ανάλυση της συμπεριφοράς πάνω στην οποία θα μπορεί να ετοιμαστεί ένα εξειδικευμένο και εξατομικευμένο πλάνο παρέμβασης για την αποτελεσματική αντιμετώπιση της χρήσης.

Αξιολόγηση Κινήτρου και Ετοιμότητας

Η αξιολόγηση του κινήτρου για διακοπή καπνίσματος είναι απαραίτητη. Όλοι οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να αξιολογούν το κίνητρο μέσω άμεσων ερωτήσεων, όπως:

- «Θέλετε να διακόψετε το κάπνισμα τώρα ή τον επόμενο μήνα;»,
- «Αν αποφασίσετε να κόψετε το κάπνισμα, πόσο σίγουρος/η αισθάνεστε ότι θα τα καταφέρετε;»,
- «Ποιοι είναι οι λόγοι που θέλετε να το σταματήσετε;» και
- «Πόσο σημαντικό είναι για εσάς να το κόψετε;».

Σύμφωνα με το Διαθεωρητικό μοντέλο Σταδίων Αλλαγής Συμπεριφοράς (Transtheoretical Model, TTM) των Prochaska και DiClemente⁶, η ψυχολογική διαδικασία διακοπής περνά από έξι στάδια: προ-στοχασμού (το άτομο δεν σκέφτεται αλλαγή), στοχασμού (αναγνωρίζει την ανάγκη αλλά δεν δρα), προετοιμασίας (έτοιμος για αλλαγή στο άμεσο μέλλον), δράσης (έναρξη προσπάθειας διακοπής), διατήρησης (αποχή για έξι μήνες ή περισσότερο) και πιθανής υποτροπής (Σχέδ. 14). Τα στάδια περιγράφονται στον πίνακα πιο κάτω (Πίνακας 2). Είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι η αλλαγή δεν είναι απαραίτητα γραμμική, αλλά τα άτομα μπορεί να μετακινούνται εμπρός και πίσω ανάμεσα στα στάδια, ανάλογα με τα κίνητρα και την ετοιμότητά τους. Αυτό σημαίνει πως ο/η ασθενής μπορεί να μπαινοβγαίνει στα διάφορα στάδια, για παράδειγμα να βρίσκεται στο στάδιο της δράσης και να επιστρέψει στο στάδιο της προετοιμασίας. Για την μέτρηση των κινήτρων οι επαγγελματίες υγείας μπορούν να αξιοποιήσουν τη Κλίμακα Κινήτρων για Διακοπή Καπνίσματος (Motivation to Stop Smoking Scale)⁷. Ανεξάρτητα από το επίπεδο κινήτρου και ετοιμότητας, η θεραπεία διακοπής πρέπει να προτείνεται από τους επαγγελματίες υγείας σε όλους όσοι καπνίζουν, με σαφή ενημέρωση για τους κινδύνους της συνέχισης και την ανάγκη άμεσης διακοπής. Το άτομο διατηρεί το δικαίωμα να αρνηθεί, αλλά η πρόταση πρέπει να γίνεται με την ίδια αποφασιστικότητα όπως και σε άλλες παθολογικές καταστάσεις (π.χ. διαβήτη ή υπέρταση).

Πίνακας 1: Κλίμακα Fagerström (FTND)

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 αφού 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

Αξιολόγηση Ιατρικού Ιστορικού

Επιπλέον η αξιολόγηση του ιατρικού ιστορικού του ατόμου είναι κρίσιμη για την επιλογή φαρμακοθεραπευτικής προσέγγισης (αν θα χρησιμοποιηθεί) και τον εντοπισμό πιθανών αλληλεπιδράσεων με άλλα φάρμακα ή αντενδείξεων λόγω συννοσηρότητας. Καταστάσεις όπως οξύ καρδιαγγειακό επεισόδιο, ιστορικό επιληψίας, νεφρική νόσος ή άλλες εξαρτήσεις απαιτούν προσοχή στη φαρμακευτική αγωγή. Στις γυναίκες είναι σημαντικό να εξετάζεται και η φυσική τους κατάσταση (εγκυμοσύνη, θηλασμός, αντισύλληψη κλπ.), καθώς η εγκυμοσύνη αυξάνει τον ρυθμό μεταβολισμού της νικοτίνης και κάνει δυσκολότερη τη διακοπή⁸.



Σχέδ. 14: Μοντέλο Σταδίων Αλλαγής Συμπεριφοράς (Transtheoretical Model, TTM) των Prochaska και DiClemente

Πίνακας 2: Πίνακας περιγραφής σταδίων του Διαθεωρητικού Μοντέλου Σταδίων Αλλαγής Prochaska και DiClemente (1992)

Στάδιο	Εξήγηση σταδίου	Παράδειγμα αμφιθυμικής σύγκρουσης πελάτη	Στόχος
Προ-στοχασμού	Δεν παρουσιάζεται σοβαρή σκέψη ή πρόθεση για αλλαγή.	«Δεν είναι τόσο σοβαρή η χρήση που κάνω και δε βλέπω την ανάγκη να σταματήσω το κάπνισμα, όμως αν θα έκανε την οικογένειά μου να νιώσει καλύτερα με το να έρθω σε πρόγραμμα διακοπής, ας είναι».	Να αντιληφθεί το άτομο τους κινδύνους και τις αρνητικές συνέπειες της χρήσης του κάνει.
Στοχασμού	Υπάρχει σκέψη/πρόθεση για αλλαγή.	«Μπορώ να φανταστώ πως το να σταματήσω το κάπνισμα θα βελτίωνε τα αναπνευστικά μου προβλήματα, όμως δε μπορώ να διανοηθώ το να μην καπνίσω ποτέ ξανά».	Ανάλυση των υπέρ/κατά της παρούσας χρήσης και της διακοπής της.
Προετοιμασία	Προετοιμασία για αλλαγή και σκέφτεται την διακοπή στο προσεχές μέλλον.	«Νιώθω καλά που είπα ότι δε θα αγοράσω ξανά άλλο πακέτο όμως δεν είμαι σίγουρος αν θα αντέξω να μην το κάνω».	Σχεδιασμός από κοινού με το άτομο ενός εφικτού και ρεαλιστικού πλάνου δράσης διακοπής του καπνίσματος.
Δράση	Γίνονται στοχευμένες προσπάθειες για αλλαγή.	«Δεν έχω καπνίσει τις τελευταίες δύο εβδομάδες και δεν πιστεύω ακόμα ότι το έχω καταφέρει όμως έχω πολλές επιθυμίες, το σκέφτομαι συχνά».	Αποτελεσματική και επιτυχής εφαρμογή του πλάνου δράσης. Περαιτέρω ενίσχυση του ατόμου για δέσμευση και ανεύρεση νέων πιθανών τρόπων για συνέχιση της αλλαγής.
Διατήρηση	Οι νέες συμπεριφορές γίνονται πιο σταθερές στη ζωή του ατόμου. Απουσία χρήσης για 6 ή περισσότερους μήνες.	«Δεν καπνίζω εδώ και επτά μήνες και νιώθω πολύ καλά με τον εαυτό μου».	Επίτευξη αποχής. Ενίσχυση ικανοτήτων και επικέντρωση στα θετικά της αποχής ώστε να αποφευχθεί πιθανή υποτροπή.
Υποτροπή	Επιστροφή σε προηγούμενο στάδιο. Επανείσοδος στον κύκλο αλλαγής.	«Δεν άντεξα και κάπνισα πολύ. Δεν είμαι τόσο δυνατός. Χρειάζεται να προσπαθήσω ξανά».	Χρήση υποτροπής ως εμπειρία μάθησης και καλύτερης επανεκκίνησης ώστε να εμπιστευτεί ξανά τον εαυτό του και να δεσμευτεί ξανά.

Βιβλιογραφία

1. World Health Organization. (1992). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines (Vol. 1)*. World Health Organization.
2. Heatherton, T. F., Kozlowski, L. T., Frecker, R. C., & FAGERSTROM, K. O. (1991). *The Fagerström test for nicotine dependence: a revision of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire*. *British journal of addiction*, 86(9), 1119-1127.
3. Shiffman, S., Waters, A. J., & Hickcox, M. (2004). *The nicotine dependence syndrome scale: a multidimensional measure of nicotine dependence*. *Nicotine & Tobacco Research*, 6(2), 327-348.
4. Piper, M. E., Piasecki, T. M., Federman, E. B., Bolt, D. M., Smith, S. S., Fiore, M. C., & Baker, T. B. (2004). *A multiple motives approach to tobacco dependence: the Wisconsin Inventory of Smoking Dependence Motives (WISDM-68)*. *Journal of consulting and clinical psychology*, 72(2), 139.
5. Fiore MC, Jaen CR, Baker TB, Bailey WC, Benowitz NL, Curry SJ, Dorfman SF, Froelicher ES, Goldstein MG, Healton CG, et al. *Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update. Clinical Practice Guideline*. Rockville (MD): U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, 2008.
6. Prochaska, J. O., DiClemente, C. C., & Norcross, J. C. (1997). *In search of how people change: Applications to addictive behaviors*.
7. Kotz, D., Brown, J., & West, R. (2013). *Predictive validity of the Motivation To Stop Scale (MTSS): a single-item measure of motivation to stop smoking*. *Drug and alcohol dependence*, 128(1-2), 15-19. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2012.07.012>
8. Dempsey, D., Jacob, P., & Benowitz, N. L. (2002). *Accelerated metabolism of nicotine and cotinine in pregnant smokers*. *Journal of Pharmacology and Experimental Therapeutics*, 301(2), 594-598.

Παρεμβάσεις προσαρμοσμένες στις ανάγκες διαφόρων ηλικιακών ομάδων και ομάδων υψηλού κινδύνου

Δρ Μαρία Καρεκλά, Καθηγήτρια Κλινικής Ψυχολογίας, Πανεπιστήμιο Κύπρου & Δρ Δήμος Φωτόπουλος, Ψυχίατρος Διεύθυνσης Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας, Οργανισμού Κρατικών Υπηρεσιών Υγείας

Προγεννητική Περίοδος και Εγκυμοσύνη

Η χρήση καπνού από τη μητέρα και η έκθεση στο παθητικό κάπνισμα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης αυξάνουν σημαντικά τον κίνδυνο για την υγεία του αγέννητου εμβρύου και του νεογέννητου βρέφους. Η μητρική χρήση καπνού έχει συνδεθεί με σημαντικές αρνητικές επιπτώσεις και επιπλοκές στην εγκυμοσύνη (π.χ. αποβολές, θάνατος εμβρύου, κ.α.), γέννα (ιδιαίτερα πρόωρα και λιποβαρή νεογνά) και λοχεία περίοδο, τόσο στο έμβρυο, νεογνό, όσο και στην ίδια την μητέρα. Επίσης υπάρχουν στοιχεία που δείχνουν ότι οι επιπτώσεις στην υγεία επεκτείνονται στην παιδική ηλικία.

Η χρήση καπνού κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης αποτελεί στην πραγματικότητα την πιο αποτρέψιμη αιτία δυσμενών εκβάσεων της εγκυμοσύνης. Τα ποσοστά περιγεννητικής θνησιμότητας είναι 150% μεγαλύτερα όταν η μητέρα είναι καπνίστρια! Το κάπνισμα εκτιμάται ότι ευθύνεται για το 15% όλων των περιπτώσεων πρόωρου τοκετού¹. Το παθητικό κάπνισμα από εγκύους είναι εξίσου επιβλαβές με πολλαπλά επακόλουθα στην υγεία του εμβρύου και βρέφους περιλαμβανομένου σημαντικά αυξημένο κίνδυνο πρόωρου τοκετού, βρογχοπνευμονική δυσπλασία, συγγενείς δυσπλασίες, συριγμός/άσθμα, κ.α. Δεν υπάρχει ασφαλές επίπεδο καπνίσματος στην εγκυμοσύνη και όλες οι γυναίκες θα πρέπει να ενθαρρυνθούν να σταματήσουν τελείως το κάπνισμα. Θεμιτό είναι να σταματήσουν πριν την εγκυμοσύνη. Επίσης οι πατεράδες είναι σημαντικό να σταματήσουν το κάπνισμα αφού έρευνες βρίσκουν επιρροές στο σπέρμα και την ποιότητα του². Επίσης πατεράδες καπνιστές εκτείθουν τις εγκύους και τα έμβρυα σε παθητικό κάπνισμα.

Οι επιπτώσεις της χρήσης καπνού στην εγκυμοσύνη καθώς και από το παθητικό κάπνισμα, επεκτείνονται και στην βρεφική και παιδική ηλικία, όπου σχετίζονται με αυξημένο κίνδυνο συγγενούς δυσπλασίας, σύνδρομο αιφνίδιου βρεφικού θανάτου, γενετικά σχετιζόμενες κληρονομικές ασθένειες, προγεννητική θνησιμότητα και νοσηρότητα, κοντό ανάστημα, γνωστικές καθυστερήσεις και νευρολογικές διαταραχές³. Συγκεκριμένα, έγκυες που εκτίθενται σε παθητικό κάπνισμα έχουν 23% περισσότερες πιθανότητες θνησιγένειας και 13% να γεννήσουν παιδί με συγγενή δυσπλασία.

Προτεραιότητα κατά την εγκυμοσύνη είναι η διαβίωση όλων των γυναικών σε περιβάλλον το οποίο είναι 100% καθαρό από καπνό. Τέτοιο καθαρό περιβάλλον χρειάζεται να διατηρηθεί και κατά την μεταλόχεια περίοδο για όλα τα βρέφοι και παιδιά.

Δυστυχώς πολλές γυναίκες επιστρέφουν στη χρήση καπνού μετά την γέννα (ποσοστά υποτροπής: 29-85%). Το στρες, η μεταλόχειος κατάθλιψη, ανησυχίες σχετικά με την αύξηση βάρους, η ύπαρξη ένας συντρόφου χρήστη, και χαμηλότερη κοινωνικοοικονομική κατάσταση αποτελούν παράγοντες που συμβάλλουν στην υποτροπή.

Πρόληψη και Παρέμβαση κατά την εγκυμοσύνη και μετά

Η πλειοψηφία των γυναικών που καπνίζουν κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης θα χρειαστούν υποστήριξη καθ' όλη τη διάρκεια της εγκυμοσύνης τους, προκειμένου να εγκαταλείψουν το κάπνισμα. Η διακοπή πρέπει να γίνεται όσο το δυνατόν νωρίτερα⁴. Τα οφέλη είναι πολύ μεγάλα όταν η διακοπή γίνεται πριν από τη 15η εβδομάδα της εγκυμοσύνης. Επιπλέον, η υποστήριξη της διακοπής του καπνίσματος κατά την περίοδο μετά τον τοκετό θα πρέπει να αποτελεί προτεραιότητα, καθώς τα ποσοστά υποτροπής είναι υψηλά.

Από άποψη έγκαιρης παρέμβασης, η εγκυμοσύνη αποτελεί καλή ευκαιρία όπου τα άτομα είναι πιο δεκτικά στο να ακούσουν και να αποδεχτούν τις συμβουλές του προσωπικού υγείας για διακοπή του καπνίσματος. Οι επαγγελματίες υγείας που εργάζονται με εγκύους συμπεριλαμβανομένων των οικογενειακών γιατρών, μαίων και νοσοκόμων, μαιευτήρων και γυναικολόγων να είναι ενήμεροι για τα πιο πρόσφατα στοιχεία και να είναι άνετοι να παρέμβουν και να υποστηρίζουν μελλοντικούς γονείς στην επίτευξη διακοπής του καπνίσματος. Τα 5A (Ask, Advise, Assess, Assist, Arrange, βλ. πιο κάτω) αποτελούν μοντέλο το οποίο μπορεί να στηρίξει την διακοπή του καπνίσματος σε μέλλοντες γονείς. Ως μέρος του μοντέλου των 5A όλες οι εγκυμονούσες πρέπει να αξιολογούνται ως μέρος της εξέτασης ρουτίνας για έκθεση σε καπνό (πρωτογενές, δευτερογενές ή τριτογενές). Λόγω του ότι πολλές εγκυμονούσες μπορεί να μην αποκαλύψουν καπνικές τους συνήθειες μπορεί λόγω κοινωνικού στίγματος, η χρήση ερωτήσεων με πολλαπλές απαντήσεις μπορεί να αυξήσει την αποκάλυψη μέχρι και 40%⁵. Οι παροχές υπηρεσιών θα ήταν καλό να προσφέρουν συμβουλές προληπτικά χωρίς επίκριση για τη διακοπή και τη σημαντικότητα περιβαλλόντων καθαρά από καπνό, καθώς και να επαναφέρουν τη συζήτηση γύρω από αυτό το θέμα σε μελλοντικές συναντήσεις με μελλοντικούς γονείς.

Εγκυμονούσες οι οποίες δυσκολεύονται να διακόψουν τη χρήση προϊόντων καπνού, είναι καλά να εντάσσονται σε προγράμματα παρέμβασης για διακοπή του καπνίσματος ή/και ατμίσιματος. Σε πολλές κλινικές δοκιμές έχει βρεθεί ότι η ψυχολογική θεραπεία (Γνωστικο-συμπεριφορική παρέμβαση), όταν εφαρμόζεται με επαρκή ένταση, αυξάνει σημαντικά τα ποσοστά διακοπής μεταξύ των εγκύων γυναικών⁶. Παρόλο που για ενήλικες η χρήση υποκατάστατων της νικοτίνης αποτελεί παρέμβαση πρώτης γραμμής, έρευνες δεν έχουν δείξει αποτελεσματικότητα για εγκύους καθώς δεν είναι ούτε ξεκάθαρα τα οφέλη στις εκβάσεις της γέννας⁷. Φυσικά ο κίνδυνος από χρήση των υποκατάστατων είναι πολύ μικρότερος σε σύγκριση με τη συνεχιζόμενη χρήση καπνού. Έτσι αν μια γυναίκα δυσκολεύεται από μόνη της να διακόψει τη χρήση καπνικών προϊόντων μπορεί να της προσφερθούν τα υποκατάστατα ως μία εναλλακτική επιλογή. Η χρήση φαρμάκων (π.χ. Βαρενικλίνη, Βουπροπιόνη) δεν συνιστάται κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης λόγω έλλειψης έρευνας σχετικά με την ασφάλεια και αποτελεσματικότητα της.

Σχετικά με την περίοδο μετά τη γέννα, είναι σημαντικό να συνεχιστεί η υποστήριξη για τη διακοπή. Οι επαγγελματίες υγείας θα ήταν θεμιτό να προγραμματίσουν τη συνέχιση της διακοπής χρήσης καπνού μετά τη γέννα από την αρχή της διαδικασίας καθώς και να συνεχίσουν να παρέχουν στήριξη κατά την περίοδο μετά τον τοκετό.

Περίληψη σημαντικότερων εισηγήσεων για επαγγελματίες υγείας¹

- Δεν υπάρχει ασφαλές επίπεδο χρήσης καπνού κατά την εγκυμοσύνη και οι εγκυμονούσες πρέπει να συμβουλευτούν προς τη διακοπή της χρήσης.
- Οι εγκυμονούσες πρέπει να διακόπτουν τη χρήση καπνικών προϊόντων όσο πιο νωρίς γίνεται μέσα στο πρώτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης και να παραμένουν καθαρές από καπνό και μετά την γέννα.
- Οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να ενημερώνουν τους μέλλοντες γονείς σχετικά με τους κινδύνους του δευτερογενούς και τριτογενούς παθητικού καπνίσματος για τη μητέρα, το έμβρυο και το νεογνό.
- Οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να συμβουλεύουν τις εγκύους να διατηρούν περιβάλλοντα 100% καθαρά από καπνό, απαγορεύοντας τη χρήση στο σπίτι, αυτοκίνητο και αποφεύγοντας μέρη όπου θα εκτεθούν σε καπνό.
- Όλοι οι επαγγελματίες υγείας που εργάζονται με εγκυμονούσες θα πρέπει να είναι ενήμεροι σχετικά με τα πιο πρόσφατα στοιχεία και να είναι εξοικειωμένοι και άνετοι να παρεμβαίνουν και να υποστηρίζουν

μελλοντικούς γονείς προς τη διακοπή χρήσης καπνικών προϊόντων.

- Τα 5Α αποτελούν ένα καλό μοντέλο για υποστήριξη της διακοπής χρήσης καπνού ανάμεσα σε εγκύους.
- Σε όλες τις εγκυμονούσες πρέπει να αξιολογείται η χρήση και έκθεση σε καπνικά προϊόντα ως αναπόσπαστο μέρος των εξετάσεων ρουτίνας.
- Οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να παρέχουν ισχυρές μη επικριτικές συμβουλές σε όλες τις εγκύους για αποφυγή έκθεσης και διακοπή της χρήσης καπνού, με στενή παρακολούθηση καθ' όλη τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και πρώιμη περίοδο μετά τον τοκετό.
- Οι ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις είναι αποτελεσματικές για τη διακοπή χρήσης κατά την εγκυμοσύνη.
- Έγκυες οι οποίες δεν καταφέρνουν να διακόψουν τη χρήση από μόνες τους, θα πρέπει να παραπέμπονται για παρέμβαση από ειδικούς.
- Αν και τα υποκατάστατα νικοτίνης δεν έχουν αποδεδειγμένη αποτελεσματικότητα σε εγκύους, εντούτοις προτιμώνται από τη συνέχιση της χρήσης.
- Λόγο έλλειψης μελετών που να τα υποστηρίζουν, η φαρμακοθεραπεία δεν ενδείκνυται κατά την εγκυμοσύνη.
- Οι γονείς πρέπει να ενθαρρύνονται να παραμένουν καθαροί από καπνό και μετά τον τοκετό και να διατηρούν όλους τους χώρους γύρω από το βρέφος καθαρούς από καπνό.
- Η φροντίδα μετά τον τοκετό πρέπει να περιλαμβάνει αντιμετώπιση πιθανής υποτροπής.
- Γονείς χρήστες καπνού των οποίων το βρέφος νοσηλεύεται σε μονάδα εντατικής νοσηλείας, χρειάζεται να παραπέμπονται αμέσως για θεραπεία σχετικά με τη διακοπή της χρήσης.

Βρεφική και προσχολική ηλικία

Η βρεφική και προσχολική ηλικία περιλαμβάνει παιδιά ηλικίας έως 6 ετών. Υπάρχουν τρία είδη παρεμβάσεων που επιδρούν στη συγκεκριμένη ηλικιακή ομάδα, αν και η ποιότητα των στοιχείων για καθεμιά από αυτές διαφέρει. Οι παρεμβάσεις αυτές είναι επικεντρωμένες σε ομάδες υψηλού κινδύνου και περιλαμβάνουν επισκέψεις κατά το προγεννητικό και βρεφικό στάδιο και τη προσχολική εκπαίδευση, που επέδειξαν ικανοποιητικές και πολύ καλές ενδείξεις αποτελεσματικότητας αντίστοιχα. Παράλληλα οι παρεμβάσεις που απευθύνονται σε εγκύους με διαταραχές χρήσης ουσιών έχουν περιορισμένα στοιχεία αποτελεσματικότητας. Οι μελέτες που εμφάνισαν στοιχεία αποτελεσματικότητας ήταν αυτές που αφορούσαν παρεμβάσεις που υλοποιήθηκαν από εκπαιδευμένους επαγγελματίες υγείας. Το περιεχόμενο των αποτελεσματικών παρεμβάσεων περιλαμβάνει:

- φαρμακολογική ή/και ψυχοκοινωνική θεραπεία προσαρμοσμένη στις ανάγκες της εγκύου
- θεραπεία κάθε εμφανούς οργανικής ή/και ψυχικής συννοσηρότητας
- εκπαίδευση στις γονεϊκές δεξιότητες για την ενίσχυση της στοργικότητας
- υπηρεσίες που παρέχονται σε ολοκληρωμένο πλαίσιο θεραπείας

Οι παρεμβάσεις επισκεπτών υγείας σε νέες μητέρες που κάνουν χρήση ουσιών ή έχουν συναφή προβλήματα, περιέχουν στοιχεία αποτελεσματικότητας όταν:

- υλοποιούνται από εκπαιδευμένα στελέχη: υποστηρικτικές επισκέψεις ανά δύο εβδομάδες έως το παιδί γίνει δύο ετών και στη συνέχεια σε μηνιαία βάση
- εκπαιδεύουν σε βασικές γονεϊκές δεξιότητες
- παρέχουν υποστήριξη σε θέματα σωματικής και ψυχικής υγείας της μητέρας, αλλά και σε θέματα στέγασης, διατροφής και απασχόλησης εφόσον χρειάζεται.

Επίσης, επιμέρους δράσεις μπορούν να ενταχθούν σε υφιστάμενες παρεμβάσεις για νέες μητέρες ή ακόμη και παρεμβάσεις φροντίδας νεογνών ή βρεφών. Παράλληλα, έχει διαπιστωθεί ότι ικανοποιητική αποτελεσματικότητα έχουν επικεντρωμένες παρεμβάσεις σε παιδιά προσχολικής ηλικίας 2 έως 5 ετών από υποβαθμισμένα περιβάλλοντα. Οι παρεμβάσεις αυτές στοχεύουν να προλάβουν επικίνδυνες συμπεριφορές, ενώ ταυτόχρονα ενισχύουν τη σχολική απόδοση, την ομαλή κοινωνική ένταξη και την ψυχική υγεία. Βασικές προϋποθέσεις για τις συγκεκριμένες παρεμβάσεις αποτελούν:

- Η επιμόρφωση των εκπαιδευτικών και των στελεχών.
- Η έμφαση στην ανάπτυξη των κατάλληλων γνωστικών, κοινωνικών και γλωσσικών δεξιοτήτων των παιδιών, καθώς και στην προετοιμασία τους για την εισαγωγή τους στο σχολικό πλαίσιο και τον ρόλο του μαθητή, καθώς και για τις ακαδημαϊκές προκλήσεις.
- Οι καθημερινές συναντήσεις για μεγάλο χρονικό διάστημα.

Μέση Παιδική Ηλικία

Η μέση παιδική ηλικία αναφέρεται σε παιδιά μεταξύ 6 και 10 ετών. Σε αυτό το ηλικιακό στάδιο υπάρχουν τέσσερις επιστημονικά τεκμηριωμένες παρεμβάσεις πρόληψης. Οι παρεμβάσεις περιλαμβάνουν την εκπαίδευση των γονεϊκών δεξιοτήτων, την εκπαίδευση σε προσωπικές και κοινωνικές δεξιότητες, τις παρεμβάσεις βελτίωσης του κλίματος της σχολικής τάξης και τις πολιτικές πρόληψης της σχολικής διαρροής. Οι 3 πρώτες παρεμβάσεις αποτελούν καθολικές παρεμβάσεις στοχεύοντας στον γενικό πληθυσμό, έχοντας πολύ καλές ενδείξεις αποτελεσματικότητας για την πρώτη και καλές ενδείξεις αποτελεσματικότητας για τις υπόλοιπες. Παράλληλα η παρέμβαση που αφορά στις πολιτικές πρόληψης της σχολικής διαρροής είναι επικεντρωμένη στις ομάδες υψηλού κινδύνου και παρουσιάζει ικανοποιητικές ενδείξεις αποτελεσματικότητας για τη συγκεκριμένη ηλικιακή ομάδα.

Οι παρεμβάσεις εκπαίδευσης σε γονεϊκές δεξιότητες υποστηρίζουν τους γονείς στο ρόλο τους, ενισχύουν τις γονεϊκές τους δεξιότητες και βελτιώνουν τη γονεϊκή λειτουργία. Η αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων αυτών είναι διαπιστωμένη στον γενικό πληθυσμό των παιδιών, αλλά και σε περιπτώσεις παιδιών που ανήκουν σε ομάδες υψηλού κινδύνου. Η σημασία της εκπαίδευσης σε γονεϊκές δεξιότητες στο συγκεκριμένο αναπτυξιακό στάδιο είναι τεκμηριωμένη. Οι παρεμβάσεις με θετικά αποτελέσματα εστιάζουν στην ενίσχυση των οικογενειακών δεσμών και την εκπαίδευση των γονέων/φροντιστών σε δεξιότητες όπως:

- στοργική ανατροφή του παιδιού
- διατύπωση ορίων και κανόνων
- επίβλεψη των δραστηριοτήτων στον ελεύθερο χρόνο και των φιλικών σχέσεων των παιδιών
- επιβολή θετικής πειθαρχίας σύμφωνα με το αναπτυξιακό στάδιο του παιδιού
- ενασχόληση με την εκπαίδευση και τη μόρφωση των παιδιών
- να λειτουργούν ως πρότυπα για τα παιδιά.

Σημαντικό να αναφερθεί πως οι παρεμβάσεις εκπαίδευσης σε γονεϊκές δεξιότητες με θετικά αποτελέσματα φαίνεται να αποτελούνται από πολλαπλές αλληλεπιδραστικές συναντήσεις με τη συμμετοχή γονέων και παιδιών (όλα τα στελέχη είχαν λάβει ειδική εκπαίδευση). Αντιθέτως οι μη αποτελεσματικές παρεμβάσεις αποτελούν εκείνες που εστιάζουν μόνο στο παιδί ή υλοποιούνται κυρίως μέσα από διαλέξεις. Επίσης οι παρεμβάσεις εκπαίδευσης σε γονεϊκές δεξιότητες που απλώς ενημέρωνουν τους γονείς ή τους φροντιστές για την χρήση ουσιών, φαίνεται να υπονόμωσαν το κύρος των γονέων ή δεν έχουν κανένα αποτέλεσμα είτε έχουν αρνητικά αποτελέσματα.

Όσον αφορά στις παρεμβάσεις σε παιδιά, κατά κανόνα παρεμβάσεις εκπαίδευσης σε προσωπικές και κοινωνικές δεξιότητες υλοποιούνται στο σχολικό πλαίσιο. Οι εν λόγω παρεμβάσεις δίνουν στα παιδιά την ευκαιρία να αποκτήσουν δεξιότητες που θα τα βοηθήσουν να διαχειριστούν ποικίλες καταστάσεις που προκύπτουν στην καθημερινή τους ζωή. Στηρίζουν την ανάπτυξη γενικών κοινωνικών δεξιοτήτων και εξετάζουν κανονιστικές πεποιθήσεις και στάσεις απέναντι στις ουσίες και στις συμπεριφορές χρήσης ουσιών. Οι παρεμβάσεις αυτές είναι θεμιτό να:

- υλοποιούνται από εκπαιδευμένους εκπαιδευτικούς αξιοποιώντας αλληλεπιδραστικές μεθόδους
- εστιάζουν κυρίως στην ενίσχυση δεξιοτήτων, όπως δεξιότητες που σχετίζονται με την αντιμετώπιση προβλημάτων, καθώς και σε προσωπικές και κοινωνικές δεξιότητες
- υλοποιούνται γενικά στις πρώτες τάξεις του σχολείου με την ενεργή συμμετοχή των μαθητών
- αποτελούνται από σειρά συναντήσεων

- ενισχύουν δεξιότητες των εκπαιδευτικών σε θέματα διαχείρισης της τάξης και στηρίζουν την κοινωνικοποίηση των παιδιών ώστε να ανταποκριθούν επιτυχώς στο μαθητικό τους ρόλο.

Σημαντικές επίσης είναι και οι στρατηγικές που βελτιώνουν τη σχολική εμπειρία και ενισχύουν τα θετικά συναισθήματα για το σχολείο και την εκπαίδευση. Οι παρεμβάσεις αυτές βελτιώνουν τόσο την ακαδημαϊκή όσο και την κοινωνικοσυναισθηματική μάθηση.

Εφηβική ηλικία

Η εφηβεία καλύπτει τις ηλικίες 11 έως 18 ετών και είναι μια περίοδος που εγκυμονεί πολλές προκλήσεις, καθώς ο εγκέφαλος συνεχίζει να αναπτύσσεται σε ένα πλαίσιο ορμονικών μεταβολών και άλλων φυσιολογικών βιολογικών διεργασιών. Ωστόσο, πολλές εγκεφαλικές λειτουργίες συνεχίζουν να αναπτύσσονται και μετά την εφηβεία, γεγονός που καταδεικνύει τη σημασία των παρεμβάσεων και μετά την ηλικία των 18 ετών. Η εφηβεία είναι μία περίοδος εξερεύνησης και πειραματικότητας και έρευνες υποστηρίζουν ότι πέραν του 50% των εφήβων την Ευρώπη πειραματίζονται με την χρήση καπνού. Η εξάρτηση στην νικοτίνη αναπτύσσεται γρήγορα κατά την εφηβεία και μεγάλο ποσοστό εφήβων που καπνίζουν θα συνεχίσουν να καπνίζουν και στην ενήλικη ζωή. Ως εκ τούτου, ο έγκαιρος εντοπισμός και η διακοπή χρήσης από εφήβους είναι κρίσιμης σημασίας για την πρόληψη πιο σοβαρών βραχυπρόθεσμων και μακροπρόθεσμων επιπτώσεων στην υγεία. Πρόσφατα έχει ενταθεί η ανησυχία ότι η χρήση ηλεκτρονικού τσιγάρου μπορεί να επιταχύνει την πρόοδο προς καθημερινό κάπνισμα και να υπονομεύσει τις προσπάθειες διακοπής του καπνίσματος¹.

Διάφοροι προσωπικοί, κοινωνικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες συμβάλουν στη διακοπή του καπνίσματος κατά την εφηβεία. Άτομα με αυξημένη καθημερινή χρήση, παράλληλη χρήση αλκοόλ ή άλλων ουσιών, ύπαρξη φίλων, γονέων (ιδιαίτερα μητέρα), αδελφιών καπνιστών, παρουσία θεμάτων ψυχικής υγείας, σωματική αδράνεια και παραπανίσια κιλά, καθώς και άγχος στην οικογένεια, αποτελούν παράγοντες οι οποίοι συντείνουν σε μειωμένο ενδιαφέρον και προσπάθεια για διακοπή χρήσης καπνού⁸. Ενώ ψηλοί ακαδημαϊκοί στόχοι, εσωτερικευμένη κινητοποίηση, και αργός μεταβολισμός νικοτίνης, αποτελούν προστατευτικούς παράγοντες και παράγοντες που υποβοηθούν τη διακοπή.

Κατά την τελευταία δεκαετία, υπήρξε αύξηση σε δοκιμές για διακοπή του καπνίσματος σε εφήβους, εντούτοις παραμένει αρκετά δύσκολο να εξευρεθούν επιτυχή προγράμματα διακοπής για εφήβους και ιδιαίτερα για αυτούς οι οποίοι έχουν χαμηλά επίπεδα κινητοποίησης για αλλαγή ή κανονικοποιούν το κάπνισμα. Για να υπάρξει επιτυχής διακοπή σε αυτό τον ειδικό πληθυσμό, χρειάζονται στοχευμένες και εξειδικευμένες παρεμβάσεις για διακοπή του καπνίσματος, οι οποίες να είναι ευαίσθητες ως προς τις ανάγκες και προτιμήσεις των εφήβων. Η σύνδεση με τις αξίες στη ζωή έχει βρεθεί να είναι σημαντική για την κινητοποίηση και νοηματοδότηση της όποιας προσπάθειας για αλλαγή⁹. Διαφαίνεται ότι άτομα τα οποία βρίσκουν λόγους γιατί είναι σημαντική η διακοπή (π.χ. για θέματα υγείας, αύξηση της αθλητικής απόδοσης, για να είναι πιο ελκυστικά) τείνουν να είναι πιο δεκτικά και καταβάλλουν μεγαλύτερη επένδυση και προσπάθεια για επιτυχή διακοπή του καπνίσματος¹⁰.

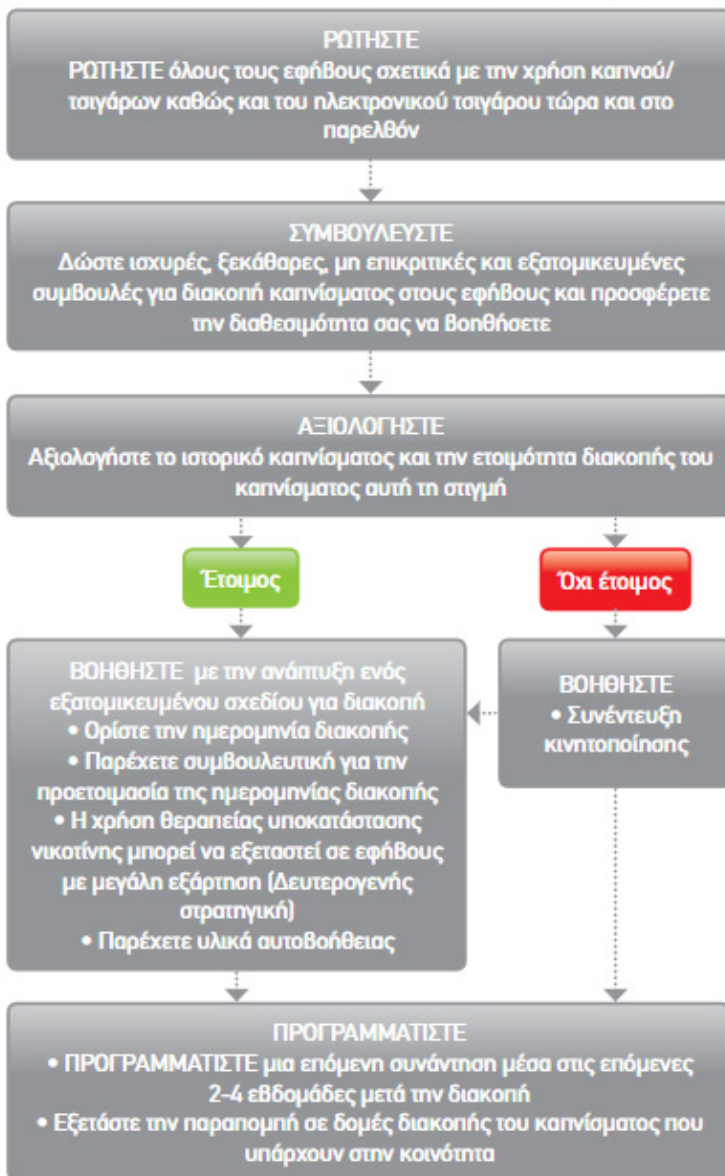
Οι συμπεριφορικές παρεμβάσεις φαίνεται να είναι οι πιο αποτελεσματικές για διακοπή καπνίσματος σε εφήβους. Αυτές συνήθως περιλαμβάνουν τεχνικές για κινητοποίηση, εξατομίκευση και στόχευση της παρέμβασης στο στάδιο αλλαγής στο οποίο βρίσκεται το άτομο, και γνωστικο-συμπεριφορική θεραπεία. Ειδικότερα, προγράμματα βασισμένα στο τρίτο κύμα γνωστικο-συμπεριφορικών παρεμβάσεων (Θεραπεία Αποδοχής και Δέσμευσης) έχουν δείξει υποσχόμενη αποτελεσματικότητα σε διάφορες μελέτες⁹. Ειδικότερα η χρήση τεχνολογίας και στοχευμένων μηνυμάτων βασισμένα στη θεωρία και θεραπεία της Αποδοχής και Δέσμευσης φαίνονται τα πιο υποσχόμενα για την διακοπή του καπνίσματος (βλέπε πρόγραμμα Flexiquit, το οποίο δημιουργήθηκε από ερευνητές στο Πανεπιστήμιο Κύπρου με επιτυχή διακοπή να φτάνει το 58%), τη μείωση αριθμού τσιγάρων που καπνίζονται, την αύξηση ετοιμότητας για αλλαγή και την αύξηση αυτο-αποτελεσματικότητας για διακοπή. Το πρόγραμμα αυτό προσαρμόζεται τώρα και είναι υπό δοκιμασία και για τη διακοπή ατμίσματος σε έφηβους.

Πολύ λίγες μελέτες εξέτασαν την φαρμακοθεραπεία σε πληθυσμούς εφήβων, έτσι αυτή την στιγμή δεν ενδείκνυται ως επιλογή για εφήβους. Η θεραπεία υποκατάστασης της νικοτίνης φαίνεται να είναι ασφαλής σε εφήβους, παρόλο που πολλοί έφηβοι παρουσιάζουν αντιδράσεις όπως ερεθισμό του δέρματος, πονοκεφάλους, ναυτία και εμετούς, κόπωση, διαταραχές ύπνου, πόνος στις αρθρώσεις και μύες και ζάλη¹. Η αποτελεσματικότητα αυτής της μεθόδου φαίνεται να περιορίζεται σε μείωση των τοιγάρων που καπνίζονται, ενώ η μακροχρόνια επιτυχία της για διακοπή δεν έχει ακόμα διαφανεί, έτσι θεωρείται ως δεύτερης γραμμής προσέγγιση για εφήβους με υψηλά ποσοστά εξάρτησης.

Οι έφηβοι αποτελούν πληθυσμό ο οποίος δεν επισκέπτεται συχνά το σύστημα υγείας, έτσι κάθε επίσκεψη εφήβων σε γιατρό, οδοντίατρο ή άλλο επαγγελματία υγείας αποτελεί ευκαιρία για παροχή παρεμβάσεων για διακοπή του καπνίσματος. Οι επαγγελματίες υγείας έχουν πολύ σημαντικό ρόλο να διαδράμουν στην πρόληψη αλλά και διακοπή του καπνίσματος. Το μοντέλο των 5 A (Ask, Advise, Assess, Assist, Arrange, βλ. πιο κάτω πίνακα 1) αποτελεί την προτεινόμενη διαδικασία να ακολουθήσουν οι επαγγελματίες υγείας. Επίσης είναι σημαντικό να περιλάβουν πληροφορίες σχετικά με το κάπνισμα και το άτμισμα στους φακέλους των ασθενών τους. Η συνεχιζόμενη εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας για την αντιμετώπιση του καπνίσματος έχει διαφανεί ως καίριας σημασίας.

Σχέδ. 15:

Πρωτόκολλο θεραπείας διακοπής του καπνίσματος στους εφήβους



Το σχολικό πλαίσιο στο οποίο οι έφηβοι περνούν σημαντικό χρόνο και κοινωνικοποιούνται με συνομηλίκους αποτελεί ακόμα ένα σημαντικό ευκαιριακό πλαίσιο για παρεμβάσεις πρόληψης και διακοπής του καπνίσματος. Παρεμβάσεις στο σχολικό πλαίσιο έχουν αρκετά πλεονεκτήματα και ενδεδειγμένη αποτελεσματικότητα (ειδικά αν προσφέρονται κατά τη διάρκεια του σχολείου ή ως αναπόσπαστο μέρος της διδακτέας ύλης) καθώς προτιμώνται και από τους ίδιους τους εφήβους. Προγράμματα που έχουν δείξει αποτελεσματικότητα είναι βασισμένα σε γνωστικο-συμπεριφορικές προσεγγίσεις, περιλαμβάνουν τεχνικές κινητοποίησης, είναι πολυδιάστατα, και έχουν κάποια διάρκεια (αριθμό συναντήσεων πέραν των 5).

Οι παρεμβάσεις εκπαίδευσης σε προσωπικές και κοινωνικές δεξιότητες στη συγκεκριμένη ηλικιακή ομάδα παρουσιάζουν ιδιαίτερο ενδιαφέρον:

- Καλλιεργούν την ικανότητα των εφήβων να λένε “όχι” στις ουσίες και στους συνομηλίκους, άρα την ικανότητα αντίστασης στις κοινωνικές πιέσεις για χρήση ουσιών και διαχείρισης δύσκολων καταστάσεων ζωής με υγιή τρόπο.
- Οι πρόσθετοι άξονες αφορούν στην

αντίληψη του κινδύνου ή των επιβλαβών συνεπειών που συνδέονται με τη χρήση ουσιών, με έμφαση στις συνέπειες που ενδιαφέρουν ιδιαίτερα τους εφήβους.

- Οι παρεμβάσεις αυτές καταρρίπτουν τις εσφαλμένες αντιλήψεις που έχουν πολλοί έφηβοι όσον αφορά στις κοινωνικές νόρμες για τη χρήση ουσιών. Πολλοί έφηβοι, δηλαδή, υπερεκτιμούν τον αριθμό των συνομηλίκων τους που θεωρούν ότι καπνίζουν, πίνουν ή κάνουν χρήση άλλων ουσιών.
- Οι παρεμβάσεις αυτές προσφέρουν έγκυρες πληροφορίες ώστε να βοηθήσουν τους εφήβους να σταθμίσουν την υποκειμενική τους αίσθηση για τις συνέπειες της χρήσης ουσιών με τις προσωπικές τους αντιλήψεις για τις προσδοκίες που σχετίζονται με τη χρήση ουσιών.

Για την ενεργό συμμετοχή στις δράσεις πρόληψης απαιτείται ο εκπαιδευμένος εκπαιδευτικός ή το στέλεχος πρόληψης να λειτουργεί περισσότερο ως συντονιστής και διευκολυντής και λιγότερο ως ειδικός που μιλά από καθέδρα.

Για μαθητές υψηλού κινδύνου, οι εξατομικευμένες παρεμβάσεις που εστιάζουν σε ψυχολογικές ευπάθειες και παρέχουν συμβουλευτική, έχουν αποδειχθεί αποτελεσματικές σε ικανοποιητικό βαθμό. Το σχολικό πλαίσιο μπορεί να προσφέρεται και για παρεμβάσεις εκπαίδευσης σε γονείς. Γονεϊκές δεξιότητες για τη συγκεκριμένη ηλικιακή ομάδα επικεντρώνονται στην ανάπτυξη αποτελεσματικών δεξιοτήτων διαχείρισης για εφήβους και περιλαμβάνουν:

- παρεμβάσεις που ενισχύουν τους οικογενειακούς δεσμούς και τις γονεϊκές δεξιότητες, ιδίως τη διατύπωση ορίων και κανόνων, την επίβλεψη των δραστηριοτήτων στον ελεύθερο χρόνο και των φιλικών σχέσεων, καθώς και τη συνεχή σχολική παρακολούθηση
- παρεμβάσεις που παρέχουν υλικό και επεξεργάζονται ζητήματα σύμφωνα με την ηλικία και τα ενδιαφέροντα των παιδιών, μεταξύ άλλων μέσα από σειρά αλληλεπιδραστικών, ομαδικών συναντήσεων.

Οι παρεμβάσεις αυτές απαιτούν εκπαιδευμένα στελέχη και πρέπει να είναι οργανωμένες έτσι ώστε να διευκολύνουν τη συμμετοχή. Η ατομική συμβουλευτική ή η βραχεία παρέμβαση ενδείκνυται σε παιδιά εφηβικής ηλικίας που είναι ψυχολογικά ευάλωτα, όπως παιδιά που αναζητούν έντονες συγκινήσεις, με παρορμητικότητα, με άγχος ή αίσθημα απελπισίας, που έχει διαπιστωθεί ότι σχετίζονται με τη χρήση ουσιών αν δεν αντιμετωπιστούν. Οι νέοι που εντάσσονται στην ομάδα αυτή μπορεί επίσης να έχουν προβλήματα στο σχολείο, με τους γονείς τους ή με τους συνομηλίκους τους. Γενικά, όσες και όσοι αντιμετωπίζουν τέτοιου είδους προβλήματα συνίσταται να:

- αξιολογούνται από επαγγελματίες με τη χρήση έγκυρων εργαλείων
- παρακολουθούν παρεμβάσεις που τους παρέχουν τις δεξιότητες που θα τους επιτρέψουν να αντιμετωπίσουν θετικά τα συναισθήματά τους και τις ψυχολογικές τους δυσκολίες
- παρακολουθούν βραχείες παρεμβάσεις που υλοποιούνται από εκπαιδευμένα στελέχη και αποτελούνται από δύο έως πέντε συναντήσεις.

Η παροχή συμβουλευτικής, ιδίως σε νέους που κινδυνεύουν να εκδηλώσουν επικίνδυνες συμπεριφορές, δεν έχει ιδιαίτερη αποτελεσματικότητα. Ωστόσο, σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, εφόσον εκπαιδευμένοι σύμβουλοι υλοποιούν ένα πολύ δομημένο πρόγραμμα δραστηριοτήτων, τα αποτελέσματα μπορεί να είναι θετικά. Γενικά, οι παρεμβάσεις αυτές συνδέουν έναν νέο με έναν ενήλικα που δεσμεύεται να τον στηρίζει σε τακτά διαστήματα και για μεγάλο χρονικό διάστημα.

Οι σχολικές πολιτικές συμβάλλουν στην υλοποίηση επιστημονικά τεκμηριωμένων παρεμβάσεων στο σχολικό πλαίσιο. Επίσης, δίνουν τη δυνατότητα θέσπισης ορίων και κανόνων αναφορικά με τη χρήση ουσιών αλλά και τρόπους διαχείρισης περιπτώσεων παραβίασης των εν λόγω κανόνων. Οι καλά σχεδιασμένες πολιτικές μπορούν επίσης να δημιουργήσουν ένα ασφαλές και υποστηρικτικό περιβάλλον μέσα στο οποίο οι μαθητές να μπορούν να αξιοποιήσουν καλύτερα τις δυνατότητές τους. Οι έρευνες παρουσιάζουν ικανοποιητικά αποτελέσματα όσον αφορά στη μείωση της χρήσης ουσιών στη σχολική κοινότητα.

Γενικά οι πολιτικές και νόμοι απαγόρευσης καπνίσματος και έκθεσης σε καπνό της χώρας, των δήμων και των άλλων περιβαλλόντων στα οποία συχνάζουν οι έφηβοι, βοηθούν στην υποστήριξη της διακοπής του καπνίσματος. Η απαγόρευση πώλησης καπνικών προϊόντων σε άτομα κάτω των 18, καθώς και η αύξηση στις τιμές του καπνού είναι ιδιαίτερα αποτελεσματικές μέθοδοι για απώθηση της έναρξης καπνίσματος και της απόφασης για διακοπή του. Η συνεχόμενη απαγόρευση διαφημίσεων και έκθεσης σε καπνικά προϊόντα στα ΜΜΕ και ΜΚΔ είναι επίσης ιδιαίτερα σημαντικός και αποτελεσματικός τρόπος απώθησης της χρήσης.

Εναλλακτικές θεραπείες για διακοπή του καπνίσματος, όπως ο βελονισμός, δεν συστήνονται για αυτό τον πληθυσμό.

Μετεφηβική ηλικία και ενηλικίωση

Από την ηλικία των 18 ετών και μετά ξεκινά η μετεφηβική ηλικία και η ενηλικίωση. Για την αποτελεσματικότητα των στρατηγικών για το κάπνισμα υπάρχουν άριστες ενδείξεις. Συγκεκριμένα οι παρεμβάσεις αποτελούν τις πολιτικές για το κάπνισμα καθώς και πολυεστιακές παρεμβάσεις στην κοινότητα, εκστρατείες στα ΜΜΕ και ΜΚΔ, την πρόληψη στον χώρο εργασίας και παρεμβάσεις στους χώρους διασκέδασης. Δεδομένου ότι το κάπνισμα είναι επικρατέστερο από τη χρήση ναρκωτικών και, επομένως, επιβαρύνει περισσότερο την υγεία του πληθυσμού, η δε αναβολή της έναρξης χρήσης του από τους νέους μπορεί να έχει σημαντικό αντίκτυπο στην κοινωνία.

- Οι επιστημονικά τεκμηριωμένες στρατηγικές για το κάπνισμα είναι εκείνες που περιορίζουν την πρόσβαση των ανήλικων και των εφήβων και μειώνουν τη διαθεσιμότητα προϊόντων καπνού.
- Επιτυχημένες στρατηγικές είναι όσες αυξάνουν το κατώτατο όριο ηλικίας αναφορικά με την πώληση αυτών των προϊόντων και ταυτόχρονα αυξάνουν την τιμή τους μέσω της φορολογίας.
- Η απαγόρευση της διαφήμισης προϊόντων καπνού σε νέους έχει επίσης αποδειχθεί ότι μειώνει τη χρήση.
- Η ενεργός και συνεπής εφαρμογή των πολιτικών αυτών και η συμμετοχή των λιανοπωλητών μέσα από εκπαιδευτικά προγράμματα αποτελούν συνιστώσες των αποτελεσματικών προσεγγίσεων κατά του καπνίσματος.

Περισσότερα σχετικά με θεραπευτικές προσεγγίσεις σε ενήλικους παρουσιάζονται πιο κάτω.

Βιβλιογραφία

1. *European Network for Smoking and Tobacco Prevention (ENSP). (2025). Guidelines for treating tobacco and nicotine dependence (4th ed.). Brussels: ENSP.*
2. *Sharma, R., Harlev, A., Agarwal, A., & Esteves, S. C. (2016). Cigarette smoking and semen quality: a new meta-analysis examining the effect of the 2010 World Health Organization laboratory methods for the examination of human semen. European urology, 70(4), 635-645.*
3. *Blaakman, S. W., Borrelli, B., Wiesenthal, E. N., Fagnano, M., Tremblay, P. J., Stevens, T. P., & Halterman, J. S. (2015). Secondhand smoke exposure reduction after NICU discharge: results of a randomized trial. Academic pediatrics, 15(6), 605-612.*
4. *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).*
5. *Clinical Practice Guidelines Antenatal care – Module 1. Department of Health and Ageing. 2012 [cited 24 June 2013];*
6. *Available from: www.health.gov.au*
7. *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.*
8. *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*
9. *Harvey J, Chadi N. Strategies to promote smoking cessation among adolescents. Pediatric Child and Health 2016;21(4);201-204.*
10. *Karekla, M., Savvides, S.N., & Gloster, A. (2020). An Avatar-led Intervention Promotes Smoking Cessation in Young Adults: A Pilot Randomized Clinical Trial. Annals of Behavioral Medicine, 54(10), 747-760. DOI: 10.1093/abm/kaaa013.*
11. *10. Karekla, M., Savvides, S.N., Konikkou, K. & Hooper, N. (submitted). A brief values intervention improves self-efficacy and smoking cessation intent: A pilot study.*

Θεραπευτικές προσεγγίσεις

Διακοπή του καπνίσματος - Δρ Μαρία Καρεκλά Καθηγήτρια Κλινικής Ψυχολογίας, Πανεπιστήμιο Κύπρου, Δρ Μαίρη Ιωάννου, Κλινική Ψυχολόγος

Η διακοπή του καπνίσματος αποτελεί θεμελιώδη παράγοντα για τη βελτίωση της ατομικής και δημόσιας υγείας. Το κάπνισμα ευθύνεται ετησίως για περισσότερους από 8 εκατομμύρια θανάτους παγκοσμίως, εκ των οποίων περίπου 1,3 εκατομμύρια οφείλονται στην παθητική έκθεση σε καπνό¹. Η χρήση καπνού έχει αποδειχθεί ότι αυξάνει σημαντικά τον κίνδυνο εμφάνισης καρδιαγγειακών νοσημάτων, καρκίνου (ιδίως καρκίνου του πνεύμονα), χρόνιας αποφρακτικής πνευμονοπάθειας (ΧΑΠ) και άλλων σοβαρών παθήσεων².

Τα οφέλη από τη διακοπή του καπνίσματος είναι άμεσα και διαχρονικά (βλ. Πίνακα I: Τι συμβαίνει στο σώμα σας αν διακόψετε το κάπνισμα σελ. 21). Σύμφωνα με δεδομένα του Centers for Disease Control and Prevention (CDC), εντός 20 λεπτών από το τελευταίο τσιγάρο παρατηρείται μείωση της αρτηριακής πίεσης και των καρδιακών παλμών, ενώ μέσα σε διάστημα 1-9 μηνών μειώνονται σημαντικά συμπτώματα όπως ο βήχας και η δύσπνοια. Ένα έτος μετά τη διακοπή, ο κίνδυνος στεφανιαίας νόσου μειώνεται περίπου στο 50% σε σύγκριση με εκείνον των καπνιστών³. Επιπλέον, έρευνες έχουν δείξει ότι ακόμη και άτομα με μακροχρόνια έκθεση στο κάπνισμα έχουν ουσιαστικά οφέλη από τη διακοπή, μειώνοντας τη θνησιμότητα και την εμφάνιση νέων παθολογιών⁴.

Η σημασία της διακοπής του καπνίσματος εκτείνεται και σε επίπεδο δημόσιας υγείας. Το οικονομικό κόστος που απορρέει από νοσήματα σχετιζόμενα με το κάπνισμα είναι τεράστιο, επιβαρύνοντας τα εθνικά συστήματα υγείας. Εκτιμάται ότι οι παγκόσμιες δαπάνες για νοσήματα που σχετίζονται με το κάπνισμα φτάνουν τα 1,4 τρισεκατομμύρια δολάρια ετησίως⁵. Παράλληλα, η διακοπή μειώνει τη βλαβερή επίδραση της παθητικής έκθεσης στον καπνό, προστατεύοντας ιδιαίτερα ευάλωτους πληθυσμούς όπως τα παιδιά και τους ηλικιωμένους.

Η εγκατάλειψη του καπνίσματος, ωστόσο, αποτελεί σύνθετη διαδικασία, καθώς το κάπνισμα περιλαμβάνει τόσο φυσιολογικό εθισμό στη νικοτίνη όσο και βαθιά ριζωμένες συμπεριφορικές συνήθειες. Επομένως, η αποτελεσματική διακοπή συνήθως απαιτεί συνδυασμένη παρέμβαση, με τη χρήση φαρμακολογικών θεραπειών και τεκμηριωμένων συμπεριφορικών στρατηγικών⁶. Συνολικά, η διακοπή του καπνίσματος συνιστά μια από τις πιο αποτελεσματικές παρεμβάσεις για την πρόληψη νοσηρότητας και πρόωρης θνησιμότητας, συμβάλλοντας σημαντικά στη βελτίωση της ποιότητας ζωής και στη μείωση των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων στην υγεία.

Μέσα διακοπής καπνίσματος

Στα μέσα διακοπής καπνίσματος ή θεραπείας της εξάρτησης από τη νικοτίνη περιλαμβάνονται κυρίως η προσπάθεια εξ΄ ιδίας βουλήσεως χωρίς συγκεκριμένη βοήθεια ή με υλικά αυτοβοήθειας, η διαδραστική τηλεφωνική συμβουλευτική, η χρήση μέσων μαζικής επικοινωνίας και κοινωνικής δικτύωσης, η γνωστικό-συμπεριφορική θεραπεία (παράγωγα και νέες της μορφές), η υπνοθεραπεία, ο βελονισμός, η συνέντευξη κινητοποίησης, η βραχεία παρέμβαση, η ατομική ή ομαδική συμβουλευτική η οποία μπορεί να είναι ήπια ή εντατική και η φαρμακοθεραπεία.

Το ποσοστό επιτυχίας της διακοπής του καπνίσματος εξ΄ ιδίας πρωτοβουλίας και χωρίς συγκεκριμένη βοήθεια δεν ξεπερνά το 3%. Αν και το ποσοστό αυτό είναι μικρό, αφορά σε ένα τεράστιο αριθμό καπνιστών λαμβανομένου υπόψη του συνολικού αριθμού αυτών. Η βραχεία απλή συμβουλευτική από λειτουργούς υγείας συμβάλλει στο διπλασιασμό του προηγούμενου ποσοστού επιτυχίας⁸. Η συμβουλευτική υπό την ευρεία έννοια του όρου μπορεί να περιλαμβάνει συμπεριφορική ή και γνωστική προσέγγιση του καπνιστή

και έχει βρεθεί να είναι σημαντικά αποτελεσματική. Επίσης η χορήγηση συγκεκριμένων φαρμάκων για τη διακοπή του καπνίσματος συνοδεύεται από πολύ σημαντική επιτυχία. Μέσα από μετα-αναλύσεις σχετικών μελετών έχει βρεθεί ότι την σημαντικότερη και υψηλότερη επιτυχία την παρέχει ο συνδυασμός της γνωστικο-συμπεριφορικής θεραπείας με την φαρμακοθεραπεία (25%-35%). (Tobacco.cochrane.org/our-reviews)

Όπως προαναφέρθηκε η διακοπή του καπνίσματος οδηγεί σε μείωση της νοσηρότητας και θνησιμότητας που προκαλείται από αυτό. Γενικά, το συνολικό όφελος είναι τεράστιο σε ατομικό, κοινωνικό και οικονομικό επίπεδο. Για αυτό και σύμφωνα με τις πρόνοιες του FCTC (άρθρο 14) και του MPOWER η προσφορά βοήθειας προς το καπνιστή πρέπει να αποτελεί ύψιστη προτεραιότητα του κάθε υγειονομικού συστήματος. Ασφαλώς ένα πρόγραμμα διακοπής του καπνίσματος θα μπορούσε να περιλαμβάνει όλα τα προαναφερθέντα μέσα βοήθειας. Για πρακτικούς αλλά και οικονομικούς λόγους το πρόγραμμα θα πρέπει να περιλαμβάνει τα πλέον αποτελεσματικά μέσα διακοπής του καπνίσματος. Η εφαρμογή του προγράμματος θα πρέπει να είναι εξατομικευμένη (όσο αυτό είναι εφικτό), σταδιακή, με απώτερο στόχο την ένταξη του σε όλες τις δομές του υγειονομικού συστήματος της χώρας. Όλα τα σχετικά μέσα θα πρέπει να είναι ενταγμένα σε μια συνολική πολιτική υγείας, που υποστηρίζεται και συμπληρώνεται και από τις υπόλοιπες παραμέτρους ελέγχου της επιδημίας της χρήσεως του καπνού.

Η βοήθεια προς τους καπνιστές θα μπορούσε να προσφερθεί σε δύο επίπεδα. Το πρώτο επίπεδο (Α) αφορά στις δομές της πρωτοβάθμιας περίθαλψης, όπου εφαρμόζονται παρεμβάσεις βραχείας διάρκειας. Το δεύτερο επίπεδο (Β) αφορά σε εξειδικευμένα ιατρεία/κλινικές διακοπής καπνίσματος για αντιμετώπιση ειδικών πληθυσμών καπνιστών και περαιτέρω βοήθεια για αποτελεσματική αντιμετώπιση εθισμού στη νικοτίνη και διακοπή του καπνίσματος και ατμίσιματος.

Α' Βραχείες παρεμβάσεις προς τον καπνιστή στη Πρωτοβάθμια Παροχή Υγειονομικών Υπηρεσιών (ΠΒΠΥΥ).

Σύμφωνα με το άρθρο 14 του FCTC οι βραχείες παρεμβάσεις για το κάπνισμα και βραχεία συμβουλή, ορίζεται ως συμβουλή για διακοπή του καπνίσματος, η οποία συνήθως διαρκεί λίγα λεπτά και που παρέχεται σε όλους τους καπνιστές κατά τη διάρκεια της επίσκεψης τους σε οποιοδήποτε ιατρείο (όλων των ιδιοτήτων), δημόσιο ή ιδιωτικό. Επίσης μπορεί να εφαρμοσθεί σε όλες τις βαθμίδες παροχής υγειονομικών υπηρεσιών. Η βραχεία συμβουλή ως τμήμα της καθημερινής κλινικής πρακτικής αποτελεί αποτελεσματική, εφικτή και οικονομική ευκαιριακή παρέμβαση βοήθειας προς τους καπνιστές. Υπολογίζεται ότι 3-5 λεπτά αρκούν για να ξεκινήσει ο/η ασθενής το ταξίδι του προς απεξάρτηση.

Στα πλαίσια της σταδιακής εφαρμογής των μέτρων βοήθειας προς του καπνιστές προτείνεται όπως η βραχεία συμβουλή εφαρμοσθεί πρωτίστως στη ΠΒΠΥΥ. Η «θεσμική» ένταξη της σε αυτή την υγειονομική βαθμίδα υποστηρίζεται από το γεγονός ότι σε ετήσια βάση περίπου το 80% των καπνιστών έχει πρόσβαση σε αυτήν. Επιπρόσθετα έχει βρεθεί ότι μετά τη παροχή της βραχείας συμβουλής επιχειρείται προσπάθεια διακοπής του καπνίσματος στο 40% των περιπτώσεων, ενώ η πιθανότητα επιτυχούς διακοπής του καπνίσματος αυξάνεται κατά 2-3%. Μάλιστα οι έρευνες στηρίζουν ότι η προσφορά βοήθειας για τη διακοπή του καπνίσματος σε όλους τους καπνιστές, ανεξάρτητα από την προθυμία τους να διακόψουν το κάπνισμα είναι πιο αποτελεσματική από το να προσπαθούν να πείσουν καπνιστές να διακόψουν λόγω ιατρικών παθήσεων. Η εφαρμογή αυτής της πολιτικής στη ΠΒΠΥΥ θα μπορούσε να αποτελέσει το πρώτο βήμα για την δημιουργία και άλλων σχετικών υπηρεσιών, όπως είναι αυτές που απευθύνονται σε νοσηλεύομενους ασθενείς και τα εξειδικευμένα ιατρεία διακοπής καπνίσματος.

Η βραχεία συμβουλή θα πρέπει να προσφέρεται από όλους τους λειτουργούς που παρέχουν υγειονομικές υπηρεσίες (πρωτίστως γενικοί γιατροί, γιατροί όλων των ειδικοτήτων, ψυχολόγοι, οδοντίατροι και νοσηλεύτες). Το ENSP παραθέτει ότι η μη-αντιμετώπιση του ζητήματος της χρήσης καπνού σε έναν ασθενή που καπνίζει είναι κακή πρακτική και επιδεινώνει την εξάρτηση του ασθενούς από τον καπνό. Εκτιμάται ότι λιγότερο από το 45% των λειτουργών υγείας παρέχουν οποιαδήποτε βοήθεια για τη διακοπή του καπνίσματος⁹. Αυτό αποδίδεται αφενός στη μη ένταξη της συγκεκριμένης πολιτικής στα καθήκοντα τους και αφετέρου στην έλλειψη οποιαδήποτε εκπαίδευσης επί του θέματος.

Πρότυπα βραχείας συμβουλής

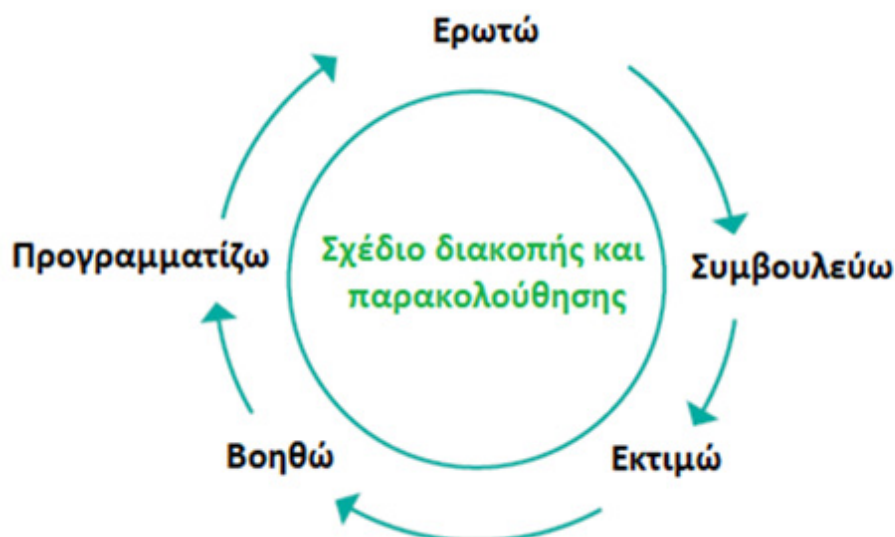
Υπάρχουν διάφορα δομημένα μοντέλα βραχείας παρέμβασης που θα μπορούσαν να βοηθήσουν τους λειτουργούς υγείας να μιλήσουν με τους ασθενείς τους για το κάπνισμα και να προσφέρουν τη βοήθεια τους για τη διακοπή του. Στη συνέχεια γίνεται αναφορά σε 2 κύρια (1-2) και σε 3 εναλλακτικά (3-5) μοντέλα. Τα εναλλακτικά πρότυπα βραχείας βοήθειας είναι απλά, εύκολα στην εκμάθηση και αποδεδειγμένα περισσότερο αποτελεσματικά σε σύγκριση με την απουσία συγκεκριμένης βοήθειας.

1) Μοντέλο των 5Α's από τις αγγλικές λέξεις Ask, Advise, Assess, Assist, Arrange

Είναι μία ερευνητικά υποστηριζόμενη προσέγγιση. Όλοι οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να ρωτούν σε κάθε επίσκεψη και να καταγράφουν στο φάκελο του/της ασθενούς την κατάσταση του καπνίσματος του/της. Τα 5Α αποτελούνται από τα ακόλουθα βήματα:

- Ερωτώ (ask) : σε κάθε επίσκεψη ρωτιούνται όλοι οι ασθενείς σχετικά με τη χρήση καπνού. Σημαντικό να ερωτώνται όχι μόνο για κάπνισμα αλλά και για χρήση οποιασδήποτε μορφής καπνού συμπεριλαμβανομένου ατμίσματος, μασόμενου καπνού κτλ.
- Συμβουλεύω (advise): παρέχεται συμβουλή για την αναγκαιότητα της διακοπής σε όλα τα άτομα που αναφέρουν χρήση καπνού ανεξαρτήτως από το επίπεδο χρήσης (π.χ. περιστασιακή) ή αν είναι ή όχι κινητοποιημένοι για να διακόψουν.
- Εκτιμώ (assess): εκτιμάται η ετοιμότητα του καπνιστή για διακοπή της χρήσης καπνού. Για όσους δεν είναι κινητοποιημένοι, προτείνεται η χρήση συνέντευξης κινητοποίησης ώστε να ενθαρρυνθεί η διακοπή το συντομότερο.
- Βοηθώ (assist): παρέχω στο καπνιστή πλάνο διακοπής ή προσφέρω πληροφορίες για εξειδικευμένη βοήθεια περιλαμβανομένου φάρμακα και συμπεριφορική θεραπεία πρώτης γραμμής.
- Προγραμματίζω (arrange): προγραμματίζω σχέδιο επανελέγχου ή παραπομπής σε εξειδικευμένη υπηρεσία.

Σχέδ. 16: Μοντέλο των 5Α's



2) Μοντέλο των 5R's από τις αγγλικές λέξεις **relevance, risks, rewards, roadblocks, repetition.**

Η στρατηγική των 5R προσφέρεται ιδιαίτερα για άτομα που δεν είναι ακόμα έτοιμα για διακοπή προκειμένου να αυξηθεί το σχετικό κίνητρο.

- Συνάφεια (relevance): Στη συζήτηση του επαγγελματία υγείας με τον/την ασθενή, προσπαθεί να διευκρινίσει τη συνάφεια της διακοπής του καπνίσματος σε προσωπικό επίπεδο.
- Κίνδυνοι (risks): Ο/η επαγγελματίας υγείας προσπαθεί να αναγνωρίσει τους προσωπικούς κινδύνους του καπνιστή είτε στην χειροτέρευση θεμάτων υγείας (π.χ. ΧΑΠ) ή μακροχρόνια ρίσκα (π.χ. για καρκίνο, καρδιοπάθειες, μείωση της γονιμότητας κτλ.). Επίσης αξιολογεί τι γνωρίζει ο καπνιστής για τους κινδύνους της χρήσης.
- Ανταμοιβή (rewards): Συζήτηση γύρω από το ποια θα είναι τα οφέλη από τη διακοπή του καπνίσματος
- Δυσκολίες (roadblocks): Ο/η επαγγελματίας υγείας ρωτά τον καπνιστή να αναγνωρίσει τις δυσκολίες και φραγμούς για τη διακοπή του καπνίσματος και τι θα μπορούσε να μπει εμπόδιο στην επιτυχία για διακοπή.
- Επανεκτίμηση (repetition): Οι παρεμβάσεις για διακοπή θα πρέπει να είναι συνεχές και επαναλαμβανόμενες και θα πρέπει να γίνεται επανεκτίμηση της ετοιμότητας για διακοπή σε κάθε συνάντηση αν ο/η ασθενής δεν είναι ακόμα έτοιμος/η για διακοπή.

3) Μοντέλο AAR από τις αγγλικές λέξεις **ask, advise, refer**

Πρόκειται για εναλλακτικό πρωτόκολλο που απαιτεί μικρότερη εκπαίδευση και που μπορεί να εφαρμοσθεί εύκολα. Ο/η επαγγελματίας υγείας ερωτά ή αναγνωρίζει τους καπνιστές, συμβουλεύει για διακοπή του καπνίσματος και παραπέμπει το καπνιστή σε εξειδικευμένη δομή βοήθειας για διακοπή του καπνίσματος.

4) Μοντέλο AAA από τις αγγλικές λέξεις **ask, advice, act**

Σύμφωνα με το μοντέλο αυτό

- Ερωτώ (ask): ερωτώ και αναγνωρίζω τους καπνιστές σε κάθε επίσκεψη
- Συμβουλεύω (advise): Συμβουλεύω κατά τρόπο σαφή, ισχυρό και προσωποποιημένο για την αναγκαιότητα διακοπής του καπνίσματος
- Δρώ (act): παρέχω πλάνο διακοπής καπνίσματος και συμβουλεύω για την επιτυχή διακοπή του

5) Μοντέλο ABC από τις αγγλικές λέξεις **ask, brief advise, cessation support**

Κατά το μοντέλο αυτό

- Ερωτώ (ask): ερωτώ και αναγνωρίζω τους καπνιστές σε κάθε επίσκεψη
- Βραχεία συμβουλή (brief advise): παρέχω βραχεία συμβουλή για τη διακοπή του καπνίσματος
- Υποστήριξη διακοπής (cessation support): παρέχω αποδεδειγμένης αποτελεσματικότητας μέσα υποστήριξης της διακοπής του καπνίσματος

Εκπαίδευση επαγγελματιών υγείας της πρωτοβάθμιας παροχής υπηρεσιών υγείας στη βραχεία συμβουλή

Δυστυχώς η παροχή βοήθειας προς τους καπνιστές από τους επαγγελματίες υγείας είναι απύσχα ή ανεπαρκής. Αυτό αποδίδεται στη μη ένταξη της συγκεκριμένης προσέγγισης στην επίσημη πολιτική υγείας και στην έλλειψη σχετικής εκπαίδευσης. Για αυτό κρίνεται απαραίτητη η εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας στο τομέα αυτό κατά τρόπο συστηματικό και θεσμικό.

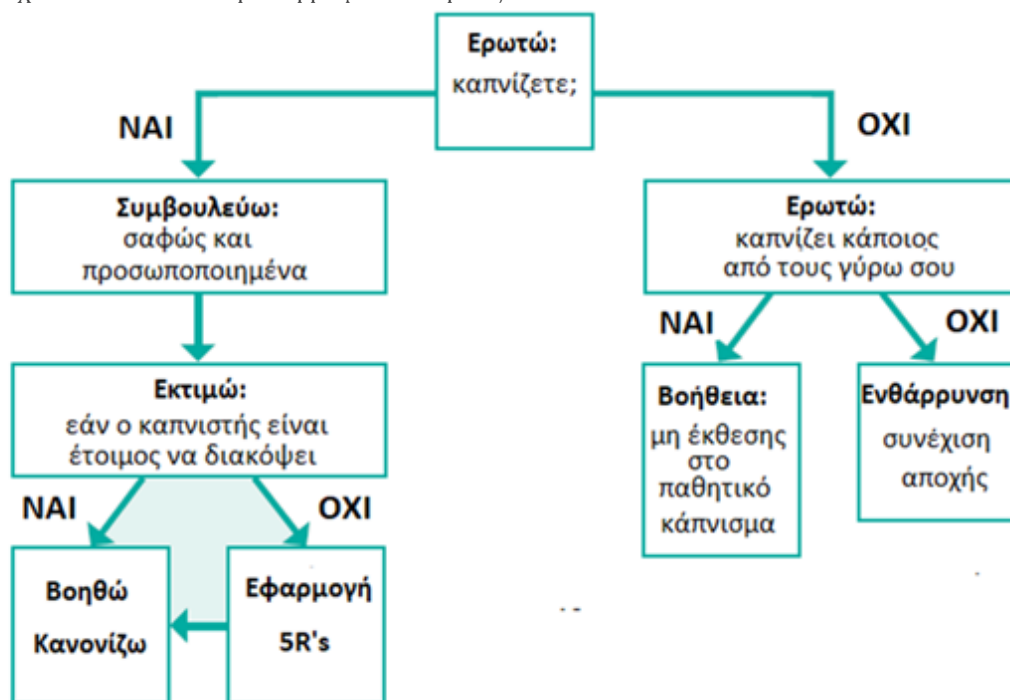
Υπάρχουν διάφορα εκπαιδευτικά προγράμματα που απευθύνονται στη πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Το πλέον δοκιμασμένο οικονομικό και αποδοτικό είναι αυτό που προτείνει ο WHO (Strengthening health systems for treating tobacco dependence in primary care. WHO 2013).

Το συγκεκριμένο εκπαιδευτικό πρόγραμμα περιλαμβάνει 9 θεματικές ενότητες που είναι οι εξής:

1. Ο ρόλος των λειτουργών υγείας ρόλος στον έλεγχο του καπνίσματος και στη θεραπεία της εξάρτησης από αυτό
2. Τα σχετικά βασικά της χρήσεως του καπνού και της εξάρτησης
3. Σύνοψη των παρεμβάσεων για το κάπνισμα βραχείας διάρκειας
4. Ερωτώ, συμβουλευώ, εκτιμώ, την ετοιμότητα για διακοπή του καπνίσματος
5. Διαχείριση του χαμηλού κινήτρου για διακοπή
6. Βοήθεια και προγραμματισμός για παρακολούθηση
7. Αντιμέτωπιση της μη έκθεσης στο παθητικό κάπνισμα
8. Εισαγωγή στη φαρμακοθεραπεία
9. Προαγωγή της βραχείας παρέμβασης στη κοινότητα

Η συνήθης διάρκεια της εκπαίδευσης διαρκεί 2.5 ημέρες, όμως αυτή μπορεί να τροποποιηθεί ανάλογα με το επίπεδο γνώσεων και ενασχόλησης με το θέμα των εκπαιδευόμενων. Το πρόγραμμα μπορεί παρέχεται από μία ομάδα εκπαιδευτών ανά τακτά χρονικά διαστήματα μέχρι την υλοποίηση του στόχου, που είναι η εκπαίδευση όλων των λειτουργών υγείας. Με το πέρας της εκπαίδευσης οι εκπαιδευμένοι θα είναι σε θέση να διαχειριστούν τον ακόλουθο αλγόριθμο:

Σχέδ. 17: Εκπαίδευση επαγγελματιών υγείας



Σύνοψη

Υπάρχουν διάφορα πρότυπα βραχείας βοήθειας προς τον/την καπνιστή που μπορούν να εφαρμοσθούν σε ελάχιστο χρόνο στη πρωτοβάθμια δομή του υγειονομικού συστήματος. Η χρήση των πρότυπων βοήθειας γίνεται ανάλογα με το στάδιο ετοιμότητας του καπνιστή για διακοπή του καπνίσματος. Η εφαρμογή τους αποσκοπεί κυρίως στη κινητοποίηση του καπνιστή προκειμένου να επιχειρήσει να διακόψει το κάπνισμα ή να ενθαρρύνει τους καπνιστές με μεγάλη εξάρτηση να απευθυνθούν σε ειδικά κέντρα διακοπής του καπνίσματος. Η σωστή εφαρμογή τους απαιτεί ειδική εκπαίδευση. Η συγκεκριμένη προσέγγιση, όταν εφαρμόζεται υπό μορφή ρουτίνας, σώζει ζωές αυξάνοντας σημαντικά τον αριθμό των ατόμων που διακόπτουν το κάπνισμα.

Β' Ιατρεία Διακοπής Καπνίσματος

Τα Ιατρεία διακοπής καπνίσματος αποτελούν το δεύτερο επίπεδο βοήθειας ενός υγειονομικού συστήματος προς τους καπνιστές. Μέσα από την λειτουργία τους, όπου εφαρμόζεται συνδυασμένη συμπεριφορική και φαρμακευτική υποστήριξη αυξάνουν τα ποσοστά επιτυχούς διακοπής του καπνίσματος μετά από 6 μήνες από 35% σε 55% (European Respiratory Journal 2016). Σε αυτά προσφεύγουν ή παραπέμπονται κυρίως ειδικοί πληθυσμοί καπνιστών για τους οποίους απαιτείται ειδική προσέγγιση και θεραπεία. Στους πληθυσμούς αναφοράς περιλαμβάνονται: έφηβοι, εγκυμονούσες, καπνιστές με υψηλή εξάρτηση, καπνιστές που απέτυχαν να διακόψουν το κάπνισμα μετά από μια ή περισσότερες προσπάθειες από μόνοι τους, καπνιστές με συνοσηρότητες (π.χ. με αναπνευστικά, καρδιαγγειακά, ψυχιατρικά/ψυχολογικά προβλήματα κλπ).

Στελέχωση

Τα ιατρεία διακοπής καπνίσματος στελεχώνονται από λειτουργούς υγείας που έχουν εκπαιδευθεί ειδικά στη διακοπή του καπνίσματος. Πρέπει να έχουν πλήρη γνώση των βέλτιστων κλινικών πρακτικών παρέμβασης για τη θεραπεία της εξάρτησης από καπνό. Όπως προαναφέρθηκε, τα καλύτερα αποτελέσματα στη διακοπή του καπνίσματος παρέχει ο συνδυασμός Συμβουλευτικής-Υποστηρικτικής και Φαρμακευτικής θεραπείας. Ως εκ τούτου τα άτομα που στελεχώνουν τα ιατρεία διακοπής καπνίσματος θα πρέπει να γνωρίζουν και να είναι ικανοί να προσφέρουν Συμβουλευτική (γνωσιακή-συμπεριφορική), καθώς επίσης και Φαρμακευτική θεραπεία. Ειδικά εκπαιδευθείς ιατροί, κλινικός ψυχολόγος και άτομο της νοσηλευτικής υπηρεσίας πιθανόν αποτελούν την ιδανική σύνθεση των λειτουργών υγείας του ιατρείου. Επίσης θα πρέπει να υπάρχει η δυνατότητα διασύνδεσης και συνεργασίας με ψυχίατρο και διαιτολόγο.

Πέραν από την πανεπιστημιακή εκπαίδευση των στελεχών, μπορεί να προσφερθούν εξειδικευμένες εκπαιδεύσεις και σεμιναριακά προγράμματα. Η Ευρωπαϊκή Πνευμονολογική Εταιρεία για παράδειγμα προσφέρει σχετικά σεμινάρια τα οποία διατίθενται στο διαδίκτυο. Σημαντικές θεματολογίες για συμπερίληψη είναι: Η επιδημιολογία του καπνίσματος, Οι επιπτώσεις του στην υγεία, Δευτερογενές κάπνισμα και οι συνέπειες του, Η εξάρτηση από το κάπνισμα, νευροβιολογία, μηχανισμοί, Οφέλη από τη διακοπή του καπνίσματος, Εκμάθηση δεξιοτήτων επικοινωνίας με το καπνιστή, Πρότυπα βοήθειας προς τον καπνιστή, Συμπεριφορική, γνωστική, συμβουλευτική βοήθεια η οποία μπορεί να εξατομικεύσει τα όποια πρωτόκολλα στις ανάγκες του κάθε περιστατικού βάση λειτουργικής ανάλυσης, Φαρμακευτική θεραπεία, Πρακτικές ασκήσεις με εκμάθηση ρόλων και διάδραση, Αξιολόγηση κ.α.

Με βάση την εμπειρία και το περιεχόμενο των παραπάνω σεμιναρίων, καθώς επίσης και την εμπειρία των στελεχών των ιατρείων που λειτουργούν στη Κύπρο, θα πρέπει να οργανωθούν και να πραγματοποιηθούν ειδικά εκπαιδευτικά σεμινάρια και στη χώρα μας.

Εξοπλισμός

Τα ιατρεία διακοπής καπνίσματος θα πρέπει να διαθέτουν:

- Ιατρικό φάκελο (καλό είναι αυτός να ενσωματωθεί με το διαδυκτιακό φάκελο υγείας τους ασθενούς) στον οποίο καταγράφεται η όλη προσέγγιση και αντιμετώπιση του καπνιστή σε κάθε επίσκεψη. Επιπλέον, σε αυτόν περιλαμβάνονται ερωτηματολόγια για τα ερεθίσματα που πυροδοτούν και διαιωνίζουν το κάπνισμα, την ετοιμότητα του καπνιστή για διακοπή, το βαθμό της εξάρτησης, τα στερητικά συμπτώματα και τη πιθανότητα ύπαρξης ψυχολογικών ή άλλων προβλημάτων (π.χ., καταθλιπτική διάθεση).
- Ενιαίο θεραπευτικό πρωτόκολλο, το οποίο διαμορφώνεται μετά από τη συγκρότηση οδηγίων και εκπαίδευση των λειτουργών στην εξατομίκευση βάση λειτουργικής ανάλυσης και αναγκών του κάθε περιστατικού.
- Ηλεκτρονικό υπολογιστή. Σε αυτόν μπορεί να εισαχθεί ο ιατρικός φάκελος του καπνιστή.
- Δυνατότητα ύπαρξης διαδικτυακής σύνδεσης, αφενός μεταξύ των ιατρείων διακοπής καπνίσματος

και αφετέρου με Κέντρο Αναφοράς και συνολικής αξιολόγησης.

- Μετρητή CO. Τα μειωμένα επίπεδα του CO ενισχύουν τη προσπάθεια του καπνιστή να διακόψει ή ανιχνεύουν την αποχή από το κάπνισμα.
- Δυνατότητα συνεργασίας με σπιρομετρικό και καρδιολογικό εργαστήριο. Τα αποτελέσματα του λειτουργικού ελέγχου του αναπνευστικού και καρδιακού συστήματος μπορούν να χρησιμοποιηθούν για ευόδωση της προσπάθειας διακοπής καπνίσματος σε ασθενείς με τις ανάλογες συν-νοσηρότητες.
- Ενημερωτικά έντυπα για τη προετοιμασία της διακοπής, για τις στερητικές εκδηλώσεις και τα οφέλη από τη διακοπή.
- Γραμματειακή υποστήριξη.

Απαιτούμενος αριθμός ιατρείων

Κάθε Επαρχιακό Γενικό Νοσοκομείο ή μεγάλο Κέντρο Υγείας θα πρέπει να οργανώσει και να λειτουργήσει ειδικό ιατρείο διακοπής καπνίσματος. Τα ιατρεία αυτά θα πρέπει να είναι αυτόνομα και ανεξάρτητα τα δε στελέχη τους να απασχολούνται “κατά αποκλειστικότητα” σε αυτά.

Απαραίτητες δράσεις

- Απαιτείται άμεσα εκπαίδευση ή μετεκπαίδευση επαγγελματιών υγείας που θα ενισχύσουν τα υπάρχοντα ή θα στελεχώσουν νέα Ιατρεία Διακοπής Καπνίσματος.
- Κρίνεται απαραίτητη η εφαρμογή ενιαίου πρωτοκόλλου λειτουργίας τους.
- Η αντιμετώπιση των καπνιστών θα πρέπει να είναι ενιαία, κάτι που προϋποθέτει την άμεση διαμόρφωση ΟΔΗΓΙΩΝ.
- Η φαρμακευτική δαπάνη θα πρέπει να καλύπτεται πλήρως ή έστω μερικώς από το κράτος αφού έχει αποδειχθεί ότι το όφελος σε σχέση με το κόστος τους είναι κατά πολύ πιο υψηλό από ότι φαρμακευτικές ή άλλες θεραπείες για αντιμετώπιση προβλημάτων υγείας που συνδέονται άμεσα με το κάπνισμα.
- Με τη διασύνδεση των ιατρείων μεταξύ τους καθώς και με Κέντρο Αναφοράς θα μπορούσε σε σύντομο χρονικό διάστημα να μετρηθεί το κόστος-όφελος της λειτουργίας τους.

Σύνοψη

Τα Ιατρεία Διακοπής Καπνίσματος αποτελούν το δεύτερο επίπεδο βοήθειας προς τους καπνιστές. Αντιμετωπίζουν ιδιαίτερα ειδικούς (δύσκολους) πληθυσμούς καπνιστών. Στελεχώνονται από ειδικά εκπαιδευμένο προσωπικό. Η εφαρμογή ενιαίου πρωτοκόλλου αντιμετώπισης των καπνιστών (με δυνατότητα εξατομίκευσης) που στηρίζεται στη παγκόσμια σχετική εμπειρία συνοδεύεται από υψηλά ποσοστά επιτυχούς διακοπής του καπνίσματος.

Βιβλιογραφία

1. World Health Organization (2023). Tobacco. Διαθέσιμο στο: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>
2. U.S. Department of Health and Human Services (2020). Smoking Cessation: A Report of the Surgeon General.
3. Centers for Disease Control and Prevention (CDC) (2022). Benefits of Quitting Smoking Over Time. Διαθέσιμο στο: https://www.cdc.gov/tobacco/quit_smoking/how_to_quit/benefits/index.htm
4. Jha P., Ramasundarahettige C., Landsman V., et al. (2013). 21st-Century Hazards of Smoking and Benefits of Cessation in the United States. *New England Journal of Medicine*, 368(4), 341-350.
5. Goodchild M., Nargis N., Tursan d'Espaignet E. (2018). Global economic cost of smoking-attributable diseases. *Tobacco Control*, 27(1), 58-64.
6. Cahill K., Stevens S., Perera R., Lancaster T. (2013). Pharmacological interventions for smoking cessation: an overview and network meta-analysis. *Cochrane Database of Systematic Reviews*.
7. Blaakman S, Borrelli B, Wiesenthal E, et al. e. Secondhand smoke exposure reduction after NICU discharge: Results of a randomized trial. *Acad Pediatr*. 2015;15(6):605-12.
8. Stead, L. F., Buitrago, D., Preciado, N., Sanchez, G., Hartmann-Boyce, J., & Lancaster, T. (2013). Physician advice for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (5), CD000165.
9. Grech, J., Sammut, R., Buontempo, M. B., Vassallo, P., & Calleja, N. (2020). Brief tobacco cessation interventions: Practices, opinions, and attitudes of healthcare professionals. *Tobacco Prevention & Cessation*, 6, 48.

Φαρμακευτική Θεραπεία: ενδείξεις, αντενδείξεις, παρενέργειες και αποτελεσματικότητα

Δρ. Μιχάλης Τουμπής, MD, PhD, FCCP, Πνευμονολόγος, Κλινικός Αναπληρωτής Καθηγητής Πανεπιστημίου Λευκωσίας (UNIC), Δρ. Δήμος Φωτόπουλος, Ψυχίατρος Διεύθυνσης Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας, Οργανισμού Κρατικών Υπηρεσιών Υγείας και Δρ. Μαρία Καρεκλά, Καθηγήτρια Κλινικής Ψυχολογίας, Πανεπιστήμιο Κύπρου

Τα φάρμακα για τη διακοπή του καπνίσματος διακρίνονται σε πρώτης και δεύτερης γραμμής με βάση την αποτελεσματικότητα και τις παρενέργειες τους. Στα πρώτης γραμμής (βλ. Πίνακα 1) υπάγονται η νικοτίνη, η υδροχλωρική βουπροπιόνη, η βαρενικλίνη και η κυτισίνη. Η νορτριπυλίνη ανήκει στη δεύτερη γραμμή θεραπείας¹.

Νικοτίνη

Διατίθενται διάφορα σκευάσματα νικοτίνης: δερματικά επιθέματα, τσίχλες παστίλιες εισπνεύσιμη νικοτίνη καθώς και ρινικό σπρέι νικοτίνης. Τα σκευάσματα αυτά διαφέρουν ως προς τη φαρμακοκινητική τους δράση, δηλαδή την ταχύτητα απελευθέρωσης νικοτίνης στο αίμα και αντίστοιχος είναι ο τρόπος δράσης τους. Η αποδέσμευση της νικοτίνης από τα επιθέματα είναι βραδεία και για αυτό το λόγο ονομάζονται ρυθμιστικά φάρμακα. Αντίθετα, η αποδέσμευση της νικοτίνης από τα υπόλοιπα σκευάσματα είναι ταχύτερη, για αυτό και ονομάζονται σωστικά φάρμακα.

Επιθέματα νικοτίνης

Τα επιθέματα διατίθενται σε συγκεντρώσεις 25, 15, 10mg και 21, 14, 7 mg, ανάλογα με τη κατασκευάστρια εταιρεία. Οι υψηλότερες δοσολογίες συνιστώνται σε καπνιστές με σοβαρότερη εξάρτηση και μεγάλο αριθμό κατανάλωσης τσιγάρων. Με τη πάροδο του χρόνου και τον έλεγχο των συμπτωμάτων απόσυρσης μπορεί να γίνει προοδευτική μείωση της δοσολογίας. Η αρχική δοσολογία διατηρείται σταθερή για 4 εβδομάδες και στη συνέχεια μπορεί να μειώνεται ανά 2-3 εβδομάδες. Το σημείο επικόλλησης στο δέρμα πρέπει να αλλάζει καθημερινά για να μη δημιουργείται τοπικός ερεθισμός της περιοχής (αποτελεί τη συχνότερη επιπλοκή). Τα επιθέματα τοποθετούνται το πρωί και αφαιρούνται μετά από 16 ώρες, πλην των περιπτώσεων που ο καπνιστής ξυπνά το βράδυ για να καπνίσει. Αϋπνία, έντονα όνειρα και εφιάλτες περιγράφονται συχνά ως παρενέργειες, οι οποίες όμως υποχωρούν με την αφαίρεση του αυτοκόλλητου προ του ύπνου. Με τη χρήση των επιθεμάτων καλύπτεται η τονική (συνεχής) επιθυμία για κάπνισμα, αλλά όχι η φασικλή (στιγμιαία) λαχτάρα. Μειονέκτημα αποτελεί το γεγονός ότι ο/η χρήστης δεν ελέγχει τη ποσότητα της νικοτίνης που ελευθερώνεται ανά πάσα στιγμή. Παρά ταύτα, η συμμόρφωση των ασθενών είναι πολύ μεγάλη.

Τσίχλες νικοτίνης

Οι τσίχλες διατίθενται σε συγκεντρώσεις των 2mg και 4mg. Η υψηλή δοσολογία συνιστάται σε καπνιστές με μεγάλη εξάρτηση και με μεγάλο αριθμό τσιγάρων, ή σε καπνιστές που ανάβουν το πρώτο τους τσιγάρο σε λιγότερο από 30 λεπτά από το πρωινό ξύπνημα. Προτείνεται στο καπνιστή όπως μασάει τη τσίχλα όποτε έχει το αίσθημα ότι θέλει να καπνίσει. Μασώντας τη τσίχλα, απελευθερώνεται νικοτίνη που απορροφάται από το στοματικό βλεννογόνο και η μέγιστη συγκέντρωση της νικοτίνης στο αίμα επιτυγχάνεται 20 λεπτά μετά το αρχικό μάσημα. Για θεραπεία μόνο με τσίχλες προτείνεται όπως ο καπνιστής μασάει μία τσίχλα

ανά 1 με 2 ώρες για χρονικό διάστημα 6 εβδομάδων και ακολούθως να ελαττώσει σταδιακά τη δόση για άλλες 6 εβδομάδες (σύνολο 12 εβδομάδες θεραπείας).

Η σωστή τεχνική μάσησης της τσίχλας είναι σημαντική για να υπάρξουν θετικά αποτελέσματα. Εάν κάποιος τη μασάει γρήγορα, η νικοτίνη απελευθερώνεται πολύ ταχύτερα από ότι ο βλεννογόνος του στόματος μπορεί να την απορροφήσει, με αποτέλεσμα τη κατάποση αντί της απορρόφησης. Σε αυτή την περίπτωση, η νικοτίνη μπορεί να προκαλέσει ερεθισμό του οισοφάγου και του στομαχιού. Η τσίχλα μασιέται μέχρι να αισθανθεί το άτομο τη γεύση της νικοτίνης και ακολούθως την εναποθέτει στο εσωτερικό του στόματος, ανάμεσα στα ούλα και τα δόντια μέχρι να εξαφανιστεί η γεύση της νικοτίνης. Μόλις γίνει αυτό, επαναλαμβάνεται η μάσηση και η εναπόθεση της τσίχλας. Ο κύκλος αυτός γίνεται για περίπου 30 λεπτά και στη συνέχεια η τσίχλα αφαιρείται, αφού όλη η νικοτίνη έχει ήδη απελευθερωθεί.

Ροφήματα που περιέχουν οξέα (π.χ. καφές, αναψυκτικά) πρέπει να αποφεύγονται πριν και κατά τη διάρκεια της μάσησης της τσίχλας, διότι χαμηλώνουν το pH του στόματος και τελικά μειώνουν την απορρόφηση της νικοτίνης. Οι παρενέργειες είναι κυρίως αποτέλεσμα της περίσσειας νικοτίνης που ελευθερώνεται μετά από έντονο μάσημα και συνήθως περιλαμβάνουν ναυτία, εμετό, πόνο στην κοιλιά και δυσκοιλιότητα, λόξιγκα, πονοκέφαλο, σιελόρροια, πόνο στη σιαγόνα και ερεθισμό του στόματος με παρουσία ελκών στο βλεννογόνο του^{1,2}. Αντενδείκνυνται σε άτομα με νόσο της κροταφογναθικής άρθρωσης, με κακή υγιεινή των δοντιών και του στόματος και με τεχνητές οδοντοστοιχίες.

Παστίλιες ή υπογλώσσια δισκία (lozenges)

Οι παστίλιες ή τα υπογλώσσια δισκία διατίθενται σε συγκεντρώσεις των 2mg και 4mg. Η υψηλή δοσολογία συνιστάται σε καπνιστές με μεγάλη εξάρτηση και με μεγάλο αριθμό τσιγάρων, ή σε καπνιστές που ανάβουν το πρώτο τους τσιγάρο σε λιγότερο από 30 λεπτά από το πρωινό ξύπνημα. Για τη δράση τους δεν απαιτείται μάσηση. Τοποθετούνται στο στόμα ή υπογλώσσια και αφήνονται να διαλυθούν για 30 λεπτά. Η μέγιστη δόση είναι 5 παστίλιες το 6ωρο ή 20 παστίλιες το 24ωρο. Οι ανεπιθύμητες ενέργειες της παστίλιας νικοτίνης περιλαμβάνουν ερεθισμό και έλκη στο στόμα, πόνο στην κοιλιά, ναυτία και έμετο, διάρροια, πονοκέφαλο και αίσθημα παλμών. Για θεραπεία μόνο με παστίλιες προτείνεται η χρήση μιας παστίλιας ανά 1 με 2 ώρες για χρονικό διάστημα 6 εβδομάδων και ακολούθως να ελαττώσει σταδιακά τη δόση για άλλες 6 εβδομάδες (σύνολο 12 εβδομάδες θεραπείας).

Εισπνεόμενη νικοτίνη

Η σχετική συσκευή δέχεται φυσίγγια των 10mg. Όταν ο καπνιστής εισπνέει μέσω της συσκευής αυτής, απελευθερώνεται νικοτίνη σε μορφή ατμού. Η νικοτίνη δεν φτάνει μέχρι τους πνεύμονες αλλά παραμένει τοπικά στην περιοχή του στοματοφάρυγγα. Τα επίπεδα νικοτίνης που επιτυγχάνονται στο αίμα είναι περίπου το 1/3 αυτών που επιτυγχάνονται με το κάπνισμα τσιγάρων. Από την κάθε φύσιγγα απορροφώνται μόνο 2mg νικοτίνης. Προτείνεται η χρήση της όταν χρειάζεται. Μπορεί να χρησιμοποιείται κάθε 1-2 ώρες, η μέγιστη δόση της είναι τα 16 φυσίγγια ανά 24ωρο. Επί μονοθεραπείας προτείνονται 6-16 φύσιγγες τη ημέρα για τις πρώτες 6-12 εβδομάδες, και ακολούθως σταδιακή μείωση για άλλο τόσο χρονικό διάστημα. Ο τοπικός ερεθισμός του στόματος και του λαιμού είναι συχνός, ειδικότερα κατά τις πρώτες ημέρες χρήσης. Επίσης, δυνητικά μπορεί να προκληθεί βρογχόσπασμος γι'αυτό δεν συστήνεται η χρήση της εισπνεόμενης μορφής σε άτομα με υπεραντιδραστικότητα αεραγωγών π.χ. σε ασθματικούς.

Ρινικό σπρέι νικοτίνης

Η περιεκτικότητα του σπρέι είναι 10mg/ml, με απόδοση 0.5mg νικοτίνης ανά ψεκασμό. Διαθέτει την ταχύτερη απόδοση νικοτίνης από όλα τα σχετικά σκευάσματα. Προτείνεται η χρήση του όταν χρειάζεται. Μπορεί να χρησιμοποιείται κάθε 1-2 ώρες με μέγιστη δόση τους 10 ψεκασμούς/ώρα, ή 80 ψεκασμούς/ημέρα. Η χρήση του περιορίζεται από τον ερεθισμό της μύτης και του λαιμού, από τη ρινίτιδα, το φτάρνισμα και τα δάκρυα που προκαλεί. Ειδικά ο ερεθισμός της μύτης είναι πολύ συχνός και ανευρίσκεται σε ποσοστό 81% μετά τις 3 πρώτες εβδομάδες θεραπείας³.

Συνδυασμένη θεραπεία με σκευάσματα νικοτίνης

Σαν αρχική επιλογή για θεραπεία με νικοτίνη προτείνεται η χορήγηση σκευασμάτων μακράς και βραχείας δράσης. Η επιλογή των τελευταίων θα πρέπει να γίνεται από τον ίδιο το καπνιστή⁴.

Υδροχλωρική βουπροπιόνη

Πρόκειται για ένα αντικαταθλιπτικό φάρμακο. Θεωρείται φάρμακο πρώτης γραμμής για τη διακοπή του καπνίσματος. Ο ακριβής μηχανισμός δράσης του είναι άγνωστος. Έχει νοραδρενεργική κυρίως και λιγότερο ντοπαμινική δράση, η οποία πιθανότατα προκαλεί διέγερση και βελτίωση της διάθεσης ή πιθανά σε κάποιο βαθμό μιμείται τη δράση της νικοτίνης. Η μορφή της με σταθερή αποδέσμευση που φέρει το όνομα Zyban SR έχει εγκριθεί για τη διακοπή του καπνίσματος. Είναι πανομοιότυπο με το Wellbutrin SR, που χρησιμοποιείται στη ψυχιατρική.

Χορηγείται μια εβδομάδα πριν την ημερομηνία στόχο της διακοπής του καπνίσματος, καθότι χρειάζονται 5-7 ημέρες προκειμένου να σταθεροποιηθούν τα επίπεδά της στο αίμα. Η προτεινόμενη δόση είναι 150mg/ημερησίως για 3 ημέρες και στη συνέχεια 150mg/δύο φορές την ημέρα. Η διάρκεια θεραπείας είναι 12 εβδομάδες. Μεγαλύτερη διάρκεια με βουπροπιόνη δε φαίνεται να μειώνει ουσιαστικά τον κίνδυνο υποτροπής. Σε πολλές μελέτες καταδείχθηκε ότι η μονοθεραπεία με βουπροπιόνη έχει μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα στη διακοπή του καπνίσματος, σε σχέση με εικονικό φάρμακο ή χωρίς θεραπεία⁴.

Οι συχνότερες παρενέργειες της είναι η αυπνία, η ανησυχία, η ξηρότητα του στόματος και ο πονοκέφαλος. Η βουπροπιόνη αντενδείκνυται σε ασθενείς με ιστορικό επιληπτικών κρίσεων ή προδιάθεση για επιληπτική κρίση, επειδή μειώνει τον ουδό των επιληπτικών κρίσεων. Ο κίνδυνος επιληπτικής κρίσης είναι δοσοεξαρτώμενος και αναφέρεται περισσότερο όταν υπάρχει υπερδοσολογία και/ή σε ασθενείς με άλλους παράγοντες κινδύνου για επιληπτικές κρίσεις. Σε συγκριτικές μελέτες διακοπής καπνίσματος με βουπροπιόνη, επιθέματα νικοτίνης και εικονικό φάρμακο δεν βρέθηκαν διαφορές σε νευροψυχιατρικά επεισόδια σε ασθενείς με ή χωρίς συνυπάρχουσες ψυχιατρικές διαταραχές⁵.

Επιπρόσθετα

Υπάρχει δυναμική αλληλεπίδραση με φάρμακα που επηρεάζουν το κυτόχρωμα P450. Αναστέλλει τη δράση του ισοενζύμου CYP2D6 το οποίο μεταβολίζει ορισμένα αντικαταθλιπτικά, β-αναστολείς, αντιαρρυθμικά και αντιψυχωσικά. Επίσης αναστέλλει τη δράση του CYP2B6 ισοένζυμου που μεταβολίζει ορισμένα αντιπαρασιτικά. Η δοσολογία προσαρμόζεται: Επί ήπιας νεφρικής ανεπάρκειας 300mg/ημερησίως, επί μέτριας νεφρικής ανεπάρκειας 150mg/ημερησίως, επί αιμοκάθαρσης 150mg/κάθε 3 ημέρες. Σε σακχαρώδη διαβήτη και σε ηλικιωμένα άτομα άνω των 70 ετών, η συνιστάμενη δόση είναι τα 150mg/ημερησίως.

Βαρενικλίνη

Η βαρενικλίνη είναι φάρμακο πρώτης γραμμής για τη διακοπή του καπνίσματος. Είναι μερικός αγωνιστής των $\alpha 4\beta 2$ νικοτινικών υποδοχέων που παρεμποδίζει τη δέσμευση της νικοτίνης σε αυτούς. Έτσι ελαττώνονται η επιθυμία για κάπνισμα και τα συμπτώματα στέρησης. Επιπρόσθετα μειώνει την απελευθέρωση της ντοπαμίνης προκαλώντας μείωση του αισθήματος επιβράβευσης που προκαλεί το κάπνισμα καθώς και ελάττωση των ενισχυτικών ιδιοτήτων του.

Η αποτελεσματικότητα της βαρενικλίνης για τη διακοπή του καπνίσματος έχει αποδειχθεί σε πολλές μελέτες. Σε μετά-ανάλυση τυχαιοποιημένων δοκιμών διαπιστώθηκε ότι η βαρενικλίνη ήταν πιο αποτελεσματική για τη διακοπή του καπνίσματος κατά 127% περίπου από το εικονικό φάρμακο. Σε συγκριτικές μελέτες διακοπής του καπνίσματος με βαρενικλίνη, βουπροπιόνη, σκευασμάτων νικοτίνης και εικονικό φάρμακο φάνηκε ότι η βαρενικλίνη είναι πιο αποτελεσματική από όλα τα άλλα φάρμακα ή το εικονικό φάρμακο. Η συνιστώμενη δόση βαρενικλίνης είναι 0.5mg μία φορά ημερησίως για τρεις ημέρες, στη συνέχεια 0.5mg δύο φορές ημερησίως για τέσσερις ημέρες και στη συνέχεια 1mg δύο φορές ημερησίως για το υπόλοιπο

της θεραπείας διάρκειας 12 εβδομάδων. Η παράταση της θεραπείας για άλλες 12 εβδομάδες σε αυτούς που παρουσιάζουν έντονα στερητικά συμπτώματα μπορεί να οδηγήσει σε αύξηση της συχνότητας διακοπής και μείωση της συχνότητας υποτροπής του καπνίσματος.

Οι πιο συχνές ανεπιθύμητες ενέργειες είναι ναυτία και οι διαταραχές στον ύπνο, όπως αϋπνία, ζωντανά, ασυνήθιστα ή παράξενα όνειρα. Ο κίνδυνος της ναυτίας μειώνεται αν το φάρμακο λαμβάνεται με τροφή και μπόλικο νερό. Εναλλακτικά μπορεί να μειωθεί η δόση στα 0.5mg δύο φορές την ημέρα. Οι ενοχλήσεις από τα όνειρα μπορούν να μετριασθούν με τη λήψη της νυκτερινής δόσεως νωρίτερα, με τη μείωση ή και τη παράληψη της τελευταίας δόσης αν είναι αναγκαίο. Υπήρχαν πρώιμες ανησυχίες σχετικά με νευροψυχιατρικές και καρδιαγγειακές παρενέργειες της βαρενικλίνης, αλλά μεταγενέστερες εκτενείς μελέτες απέδειξαν ότι η βαρενικλίνη είναι ασφαλής σε αυτή την ομάδα ασθενών⁶.

Επειδή η βαρενικλίνη απεκκρίνεται σχεδόν εξ ολοκλήρου από τα νεφρά, η δόση της θα πρέπει να μειώνεται για όσους έχουν καθαρή κρεατινίνη <30 mL/λεπτό.

Κυτισίνη

Η κυτισίνη είναι ένα φυτικό παράγωγο, που δρα ως μερικός αγωνιστής στον νικοτινικό υποδοχέα α4-β2, όπως και η βαρενικλίνη. Η αποτελεσματικότητα της φαίνεται να είναι συγκρίσιμη με άλλες φαρμακολογικές θεραπείες. Σε τυχαίοποιημένες μελέτες φάνηκε να υπερέχει σε αποτελεσματικότητα από τα σκευάσματα νικοτίνης, αν και εμφανίζονται περισσότερες γαστρεντερικές ανεπιθύμητες ενέργειες (ναυτία, έμετοι και διαταραχές ύπνου). Αποτελεί μια χαμηλού κόστους εναλλακτική επιλογή για τη διακοπή του καπνίσματος. Έχει χρησιμοποιηθεί στην Ανατολική Ευρώπη για δεκαετίες και τα τελευταία χρόνια είναι διαθέσιμη και στον υπόλοιπο κόσμο.

Νορτριπτυλίνη

Η νορτριπτυλίνη είναι φάρμακο δεύτερης γραμμής για τη διακοπή του καπνίσματος. Πρόκειται για ένα τρικυκλικό αντικαταθλιπτικό, που έχει δείξει μέτρια αποτελεσματικότητα στην ενίσχυση της διακοπής του καπνίσματος για άτομα που δεν μπορούν να χρησιμοποιήσουν ένα φάρμακο πρώτης γραμμής ή που χρειάζονται συμπλήρωμα στη θεραπεία πρώτης γραμμής. Ωστόσο, οι ασθενείς που λαμβάνουν νορτριπτυλίνη συχνά αναφέρουν παρενέργειες, όπως ξηροστομία και καταστολή.

Αποτελεσματικότητα

Η αποτελεσματικότητα των διαφόρων φαρμάκων πρώτης γραμμής έχει εκτιμηθεί σε πάρα πολλές μελέτες. Γενικά είναι σημαντικά πιο αποτελεσματικά από ότι το εικονικό φάρμακο. Σε συγκριτικές μελέτες με τη χρήση όλων των φαρμάκων, φαίνεται ότι η βαρενικλίνη παρουσιάζει μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα έναντι των επιθεμάτων νικοτίνης, της βουπροπιόνης και του εικονικού φαρμάκου⁴. Θα πρέπει όμως να τονισθεί ότι βάσει της εξατομικευμένης προσέγγισης, το καλύτερο φάρμακο είναι αυτό που ταιριάζει στον καπνιστή.

Βιβλιογραφία

1. European Network for Smoking and Tobacco Prevention. (2016). Guidelines for treating tobacco dependence. ENSP.
2. Rigotti, N. A. (2021). Overview of smoking cessation management in adults. UpToDate.
3. Fiore, M. C., Jaén, C. R., Baker, T. B., Bailey, W. C., Benowitz, N. L., Curry, S. J., Dorfman, S. F., Froelicher, E. S., Goldstein, M. G., Heaton, C. G., Henderson, P. N., Heyman, R. B., Koh, H. K., Kottke, T. E., Lando, H. A., Mecklenburg, R. E., Mermelstein, R. J., Mullen, P. D., Orleans, C. T., ... Wewers, M. E. (2008). Treating tobacco use and dependence: 2008 update. Clinical practice guideline. U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service
4. Hartmann-Boyce, J., et al. (2020). Pharmacological interventions for smoking cessation: An overview and network meta-analysis. Cochrane Database of Systematic Reviews, (5), CD013202.
5. Anthenelli, R. M., Benowitz, N. L., West, R., St Aubin, L., McRae, T., Lawrence, D., Ascher, J., Russ, C., & Evins, A. E. (2016). 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. The Lancet, 387(10037), 2507-2520.
6. US Department of Health and Human Services. (2016). E-cigarette use among youth and young adults: A report of the Surgeon General.

Πίνακας 3: Φάρμακα πρώτης γραμμής για τη διακοπή του καπνίσματος: Αντικατάστατα Νικοτίνης

Αντικατάστατα Νικοτίνης	Δοσολογία	Χορήγηση	Παρενέργειες	Μειονεκτήματα	Πλεονεκτήματα	Άλλα
Επιθέματα	25, 15, 10 mg 21, 14, 7 mg	Μία φορά κάθε 16 ώρες	Τοπικός ερεθισμός Ζωηρά όνειρα	Σταθερά επίπεδα N Δεν καλύπτει την έντονη επιθυμία για κάπνισμα	Παροχή σταθερών επιπέδων N Εύκολη χρήση	Ικανοποιητικά επίπεδα μετά 30-3 ώρες από την εφαρμογή
Τσίχλες	2 mg , 4mg Όταν το 1ο τοιγάρο της ημέρας γίνεται > 30' και < 30' από την αφύπνιση αντίστοιχα	Όταν χρειάζεται Κάθε 1-2 ώρες Όχι φαί ή υγρά 30' πριν και κατά τη χρήση	Ερεθισμός στόματος Πόνος στη σιαγόνα Καυσαλγία, λόξιγκας ή ναυτία	Δυσάρεστη γεύση Δύσκολη χρήση επί τεχνικής οδοντο- στοιχίας	Στοματικό υποκατάστατο του τοιγάρου Ρύθμιση συνολικής δόσης της N	Βραχείας δράσης Εκμάθηση τρόπου μάσησης
Παστίλιες	2mg, 4mg Όταν το 1ο τοιγάρο της ημέρας γίνεται > 30' και < 30' από την αφύπνιση αντίστοιχα	Όταν χρειάζεται Κάθε 1-2 ώρες Όχι φαί ή υγρά 30' πριν και κατά τη χρήση	Ερεθισμός στόματος Καυσαλγία, λόξιγκας ή ναυτία	Δυσάρεστη γεύση	Στοματικό υποκατάστατο του τοιγάρου Ρύθμιση συνολικής δόσης της N Χρήση και επί τεχνικής οδοντο- στοιχίας	
Εισπνεόμενη	10 mg/ φυσίγγιο	Όταν χρειάζεται Κάθε 1-2 ώρες Μέγιστη δόση 16 φυσίγγια /24 ώρες	Ερεθισμός στόματος και λαιμού	Ορατή συσκευή Προσοχή επί υπερ- αντιδραστι- κότητας	Στοματικό υποκατάστατο του τοιγάρου Ρύθμιση συνολικής δόσης της N	Απαιτούνται επανεπιλη- μένες εισπνοές για τη λήψη ικανής ποσότητας N
Ρινικό σπρέι	0.5mg / ψεκασμό (10mg/10ml)	Όταν χρειάζεται Ψεκασμός στο κάθε ρουθούνι κάθε 1-2 ώρες Το μέγιστο 10 ψεκασμούς / ώρα 80 ψεκασμούς /ημέρα	Ερεθισμός της μύτης και του λαιμού Ρινίτιδα Πταρμοί Βήχας Δακρύρροια	Για πολλούς ο τοπικός ερεθισμός της μύτης δύσκολα γίνεται ανεκτός	Διαθέτει τη ταχύτερη απόδοση N από τα σχετικά σκευάσματα	

Πίνακας 4: Φάρμακα πρώτης γραμμής για τη διακοπή του καπνίσματος

Φάρμακο	Δοσολογία	Χορήγηση	Παρενέργειες	Μειονεκτήματα	Πλεονεκτήματα	Άλλα
Βαρενικλίνη	0.5mg/χάπι 1.0mg/χάπι	0.5 mg/ημέρα για 3 ημέρες και μετά 0.5 mg δύο φορές την ημέρα για 4 ημέρες και μετά 1 mg δύο φορές την ημέρα. Έναρξη λήψεως 1-2 εβδομάδες (ή και 5 εβδομάδες) πριν την ημέρα διακοπής Απότομη διακοπή είναι προτιμητέα. Εναλλακτικά σταδιακή μείωση: μείωση του καπνίσματος κατά 50% μέχρι τη 4η εβδομάδα, άλλα 50% μέχρι την 8η εβδομάδα και διακοπή τη 12 εβδομάδα.	Ναυτία Αυπνία Ζωηρά ή παράξενα όνειρα Κεφαλαλγία Ερυθρότητα δέρματος (<3%)	Μείωση δόσεως επί νεφρικής ανεπάρκειας Αποφυγή επί ασταθούς ψυχοπάθειας, αυτοκτονικού ιδεασμού και PTSD	Διπλή δράση: Ανακούφιση από τα συμπτώματα στέρησης και αποκλεισμός επιβράβευσης του καπνίσματος Διατίθεται σε χάπια	
Βουπροπιόνη	150mg /χάπι	150 mg/ημέρα για 3 ημέρες, μετά 150mg/ ημέρα δύο φορές την ημέρα. Έναρξη 1-2 εβδομάδες πριν την ημέρα διακοπής Απότομη διακοπή είναι προτιμητέα. Εναλλακτικά σταδιακή μείωση: μείωση του καπνίσματος κατά 50% μέχρι τη 4η εβδομάδα, άλλα 50% μέχρι την 8η εβδομάδα και διακοπή τη 12 εβδομάδα.	Αυπνία Ανησυχία Ξηρότητα στόματος κεφαλαλγία	Παρακολούθηση νευρο-ψυχιατρικών συμπτωμάτων Αντένδειξη επί ιστορικού σπασμών εγκεφαλικών βλαβών που προδιαθέτουν σε σπασμούς	Άμβλυση της αύξησης του βάρους Διατίθεται σε χάπια	Μείωση δόσεως στα 150 mg/ημέρα σε ασθενείς που δεν ανέχονται τη πλήρη δόση

Πίνακας 5: Αποτελεσματικότητα φαρμάκων πρώτης γραμμής

ΦΑΡΜΑΚΑ (αριθμός μελετών)	Σχετικός Κίνδυνος (95%CI) (Vs με εικονικό φάρμακο)*
Σκευάσματα Νικοτίνης	
Συνδυασμοί όλων των ειδών	1.55 (1.49-1.61)
Συνδυασμοί σε σύγκριση με μονοθεραπεία	1.25 (1.15-1.36)
Επιθέματα (43)	1.64 (1.53-1.75)
Τσίχλες (56)	1.49 (1.40-1.60)
Παστίλιες (7)	1.52 (1.32-1.74)
Εισπνεόμενη νικοτίνη (4)	1.90 (1.36-2.67)
Ρινικό σπρέι (4)	2.02 (1.49-2.73)
Βαρενικλίνη (27)	2.24 (2.06-2.43)
Βουπροπιόνη SR[8] (46)	1.64 (1.52-1.77)

I: ίση αποτελεσματικότητα
>I: μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα
<I: μικρότερη αποτελεσματικότητα

Πίνακας 6: Συγκριτική αποτελεσματικότητα φαρμάκων

ΦΑΡΜΑΚΑ	Αναλογία Πιθανοτήτων (95%CI)*
Βαρενικλίνη vs Εικονικό φάρμακο	3.61 (3.07-4.24)
Επιθέματα νικοτίνης	1.68 (1.46-1.93)
Βουπροπιόνη	1.75 (1.52-2.01)
Βουπροπιόνη vs Εικονικό φάρμακο	2.07 (1.75-2.45)
Επιθέματα νικοτίνης vs Εικονικό φάρμακο	2.15 (1.82-2-54)

Lancet. 2016;387(10037):2507

I: ίση αποτελεσματικότητα
>I: μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα
<I: μικρότερη αποτελεσματικότητα

Αλλαγή συνήθειας και συμπεριφοράς: Ψυχολογικές Παρεμβάσεις

Δρ. Μαρία Καρεκλά, Καθηγήτρια Κλινικής Ψυχολογίας, Πανεπιστήμιο Κύπρου & Δρ. Μαίρη Ιωάννου Κλινική Ψυχολόγος

Πέρα από την φαρμακευτική αγωγή, στη προσπάθεια διακοπής του καπνίσματος συνεισφέρουν σημαντικά και οι συμπεριφορικές παρεμβάσεις, οι οποίες είναι κρίσιμες για να βοηθήσουν τα άτομα να σπάσουν τις συνήθειες του εθισμού στη νικοτίνη και να διαχειριστούν τα ερεθίσματα (πρώτης γραμμής θεραπεία). Η συμπεριφορική υποστήριξη μπορεί να προσφερθεί σε πολλές μορφές, από ατομική συμβουλευτική ή δομημένη γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία (ΓΣΘ) έως ψηφιακές παρεμβάσεις (όπως εφαρμογές κινητών), μέσα αυτοβοήθειας ή/και ομαδική θεραπεία. Οι προσεγγίσεις αυτές στοχεύουν να εφοδιάσουν τους καπνιστές με πρακτικές στρατηγικές για να διαχειρίζονται τις επιθυμίες, να αποφεύγουν τους παράγοντες υποτροπής και να διατηρούν το κίνητρο. Δεν υπάρχουν αρκετές μελέτες που να υποστηρίζουν θεραπείες προερχόμενες από άλλες προσεγγίσεις όπως ψυχοδυναμική. Οι ερευνητικά υποστηριζόμενες ΓΣΘ παρεμβάσεις βασίζονται στην υπόθεση ότι η ψυχολογική εξάρτηση προκύπτει από συντελεστική και κλασσική εξαρτημένη μάθηση και χρειάζεται να αντιμετωπιστεί μαζί με γνωστικές διεργασίες, προσωπικές αξίες και τη λειτουργία που έχει για το κάθε άτομο η χρήση καπνού. Τέτοια προγράμματα συνδυάζουν ψυχολογική εκπαίδευση μαζί με τεχνικές κινητοποιήσεις και στοιχεία συμπεριφορικής θεραπείας.

Ατομική Συμβουλευτική/Θεραπεία

Κατά την ατομική θεραπεία (μετά από αξιολόγηση και λειτουργική ανάλυση της συμπεριφοράς) ο καπνιστής καλείται να καταρτίσει ένα πλάνο διακοπής, να εντοπίσει τα ερεθίσματα που προκαλούν το κάπνισμα, να αναπτύξει δεξιότητες επίλυσης προβλημάτων και να διατηρήσει το κίνητρό του. Η ένταση της συμβουλευτικής ποικίλλει από σύντομες παρεμβάσεις λίγων λεπτών έως εντατικά προγράμματα πολλαπλών συνεδριών. Συχνά χρησιμοποιείται σε συνδυασμό με φαρμακοθεραπεία, αλλά είναι αποτελεσματική και ως ανεξάρτητη συμπεριφορική μέθοδος. Ένα βασικό πλεονέκτημα της ατομικής συμβουλευτικής είναι ότι μπορεί να προσαρμοστεί στις ιδιαίτερες ανάγκες κάθε ατόμου. Μελέτες επιβεβαιώνουν ότι η ατομική συμβουλευτική αυξάνει τα ποσοστά επιτυχίας της διακοπής συγκριτικά με την ελάχιστη ή μηδενική υποστήριξη¹. Συγκεκριμένα υποστηρίζεται ότι η διά ζώσης ατομική συμβουλευτική διάρκειας άνω των 10 λεπτών αυξάνει σημαντικά τα ποσοστά μακροχρόνιας αποχής σε σύγκριση με την απλή συμβουλή ή τη χρήση έντυπου υλικού¹. Συγκεκριμένα η ατομική συμβουλευτική βελτίωσε τις πιθανότητες μακροχρόνιας αποχής κατά 40-80% σε σχέση με την ελάχιστη υποστήριξη¹.

Γνωσιακή - Συμπεριφορική Θεραπεία (στα Αγγλικά Cognitive-Behavior Therapy, CBT)

Η Γνωσιακή - Συμπεριφορική Θεραπεία (ΓΣΘ) από τις πιο ενδεδειγμένες μορφές θεραπείας για τη διακοπή καπνίσματος, επικεντρώνεται στον εντοπισμό και την αλλαγή των σκέψεων και των συμπεριφορών που συντηρούν το κάπνισμα². Η ΓΣΘ αποτελεί μια από τις πιο καθιερωμένες και αποτελεσματικές συμπεριφορικές παρεμβάσεις για τη διακοπή του καπνίσματος². Στο πλαίσιο της διακοπής καπνίσματος, η ΓΣΘ εκπαιδεύει τους καπνιστές να αναγνωρίζουν τα ερεθίσματα (καταστάσεις, συναισθήματα, ρουτίνες που προκαλούν επιθυμία) και να εφαρμόζουν στρατηγικές αντιμετώπισης, όπως ο έλεγχος των ερεθισμάτων (αποφυγή καταστάσεων υψηλού κινδύνου), δεξιότητες διαχείρισης άγχους, εναλλακτικές συμπεριφορές και αναδόμηση της σκέψης για να υπερνικηθεί το «αυτοματοποιημένο» κάπνισμα. Η ΓΣΘ για διακοπή

καπνίσματος συνήθως περιλαμβάνει την κατάρτιση σχεδίου διακοπής, την εκπαίδευση στην αυτοπαρατήρηση και επίλυση προβλημάτων και την πρακτική διαχείρισης υποτροπών³. Μέσω της γνωσιο-συμπεριφορικής προσέγγισης ο/η ασθενής μαθαίνει να διαχειρίζεται τις επιθυμίες του/της, μια πιθανή υποτροπή καθώς και τα συναισθήματα που ακολουθούν μια υποτροπή και να εστιάζει σε διάφορες εναλλακτικές πρακτικές διαχείρισης των σκέψεων και συναισθημάτων για το κάπνισμα.

Το θεωρητικό υπόβαθρο της προσέγγισης στηρίζεται στο ότι τα συναισθήματα και οι συμπεριφορές του ατόμου καθορίζονται από τον τρόπο που δομεί τον κόσμο γύρω του. Το άτομο σκέφτεται, ερμηνεύει, επεξηγεί και αντιλαμβάνεται τις καταστάσεις που συμβαίνουν (σκέψεις) καθορίζοντας τις στρατηγικές αντίδρασης του απέναντι σε αυτές τις καταστάσεις με σκοπό την κατανόηση του περιβάλλοντος αλλά και την προσαρμογή σε αυτό. Οι συναισθηματικές και συμπεριφοριστικές αντιδράσεις του ατόμου απορρέουν και επηρεάζονται από τις γνωσιακές του εκτιμήσεις. Λανθασμένες και αρνητικές γνώσεις (σκέψεις) οδηγούν και σε ανάλογες αρνητικές για το άτομο συναισθηματικές και συμπεριφορικές αποκρίσεις. Τότε, δημιουργείται ένας φαύλος κύκλος μεταξύ των λανθασμένων σκέψεων και της «αυτό-εκπληρούμενης προφητείας» δηλαδή την επιβεβαίωση των αρνητικών σκέψεων με την συμπεριφορά που προκλήθηκε από τις ίδιες τις αρνητικές σκέψεις, παραποιώντας την αλήθεια και διαιωνίζοντας τις λανθασμένες σκέψεις.

Με βάση το μοντέλο της γνωστικής θεραπείας, συγκεκριμένα ερεθίσματα όπως άγχος, ανησυχία, διαπροσωπικές δυσκολίες, ενεργοποιούν βασικά πιστεύω καθώς και αυτόματες σκέψεις σχετικά με τη χρήση νικοτίνης - «Ένα τσιγάρο θα με χαλαρώσει», «Καπνίζοντας θα χαλαρώσω και θα σταματήσω να σκέφτομαι». Αυτά τα πιστεύω και αυτές οι σκέψεις, με την σειρά τους, ενισχύουν τις αρχικές επιθυμίες των ατόμων για χρήση νικοτίνης.

Ερωτήσεις που υποβοηθούν τον ασθενή να εντοπίσει τις αυτόματες σκέψεις του:

- « - Εάν αυτό που περιγράφεις είναι αλήθεια, τι σημαίνει για εσένα»;
- « - Ποιο θεωρείς ότι είναι το χειρότερο πράγμα που θα μπορούσε να συμβεί»;
- « - Ποιο θεωρείς ότι είναι το καλύτερο πράγμα που θα μπορούσε να συμβεί»;
- « - Τι σημαίνει για εσένα το τι πιστεύουν οι άλλοι για εσένα»;

Η γνωσιοσυμπεριφορική προσέγγιση εστιάζει στο πρόβλημα με έμφαση στο εδώ και τώρα αναζητώντας τρόπους βελτίωσης της τρέχουσας κατάστασης του πελάτη και σε από κοινού συμφωνημένους στόχους. Οι στόχοι πρέπει να είναι «SMART», δηλαδή συγκεκριμένοι, μετρήσιμοι, εφικτοί, ρεαλιστικοί και χρονικά περιορισμένοι. Ο ορισμός στόχων βοηθά τον ασθενή να αποφασίσει εάν θα προχωρήσει ή όχι με τη θεραπεία επειδή πιθανώς να μην είναι ακόμα έτοιμος ώστε να μπει σε ένα θεραπευτικό πλαίσιο αλλά σε πρώτη φάση να επιθυμεί να λάβει απλές πληροφορίες για την καπνιστική του συμπεριφορά. Επίσης, βοηθά το άτομο να γνωρίζει τι να αναμένει από τη θεραπεία, να αποφεύγει μη ρεαλιστικούς στόχους άρα και την πιθανή απογοήτευση από τη μη υλοποίησή τους και να επικεντρωθεί σε άμεσα μελλοντικές δυνατότητες.

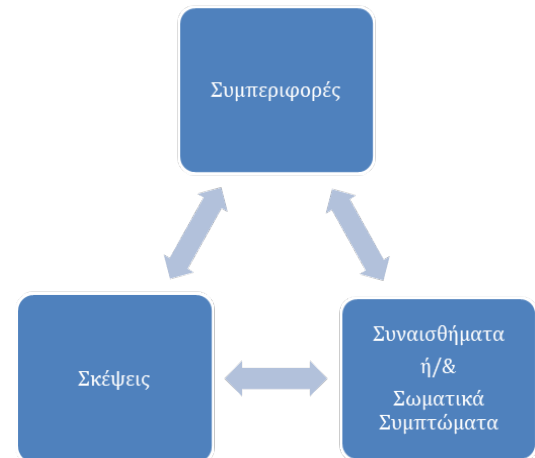
Παραδείγματα ερωτήσεων που υποβοηθούν τον ασθενή να ορίσει στόχους:

- «- Ποιο θα ήταν το πρώτο σημάδι πως κάνεις πρόοδο»;
- «- Εάν ένας φίλος σου / μια φίλη σου όριζε αυτό τον στόχο, από πού θα τον/την συμβούλευες να ξεκινήσει»;

Η προσέγγιση ξεκινά με τον ξεκάθαρο ορισμό του προβλήματος και την αξιολόγηση του προβλήματος μέσω της λήψης ιστορικού, ψυχοεκπαίδευσης και εγκατάσταση θεραπευτικής σχέσης, στην πορεία διατυπώνονται υποθέσεις γύρω από το πρόβλημα και τέλος γίνεται εφαρμογή των γνωσιακών-συμπεριφοριστικών τεχνικών. Ο θεραπευτής σε συνεργασία με το θεραπευόμενο προβαίνουν στο σχεδιασμό ενός πλάνου θεραπείας για τη διακοπή του καπνίσματος συμπεριλαμβανομένης της ημερομηνίας διακοπής του καπνίσματος. Συζητούνται οι στοχευμένες στρατηγικές δράσεις εκ μέρους του ασθενούς ώστε να μειωθούν οι παράγοντες ή καταστάσεις υψηλού κινδύνου, που θέτουν δηλαδή το άτομο σε κίνδυνο για επαναχρήση, οι ανησυχίες και φόβοι του ασθενούς για τη διακοπή και τα πιθανά εμπόδια που θεωρεί ότι θα τον δυσκολέψουν αλλά και τα θετικά στοιχεία/δυνάμεις/ικανότητες που διαθέτει και θα τον ενισχύσουν σε αυτή του την προσπάθεια.

Η θεραπευτική σχέση εστιαζόμενη στην αποδοχή και στην ενουναίσθηση είναι απαραίτητη για την αποτελεσματική έκβαση της θεραπείας αφού η θεραπεία αποτελεί συνεργατική προσπάθεια μεταξύ θεραπευτή και θεραπευόμενου.

Σχέδ. 18: Σχέση σκέψης - συναισθήματος - συμπεριφοράς



Παραδείγματα καταστάσεων υψηλού κινδύνου για τον ασθενή:

- Η κατοχή τσιγάρων σε οποιοδήποτε μέρος με το οποίο έρχεται σε επαφή: το σπίτι του, ο χώρος εργασίας του, το αυτοκίνητό του, τα ρούχα του κτλ.
- Ο συνδυασμός χρήσης τσιγάρου με καφέ ή αλκοόλ. Διαχείριση: να κρατά κάτι άλλο έναντι του τσιγάρου στο χέρι του παράλληλα με την κατανάλωση καφέ ή αλκοόλ όπως μια μπάλα αντι-στρες.
- Η συνεύρεση με άλλους γνωστούς του καπνιστές σε φιλικές συγκεντρώσεις.

Οι πρόσφατες μελέτες συνεχίζουν να επιβεβαιώνουν την αξία της, ακόμα και σε ειδικές πληθυσμιακές ομάδες, όπως καπνιστές χαμηλού κοινωνικοοικονομικού επιπέδου και έγκυες γυναίκες⁴. Οι βασικές τεχνικές της ΓΣΘ (διαχείριση επιθυμίας, δεξιότητες άρνησης, γνωσιακή αναδόμηση) στοχεύουν σε βαθύτερα αίτια της εξάρτησης, γι' αυτό και όταν προστίθεται ΓΣΘ στη φαρμακευτική αγωγή, τα ποσοστά επιτυχίας βελτιώνονται σημαντικά¹. Μπορεί να εφαρμοστεί ατομικά, ως αυτοβοήθεια, ή σε ομάδες και σε διάφορες μορφές (π.χ. αυτοπροσώπως, διαδικτυακά, μέσω εφαρμογών κ.α.) και αποτελεί τη βάση για πολλά σύγχρονα προγράμματα διακοπής, όπως η Θεραπεία Αποδοχής και Δέσμευσης (ΘΑΔ) για την ενίσχυση των αποτελεσμάτων.

Συμπερασματικά

- Στις παρεμβάσεις ψυχολογικής υποστήριξης για τη διακοπή καπνίσματος υποστηρίζεται η γνωσιακή συμπεριφορική θεραπεία.
- Η γνωσιοσυμπεριφορική θεραπεία στηρίζεται στο μοντέλο ότι η νοητική αναπαράσταση του εξωτερικού κόσμου, στο πως δηλαδή το άτομο αντιλαμβάνεται τις καταστάσεις γύρω του ασκεί καθοριστικό ρόλο στο πως το άτομο ανταποκρίνεται συναισθηματικά και συμπεριφορικά σε αυτές τις καταστάσεις.
- Η γνωσιο-συμπεριφορική θεραπεία είναι δομημένη και κατευθυνόμενη και επικεντρώνεται στο πρόβλημα στο εδώ και τώρα.
- Η γνωσιο-συμπεριφορική θεραπεία αναγνωρίζει σκέψεις που παρεμποδίζουν την επίλυση του προβλήματος και προχωρά στην τροποποίηση και αντικατάσταση των σκέψεων αυτών.
- Στη γνωσιο-συμπεριφορική θεραπεία «SMART» ορίζονται θεραπευτικοί στόχοι από κοινού με τον ασθενή.
- Η γνωσιο-συμπεριφορική θεραπεία καθοδηγείται από το σχεδιασμό θεραπευτικού πλάνου ο οποίος αποτελεί προϊόν συνεργασίας θεραπευτή-θεραπευόμενου.

Θεραπεία Αποδοχής και Δέσμευσης (στα αγγλικά Acceptance and Commitment Therapy, ACT)

Η Θεραπεία Αποδοχής και Δέσμευσης⁵ (ΘΑΔ) αποτελεί μια γνωσιακή-συμπεριφορική προσέγγιση τρίτου κύματος⁶ που εστιάζει στις ατομικές διαδικασίες που συμβάλλουν στα προβλήματα ψυχικής υγείας ενός ατόμου (process-based approach)⁷. Σε αντίθεση με άλλες θεραπευτικές προσεγγίσεις, η ΘΑΔ απορρίπτει την έννοια της «υγιούς κανονικότητας»⁸ και αναγνωρίζει ότι το να αντιμετωπίζεις δυσκολίες είναι μέρος της ζωής⁹. Ως εκ τούτου, η ΘΑΔ εστιάζει στην ενίσχυση της Ψυχολογικής Ευελιξίας¹⁰, μια διαδικασία που περιλαμβάνει ένα σύνολο διαπροσωπικών και ενδοπροσωπικών δεξιοτήτων¹¹. Η ψυχολογική ευελιξία είναι η ικανότητα να είναι κανείς συνδεδεμένος με την παρούσα στιγμή, αναγνωρίζοντας σκέψεις και συναισθήματα χωρίς να προσπαθεί να τα αλλάξει ή να επιτρέψει να επηρεάζουν αρνητικά τη συμπεριφορά

του (π.χ. να επιλέγει να μην καπνίσει και να χρησιμοποιήσει αξιακά καθοδηγούμενες συμπεριφορές και τεχνικές στην παρουσία έντονων επιθυμιών για κάπνισμα)^{12,13}. Το αντίστροφο της Ψυχολογικής Ευελιξίας είναι η Ψυχολογική Ακαμψία που θεωρείται ότι παίζει βασικό ρόλο στην ανάπτυξη και διατήρηση της ψυχοπαθολογίας¹⁴ συμπεριλαμβανομένου του καπνίσματος και άλλων εθιστικών συμπεριφορών, και περιλαμβάνει συμπεριφορά που καθοδηγείται από εσωτερικές εμπειρίες (δηλ. σκέψεις, συναισθήματα, μνήμες, εικόνες, σωματικές αισθήσεις) με κόστος στη λειτουργικότητα του ατόμου¹².

Με βάση τη ΘΑΔ, υπάρχουν 6 βασικές διαδικασίες που συμβάλουν στην Ψυχολογική Ακαμψία: 1) Η εμπειρική αποφυγή, 2) Η γνωστική σύγκλιση, 3) Η επικράτηση του παρελθόντος και φόβος για το μέλλον, 4) Προσκόλληση με ένα εννοιολογικό εαυτό / Φτωχή γνώση του εαυτού, 5) Έλλειψη επαφής με τις Αξίες, και 6) Μη λειτουργικές δράσεις, παρορμητικότητα, συνεχιζόμενη αποφυγή.

Η εμπειρική αποφυγή αναφέρεται σε μια στάση απροθυμίας βίωσης εσωτερικών εμπειριών⁶. Αν και αποτελεί εξελκτικά χρήσιμη λειτουργία που επιτρέπει τη διαχείριση περιβαλλοντικών προκλήσεων¹⁵ καθίσταται δυσλειτουργική όταν χρησιμοποιείται ως βασική στρατηγική ανεξαρτήτως πλαισίου¹⁴. Στο κάπνισμα, η χρήση συχνά λειτουργεί ως μέσο αποφυγής δυσάρεστων σκέψεων, συναισθημάτων ή σωματικών αισθήσεων, παρέχοντας βραχυπρόθεσμη ανακούφιση¹³. Αντίθετα, η εμπειρική αποδοχή αφορά μια ανοιχτή και μη επικριτική στάση απέναντι στις εσωτερικές εμπειρίες¹⁶. Η ΘΑΔ στοχεύει στη διευκόλυνση της επαφής με αυτές τις εμπειρίες, προωθώντας ευέλικτες και λειτουργικές αντιδράσεις^{13,17} μέσω μεταφορών και βιωματικών ασκήσεων¹⁴.

Η γνωστική σύγκλιση περιγράφει τη διαδικασία κατά την οποία οι σκέψεις καθοδηγούν άμεσα τη συμπεριφορά¹⁸, όπως η πεποίθηση ότι το κάπνισμα μειώνει τη δυσφορία¹³. Αντίθετα, η γνωστική αποκόλληση ενθαρρύνει την παρατήρηση των σκέψεων ως νοητικά γεγονότα και όχι ως αλήθειες που απαιτούν δράση¹⁹, ενισχύοντας την ελευθερία επιλογής συμπεριφοράς²⁰. Η εστίαση στο παρελθόν ή το μέλλον σχετίζεται με αποφυγή και σύγκλιση²¹, ενώ η επαφή με την παρούσα στιγμή αφορά στη μη επικριτική επίγνωση της εμπειρίας στο «εδώ και τώρα»²², καλλιεργούμενη μέσω ενσυνειδητότητας²³ και υποστηρίζοντας τις δεξιότητες αποδοχής και αποκόλλησης²⁴.

Η προσκόλληση στον εννοιολογικό εαυτό οδηγεί σε ταύτιση με αρνητικές αυτο-αξιολογήσεις (π.χ. «είμαι εξαρτημένος»)²⁵, ενώ ο εαυτός ως πλαίσιο επιτρέπει την αποστασιοποίηση από αυτές, ενισχύοντας τη συμπόνια προς τον εαυτό^{19,24}. Οι αξίες αποτελούν επιλεγμένες κατευθύνσεις ζωής που δίνουν νόημα στη συμπεριφορά^{6,26}. Η έλλειψη σαφήνειας αξιών οδηγεί σε άκαμπτη ή ασυνεπή δράση¹³ ενώ η ΘΑΔ προωθεί τη δεσμευμένη δράση, δηλαδή τη συνεπή συμπεριφορά σύμφωνα με τις αξίες, παρά τις δυσκολίες²⁷. Στο κάπνισμα, αυτό σημαίνει μετατόπιση από συμπεριφορές που εξυπηρετούν τον εθισμό προς ενέργειες που ενισχύουν μια ουσιαστική ζωή¹³.

Τεχνικές ΘΑΔ για διακοπή καπνίσματος

Η εφαρμογή της ΘΑΔ στη διακοπή καπνίσματος, όπως περιγράφεται από τους Karekla και Kelly²⁴, εστιάζει όχι στην εξάλειψη των επιθυμιών για κάπνισμα, αλλά στη μεταβολή της λειτουργίας τους, ώστε να μην καθοδηγούν αυτόματα τη συμπεριφορά. Στο πλαίσιο αυτό, η θεραπευτική παρέμβαση στοχεύει στην ενίσχυση της ψυχολογικής ευελιξίας, βοηθώντας το άτομο να σχετίζεται διαφορετικά με τις εσωτερικές του εμπειρίες και να προσανατολίζεται προς συμπεριφορές συμβατές με τις αξίες του, ακόμη και παρουσία επιθυμίας (craving).

Συγκεκριμένα, αξιοποιούνται τεχνικές που στοχεύουν στους βασικούς μηχανισμούς διατήρησης του καπνίσματος. Αρχικά, τεχνικές που σχετίζονται με τη δημιουργική απελπισία και τη μείωση της εμπειρικής αποφυγής βοηθούν το άτομο να αναγνωρίσει ότι η χρήση καπνού ως στρατηγική ελέγχου σκέψεων και συναισθημάτων δεν είναι τελικά αποτελεσματική. Για παράδειγμα, η μεταφορά «Πεινασμένο Τιγράκι»²⁸ αναδεικνύει πώς η συνεχής ενίσχυση της επιθυμίας (craving) συντηρεί τον κύκλο της εξάρτησης.

Στη συνέχεια, τεχνικές αποδοχής και γνωστικής αποκόλλησης ενισχύουν την ικανότητα του ατόμου να παρατηρεί τις σκέψεις, τα συναισθήματα και τις παρορμήσεις ως παροδικές εμπειρίες, χωρίς να οδηγείται αυτόματα στη χρήση. Μεταφορές όπως οι «Επιβάτες στο Λεωφορείο»⁵ συμβάλλουν στη δημιουργία απόστασης από τις σκέψεις και στη μείωση της επιρροής τους στη συμπεριφορά.

Τέλος, τεχνικές αποσαφήνισης αξιών και δεσμευμένης δράσης βοηθούν το άτομο να συνδέσει τη διακοπή του καπνίσματος με μια ευρύτερη κατεύθυνση ζωής. Ασκήσεις όπως το «Παιχνίδι της Ζωής»²⁴ και μεταφορές όπως η «Πυξίδα»⁵ ενισχύουν τη δέσμευση σε επιλογές που ευθυγραμμίζονται με τις αξίες του, ακόμη και όταν οι επιθυμίες παραμένουν παρόν, αυξάνοντας έτσι την πιθανότητα βιώσιμης αλλαγής συμπεριφοράς²⁴.

Αποτελεσματικότητα ΘΑΔ

Πρόσφατες μελέτες υποστηρίζουν τη βιωσιμότητα και την αποτελεσματικότητά της ΘΑΔ σε σύγκριση τόσο με τη μονοθεραπεία με φαρμακευτική αγωγή όσο και με τις παραδοσιακές συμπεριφορικές και γνωσιο-συμπεριφορικές θεραπείες^{29,30}. Η ΘΑΔ έχει συσχετιστεί με μειωμένα ποσοστά εγκατάλειψης της θεραπείας³¹ και έχει δείξει ανώτερα αποτελέσματα σε σύγκριση με τη θεραπεία ως συνήθως³², καθώς και ισοδύναμα αποτελέσματα σε σύγκριση με άλλες ενεργές θεραπείες³³. Επιπρόσθετα, η ΘΑΔ παρουσιάζεται αποτελεσματική ακόμη και σε πληθυσμούς που θεωρούνται ανθεκτικοί στη θεραπεία³⁴ καθώς επίσης συμβάλει στη διατήρηση της αποχής από ουσίες³⁵. Επιπλέον, η ΘΑΔ έχει δοκιμαστεί με επιτυχία όχι μόνο σε παραδοσιακά κλινικά περιβάλλοντα αλλά και μέσω ψηφιακών πλατφορμών^{29,30}, διευρύνοντας την προσβασιμότητα και υποστηρίζοντας άτομα που αποτύχαν να διακόψουν με χρήση άλλων θεραπειών

Ψηφιακές Παρεμβάσεις

Οι ψηφιακές παρεμβάσεις για τη διακοπή του καπνίσματος έχουν γνωρίσει τεράστια ανάπτυξη, αξιοποιώντας την εκτεταμένη χρήση των κινητών και του διαδικτύου. Παράλληλα, κατά την πανδημία COVID-19, η χρήση ψηφιακής υποστήριξης αυξήθηκε περαιτέρω λόγω περιορισμών στις δια ζώσης υπηρεσίες, ενισχύοντας τη σημασία των ψηφιακών λύσεων³⁶. Αυτές περιλαμβάνουν προγράμματα αποστολής SMS, εφαρμογές κινητών τηλεφώνων, διαδικτυακά εργαλεία, ομάδες υποστήριξης μέσω κοινωνικών δικτύων και άλλες μορφές mHealth/eHealth. Οι παρεμβάσεις αυτές συνήθως έχουν θεωρητική βάση, και μεταδίδουν το περιεχόμενο ψηφιακά (π.χ., καθημερινά αυτοματοποιημένα μηνύματα υποστήριξης, δυνατότητα παρακολούθησης της προόδου μέσω εφαρμογών, εικονικοί καθοδηγητές ή chatbots). Πλεονεκτήματα των ψηφιακών παρεμβάσεων είναι η ευρεία προσβασιμότητα, το χαμηλό κόστος και η 24/7 υποστήριξη, γεγονός που τις καθιστά ιδιαίτερα ελκυστικές για εφήβους και νέους ενήλικες^{29,38}.

Το διαδικτυακό πρόγραμμα FlexiQuit αποτελεί από παράδειγμα ψηφιακής παρέμβασης για την διακοπή του καπνίσματος σε εφήβους και νεαρούς ενήλικες. Το πρόγραμμα αναπτύχθηκε με στόχο την ενίσχυση της κινητοποίησης για διακοπή του καπνίσματος μέσω αρχών παιχνιδοποίησης (gamification) και avatars (ψηφιακοί καθοδηγητές) που αντιπροσωπεύουν την ομάδα-στόχο των χρηστών²⁹. Η προσέγγιση αυτή στοχεύει στην αύξηση της εμπλοκής, καθιστώντας την εμπειρία ευχάριστη και ενθαρρύνοντας την αλλαγή συμπεριφοράς βάση των αρχών της ΘΑΔ, μέσω προσωπικών αφηγήσεων επιτυχούς διακοπής και παρακινητικών υπενθυμίσεων εντός και εκτός προγράμματος. Σε πιλοτική τυχαίοποιημένη μελέτη στην Κύπρο, το FlexiQuit πέτυχε ποσοστό διακοπής 29% έναντι 11% στην ομάδα αναμονής (με τις πιο αυστηρές διαδικασίες αξιολόγησης και ανάλυσης), με διατήρηση των αποτελεσμάτων στους 6 μήνες²⁹. Σημαντικές μειώσεις παρατηρήθηκαν επίσης στον αριθμό τσιγάρων και στο επίπεδο εξάρτησης από τη νικοτίνη, ενώ το 65% των συμμετεχόντων βρισκόταν σε αρχικά στάδια ετοιμότητας για διακοπή. Το πρόγραμμα προσαρμόστηκε με επιτυχία για νεαρούς LGBTQ+ χρήστες καπνού στις ΗΠΑ^{38,39} και για κοινωνικά μειονεκτούντες βετεράνους⁴⁰, δείχνοντας παρόμοια ενθαρρυντικά αποτελέσματα. Τώρα δοκιμάζεται και για την αποτελεσματικότητα του ως προς το άτμισμα και χρήση άλλων μορφών νικοτίνης και καπνού.

Συνέντευξη Κινητοποίησης (Motivational Interviewing, MI)

Το Motivational Interviewing (MI), ή «Συνέντευξη Κινητοποίησης», είναι μία πελατοκεντρική και κατευθυνόμενη συμβουλευτική προσέγγιση που αποσκοπεί στην ενίσχυση της εσωτερικής παρακίνησης για αλλαγή συμπεριφοράς, μέσα από την εξερεύνηση και επίλυση της αμφιθυμίας⁴¹. Στο πλαίσιο της διακοπής καπνίσματος, το MI επικεντρώνεται στην ανάδειξη των προσωπικών λόγων που έχει ο καπνιστής για να διακόψει, αντί να του επιβάλλει εξωτερικά κίνητρα. Μελέτες έχουν δείξει ότι το MI βελτιώνει σημαντικά τα ποσοστά διακοπής⁴². Αξιοσημείωτο είναι ότι το MI φαίνεται ιδιαίτερα αποτελεσματικό σε πληθυσμούς που είναι πιο διστακτικοί να διακόψουν, όπως οι έφηβοι και οι καπνιστές χαμηλού κοινωνικοοικονομικού επιπέδου^{43,44}. Επιπλέον, το MI συχνά συνδυάζεται με τεχνικές γνωστικο-συμπεριφορικής θεραπείας (ΓΣΘ) για μέγιστο αποτέλεσμα, με μελέτες να δείχνουν ότι ο συνδυασμός αυτός υπερτερεί σε σχέση με κάθε τεχνική μόνη της⁴².

Η συνέντευξη κινητοποίησης αναπτύχθηκε από τους Miller και Rollnick (1991) και περιγράφει πως το άτομο μπορεί να καθοδηγηθεί στο να αναπτύξει και να ενισχύσει το ίδιο τα κίνητρα για επίτευξη θετικής αλλαγής συμπεριφοράς. Εστιάζει στις δυνατότητες και ικανότητες του ασθενή παρά στα αδύνατα σημεία του, στον σεβασμό στην αυτονομία και τις αποφάσεις του ασθενή, στη δημιουργία σχέσης εμπιστοσύνης και ασφάλειας καθώς και στην ενσυναίσθηση με σκοπό να καθοδηγηθεί το άτομο σε πράξεις αλλαγής. Μέσα από την προσέγγιση αυτή παρέχονται πληροφορίες με σκοπό να προκαλέσουν ενδιαφέρον για αλλαγή. Προτείνεται ειδικά σε περιπτώσεις όπου ο/η χρήστης παρουσιάζει έλλειψη κινητοποίησης για διακοπή και αμφιθυμία. Η αμφιθυμία παίζει πολύ σημαντικό ρόλο στην κινητοποίηση του ατόμου για αλλαγή. Τα άτομα παρόλο που μπορεί να γνωρίζουν τις αρνητικές επιδράσεις της συμπεριφοράς του καπνίσματος, συνεχίζουν να καπνίζουν. Μπορεί επίσης να επιθυμούν να διακόψουν τη συμπεριφορά του καπνίσματος όμως την ίδια ακριβώς στιγμή δε θέλουν. Η αμφιθυμία είναι φυσιολογική αντίδραση και πολύτιμη ώστε να αξιοποιηθεί το θυμικό αλλά και οι δυνατότητες και ικανότητες του ασθενή ώστε με κατευθυνόμενες προσπάθειες από την πλευρά του να επέλθει η αλλαγή της συμπεριφοράς του καπνίσματος. Συχνά η αμφιθυμία του πελάτη αποτελεί το μεγαλύτερο εμπόδιο για την επίτευξη αλλαγής αλλά και το γεγονός ότι μπορεί να μην παρουσιάζει ισχυρά κίνητρα για αλλαγή να είναι αποτέλεσμα της αμφιθυμίας του (1991). Με απλά λόγια, η ίδια η αμφιθυμία του ασθενή ως προς το να πάρει μια συνειδητή απόφαση απέναντι στο κάπνισμα μπορεί να αξιοποιηθεί ως μια ευκαιρία για επίτευξη κάποιας αλλαγής.

Έρευνες βρήκαν ότι σε σύγκριση με τη συνήθεις φροντίδα για διακοπή, η χρήση της συνέντευξης κινητοποίησης αυξάνει τα ποσοστά διακοπής κατά 30%⁴⁵. Πολλαπλές συναντήσεις έναντι μίας μόνο βρέθηκαν να είναι πιο αποτελεσματικές όμως δεν είναι ξεκάθαρος ο ακριβής αριθμός αφού το κάθε άτομο είναι διαφορετικό και έχει διαφορετικές ανάγκες οι οποίες χρειάζονται να συσπολογίζονται. Γενικά αυτή η προσέγγιση θεωρείται ότι υποβοηθά και κρίνεται να έχει μέτριο επίπεδο αποδεικτικών στοιχείων.

Οι γενικές αρχές της Συνέντευξης Κινητοποίησης

1. Έκφραση ενσυναίσθησης

Χαρακτηρίζεται από μια στάση αποδοχής και σεβασμού προς τον/την ασθενή και τις απόψεις του. Ο/η επαγγελματίας υγείας δείχνει ενεργό ενδιαφέρον να κατανοήσει τον/την ασθενή μέσα από αντανάκλαστική ακρόαση ώστε να δημιουργηθεί ένα κλίμα υποστήριξης και ασφάλειας. Σημαντικό ότι ο/η επαγγελματίας βλέπει τον εαυτό του ως ίσο προς το άλλο άτομο.

2. Επισήμανση ασυμφωνιών

Αφορά στο να καταφέρει ο/η ασθενής να αντιληφθεί την απόκλιση μεταξύ της συμπεριφοράς του καπνίσματος και των στόχων και αξιών του για να ξεκινήσει να αναγνωρίζει τη βλαπτική επίδραση της συμπεριφοράς του καπνίσματος στη ζωή του. Στόχος είναι η συνειδητοποίηση αυτή να λειτουργήσει ως κίνητρο για την αλλαγή της συμπεριφοράς. Ο/η επαγγελματίας υγείας στοχεύει στην πρόκληση των ίδιων των σκέψεων και ιδεών του ατόμου γύρω από την καπνική του συμπεριφορά και πως να την αλλάξει.

3. Συμπόρευση με την αντίσταση

Ο/η επαγγελματίας υγείας δεν αντιτίθεται στην αντίσταση του ασθενή επειδή τότε απλά την ενισχύει. Αντιμετωπίζει αυτή την αντίσταση ως φυσιολογική, την αποδέχεται και συμπορεύεται με αυτήν αναγνωρίζοντας ότι μπορεί να είναι αγχωτικό και τρομακτικό για τον ασθενή να αντιμετωπίσει την πραγματικότητά του. Ερωτήσεις όπως «Τι θα χρειαζόταν για να αυξήσετε περαιτέρω τις πιθανότητες σας για αλλαγή» προκαλεί ομιλία γύρω από αλλαγή η οποία μπορεί να κινητοποιήσει το άτομο να κάνει την επιθυμητή προσπάθεια για διακοπή.

4. Ενίσχυση της αυτό-αποτελεσματικότητας του ασθενούς

Ο/η επαγγελματίας υγείας δείχνει σεβασμό στην αυτονομία του/της ασθενούς και στο δικαίωμα και ικανότητα του να λαμβάνει αποφάσεις. Επίσης υποστηρίζει και ενισχύει τον/την ασθενή να πιστέψει στις ικανότητές του/της ώστε να αντιμετωπίσει τα εμπόδια στην προσπάθεια αλλαγής

Οι Miller & Rollnick (1991) προτείνουν τις ακόλουθες στρατηγικές αναφορικά με την προσέγγιση του ασθενή:

- Ζητώντας άδεια

Είναι σημαντικό να ζητείται άδεια από τον/την ασθενή για να γίνει η συζήτηση σχετικά με το κάπνισμα/ άτμισμα, αφού για πολλά άτομα μπορεί να θεωρηθεί προσβλητικό ή ότι υπερβαίνουν όρια αν δεν τους ζητηθεί πρώτα η άδεια για την ακόλουθη συζήτηση.

- Ανοιχτές ερωτήσεις

Οι ανοιχτές ερωτήσεις παρέχουν τη δυνατότητα στον ασθενή να σκεφτεί και να εκφραστεί περισσότερο. Παραδείγματα: «Πείτε μου για τη χρήση νικοτίνης που κάνετε». «Τι σας ευχαριστεί στη χρήση που κάνετε;», «Τι σας προβληματίζει στη χρήση που κάνετε;».

- Ανακλαστική ακρόαση

Στόχος είναι να περάσει στον ασθενή το μήνυμα ότι ο σύμβουλος τον ακούει προσεκτικά και ότι σέβεται και αποδέχεται τις απόψεις του χωρίς να χρειάζεται να τις συμμαχτεί ο ίδιος, μέσα από εκφράσεις του προσώπου και κινήσεις του σώματος και με σύντομα σχόλια.

- Επιβεβαίωση

Αναφορές κατανόησης από την πλευρά του συμβούλου είναι αποτελεσματικές για τη διαμόρφωση κλίματος εμπιστοσύνης αλλά και ενθάρρυνσης ώστε ο ασθενής να πιστέψει στον εαυτό του και στην ικανότητά του για αλλαγή. Παραδείγματα: «Καταλαβαίνω γιατί έχετε ανάγκη από κάτι να σας ηρεμήσει, θέλετε να ξεφύγετε έστω για λίγο από όλα αυτά που σας δυσκολεύουν» , «Θα πρέπει να ήταν πολύ δύσκολο για σας όλο αυτό που περάσατε».

- Πρόκληση δηλώσεων προσωπικής κινητοποίησης (change talk).

Ο/η επαγγελματίας υγείας “παίρνει” φράσεις του ασθενούς - δηλώσεις προσωπικής κινητοποίησης («Νιώθω απελπισμένος», «Είναι πράγματι σοβαρή η χρήση μου») - για να εκμαιεύσει τα κίνητρα αλλαγής από τον ίδιο τον/την ασθενή. Παραδείγματα: «Σε τι θα σας ωφελούσε, η απόφαση να διακόψετε το κάπνισμα;», Τι σας κάνει να πιστεύετε ότι ήρθε η ώρα να διακόψετε το κάπνισμα;», «Τι σας κάνει να πιστεύετε ότι πρέπει να συνεχίσετε να καπνίζετε;».

- Περίληψη

Αποδεικνύει στον ασθενή ότι ο/η επαγγελματίας υγείας τον/την παρακολουθεί με προσοχή, του/της υπενθυμίζει τι έχει πει και τον/την προετοιμάζει να προχωρήσει παρακάτω τη συζήτηση.

Παράδειγμα: «Ανησυχείτε ότι το κάπνισμα ενισχύει τα αναπνευστικά σας προβλήματα όπως σας τόνισε και ο γιατρός σας, λέτε ότι η οικογένειά σας ανησυχεί πολύ για την ποσότητα τσιγάρων που καπνίζετε καθημερινά και στενοχωριέστε και εσείς γι'αυτό, όμως παράλληλα θεωρείτε ότι το ελέγχετε και πιστεύετε ότι μπορείτε να το διακόψετε όποτε το αποφασίσετε και δε ξέρετε αν θέλετε να το αποφασίσετε. Ακούγεται αρκετή σύγχυση εδώ πέρα».

Ταχεία εμπλοκή (Rapid Engagement).

Η ταχεία εμπλοκή είναι μια συντομευμένη και απλοποιημένη έκδοση της Συνέντευξης Κινητοποίησης που έχει σχεδιαστεί για χρήση σε ένα πολυάσχολο ιατρείο. Η ταχεία εμπλοκή χρησιμοποιεί απλές ερωτήσεις όπως: «Πόσο σημαντικό είναι για εσάς να κόψετε το κάπνισμα σε μια κλίμακα από το 0 έως το 10 (0 = καθόλου σημαντικό και 10 = πολύ σημαντικό);» Η απάντηση κατευθύνει την επακόλουθη συζήτηση. Ο/η επαγγελματίας υγείας μπορεί να συνεχίσει «προκαλώντας» τον ασθενή λέγοντας: «Θα πίστευα ότι θα έβαζες έναν χαμηλότερο αριθμό.» Αυτό συχνά οδηγεί σε μια συζήτηση όπου ο/η ασθενής προσπαθεί να πείσει τον/την επαγγελματία υγείας ότι η υπόδειξη είναι λανθασμένη και έτσι μέσω αυτής της συζήτησης επιτυγχάνονται οι στόχοι της κινητοποίησης.

Συμπερασματικά

- Η Συνέντευξη Κινητοποίησης αξιολογεί τις αντιστάσεις του/της ασθενούς ως προς την επίτευξη αλλαγής της συμπεριφοράς καπνίσματος/ατμίσματος. Στόχος είναι η απόφαση και πράξη για διακοπή μέσω ανεύρεσης κινήτρων.
- Η τεχνική της συνέντευξης κινητοποίησης έχει στόχο την επίλυση της συγκρουσιακής αμφιθυμίας ως προς την αλλαγή της συμπεριφοράς. Η θεωρία των σταδίων αλλαγής του Διαθεωρητικού Μοντέλου Σταδίων Αλλαγής αποτελεί έναν βασικό οδηγό βημάτων ως προς την επίτευξη της αλλαγής. Το κάθε στάδιο έχει τους δικούς του στόχους και στρατηγικές για επίτευξη των στόχων αυτών.
- Ανεξαρτήτως του επιπέδου ετοιμότητας ή αντίστασης του/της ασθενούς, ο/η επαγγελματίας υγείας ακούει προσεκτικά τον/την ασθενή επιδεικνύοντας κατανόηση, εντοπίζοντας και αξιοποιώντας τις ικανότητες και δυνατότητες του ατόμου ώστε να βρει τα δικά του/της κίνητρα για αλλαγή της συμπεριφοράς.

Ομαδική Θεραπεία

Η ομαδική θεραπεία για διακοπή καπνίσματος περιλαμβάνει τη συμμετοχή καπνιστών σε τακτικές συναντήσεις (συνήα εβδομαδιαίες) υπό την καθοδήγηση εκπαιδευμένου συντονιστή. Οι συνεδρίες βασίζονται σε τεχνικές της ΓΣΘ όπως: α) εκπαίδευση για τον εθισμό στη νικοτίνη, β) καθορισμό ημερομηνίας διακοπής, γ) ανάπτυξη δεξιοτήτων διαχείρισης επιθυμίας, και δ) πρόληψη υποτροπών. Ένα βασικό στοιχείο της ομαδικής θεραπείας είναι η κοινωνική υποστήριξη, καθώς τα μέλη μοιράζονται εμπειρίες, ενθαρρύνουν ο ένας τον άλλον και δημιουργούν αίσθηση κοινού αγώνα («δεν είμαι μόνος σε αυτό»). Τα ευρέως διαδεδομένα ομαδικά μοντέλα συνήαως αποτελούνται από 5-10 συνεδρίες σε μια περίοδο θεραπείας δύο έως τριών μηνών.

Έρευνες δείχνουν ότι η ομαδική θεραπεία είναι πιο αποτελεσματική από την αυτοβοήθεια ή την ελάχιστη υποστήριξη, καθώς μελέτες υποστηρίζουν πως η συμμετοχή σε ομάδες αυξάνει τις πιθανότητες διακοπής κατά 50-130% σε σύγκριση με έντυπο υλικό ή ελάχιστη παρέμβαση⁴⁶. Δεν διαφαίνεται να παρουσιάζει καλύτερα αποτελέσματα από την ατομική θεραπεία ίδιας διάρκειας⁴⁶. Κριτήρια αποκλεισμού για ομαδική θεραπεία περιλαμβάνουν παρουσία σοβαρών ψυχολογικών δυσκολιών (π.χ. διαταραχές προσωπικότητας, κοινωνική φοβία, έντονες χειριστικές συμπεριφορές, σχιζοφρενική συμπεριφορά, ή πολυεξαρτήσεις).

Μείωση καπνίσματος

Αν το άτομο δεν είναι διατεθειμένο ακόμη να σταματήσει το κάπνισμα, μπορεί να ενθαρρυνθεί αρχικά να μειώσει την καθημερινή χρήση σε όσα λιγότερα τσιγάρα γίνεται. Θα ήταν καλό το άτομο να ερωτάται συχνά σχετικά με την ετοιμότητα για διακοπή και να εφαρμόζεται πρακτικές όπως αυτές που αναφέρθηκαν προηγουμένως. Εντούτοις είναι σημαντικό να αναγνωριστεί ότι η μείωση του καπνίσματος δεν είναι γενικά καλή πρακτική αφού συνεχίζεται ο εθισμός στη νικοτίνη και η χρήση και πολύ εύκολα το άτομο μπορεί να επιστρέψει σε μεγαλύτερη και συχνότερη χρήση. Στόχος είναι να βοηθηθεί το άτομο για να επιτευχθεί η πλήρης διακοπή.

Άλλες εναλλακτικές θεραπείες διακοπής του καπνίσματος.

Παρεμβάσεις με συμπερίληψη συντρόφου: Οι μετά-αναλυτικές μελέτες ερευνών για παρεμβάσεις με συμπερίληψη συντρόφου στη θεραπευτική διαδικασία δεν έχουν δείξει ξεκάθαρα οφέλη. Χρειάζονται περισσότερες μελέτες για να μπορεί να αξιολογηθούν τα όποια οφέλη⁴⁷.

Οικονομικά οφέλη: Οικονομικά οφέλη μπορεί να ενισχύσουν την προσπάθεια για διακοπή και έρευνες στηρίζουν ότι αυτά μπορεί να αυξήσουν τα ποσοστά διακοπής όσο ισχύουν, εντούτοις η μακροπρόθεσμη αποτελεσματικότητα τους δεν έχει διαφανεί⁴⁸.

Παρεμβάσεις που βασίζονται στην σωματική άσκηση: Ανασκόπηση δοκιμών τέτοιων παρεμβάσεων παρουσιάζει ότι μόνο μία εκ των ερευνών έδειξε θετική επίδραση της άσκησης. Οι άλλες μελέτες παρουσίαζαν μεθοδολογικά ελλείμματα έτσι χρειάζεται περισσότερη έρευνα σχετικά με τη σχέση της σωματικής άσκησης στη διακοπή του καπνίσματος⁴⁹.

Υπνοθεραπεία: Μια ανασκόπηση 11 τυχαιοποιημένων ελεγχόμενων μελετών που εξέτασαν την αποτελεσματικότητα της υπνοθεραπείας ως μέσο υποστήριξης για τη διακοπή του καπνίσματος έδειξε αντικρουόμενα αποτελέσματα και δεν βρήκε επαρκείς αποδείξεις ότι η υπνοθεραπεία μπορεί να είναι εξίσου αποτελεσματική με τη γνωστικό-συμπεριφορική παρέμβαση⁵⁰.

Βελονισμός, Θεραπεία με λέιζερ, Ηλεκτροδιέγερση: Ανασκόπηση 38 τυχαιοποιημένων δοκιμών για την αποτελεσματικότητα τέτοιων προσεγγίσεων δεν βρήκε ξεκάθαρα θετικά αποτελέσματα για τη χρήση τους για διακοπή του καπνίσματος⁵¹. Περαιτέρω έρευνα χρειάζεται όμως και σε αυτό τον τομέα.

Μέθοδοι αποστροφής: Μέθοδοι οι οποίες προσπαθούν να αποστρέψουν το άτομο από το κάπνισμα όπως γρήγορο κάπνισμα πολλών τσιγάρων, δεν έχουν αποδείξει αποτελεσματικότητα⁵².

Συμπερασματικά

- Η αποτελεσματικότητα των μη συμβατικών θεραπειών, όπως η ύπνωση, ο βελονισμός, κτλ, δεν έχει αποδειχθεί επαρκώς και τέτοιες θεραπείες δεν συνιστώνται από τους ειδικούς.
- Καθώς η ασφάλεια τέτοιων διαδικασιών είναι γενικά καλή, εάν ένας ασθενής ζητήσει μια τέτοια μη συμβατική θεραπεία, ο/η επαγγελματίας υγείας μπορεί να την αποθαρρύνει, αλλά συνιστάται να μην την απαγορεύσει, λόγω του κινδύνου ο/η καπνιστής να απαρνηθεί τη συμβατική ιατρική.
- Ένας συνδυασμός συμβατικής και μη συμβατικής ιατρικής είναι στις περισσότερες περιπτώσεις καλύτερος από τη χρήση μόνο μη συμβατικής ιατρικής.

Βιβλιογραφία

1. Lancaster T, Stead LF. Individual behavioural counselling for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2017, Issue 3. Art. No.: CD001292. DOI: 10.1002/14651858.CD001292.pub3
2. Nathan, P. E., & Gorman, J. M. (Eds.). (2015). *A guide to treatments that work*. Oxford University Press.
3. Marlatt GA, Donovan DM. *Relapse prevention: maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*: Guilford Press; 2005
4. Vinci C. (2020). *Cognitive Behavioral and Mindfulness-Based Interventions for Smoking Cessation: a Review of the Recent Literature*. *Current oncology reports*, 22(6), 58. <https://doi.org/10.1007/s11912-020-00915-w>
5. Hayes SC, Strosahl K, Wilson KG. *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press; 1999.
6. Hayes SC. *Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies*. *Behavior Therapy*. 2004;35(4):639-665. doi:10.1016/S0005-7894(04)80013-3
7. Ong CW, Ciarrochi J, Hofmann SG, Karekla M, Hayes SC. *Through the extended evolutionary meta-model, and what ACT found there: ACT as a process-based therapy*. *Journal of Contextual Behavioral Science*. 2024;32:100734. doi:10.1016/j.jcbs.2024.100734
8. Harris R. *Embracing your demons: an overview of acceptance and commitment therapy*. *Psychotherapy in Australia*. 2006;12(4):70-76. <https://search.informit.org/doi/10.3316/informit.545561433272993>
9. Eifert GH, Forsyth JP. *Acceptance & Commitment Therapy for Anxiety Disorders: A Practitioner's Treatment Guide to Using Mindfulness, Acceptance, and Values-Based Behavior Change Strategies*. 1. print. New Harbinger Publications; 2005.

10. Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG. *Acceptance and Commitment Therapy, Second Edition*. Guilford Press; 2011.
11. Gloster AT, Karekla M. A multilevel, multimethod approach to testing and refining intervention targets. In: Hayes SC, Hofmann SG, eds. *Beyond the DSM: Toward a Process-Based Alternative for Diagnosis and Mental Health Treatment*. Context Press/New Harbinger Publications; 2020:225-249.
12. Levin ME, MacLane C, Daflos S, et al. Examining psychological inflexibility as a transdiagnostic process across psychological disorders. *Journal of Contextual Behavioral Science*. 2014;3(3):155-163. doi:10.1016/j.jcbs.2014.06.003
13. Wilson KG, Schnetzer L, Flynn MK, Kurz AS. Treating substance abuse with acceptance and commitment therapy. In: Hayes SC, Levin ME, eds. *Acceptance, Mindfulness, Values, and Addictive Behaviors: Counseling with Contemporary Cognitive Behavioral Therapies*. New Harbinger; 2012:27-68.
14. Karekla M, Georgiou K. Functional Analysis Case Conceptualization and Acceptance and Commitment Therapy for the Treatment of Anxiety-Related and Rumination Problems. In: Charis C, Panayiotou G, eds. *Anxiety Disorders and Related Conditions*. Springer Nature Switzerland; 2024:1-20. doi:10.1007/978-3-031-56798-8_1
15. Dinis E, Carvalho A, Pinto Gouveia S, Estanqueiro J, Cátia. Shame Memories and Depression Symptoms: The Role of Cognitive Fusion and Experiential Avoidance. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*. 2015;15(1):63-86. <https://www.redalyc.org/pdf/560/56038720004.pdf>
16. Hayes SC, Luoma JB, Bond FW, Masuda A, Lillis J. *Acceptance and Commitment Therapy: Model, processes and outcomes*. *Behaviour Research and Therapy*. 2006;44(1):1-25. doi:10.1016/j.brat.2005.06.006
17. Wilson KG, Byrd MR. ACT for Substance Abuse and Dependence. In: Hayes SC, Strosahl KD, eds. *A Practical Guide to Acceptance and Commitment Therapy*. Springer US; 2004:153-184. doi:10.1007/978-0-387-23369-7_7
18. Ruiz FJ, Suárez-Falcón JC, Riaño-Hernández D, Gillanders D. Psychometric properties of the Cognitive Fusion Questionnaire in Colombia. *Revista Latinoamericana de Psicología*. 2017;49(1):80-87. doi:10.1016/j.rlp.2016.09.006
19. Twohig MP, Levin ME. Acceptance and Commitment Therapy as a Treatment for Anxiety and Depression. *Psychiatric Clinics of North America*. 2017;40(4):751-770. doi:10.1016/j.psc.2017.08.009
20. Luoma JB, Kohlenberg BS, Hayes SC, Fletcher L. Slow and steady wins the race: A randomized clinical trial of acceptance and commitment therapy targeting shame in substance use disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2012;80(1):43-53. doi:10.1037/a0026070
21. Zacharia M, Karekla M. The Acceptance and Commitment Therapy Perspective: Case Conceptualization and Treatment of Depression in Cancer. In: Charis C, Panayiotou G, eds. *Depression Conceptualization and Treatment*. Springer International Publishing; 2021:123-147. doi:10.1007
22. Sengeri M. Comparison of the Effects of Defusion and Contact with the Present Moment Activities on Inflexible Behavior in Youths with Autism Spectrum Disorder - ProQuest. www.proquest.com/978-3-030-68932-2_9
23. Hayes SC, Strosahl K, Wilson KG. *Acceptance and Commitment Therapy: The Process and Practice of Mindful Change*. Second edition, paperback edition. The Guilford Press; 2016.
24. Karekla M, Kelly MM. *Cravings and Addictions Free Yourself from the Struggle of Addictive Behavior with Acceptance and Commitment Therapy*. New Harbinger Publications; 2022.
25. Hayes SC, Levin ME, Plumb-Villardaga J, Villatte JL, Pistorello J. *Acceptance and Commitment Therapy and Contextual Behavioral Science: Examining the Progress of a Distinctive Model of Behavioral and Cognitive Therapy*. *Behavior Therapy*. 2013;44(2):180-198. doi:10.1016/j.beth.2009.08.002
26. Karekla M, Constantinou P, Ioannou M, Gloster AT, Kareklas I. The Phenomenon of Treatment Dropout, Reasons and Moderators in Acceptance and Commitment Therapy and Other Active Treatments: A Meta-Analytic Review. *CPE*. 2019;1(3):e33058. doi:10.32872/cpe.v1i3.33058
27. Moran DJ. Acceptance and Commitment Training in the workplace. *Current Opinion in Psychology*. 2015;2:26-31. doi:10.1016/j.copsyc.2014.12.031
28. Hayes SC, Wilson KG, Afari N, McCurry SM. *The Use of Acceptance and Commitment Therapy in the Treatment of Agoraphobia*.; 1990.
29. Karekla M, Savvides SN. Smoking cessation avatar-led Acceptance and Commitment Therapy digital intervention: feasibility and acceptability in young adults. *Translational Behavioral Medicine*. 2021;11(1):198-205. doi:10.1093/tbm/ibz128
30. Bricker JB, Mull KE, Kientz JA, et al. Randomized, controlled pilot trial of a smartphone app for smoking cessation using acceptance and commitment therapy. *Drug and Alcohol Dependence*. 2014;143:87-94. doi:10.1016/j.drugalcdep.2014.07.006
31. Karekla M, Constantinou P, Ioannou M, Gloster AT, Kareklas I. The Phenomenon of Treatment Dropout, Reasons and Moderators in Acceptance and Commitment Therapy and Other Active Treatments: A Meta-Analytic Review. *CPE*. 2019;1(3):e33058. doi:10.32872/cpe.v1i3.33058
32. A-Tjak JGL, Davis ML, Morina N, Powers MB, Smits JAJ, Emmelkamp PMG. A Meta-Analysis of the Efficacy of Acceptance and Commitment Therapy for Clinically Relevant Mental and Physical Health Problems. *Psychother Psychosom*. 2015;84(1):30-36. doi:10.1159/000365764
33. Byrne SP, Haber P, Baillie A, Costa DSJ, Fogliati V, Morley K. Systematic Reviews of Mindfulness and Acceptance and Commitment Therapy for Alcohol Use Disorder: Should we be using Third Wave Therapies? *Alcohol and Alcoholism*. 2019;54(2):159-166. doi:10.1093/alcalc/agy089
34. Gloster AT, Sonntag R, Hoyer J, et al. Treating Treatment-Resistant Patients with Panic Disorder and Agoraphobia

- Using Psychotherapy: A Randomized Controlled Switching Trial. Psychother Psychosom. 2015;84(2):100-109. doi:10.1159/000370162*
35. Krotter A, Aonso-Diego G, González-Menéndez A, González-Roz A, Secades-Villa R, García-Pérez Á. Effectiveness of acceptance and commitment therapy for addictive behaviors: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Contextual Behavioral Science. 2024;32:100773. doi:10.1016/j.jcbs.2024.100773*
 36. Budd, J. et al. (2020). Digital technologies in the public-health response to COVID-19. *Nature Medicine, 26 (8). https://doi.org/10.1038/s41591-020-1011-4*
 37. Villanti, A. C., McKay, H. S., Abrams, D. B., Holtgrave, D. R., & Bowie, J. V. (2010). Smoking-cessation interventions for U.S. young adults: A systematic review. *American Journal of Preventive Medicine, 39 (6). https://doi.org/10.1016/j.amepre.2010.08.009*
 38. Stimatz, T.,...Karekla, M., & Heffner, J. L. (2023). Intersectionality in Intervention Development: Insights From Formative Work on a Tailored Tobacco Cessation Program for LGBTQIA+ Young Adults. *Health Promotion Practice, 24(3). https://doi.org/10.1177/15248399221141693*
 39. Heffner, J. L., Watson, N. L., Serfozo, E., Kelly, M. M., Reilly, E. D., Kim, D., Baker, K., Scout, N. F. N., & Karekla, M. (2021). An avatar-led digital smoking cessation program for sexual and gender minority young adults: Intervention development and results of a single-arm pilot trial. *JMIR Formative Research, 5(7). https://doi.org/10.2196/30241*
 40. Heffner, J. L., Kelly, M. M., Reilly, E. D., Reece, S. G., Claudio, T., Serfozo, E., ... & Karekla, M. (2023). An avatar-led web-based and SMS text message smoking cessation program for socioeconomically disadvantaged veterans: Pilot randomized controlled trial. *JMIR Formative Research, 7(1), e44503.*
 41. Miller, W. R., & Rollnick, S. (2012). *Motivational interviewing: Helping people change.* Guilford press.
 42. Lindson N, Thompson TP, Ferrey A, Lambert JD, Aveyard P. Motivational interviewing for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews 2019, Issue 7. Art. No.: CD006936. DOI: 10.1002/14651858.CD006936.pub4. Accessed 29 April 2025*
 43. Heckman CJ, Egleston BL, Hofmann MT. Efficacy of motivational interviewing for smoking cessation: a systematic review and meta-analysis *Tobacco Control 2010;19:410-416. https://doi.org/10.1136/tc.2009.033175*
 44. Hettema, J. E., & Hendricks, P. S. (2010). Motivational interviewing for smoking cessation: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 78(6), 868-884. https://doi.org/10.1037/a0021498*
 45. 45. European Network for Smoking and Tobacco Prevention (ENSP). (2025). *Guidelines for treating tobacco and nicotine dependence (4th ed.). Brussels: ENSP.*
 46. 46. Stead LF, Carroll AJ, Lancaster T. Group behaviour therapy programmes for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews 2017, Issue 3. Art. No.: CD001007. DOI: 10.1002/14651858.CD001007.pub3*
 47. 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.*
 48. 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.*
 49. 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.*
 50. Barnes J, Dong CY, McRobbie H, Walker N, Mehta M, Stead LF. Hypnotherapy for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews 2010, Issue 10*
 51. 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.*
 52. 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.*

Εκδηλώσεις μετά τη διακοπή του καπνίσματος

Δρ. Μαρία Καρεκλά, Καθηγήτρια Κλινικής Ψυχολογίας, Πανεπιστήμιο Κύπρου, Δρ. Μαίρη Ιωάννου Κλινική Ψυχολόγος, & Δρ. Μιχάλης Τουμπής, MD, PhD, FCCP, Πνευμονολόγος, Κλινικός Αναπληρωτής Καθηγητής Πανεπιστημίου Λευκωσίας, (UNIC)

Συμπτώματα απόσυρσης

Αμέσως μετά τη διακοπή του καπνίσματος δυνατό να παρουσιαστούν διάφορες εκδηλώσεις (ιδιαίτερα σωματικά συμπτώματα) στον καπνιστή. Όταν σταματήσει η παροχή νικοτίνης σε ένα εξαρτώμενο άτομο, συμπτώματα απόσυρσης της νικοτίνης εμφανίζονται. Συνήθως τα στερητικά συμπτώματα εμφανίζονται τις πρώτες 4-12 ώρες μετά την διακοπή του καπνίσματος. Αυτά τα συμπτώματα περιλαμβάνουν έντονη παρορμητική επιθυμία για κάπνισμα (craving), ευερεθιστότητα / επιθετικότητα / θυμός, άγχος (νευρικότητα, ένταση), δυσφορία, καταθλιπτική διάθεση, κόπωση, δυσκολία συγκέντρωσης (σύγχυση), αϋπνία (αφυπνίσεις), αυξημένη όρεξη και πείνα, πονοκέφαλοι, αυξημένος καρδιακός ρυθμός¹.

Η έντονη παρορμητική επιθυμία για κάπνισμα συνήθως είναι αποτέλεσμα στέρησης της νικοτίνης ή επιθυμίας ανακούφισης από άλλα στερητικά συμπτώματα. Ενισχύεται από διάφορους παράγοντες σχετιζόμενους με το κάπνισμα (συνθήκες, παραστάσεις, άλλους καπνιστές ή εσωτερικά ερεθίσματα). Η έντονη επιθυμία γενικά μειώνεται με τη πάροδο των ημερών, εντούτοις περιβαλλοντικά ή εσωτερικά ερεθίσματα μπορεί να ξαναεμφανίσουν την επιθυμία ακόμα και χρόνια μετά τη διακοπή του καπνίσματος². Γενικά τα συμπτώματα απόσυρσης διαφέρουν από άτομο σε άτομο και όλα είναι παροδικά, εντείνονται τις πρώτες 24-72 ώρες μετά την διακοπή και μειώνεται μέσα σε 3-4 βδομάδες. Τα συμπτώματα τείνουν να είναι πιο έντονα με την απότομη διακοπή και πολύ πιο ήπια με σταδιακή μείωση ή χρήση φαρμακευτικών σκευασμάτων σε συνδυασμό με συμπεριφορική θεραπεία. Η παρουσία των συμπτωμάτων απόσυρσης μπορεί να υπονομεύσει ή και να υποστείλει τη προσπάθεια διακοπής του καπνίσματος³. Η αξιολόγηση των σχετικών παραμέτρων με τα συμπτώματα απόσυρσης μπορεί να παρέχει το μέτρο της αποτελεσματικότητας της θεραπευτικής αγωγής που ακολουθείται και τη δυνατότητα ή αναγκαιότητα τροποποίησης της. Επίσης θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί και ως προβλεπτικό εργαλείο υποτροπής του καπνίσματος. Δυστυχώς όλες οι στερητικές εκδηλώσεις μπορούν να οδηγήσουν σε υποτροπή το καπνίσματος. Είναι σημαντικό τα συμπτώματα αυτά να καταγράφονται συστηματικά και να αξιολογούνται τακτικά. Η παρουσία τους δυσκολεύει τη προσπάθεια διακοπής του καπνίσματος και διευκολύνει την υποτροπή. Γι' αυτό θα πρέπει να αποτελούν θεραπευτικό στόχο.

Εκτροπή και Υποτροπή

Ορισμοί – Συχνότητα

Οι έρευνες της τελευταίας 30ετίας έδειξαν ότι η εξάρτηση από το κάπνισμα παρουσιάζει στοιχεία χρόνιας νόσου. Κατά κανόνα η καπνισματική συνήθεια παρουσιάζει κυκλική πορεία. Η πλειοψηφία των καπνιστών εξακολουθεί να καπνίζει για χρόνια παρά τις επανειλημμένες προσπάθειες διακοπής και παρά τη διαμεσολάβηση περιόδων αποχής. Η υποτροπή αποτελεί τη σφραγίδα της χρόνιας νόσου (εξάρτησης). Γι' αυτό και η υποτροπή δεν υποδηλώνει προσωπική αποτυχία των καπνιστών. Περισσότερο δείχνει την αποτυχία του θεραπευτικού πλάνου και την ανάγκη επανεξέτασής του⁴.

Ο όρος εκτροπή υποδηλώνει μια στιγμιαία ολίσθηση πίσω στο κάπνισμα μετά από μια προηγούμενη περίοδο αποχής. Κατά κανόνα δεν εντάσσεται σε πρόθεση συνεχούς χρήσεως καπνού. Σε διάφορες μελέτες η εκτροπή ορίζεται ως η χρήση έστω και ενός τσιγάρου (ή έστω και μιας εισπνοής καπνού) για < 7 ημέρες μετά τη διακοπή του καπνίσματος^{5,6}. Οι εκτροπές παρουσιάζονται σε ποσοστά 20%-50% μέσα στις πρώτες λίγες ώρες ή ημέρες και σε ποσοστά 50%-60% μέσα τις πρώτες 2 εβδομάδες από τη διακοπή του καπνίσματος. Περίπου το 90% των ατόμων παρουσιάζουν δευτερες εκτροπές μέσα στην ίδια ώρα ή ημέρα

ή μέσα σε λίγες ημέρες, ενώ η χρονική απόσταση μεταξύ τους μειώνεται με την αύξηση της συχνότητας τους. Στο 85%-95% των περιπτώσεων μετεξελίσσονται σε υποτροπές. Στους παράγοντες κινδύνου των πρώτων εκτροπών περιλαμβάνονται τα έντονα συναισθήματα, η έντονη παρορμητική επιθυμία για κάπνισμα, η κατανάλωση αλκοόλ, η παρουσία άλλων καπνιστών και η άμεση διαθεσιμότητα τσιγάρων. Επίσης η εμφάνιση ή επίταση στερητικών συμπτωμάτων τα οποία μειώνονται με τις εκτροπές⁶.

Η υποτροπή αναφέρεται στη συνεχή και επίμονη χρήση καπνού μετά από μια περίοδο αποχής από το κάπνισμα⁶. Πρακτικά πρόκειται για τη πλήρη επάνοδο σε κανονικό κάπνισμα. Σε διάφορες μελέτες ορίζεται ως η χρήση καπνού >7 τσιγάρων μέσα σε επτά συνεχόμενες μέρες ή χρήση για 2 συνεχόμενες βδομάδες μετά την διακοπή του καπνίσματος. Αν το άτομο καπνίσει λιγότερο αυτό θεωρείται ολίσθημα ή εκτροπή. Δύο βασικά χαρακτηριστικά της υποτροπής είναι ο υψηλός επιπολασμός και η ταχύτητα με την οποία παρουσιάζεται. Σε ανασκοπήσεις σχετικών μελετών αναφέρεται επανειλημμένα ότι τα άτομα που αποφασίζουν να σταματήσουν το κάπνισμα χωρίς βοήθεια επιτυγχάνουν αποχή 6 έως 12 μηνών σε ποσοστά 3% έως 5%. Για άτομα που λαμβάνουν τεκμηριωμένες θεραπείες αναφέρεται επιτυχής διακοπή του καπνίσματος για 6 μήνες σε ποσοστά 20% -25%. Αυτό σημαίνει ότι περίπου το 75% των ατόμων που προσπαθούν να σταματήσουν το κάπνισμα χρησιμοποιώντας ακόμα και τεκμηριωμένες θεραπείες επιστρέφει στο κάπνισμα μέσα σε έξι μήνες. Ο κίνδυνος υποτροπής, ωστόσο, δεν τελειώνει στους 6 έως 12 μήνες μετά την προσπάθεια διακοπής του καπνίσματος. Μελέτες αναφέρουν 30% με 40% υποτροπές μετά από διακοπή του καπνίσματος για ένα χρόνο. Ασφαλώς τα ποσοστά υποτροπών μειώνονται με τη πάροδο του χρόνου, χωρίς να μηδενίζονται ακόμα και μια δεκαετία μετά την διακοπή του καπνίσματος.^{5,6}

Η υποτροπή συμβαίνει γρήγορα για την πλειοψηφία των καπνιστών που προσπαθούν να διακόψουν το κάπνισμα. Πολλοί καπνιστές αποτυγχάνουν να επιτύχουν ακόμη και 24 ώρες συνεχούς αποχής μετά από μια ημερομηνία διακοπής στόχου. Η πλειονότητα των υποτροπών παρουσιάζεται μέσα στις πρώτες 5-10 ημέρες από τη διακοπή. Στη συνέχεια η συχνότητα της υποτροπής μειώνεται, όμως νέες υποτροπές εξακολουθούν να παρατηρούνται για αρκετά χρόνια μετά την αρχική απόπειρα διακοπής. Ως εκ τούτου η όποια αποτελεσματικότητα της θεραπείας της υποτροπής αφορά αυτή τη χρονική περίοδο.

Παράγοντες κινδύνου

Οι παράγοντες που επηρεάζουν σημαντικά την υποτροπή θα μπορούσαν να κατηγοριοποιηθούν στα ακόλουθα: προσωπικοί παράγοντες, αναδυόμενες εσωτερικές διαδικασίες και εξωτερικές καταστάσεις που υποκινούν το κάπνισμα. Οι προσωπικοί παράγοντες είναι σχετικά σταθερά χαρακτηριστικά που υπάρχουν και βιώνονται πριν την έναρξη της προσπάθειας διακοπής του καπνίσματος (π.χ. το φύλο, το ιστορικό ή η τάση καταθλιπτικής διάθεσης). Οι αναδυόμενες διαδικασίες είναι δυναμικοί παράγοντες που ξεδιπλώνονται με την πάροδο του χρόνου και εμφανίζονται κάποια στιγμή κατά τη περίοδο που ακολουθεί τη διακοπή. Τέτοιες διαδικασίες μπορεί να περιλαμβάνουν συναισθηματικούς (π.χ. άγχος) ή γνωστικούς παράγοντες (π.χ. αυτό-αποτελεσματικότητα ότι μπορεί το άτομο να ανταπεξέλθει ή όχι σε κάποια κατάσταση) ή στις μειωμένες συγκεντρώσεις νικοτίνης στο αίμα. Μπορούν να διαρκέσουν ημέρες ή και εβδομάδες. Οι εξωτερικές καταστάσεις ή ερεθίσματα που υποκινούν το κάπνισμα μπορεί να περιλαμβάνουν καταστάσεις οι οποίες προκαλούν έντονα συναισθήματα (π.χ. φιλονικία με κάποιο άτομο) ή καταστάσεις που σχετίζονται με το κάπνισμα, όπως ένα η θέαση ενός καπνιστή.⁵

Εξάρτηση

Η εξάρτηση βεβαιωμένα αποτελεί παράγοντα κινδύνου για υποτροπή. Θα πρέπει να αναφερθεί ότι η εξάρτηση από το κάπνισμα δεν οφείλεται μόνο στη νικοτίνη αλλά είναι πολυπαραγοντική. Ο βαθμός της εξάρτησης από τον καπνό είναι δυνατό να προβλέψει την πιθανότητα μακροπρόθεσμης αποχής από το κάπνισμα. Πρόσφατα στοιχεία δείχνουν ότι ορισμένοι παράγοντες εξάρτησης είναι πιο προβλεπτικοί από άλλους. Ειδικότερα, ο βαθμός της εξάρτησης όπως αυτός εκτιμάται από το βαρύ αυτόματο κάπνισμα με αυτοαναφορές συνδέεται με αυξημένο κίνδυνο υποτροπής. Ωστόσο, θα πρέπει να τονισθεί ότι η συμβολή του βαθμού εξάρτησης στη διακύμανση του κινδύνου υποτροπής είναι μικρή. Εκτός από την εξάρτηση, η ευαισθησία ενός καπνιστή στην ενισχυτική δράση της νικοτίνης προβλέπει επίσπευση της υποτροπής. Για την αξιολόγηση της εξάρτησης χρησιμοποιούνται διάφορα ερωτηματολόγια τα κυριότερα των οποίων

είναι: Fagerstrom Test Nicotine Dependence FTND (FTND), DSM-IV / HSI, HIS, WISDM. Το πρώτο είναι το πλέον πρακτικό που χρησιμοποιείται στη καθημερινή κλινική πράξη, ενώ το τελευταίο αποτελεί ερωτηματολόγιο αξιολόγησης των κινήτρων του καπνίσματος⁷.

Δημογραφικοί παράγοντες και τρόπος ζωής

Μελέτες έχουν συσχετίσει πολλές μεταβλητές δημογραφικών παραμέτρων και του τρόπου ζωής με την ευπάθεια στην υποτροπή. Έτσι ο υψηλός κίνδυνος υποτροπής βρέθηκε να συσχετίζεται με τις νεαρές ηλικίες, το χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, το χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης, τα υψηλότερα επίπεδα. Από αυτούς τους παράγοντες, το χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο καθώς και το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο φαίνεται να είναι ιδιαίτερα ισχυροί και συνεπείς προγνωστικοί παράγοντες της ικανότητας αποχής από το κάπνισμα σε συνεχή βάση. Επιπλέον, υπάρχουν ενδείξεις όχι απόλυτα τεκμηριωμένες, ότι οι γυναίκες είναι λιγότερο πιθανό από τους άνδρες να διατηρήσουν την αποχή από το κάπνισμα.⁵

Ψυχιατρικοί και συναισθηματικοί παράγοντες.

Ορισμένοι ερευνητές έχουν αναφέρει ότι η ευπάθεια στην αποτυχία διακοπής του καπνίσματος ή υποτροπής στο κάπνισμα σχετίζεται θετικά με ένα ιστορικό κατάθλιψης. Ο κίνδυνος αποτυχίας της διακοπής και της υποτροπής φαίνεται να μην σχετίζεται με τη κατάθλιψη γενικά αλλά με ορισμένα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της όπως είναι τα επαναλαμβανόμενα και όχι τα μονήρη επεισόδια κατάθλιψης και η ενεργός κατάθλιψη και όχι η παρελθούσα.⁸

Μια πρόσθετη συναισθηματική διάσταση που έχει μελετηθεί και μπορεί να συμβάλει σε αυξημένο κίνδυνο υποτροπής είναι η ικανότητα ενός ατόμου να ανέχεται τη δυσφορία ή να επιμένει σε ένα οδυνηρό έργο. Σε σχετικές μελέτες, οι καπνιστές με χαμηλή ευπάθεια στην υποτροπή έδειξαν μεγαλύτερη επιμονή σε δοκιμασίες όπως είναι το κράτημα της αναπνοής και η ψυχική αριθμητική από ό,τι οι καπνιστές με υψηλή ευπάθεια στην υποτροπή. Αυτό το εύρημα παρέχει αποδείξεις ότι χαρακτηριστικά όπως η ανικανότητα ή η απροθυμία να ανεχθούν την δυσφορία-δυσκολία συνδέονται με τον κίνδυνο υποτροπής.⁹ Γενικά, η ψυχολογική ακαμψία, τάση του ατόμου να προσκολλάται σε σκέψεις, συναισθήματα και συμπεριφορές, αποφεύγοντας ή προσπαθώντας να ελέγξει εσωτερικές εμπειρίες, με αποτέλεσμα να περιορίζεται η ικανότητά του να προσαρμόζεται ευέλικτα στις απαιτήσεις της κατάστασης και να ενεργεί σύμφωνα με τις αξίες του, έχει βρεθεί ως βασική διεργασία η οποία συνδέεται άμεσα με τη συνέχιση αλλά και την υποτροπή του καπνίσματος¹⁰.

Ένα σημαντικό ποσοστό εκτροπών και υποτροπών συσχετίζεται με τη χρήση άλλων ουσιών και ιδιαίτερα αλκοόλ. Άτομα με συστηματική χρήση αλκοόλ έχουν αυξημένη συχνότητα εκτροπών και υποτροπών από αυτή που παρατηρείται σε άτομα με περιστασιακή χρήση. Το μεγαλύτερο ποσοστό των εκτροπών/υποτροπών που σχετίζονται με κατανάλωση αλκοόλ, παρατηρείται σε άτομα που παρευρίσκονται σε μπαρ και εστιατόρια με καπνιστές και που βρίσκονται σε καλή και ευχάριστη διάθεση. Επίσης θα πρέπει να αναφερθεί ότι η ταυτόχρονη χρήση αλκοόλ, έκθεσης σε ερεθίσματα σχετικά με το κάπνισμα και παρουσία αρνητικού συναισθήματος τετραπλασιάζει τον κίνδυνο εκτροπών/υποτροπών σε σχέση με το κίνδυνο που υπάρχει σε ξεχωριστή παρουσία των παραπάνω παραγόντων¹¹.

Αναδυόμενες διαδικασίες

Οι αναδυόμενες διαδικασίες αντικατοπτρίζονται σε γρήγορες αλλαγές στα συμπτώματα ή τις συμπεριφορές που συμβαίνουν εντός αρκετών ημερών πριν από τη διακοπή του καπνίσματος ή κατά την υποτροπή. Εκδηλώσεις μετά τη διακοπή του καπνίσματος (στερητικά συμπτώματα)

Οι στερητικές εκδηλώσεις μπορούν να χρησιμοποιηθούν και ως προβλεπτικό εργαλείο υποτροπής του καπνίσματος. Δυστυχώς όλες οι στερητικές εκδηλώσεις μπορούν να οδηγήσουν σε υποτροπή. Για τη πρόβλεψη της υποτροπής απαιτείται η αξιολόγηση της σοβαρότητας των εκδηλώσεων, η μεταβολή τους στη κλίμακα του χρόνου, η ημερήσια διακύμανση τους και η ανακούφιση που επιτυγχάνεται με το κάπνισμα¹².

Έντονη παρορμητική επιθυμία για κάπνισμα (craving)

Η έντονη παρορμητική επιθυμία για κάπνισμα αποτελεί σημαντική εκδήλωση διακοπής της νικοτίνης. Παρά ταύτα έχει σύνθετη προέλευση. Μπορεί να αποτελεί πράγματι εκδήλωση στέρξης της νικοτίνης, αλλά μπορεί να είναι και αποτέλεσμα της επιθυμίας ανακούφισης από τις στερητικές εκδηλώσεις. Μειώνεται βαθμιαία με τη διακοπή του καπνίσματος, όμως ποτέ δεν εξαφανίζεται παντελώς αποτελώντας έτσι βίωμα ζωής. Επηρεάζεται από παράγοντες σχετιζόμενους με το κάπνισμα και έχει προγνωστική αξία για υποτροπή.¹³

Εξωτερικές καταστάσεις

Στις εξωτερικές συνθήκες που υποκινούν το κάπνισμα εντάσσονται οι στρεσογόνες καταστάσεις και τα ερεθίσματα που σχετίζονται με το κάπνισμα. Επιδημιολογικές, κλινικές και πειραματικές μελέτες έχουν δείξει ότι το στρες και ο τρόπος αντιμετώπισης του αποτελεί πρωτογενή μηχανισμό διαιώνισης του καπνίσματος και της υποτροπής. Όσο περισσότερο το άτομο προσπαθεί να απωθήσει το στρες τόσο περισσότερο αυξάνεται η επιθυμία και τόσο πιο επιρρεπείς είναι το άτομο σε υποτροπή¹⁴.

Έχει παρατηρηθεί ότι ο κίνδυνος εκτροπών και υποτροπών αυξάνεται όταν οι πρώην καπνιστές και κυρίως αυτοί με πρόσφατη διακοπή, εκτεθούν σε ερεθίσματα που σχετίζονταν με τη προηγούμενη καπνιστική τους συνήθεια. Μέσα από τη διαδικασία εξαρτημένου ανακλαστικού λόγω επανειλημμένης σύζευξης διαφόρων ερεθισμάτων με το κάπνισμα δυνατόν να προάγεται το κάπνισμα και να πυροδοτείται υποτροπή. Σε αυτά περιλαμβάνεται μια πληθώρα καταστάσεων, όπως είναι η παρουσία άλλων καπνιστών, εικόνες στο κινηματογράφο, στη τηλεόραση, στο κινητό με καπνιστές, η διαθεσιμότητα αλλά και η μυρωδιά καπνού, η επίσκεψη χώρων συνάθροισης και διασκέδασης στους οποίους επιτρέπεται το κάπνισμα κλπ. Η έκθεση λοιπόν σε αυτά τα ερεθίσματα, πυροδοτεί μηχανισμούς μνήμης και καπνιστικής συμπεριφοράς, αυξάνει τη παρορμητική επιθυμία για κάπνισμα και οδηγεί ποιο κοντά στην εκτροπή και υποτροπή τον πρώην καπνιστή¹⁵.

Πρόληψη υποτροπής

Η πρόληψη υποτροπής αποτελεί μία εξαιρετικά οικονομικά αποδοτική προσέγγιση. Το μοντέλο πρόληψης της υποτροπής των Marlatt και Gorton θεωρείται ένα από τα πλέον έγκυρα και παραδεκτά. Σύμφωνα με αυτό, ο πρωταρχικός στόχος της πρόληψης της υποτροπής είναι αφενός μεν η αντιμετώπιση του προβλήματος της υποτροπής, αφετέρου δε η δημιουργία τεχνικών για τη παρεμπόδιση ή τη διαχείριση της εμφάνισης της. Επιδιώκεται ο προσδιορισμός των καταστάσεων υψηλού κινδύνου, κατά τις οποίες ο καπνιστής είναι ευάλωτος σε εκτροπές και η χρήση τόσο γνωσιακών όσο και συμπεριφορικών στρατηγικών αντιμετώπισης τους για την αποτροπή μελλοντικών εκτροπών και υποτροπών σε παρόμοιες καταστάσεις. Απώτερος στόχος είναι να προσφερθούν οι δεξιότητες που θα εμποδίσουν μια καθολική υποτροπή, ανεξάρτητα από την κατάσταση ή τους επικρεμάμενους παράγοντες κινδύνου.¹⁶ Είναι σημαντικό, οι καπνιστές να εντοπίσουν τις καταστάσεις υψηλού κινδύνου για υποτροπή και να αναπτύξουν ή βελτιώσουν τις δεξιότητες αντιμετώπισης που χρειάζονται, ώστε να ξεπεράσουν αυτές τις καταστάσεις χωρίς να καπνίσουν.

Έτσι λοιπόν το πρώτο βήμα μετά την μέρα διακοπής αποτελεί ο προσδιορισμός του επιπέδου έντονων επιθυμιών και ρίσκου για υποτροπή. Στο επόμενο βήμα, χρειάζεται να γίνει προσδιορισμός των καταστάσεων που ενδέχεται να θέσουν σε κίνδυνο τη διατήρηση της αποχής από το κάπνισμα. Αυτές μπορεί να είναι εσωρικευμένα ερεθίσματα (π.χ. συναισθηματικές καταστάσεις, σκέψεις, επιθυμίες) ή εξωτερικευμένες δραστηριότητες και περιβαλλοντικά πλαίσια. Γενικά οι καταστάσεις που πυροδοτούν το κάπνισμα αποτελούν και τους παράγοντες κινδύνου για ολισθήματα και υποτροπές. Για το προσδιορισμό των καταστάσεων αυτών διατίθενται πολλές μέθοδοι: ερωτήσεις ανοικτού τύπου, ερωτηματολόγια ή στρατηγικές αυτό-παρακολούθησης, ερωτηματολόγιο αυτεπάρκειας κλπ.¹⁷

Παράλληλα από τη μεριά των θεραπειών επισημαίνονται ορισμένες καταστάσεις για τις οποίες έχει βρεθεί ότι συσχετίζονται με εκτροπές. Όπως αναφέρεται και ποιο πάνω, σε αυτές περιλαμβάνονται η συναισθηματική κατάσταση, η έντονη λαχτάρα για κάπνισμα, η κατανάλωση αλκοόλ, η συναναστροφή με καπνιστές, η έκθεση σε ερεθίσματα σχετικά με το κάπνισμα και το σύνολο σχεδόν των στερητικών

εκδηλώσεων που παρατηρούνται μετά τη διακοπή του καπνίσματος. Παρότι ο/η καπνιστής που διακόπτει το κάπνισμα μπορεί να μη βιώσει καταστάσεις ρίσκου για εκτροπή, θα πρέπει να είναι γενικά ενημερωμένος/η γι' αυτές, το χρόνο εμφάνισης και τη διάρκεια τους προκειμένου να τις αντιμετωπίσει καταλλήλως.

Μετά την αναγνώριση των παραγόντων κινδύνου για εκτροπή ή υποτροπή, οι καπνιστές ενημερώνονται για τη διαθεσιμότητα μέσων αποτελεσματικής αντιμετώπισής τους. Η ενημέρωση αυτή δημιουργεί τις καλύτερες συνθήκες και καλλιεργεί μια αίσθηση ελέγχου της κατάστασης. Οι καπνιστές δεν είναι έρμια της στέρησης και της λαχτάρας αφού υπάρχουν εργαλεία που μπορούν να χρησιμοποιηθούν, ώστε να διατηρηθεί επιτυχώς η αποχή¹⁷.

Για την αντιμετώπιση των στερητικών εκδηλώσεων πέραν της κινητοποιήσεως του καπνιστή και την εφαρμογή στρατηγικών που αναπτύσσονται στη συνέχεια, διατίθενται πλέον τρία τουλάχιστον φάρμακα πρώτης γραμμής: νικοτίνη, υδροχλωρική βουπροπιόνη και βαρενικλίνη. Η μείωση της συχνότητας και της έντασης των στερητικών εκδηλώσεων αποτελεί σημαντικό μηχανισμό αποτελεσματικότητάς στη διακοπή του καπνίσματος⁴. Υπάρχουν ερευνητικά δεδομένα που δείχνουν ότι η φαρμακοθεραπεία για τη διακοπή του καπνίσματος μπορεί να αποτρέψει την εμφάνιση εκτροπών που παρατηρούνται σε καταστάσεις υψηλού κινδύνου και να μειώσει τη πιθανότητα μετάβασης από την εκτροπή στην υποτροπή. Ως προς το πρώτο υπάρχουν πλέον αρκετές μελέτες που δείχνουν ότι η χρήση σωστικών φαρμάκων κατά τη φάση που το άτομο βρίσκεται σε συνθήκες υψηλού κινδύνου και αισθάνεται το πειρασμό και τη λαχτάρα να ανάψει τοιγάρο μπορεί να αποτρέψει την εμφάνιση της εκτροπής. Ως σωστικά φάρμακα θεωρούνται τα σκευάσματα νικοτίνης με ταχεία έναρξη δράσεως, όπως είναι τα υπογλώσσια δισκία, οι τσίχλες, οι παστίλιες και τα εισπνεόμενα από το στόμα ή τη μύτη. Ως προς το δεύτερο σε σχετικές μελέτες έχει φανεί ότι η χρήση ρυθμιστικών φαρμάκων για τη διακοπή του καπνίσματος (δερματικά επιθέματα νικοτίνης, βουπροπιόνη και βαρενικλίνη) επιβραδύνει τη μετάβαση από την εκτροπή στην υποτροπή¹⁸. Μέσα στα πλαίσια πρόληψης της υποτροπής θα μπορούσε να ενταχθεί και η επιμήκυνση της φαρμακοθεραπείας για τη διακοπή του καπνίσματος. Πράγματι, από διάφορες ανασκοπήσεις προκύπτει ότι η επιμήκυνση του χρόνου λήψεως της βαρενικλίνης (από τρεις σε έξη μήνες) μειώνει σημαντικά το ποσοστό των υποτροπών, κάτι που δεν συμβαίνει με αυτή της βουπροπιόνης. Ως προς την επιμήκυνση λήψεως των σκευασμάτων νικοτίνης τα αποτελέσματα είναι αμφιλεγόμενα¹⁸. Συνεπώς, μια πρόσθετη πλευρά της αντιμετώπισης υποτροπών θα μπορούσε να αφορά την ενθάρρυνση των καπνιστών να συνεχίσουν τη χρήση των φαρμάκων τους ακόμη και μετά από κάποια εκτροπή. Βέβαια αν επανέλθουν στο συστηματικό κάπνισμα, αυτά τα φάρμακα θα πρέπει να διακόπτονται μέχρι την επανέναρξη νέας προσπάθειας διακοπής του καπνίσματος.

Η ανάπτυξη αντιδράσεων αντιμετώπισης των παραγόντων κινδύνου αποτελεί το πυρήνα της πρόληψης της υποτροπής. Μετά την επισήμανση και την ενημέρωση για τους κινδύνους υποτροπής, οι περισσότεροι καπνιστές διαθέτουν βάσει προηγούμενης εμπειρίας ή αναπτύσσουν ένα νέο δικό τους ρεπερτόριο αντιμετώπισής τους. Αυτό το ρεπερτόριο θα πρέπει να αξιολογηθεί με διάφορες μεθόδους (π.χ. ερωτήσεις ανοικτού τύπου, ειδικά ερωτηματολόγια, ημερολόγια καταγραφής και αντιμετώπισης του πειρασμού). Μέσα από αυτή την αξιολόγηση είναι δυνατό να προσδιοριστούν τα δυνατά και αδύνατα σημεία του ρεπερτορίου και να λάβει συγκεκριμένο προσανατολισμό η εκπαίδευση¹⁷.

Οι μη φαρμακευτικές στρατηγικές αντιμετώπισης οι οποίες είναι ερευνητικά υποστηριζόμενες για τη διακοπή του καπνίσματος και της πρόληψης υποτροπής είναι γνωσιακές και συμπεριφορικές παρεμβάσεις. Γενικά όσοι κόβουν το κάπνισμα χωρίς συγκεκριμένη βοήθεια φαίνεται να χρησιμοποιούν ορισμένες συμπεριφορικές δεξιότητες (αποφυγή καταστάσεων υψηλού κινδύνου, άμεση άρνηση στο πειρασμό κλπ) παρά γνωσιακές. Ορισμένα δεδομένα τείνουν στο συμπέρασμα ότι η απουσία γνωσιακών διαδικασιών αντιμετώπισης πιθανό να συντείνουν στην αναποτελεσματικότητα της διακοπής, ενώ οι γνωστικο-συμπεριφορικές προσεγγίσεις τρίτου κύματος παρουσιάζουν ότι κάποιες παλαιότερες γνωστικές τεχνικές (π.χ. προσπάθεια αλλαγής σκέψεων) μπορεί να φαίνονται αποτελεσματικές βραχυπρόθεσμα αλλά μακροπρόθεσμα να συντείνουν στη συνέχιση των δυσκολιών του ατόμου για αποτελεσματική διακοπή. Η χρήση μεμονωμένων τεχνικών εν απουσία ολοκληρωμένης λειτουργικής ανάλυσης της συμπεριφοράς η οποία να οδηγεί σε εξατομικευμένη ερευνητικά υποστηριζόμενη γνωστικο-συμπεριφορική παρέμβαση ίσως ερμηνεύει τη μικρή αποτελεσματικότητα της διακοπής του καπνίσματος χωρίς βοήθεια.

Μόλις εμφανιστεί κάποια εκτροπή και προτού αυτή γίνει υποτροπή, θα ήταν καλό να εκμάθουν τα άτομα ότι: (1) παρότι η πλήρης αποχή είναι ο στόχος, ενδέχεται να υπάρξουν παραστρατήματα, όπως κάπνισμα ενός τσιγάρου, (2) τα παραστρατήματα δεν ισοδυναμούν με υποτροπή, (3) αν εκδηλωθεί παραστράτημα το άτομο ίσως νιώσει ενοχή, κατάθλιψη και μπορεί να πιστέψει ότι είναι αποτυχημένο. Εντούτοις όπως παρουσιάζουν οι Karekla & Kelly¹⁴ (2022), κάθε στιγμή είναι στιγμή επιλογής και το άτομο μπορεί την επόμενη στιγμή μίας εκτροπής πάλι να επιλέξει να έρθει σε επαφή με τους λόγους και τα κίνητρα του για διακοπή του καπνίσματος και να επιλέξει να κάνει χρήση καπνού. Αυτό δίνει δύναμη στα άτομα που εκτραπούν να συγχωρήσουν τον εαυτό τους (δεξιότητες αυτό-συμπόνιας) για το παραστράτημα και να νιώσουν ότι έχουν τον έλεγχο και τις δεξιότητες να επανακατευθυνθούν προς τη διακοπή του καπνίσματος. Η όποια υποτροπή αντιμετωπίζεται με επανέναρξη της προσπάθειας διακοπής του καπνίσματος υπό διαφορετικούς όρους από ότι η προηγούμενη προσπάθεια. Το πρώτο βήμα είναι η προσπάθεια αναγνώρισης των αιτιών και συνθήκων που οδήγησαν στην υποτροπή. Το δεύτερο βήμα είναι η επανάληψη των γνωστικών και συμπεριφορικών παρεμβάσεων κατά τρόπο περισσότερο στοχευμένο στα αίτια της υποτροπής. Έρευνες στηρίζουν ότι η αύξηση του χρόνου, της μορφής και του αριθμού των συνεδριών Γνωσιακής Συμπεριφορικής Θεραπείας (ΓΣΘ) και ιδιαίτερα χρήση τεχνικών από τη Θεραπεία Αποδοχής και Δέσμευσης διατηρεί την αποτελεσματικότητα της θεραπείας. Τρίτο βήμα είναι η τροποποίηση και ενίσχυση της προηγούμενης ρυθμιστικής φαρμακευτικής αγωγής. Η δοσολογία των φαρμάκων μπορεί να αυξηθεί, να χορηγηθεί άλλο ρυθμιστικό ή να προστεθεί και δεύτερο ρυθμιστικό φάρμακο. Τέταρτο βήμα είναι η στενή παρακολούθηση και η παροχή ουσιαστικής υποστήριξης του καπνιστή μέσα και έξω από τα πλαίσια της θεραπείας¹⁹.

Η υποτροπή συνεχίζει να είναι σημαντικό πρόβλημα σε άτομα που προσπαθούν να διακόψουν το κάπνισμα και απαιτούνται νέες μελέτες για την αξιολόγηση νέων στρατηγικών για τη θεραπεία του εθισμού στον καπνό και για την πρόληψη της υποτροπής¹.

Βιβλιογραφία

1. European Network for Smoking and Tobacco Prevention (ENSP). (2026). *Guidelines for treating tobacco and nicotine dependence (4th ed.)*. Brussels: ENSP.
2. Shiffman S. Comment on craving. *Addiction*. 2000; 95 Suppl. 2:S171-S175.
3. Hughes JR. Clinical significance of tobacco withdrawal. *Nicotine & Tobacco Research*, 2006, 8 (2):153-156.
4. Fiore MC, Jaen CR, Baker TB, Bailey WC, Benowitz NL, Curry SJ, Dorfman SF, Froelicher ES, Goldstein MG, Healton CG, et al. *Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update. Clinical Practice Guideline*. Rockville (MD): U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, 2008.
5. *How Tobacco Smoke Causes Disease: The Biology and Behavioral Basis for Smoking-Attributable Disease*. In a report of the Surgeon General 2016; pp170-180
6. Hughes JR, Keely JP, Niaura RS, Ossip-Klein DJ, Richmond RL, Swan GE. Measures of abstinence in clinical trials: issues and recommendations. *Nicotine & Tobacco Research* 2003;5(1):13-25.
7. Piper ME, Bolt DM, Kim S-Y, Japuntich SJ, Smith SS, Niederdeppe J, Cannon DS, Baker TB. Refining the tobacco dependence phenotype using the Wisconsin Inventory of Smoking Dependence Motives. *Journal of Abnormal Psychology* 2008;117(4):747-61.
8. Hitsman B, Borrelli B, McChargue DE, Spring B, Niaura R. History of depression and smoking cessation outcome: a meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2003;71(4):657-63.
9. Siamata, M. & Karekla, M. (2019). *Emotion regulation in smokers: How cognitive reappraisal and acceptance affect subjective, physiological, cognitive and behavioural correlates of craving*. Dissertation, University of Cyprus.
10. Karekla, M., Georgiou, K., & Lamprou, E. (2025). Acceptance and commitment therapy for substance use disorders. *Psychiatric Clinics*, 48(3), 537-550.
11. Kahler CW, Spillane NS, Metrik J. Alcohol use and initial smoking lapses among heavy drinkers in smoking cessation treatment. *Nicotine & Tobacco Research*, 2012 12(7):781-785
12. Piasecki T.M. Relapse to smoking. *Clinical Psychology Review* 2006, (26); 196-215 197
13. Karekla, M., & Kelly, M. (2022). *Cravings and Addictions: Free Yourself from the Struggle of Addictive Behavior with Acceptance and Commitment Therapy*. New Harbinger Publications.
14. Karekla, M., & Kelly, M. (2022). *Cravings and Addictions: Free Yourself from the Struggle of Addictive Behavior with Acceptance and Commitment Therapy*. New Harbinger Publications.
15. Conklin CA, Parzynski CS, Salkeld RP, Perkins KA, Fonte CA. Cue reactivity as a predictor of successful abstinence initiation among adult smokers. *Exp Clin Psychopharmacol*. 2012; 20(6): 473-478
16. Hajek P, Stead LF, West R, Jarvis M, Hartmann-Boyce J, Lancaster T. Relapse prevention interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013
17. Shiffman S, Hickox M, Paty JA, Gnys M, Kassel JD, Richards TJ. The abstinence violation effect following smoking lapses and temptations. *Cognitive Therapy and Research* 1997, 21:497-523
18. Brandon TH. *Forever free*. Tampa FL: Lee Moffitt Cancer Center and Research Institute. University of South Florida, 2000
19. ERS Monograph: Supporting Tobacco Cessation. March 22nd 2021

Διακοπή καπνίσματος σε ομάδες υψηλού ρίσκου

Δρ Μιχάλης Τουμπής, MD, PhD, FCCP, Πνευμονολόγος, Κλινικός Αναπληρωτής Καθηγητής Πανεπιστημίου Λευκωσίας, (UNIC), Δρ Δήμος Φωτόπουλος, Ψυχίατρος Διεύθυνσης Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας, Οργανισμού Κρατικών Υπηρεσιών Υγείας & Δρ Μαρία Καρεκλά, Καθηγήτρια Κλινικής Ψυχολογίας, Πανεπιστήμιο Κύπρου

Διακοπή καπνίσματος στο Άσθμα

Χρήσιμα γενικά χαρακτηριστικά των ασθενών με άσθμα που καπνίζουν

Είναι γνωστό ότι οι ασθενείς με άσθμα που καπνίζουν έχουν χειρότερη νοσηρότητα από αυτούς που δεν καπνίζουν. Το ίδιο συμβαίνει και με τους ασθενείς που εκτίθενται στο παθητικό κάπνισμα. Παρά ταύτα αρκετοί από αυτούς (>40%), δεν πιστεύουν ότι το κάπνισμα επιδεινώνει το άσθμα τους, ενώ άλλοι πιστεύουν ότι η ζημία έχει γίνει και, ως εκ τούτου, δεν έχει νόημα η διακοπή του καπνίσματος.

Δυστυχώς πολλοί από αυτούς δεν έλαβαν ποτέ υποστηρικτική θεραπεία για τη διακοπή του καπνίσματος ενώ ορισμένοι εκφράζουν ανησυχίες σχετικά με τους κινδύνους για την υγεία από τη φαρμακευτική θεραπεία. Έτσι η συχνότητα διακοπής του καπνίσματος είναι σχετικά μικρή, με το μέσο χρόνο μέχρι την οριστική διακοπή να φτάνει τα 17 χρόνια.

Ως εκ τούτων, για τον καλύτερο έλεγχο του άσθματος, η διακοπή του καπνίσματος και η αποφυγή του παθητικού καπνίσματος θα πρέπει να ενσωματωθούν στα θεραπευτικά πλάνα του άσθματος και μάλιστα κατά προτεραιότητα.

Συστάσεις - Επισημάνσεις

Σε κάθε καπνιστή με άσθμα, θα πρέπει να παρέχεται βοήθεια για τη διακοπή του καπνίσματος. Για τη προσέγγιση και αντιμετώπιση αυτών των ασθενών εφαρμόζονται οι τυποποιημένες τακτικές των 5 Α και των 5 R, ανάλογα.

- Σύσταση για διακοπή καπνίσματος σε κάθε ευκαιρία. Στόχευση εφήβων και νέων ενήλικων για τους οποίους η διακοπή του καπνίσματος μπορεί να έχει το μεγαλύτερο όφελος
- Παροχή χρήσιμων πληροφοριών. Συζήτηση για την «ηλικία των πνευμόνων» για να καταδειχθεί το έλλειμμα πνευμονικής λειτουργίας από το κάπνισμα ή και το άσθμα. Αναφορά στην αντίσταση στα κορτικοειδή που οδηγεί σε επιδείνωση του ελέγχου του άσθματος. Επισήμανση ότι οι καπνιστές με άσθμα συχνά έχουν επανειλημμένες και συχνότερες προσπάθειες να σταματήσουν και ότι η διαδικασία της διακοπής είναι αθροιστική. Παροχή γραπτών ή μέσω διαδικτύου πληροφοριών για το άσθμα.
- Βελτιστοποίηση της διαχείρισης του άσθματος ενώ προγραμματίζεται η ημερομηνία διακοπής, η οποία μπορεί να απαιτήσει αυξανόμενες δόσεις ICS ή / και άλλης πρόσθετης θεραπείας
- Η νοσηλεία καπνιστών με άσθμα αποτελεί “διδασκτική στιγμή”. Ελλείψει αντενδείξεων, μπορεί να δοθεί φαρμακευτική και ψυχολογική βοήθεια κατά προτεραιότητα
- Η στενή και μακρά παρακολούθηση είναι αναγκαία, γιατί οι ασθενείς με άσθμα έχουν υψηλό κίνδυνο υποτροπής, προσπαθούν πολλές φορές προκειμένου να διακόψουν το κάπνισμα, και συχνά δεν ολοκληρώνουν τα σχετικά με το άσθμα εκπαιδευτικά προγράμματα. Συνιστώνται γραπτά ή τηλεφωνικά μηνύματα υπενθύμισης και ενίσχυσης της προσπάθειας διακοπής και συνέχισης αποχής από το κάπνισμα.
- Διακοπή καπνίσματος στη ΧΑΠ

Χρήσιμα γενικά χαρακτηριστικά των ασθενών με ΧΑΠ που καπνίζουν

Οι καπνιστές με ΧΑΠ, τείνουν να καπνίζουν περισσότερα τσιγάρα από τους καπνιστές χωρίς ΧΑΠ. Επίσης τείνουν να έχουν συγκεκριμένο μοτίβο καπνίσματος: εισπνέουν τον καπνό του τσιγάρου βαθιά και τον διατηρούν για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα στους πνεύμονες τους. Τα επίπεδα του εκπνεόμενου CO σε αυτούς τους ασθενείς είναι υψηλότερα από ό, τι στους καπνιστές χωρίς ΧΑΠ. Γενικά οι πλείστοι παρουσιάζουν μεγαλύτερο βαθμό εξάρτησης από τη νικοτίνη, μικρότερο κίνητρο για να σταματήσουν το κάπνισμα, χαμηλή αυτο-αποτελεσματικότητα και μειωμένη αυτοεκτίμηση. Η κατάθλιψη ή η καταθλιπτική διάθεση είναι συχνές. Η αύξηση βάρους που μπορεί να ακολουθήσει τη διακοπή του καπνίσματος μπορεί να προκαλέσει υποτροπή σε αυτή την ομάδα ασθενών, λόγω επιδείνωσης των προβλημάτων της νόσου.

Ενημέρωση – Συστάσεις

Οι ασθενείς θα πρέπει να ενημερώνονται ότι η διακοπή του καπνίσματος είναι το μόνο θεραπευτικό μέτρο που αποδεδειγμένα βελτιώνει τη φυσική πορεία της ΧΑΠ και του προσδόκιμου ζωής των ασθενών. Τα βρογχοδιασταλτικά που αποτελούν τον ακρογωνιαίο λίθο στη θεραπεία της νόσου είναι λιγότερο αποτελεσματικά όταν συνεχίζεται το κάπνισμα. Η διακοπή του καπνίσματος βελτιώνει τα συμπτώματα και την ανταπόκριση στη θεραπεία.

Συστήνεται έντονα σπιρομέτρηση για διαγνωστικούς σκοπούς. Τόσο η σπιρομέτρηση όσο και το εκπνεόμενο CO μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την ενίσχυση του κινήτρου διακοπής του καπνίσματος. Οι ασθενείς προτρέπει να αναγνωρίσουν τους παράγοντες κινδύνου και εκπαιδεύονται στην αντιμετώπιση τους. Ενημερώνονται για τις πιθανές στερητικές εκδηλώσεις και εκπαιδεύονται σε δεξιότητες για τον έλεγχο τους. Η χρήση προσωπικών επιστολών, ηλεκτρονικών και άλλων μηνυμάτων ενισχύει το αίσθημα υποστήριξης της προσπάθειας του καπνιστή.

Σε πάρα πολλές κλινικές μελέτες έχει καταδειχθεί και οι τρεις κύριες κατηγορίες φαρμάκων πρώτης γραμμής (σκευάσματα νικοτίνης ΣΝ, βουπροπιόνη, ΒΠ, βαρενικλίνη ΒΚ) για τη διακοπή του καπνίσματος είναι αποτελεσματικές σε καπνιστές με ΧΑΠ. Φαίνεται ότι τη μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα παρουσιάζει η ΒΚ και μάλιστα όταν αυτή συνδυάζεται με ΣΝ. Όμως γενικά ο συνδυασμός της φαρμακευτικής θεραπείας με την ψυχολογική υποστήριξη δίνει τα καλύτερα αποτελέσματα από ότι τα μεμονωμένα συστατικά του συνδυασμού.

Από φαρμακευτικής απόψεως σε ασθενείς με χαμηλό-μέτριο βαθμό εξάρτησης, προτείνονται κατά σειρά προτεραιότητας η ΒΝ, συνδυασμός ΣΝ και εναλλακτικά ΣΝ ή ΒΠ. Σε ασθενείς με μεγάλο βαθμό εξάρτησης προτείνονται ΣΝ σε υψηλές δοσολογίες και παρατεταμένο χρόνο χορήγησης, προ-φόρτιση με ΣΝ, ΒΠ με παρατεταμένη διάρκεια χορήγησης, ΒΠ+ΣΝ, ΒΚ με παράταση χρόνου χορήγησης, προ-φόρτιση με ΒΚ, ΒΚ+ΣΝ, ΒΚ=ΒΠ.

Διακοπή καπνίσματος στα Καρδιαγγειακά Νοσήματα

Χρήσιμα στοιχεία

Το κάπνισμα αποτελεί ένα από τους πιο σημαντικούς τροποποιήσιμους παράγοντες κινδύνου για καρδιαγγειακά νοσήματα (ΚΑΠ). Εντούτοις, μπορεί να ειπωθεί ότι στη διακοπή του καπνίσματος αποδίδεται μικρότερη σημασία από ότι σε άλλους παράγοντες κινδύνου για ΚΑΠ (π.χ. αρτηριακή πίεση και χοληστερόλη). Λόγω της μεγάλης αύξησης του κινδύνου για ΚΑΠ από το κάπνισμα, η διακοπή του θα πρέπει να αντιμετωπίζεται με ίση ή μεγαλύτερη σημασία όπως και άλλοι οι παράγοντες κινδύνου ΚΑΠ τόσο από τους κλινικούς όσο και από τους ασθενείς. Ως εκ τούτου η διακοπή του καπνίσματος θα πρέπει να αποτελεί θεμελιώδη προτεραιότητα για την πρόληψη και τη διαχείριση των καρδιαγγειακών παθήσεων (ΚΑΠ) και η οποία πρέπει να είναι ενταγμένη στο θεραπευτικό πλάνο αντιμετώπισης αυτών των νοσημάτων.

Στα συνοπτικά οφέλη από τη διακοπή του καπνίσματος συμπεριλαμβάνονται:

- Η βελτίωση της πρόγνωσης μετά από ένα καρδιακό συμβάν.
- Η σημαντική μείωση της εξέλιξης, της νοσηρότητας και θνησιμότητας της καρδιακής νόσου
- Η μείωση του κίνδυνου θνησιμότητας των καρδιακών παθήσεων που σχετίζονται με το κάπνισμα μειώνεται κατά 50% εντός ενός έτους.
- Η μεγαλύτερη μείωση της θνησιμότητας σε σύγκριση με όλες τις άλλες διαθέσιμες δευτερογενείς παρεμβάσεις πρόληψης (π.χ. β αναστολείς, αναστολείς ACE, στατίνες, ασπιρίνη).
- Η μείωση κατά 40% της θνησιμότητας ή της επανεισόδου στο νοσοκομείο των ασθενών με συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια, αποτέλεσμα ίσο με αυτό που παράγεται από β-αναστολείς ή αναστολείς του ACE.

Ενημέρωση - Συστάσεις

Για την προσέγγιση και αντιμετώπιση των ασθενών με ΚΑΠ δεν διαφοροποιείται από αυτήν για τις υπόλοιπες κατηγορίες των καπνιστών. Ο συνδυασμός φαρμακευτικής και ψυχολογικής θεραπείας δίνει τα καλύτερα αποτελέσματα. Τα φάρμακα πρώτης γραμμής αποδείχθηκαν εξίσου αποτελεσματικά, ίσως με σχετική υπεροχή της βαρενικλίνης και των σκευασμάτων νικοτίνης.

Η θεραπεία εφαρμόζεται με κάθε ευκαιρία επαφής με τους ασθενείς με ΚΑΠ. Η νοσηλεία των ασθενών θεωρείται παράθυρο ευκαιρίας. Παρά τους αρχικούς φόβους για τυχόν παρενέργειες, σε μεγάλες κλινικές μελέτες οι παρενέργειες των φαρμάκων πρώτης γραμμής δεν διέφεραν από αυτές του εικονικού φαρμάκου. Η ασταθής στηθάγχη και το πρόσφατο έμφραγμα αποτελούν αντενδείξεις για φαρμακευτική θεραπεία.

Διακοπή καπνίσματος σε άτομα με ψυχολογικές/ψυχιατρικές διαταραχές

Γενικά ψυχιατρικές διαταραχές είναι συχνότερες σε καπνιστές και αυτά τα άτομα (ιδιαίτερα αυτοί που παρουσιάζουν και συννοσηρότητα) μπορεί να αντιμετωπίσουν επιπλέον δυσκολίες κατά τη διακοπή του καπνίσματος¹. Επίσης αυτοί οι ασθενείς σπανιότερα ζητούν βοήθεια για διακοπή. Η θεραπεία για διακοπή του καπνίσματος δεν χειροτερεύει τα όποια ψυχολογικά/ψυχιατρικά προβλήματα αλλά αντίθετα, φαίνεται να βοηθά στην βελτίωση της διάθεσης και τη μείωση του άγχους^{2,3}. Συγκεκριμένοι πληθυσμοί όπως ασθενείς με καρδιαγγειακά νοσήματα και ασθενείς με ψυχιατρικές διαταραχές (π.χ. αγχώδεις διαταραχές περιλαμβανομένου και μετατραυματικού στρες και διαταραχές διάθεσης) φαίνεται να επωφελούνται περισσότερο από το συνδυασμό φαρμακοθεραπείας (ιδιαίτερα βαρενικλίνη) και ψυχοθεραπείας σε ότι αφορά την διακοπή του καπνίσματος^{4,5}. Η θεραπευτική προσέγγιση η οποία υποστηρίζεται από την έρευνα είναι η ίδια και προτείνεται να εφαρμόζεται παράλληλα και για τα ψυχολογικά και για τα θέματα χρήσης (π.χ. διακοπή καπνίσματος) αν και η θεραπεία μπορεί να εντατικοποιηθεί ή να επιμηκυνθεί.

Διακοπή του Καπνίσματος στον Διαβήτη

Χρήσιμα στοιχεία

Το κάπνισμα (συμπεριλαμβανομένου και του παθητικού καπνίσματος) στους διαβητικούς ασθενείς ενισχύει σημαντικά τις επιπλοκές από το διαβήτη, τον κίνδυνο στεφανιαίας νόσου, έμφραγμα του μυοκαρδίου, καρδιακή ανεπάρκεια, εγκεφαλικό επεισόδιο, περιφερική αρτηριακή νόσος, καρδιαγγειακή θνησιμότητα καθώς και ολική θνησιμότητα. Επίσης η χρήση καπνού αυξάνει τις μικροαγγειακές επιπλοκές σε διαβητικούς ασθενείς συμπεριλαμβανομένης μιας ανεπιθύμητης επίδρασης σε διαβητική νεφροπάθεια. Η πρόληψη έναρξης καπνίσματος είναι άκρως σημαντική για άτομα σε ρίσκο για διαβήτη καθώς και για νεαρούς διαβητικούς που δεν καπνίζουν. Δυστυχώς στην Ευρώπη τα ποσοστά διαβητικών που καπνίζουν είναι αρκετά ψηλά, ενώ η ενημέρωση και γνώσεις για τις επιπλοκές του διαβήτη σε καπνιστές είναι σε αρκετά χαμηλά επίπεδα.

Ενημέρωση - Συστάσεις

Τα στοιχεία δείχνουν ότι οι ασθενείς με διαβήτη δεν υιοθετούν εύκολα παρεμβάσεις διακοπής του καπνίσματος και τα ποσοστά επιτυχίας διακοπής είναι συχνά χαμηλά. Η πρόληψη και η διακοπή της χρήσης καπνού είναι σημαντικά συστατικά της κλινικής φροντίδας του διαβήτη. Όλοι οι διαβητικοί ασθενείς θα πρέπει να καταγράφουν την τρέχουσα και την προηγούμενη χρήση καπνού. Στους ασθενείς που αναφέρουν τρέχουσα χρήση καπνού θα πρέπει να προσφέρεται υποστήριξη με τη διακοπή του καπνίσματος ως προτεραιότητα. Η διακοπή καπνίσματος μειώνει σημαντικό το ρίσκο θνησιμότητας από καρδιαγγειακά προβλήματα σε ασθενείς με διαβήτη.

Οι παρεμβάσεις θα πρέπει να περιλαμβάνουν συνδυασμό ψυχολογικής θεραπείας (ΓΣΘ) και φαρμακοθεραπείας. Ωστόσο, μέχρι την παρούσα φάση δεν υπάρχει επαρκής έρευνα που να παρέχει στοιχεία για την βέλτιστη πρακτική όσον αφορά την αποτελεσματικότητα και ασφάλεια της φαρμακοθεραπείας σε διαβητικούς ασθενείς. Σημαντικό να σημειωθεί πως λόγω του αυξημένου κινδύνου επιληπτικών κρίσεων, η βουπροπιόνη δεν συνιστάται για χρήση σε διαβητικούς ασθενείς που χρησιμοποιούν παράγοντες υπογλυκαιμίας ή ινσουλίνη. Επίσης κατά την πρώτη χρήση φαρμάκων διακοπής του καπνίσματος συνιστάται στενότερη παρακολούθηση των επιπέδων σακχάρου στο αίμα, καθώς ίσως χρειαστεί προσαρμογή της φαρμακευτικής αγωγής εάν αυτό είναι απαραίτητο⁶.

Βιβλιογραφία

1. *Co-occurring tobacco use and posttraumatic stress disorder: Smoking cessation treatment implications* Megan M. Kelly PhD, Kevin P. Jensen PhD, Mehmet Sofuoglu MD, PhD first published: 19 November 2015 <https://doi.org/10.1111/ajad.12304>Digital Object Identifier (DOI)
2. *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.
3. *Prochaska JJ. Quitting smoking is associated with long term improvements in mood.* *BMJ.* 2014 Feb 17;348:g1562. doi: 10.1136/bmj.g1562.
4. *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
5. *Heffner, J. L., Evins, A. E., Russ, C., Lawrence, D., Ayers, C. R., McRae, T., ... & Anthenelli, R. M. (2019). Safety and efficacy of first-line smoking cessation pharmacotherapies in bipolar disorders: subgroup analysis of a randomized clinical trial.* *Journal of affective disorders*, 256, 267-277.
6. *Huecker MR, Smiley A, Saadabadi A. Bupropion. [Updated 2024 Sep 2]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2026 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470212/>*

Νοσοκομειακή Παρέμβαση από Νοσηλευτικό, Ιατρικό προσωπικό και Ψυχολόγο

Δρ Μιχάλης Τουμπής, MD, PhD, FCCP, Πνευμονολόγος, Κλινικός Αναπληρωτής Καθηγητής Πανεπιστημίου Λευκωσίας, (UNIC) Δρ Δήμος Φωτόπουλος, Ψυχίατρος Διεύθυνσης Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας, Οργανισμού Κρατικών Υπηρεσιών Υγείας, Κατερίνα Γεωργίου, Διδάκτορας Κλινικής Ψυχολογίας & Δρ Μαρία Καρεκλά, Καθηγήτρια Κλινικής Ψυχολογίας, Πανεπιστήμιο Κύπρου

Η εισαγωγή των ατόμων σε νοσοκομεία αποτελεί μια μοναδική ευκαιρία και πλαίσιο για διακοπή του καπνίσματος¹, καθώς αφενός απαγορεύεται το κάπνισμα στο χώρο και αφετέρου οι ασθενείς αποθαρρύνονται από το να καπνίζουν λόγω των προβλημάτων υγείας τους². Επιπλέον, οι ασθενείς είναι περισσότερο κινητοποιημένοι για διακοπή³ όταν η ασθένεια τους σχετίζεται με το κάπνισμα⁴.

Όσον αφορά στους επαγγελματίες υγείας, 28,2% δηλώνουν καπνιστές⁵ οι οποίοι είναι λιγότερο πιθανό να παρέχουν συμβουλευτική στους ασθενείς τους σχετικά με τη διακοπή του καπνίσματος και λιγότερο πιθανό να τους παραπέμψουν σε προγράμματα διακοπής του καπνίσματος⁶. Είναι λοιπόν πολύ σημαντικό, οι επαγγελματίες υγείας να ρωτάνε και να καταγράφουν στο ιστορικό τις καπνιστικές συνήθειες των ασθενών τους αλλά και να προσφέρουν βραχεία συμβουλή παροτρύνοντας τους καπνιστές για διακοπή του καπνίσματος⁷.

Ένας κλινικός ψυχολόγος υγείας εξειδικευμένος σε θέματα διακοπής καπνίσματος στο νοσοκομειακό πλαίσιο μπορεί να παράσχει υπηρεσίες τόσο στους ασθενείς όσο και στους επαγγελματίες υγείας. Η στρατηγική της “σύντομης συμβουλής” στους ασθενείς, δηλαδή μικρής διάρκειας παρέμβαση στα πλαίσια εξέτασης, αποσκοπεί στο να κινητοποιηθούν οι καπνιστές για να μειώσουν ή να διακόψουν το κάπνισμα με την κατάλληλη υποστήριξη⁸. Ως προς τους επαγγελματίες υγείας, ο κλινικός ψυχολόγος υγείας μπορεί να παράσχει εκπαίδευση γύρω από τα 5Α της διακοπής του καπνίσματος ή/και την συνέντευξη κινητοποίησης⁹. Τέλος, είναι σημαντική η συμμετοχή του ψυχολόγου στη διεπιστημονική ομάδα, επειδή τονίζει με μοναδικό τρόπο τις ψυχοκοινωνικές παραμέτρους που μπορούν να οδηγήσουν σε αλλαγή συμπεριφοράς.

Βιβλιογραφία

1. Thomas, D., Abramson, M. J., Bonevski, B., Taylor, S., Poole, S. G., Weeks, G. R., ... & George, J. (2015). *Quitting experiences and preferences for a future quit attempt: a study among inpatient smokers. BMJ open, 5(4), e006959.*
2. Dohnke, B., Ziemann, C., Will, K. E., Weiss-Gerlach, E., & Spies, C. D. (2012). *Do hospital treatments represent a 'teachable moment' for quitting smoking? A study from a stage-theoretical perspective. Psychology & Health, 27(11), 1291-1307.*
3. Bernstein, S. L., Boudreaux, E. D., Cabral, L., Cydulka, R. K., Schwegman, D., Larkin, G. L., ... & Rhodes, K. V. (2008). *Nicotine dependence, motivation to quit, and diagnosis among adult emergency department patients who smoke: a national survey. Nicotine & Tobacco Research, 10(8), 1277-1282.*
4. Munafò, M., Rigotti, N., Lancaster, T., Stead, L., & Murphy, M. (2001). *Occasional review. Thorax, 56, 656-663.*
5. Zinonos, S., Zachariadou, T., Zannetos, S., Panayiotou, A. G., & Georgiou, A. (2016). *Smoking prevalence and associated risk factors among healthcare professionals in Nicosia general hospital, Cyprus: a cross-sectional study. Tobacco induced diseases, 14, 14. https://doi.org/10.1186/s12971-016-0079-6*
6. Duaso, M. J., McDermott, M. S., Mujika, A., Pursell, E., & While, A. (2014). *Do doctors' smoking habits influence their smoking cessation practices? A systematic review and meta-analysis. Addiction, 109(11), 1811-1823*
7. Eckert, T. (2001). *Motivation for smoking cessation: what role do doctors play?. Swiss medical weekly, 131(3536).*
8. García-Gómez, L., Hernández-Pérez, A., Noé-Díaz, V., Riesco-Miranda, J. A., & Jiménez-Ruiz, C. (2019). *Smoking cessation treatments: current psychological and pharmacological options. Revista de investigación clínica, 71(1), 7-16.*
9. Miller, W. R., & Rollnick, S. (2012). *Motivational interviewing: Helping people change. Guilford press.*

Εισηγήσεις για την εφαρμογή των κατευθυντήριων γραμμών για διακοπή του καπνίσματος

Δρ. Μαρία Καρεκλά, Καθηγήτρια Κλινικής Ψυχολογίας, Πανεπιστήμιο Κύπρου

Οι κατευθυντήριες γραμμές είναι χρήσιμες μόνο αν διαδοθούν και εφαρμοστούν σύμφωνα με τα πρότυπα των βέλτιστων πρακτικών για τη διακοπή του καπνίσματος. Ένα καλό παράδειγμα χρήσης κατευθυντήριων γραμμών για το κάπνισμα αποτελεί το NHS Stop Smoking Services στο Ηνωμένο Βασίλειο, το οποίο αξιοποιεί τον αλγόριθμο των κατευθυντήριων γραμμών του NICE^{1,2} ως εργαλείο διακοπής καπνίσματος. Οι κατευθυντήριες γραμμές μπορούν να βοηθήσουν εθνικούς φορείς να αντιμετωπίσουν την επιδημία του καπνίσματος για το καλό της δημόσιας υγείας. Για να επιτευχθούν οι στόχοι των κατευθυντήριων γραμμών, χρειάζεται η διαδικασία υλοποίησης να ακολουθήσει διαδοχική προσέγγιση με ξεκάθαρα βήματα:

- Όλες οι εμπλεκόμενες ομάδες επαγγελματιών χρειάζεται να ενημερωθούν και εκπαιδευτούν και να έχουν πρόσβαση σε όλο το σχετικό υλικό και εργαλεία.
- Οι ομάδες επαγγελματιών υγείας χρειάζεται να αξιολογήσουν και να συγκρίνουν τις τρέχουσες δραστηριότητες τους σε σχέση με αυτές που προτείνονται στις κατευθυντήριες γραμμές.
- Να προσδιοριστούν οι φορείς που χρειάζεται να αλλάξουν τους τρόπους εργασίας τους για να επιτευχθεί η εφαρμογή των κατευθυντήριων γραμμών.
- Να αναγνωριστούν οι βασικοί τομείς που χρίζουν βοήθειας για να μπορέσουν να εφαρμόσουν τις κατευθυντήριες γραμμές και να προσδιοριστούν οι τρόποι με τους οποίους θα γίνονται παραπομπές σε κέντρα διακοπής καπνίσματος και πως θα αυξηθεί η εκπαίδευση των επαγγελματιών.
- Να αξιολογηθεί το κόστος της εφαρμογής των προτεινόμενων κατευθυντήριων οδηγιών με σκοπό να μπορεί οποιοδήποτε άτομο να επωφεληθεί ανεξαρτήτου φύλου, κοινωνικής τάξης, ηλικίας, κατάστασης υγείας ή ετοιμότητας για διακοπή.
- Να ετοιμαστεί σχέδιο δράσης για την εφαρμογή και αξιολόγηση της εφαρμογής των προτεινόμενων κατευθυντήριων γραμμών. Για να διασφαλιστεί η αποτελεσματική εφαρμογή, όλοι οι αρμόδιοι οργανισμοί, όλοι οι φορείς που εμπλέκονται σε θέματα δημόσιας υγείας, τοπικές αρχές κ.α. θα πρέπει να υπογράψουν το σχέδιο δράσης.
- Η εφαρμογή των κατευθυντήριων γραμμών θα πρέπει να επανεξετάζεται και να παρακολουθείται και τα αποτελέσματα να παρουσιάζονται στην αρμόδια αρχή παρακολούθησης.

Επίσης η εφαρμογή των κατευθυντήριων γραμμών θα ήταν καλό να ακολουθείται από πιστοποίηση των κέντρων και ειδικών οι οποίοι θα προσφέρουν διακοπή καπνίσματος. Οποιαδήποτε υπηρεσία παροχής υπηρεσιών διακοπής του καπνίσματος θα έπρεπε να δηλώνει ξεκάθαρα ότι η διακοπή του καπνίσματος είναι ένας από τους στόχους της υπηρεσίας. Οι υπηρεσίες θα έπρεπε να κάνουν όλα τα ακόλουθα:

- Θεραπεία διακοπής σε όλες τις περιπτώσεις ατόμων που ζητούν βοήθεια από την υπηρεσία τους, εστιάζοντας συγκεκριμένα στις πιο δύσκολες περιπτώσεις.
- Συνεχιζόμενη εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας σε θέματα καπνίσματος και διακοπής του.
- Να ερευνούν και αξιολογούν την αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων τους για διακοπή του καπνίσματος.
- Να διαδίδουν καλές πρακτικές διακοπής καπνίσματος μεταξύ των επαγγελματιών υγείας και του γενικού πληθυσμού και να εξαλείφουν κακές πρακτικές.
- Να προάγουν την υγεία γενικότερα.

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.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

Παράρτημα I

Σχεδιαγράμματα και πίνακες:

Σχεδ.1: Επιδράσεις καπνίσματος	σελ. 12
Σχεδ.2: Αναπνευστική λειτουργία	σελ. 19
Σχεδ.3: Τι συμβαίνει στο σώμα σας αν διακόψετε το κάπνισμα	σελ. 21
Σχεδ.4: Κάπνισμα κατά τον τελευταίο μήνα	σελ. 23
Σχεδ.5: Κάπνισμα κατά τον τελευταίο μήνα ανά φύλο	σελ. 24
Σχεδ.6: Κάπνισμα σε καθημερινή βάση (%) κατά τον τελευταίο μήνα	σελ. 24
Σχεδ.7: Χρήση ηλεκτρονικών τσιγάρων (%)	σελ.25
Σχεδ.8: Σχεδόν καθημερινή/καθημερινή χρήση ηλεκτρονικών τσιγάρων κατά τον τελευταίο μήνα (%)	σελ.25
Σχεδ.9: Χρήση ναργιλέ κατά τον τελευταίο μήνα (Κύπρος)	σελ.26
Σχεδ.10: Χρήση ναργιλέ κατά τον τελευταίο μήνα (%) (Κύπρος-Ε.Ε)	σελ.26
Σχεδ.11: Κάπνισμα κατά τον τελευταίο μήνα (%) στο γενικό πληθυσμό	σελ.27
Σχεδ.12: Προσπάθεια διακοπής καπνίσματος (όσοι έχουν καπνίσει κατά τον τελευταίο χρόνο)	σελ.27
Σχεδ.13: Ο κύκλος της πρόληψης	σελ. 31
Σχεδ.14: Μοντέλο Σταδίων Αλλαγής Συμπεριφοράς	σελ. 34
Σχεδ.15: Πρωτόκολλο θεραπείας διακοπής του καπνίσματος στους εφήβους	σελ. 42
Σχεδ.16: Μοντέλο των 5 Α'ς	σελ. 47
Σχεδ.17: Εκπαίδευση επαγγελματιών υγείας	σελ. 49
Σχεδ.18: Σχέση σκέψης-συναισθήματος -συμπεριφοράς	σελ. 61
Πίνακας 1: Κλίμακα Fagerström (FTND)	σελ. 34
Πίνακας 2: Πίνακας περιγραφής σταδίων του Διαθεωρητικού Μοντέλου Σταδίων Αλλαγής Prochaska και DiClemente (1992)	σελ. 35
Πίνακας 3: Φάρμακα πρώτης γραμμής για τη διακοπή του καπνίσματος: Αντικατάστατα νικοτίνης	σελ. 56
Πίνακας 4: Φάρμακα πρώτης γραμμής για τη διακοπή του καπνίσματος	σελ. 57
Πίνακας 5: Αποτελεσματικότητα φαρμάκων πρώτης γραμμής	σελ. 58
Πίνακας 6: Συγκριτική αποτελεσματικότητα των φαρμάκων	σελ. 58

Παράρτημα Ι Ι

Έντυπο Έγκρισης Προγραμμάτων Διακοπής του Καπνίσματος- ΑΑΕΚ

Α. ΜΕΡΟΣ

Γενικές Πληροφορίες:

- Δηλώνεται υπεύθυνα ότι το πρόγραμμα το οποίο υποβάλλεται προς έγκριση είναι πλήρως ανεξάρτητο από την καπνοβιομηχανία και ότι δεν υφίσταται καμία άμεση ή έμμεση σχέση, συνεργασία, χρηματοδότηση, χορηγία ή άλλης μορφής υποστήριξη από εταιρείες καπνού ή συνδεδεμένους με αυτές φορείς.

1. Ημερομηνία:

2. Ονομασία Προγράμματος:

3. Διεύθυνση:

4. Τηλ.:

Email:

5. Ημερομηνία Έναρξης του Προγράμματος:

6. Πρόσωπο Επαφής / Επιστημονικά Υπεύθυνος Θεραπευτικής Δομής:

7. Νομικό καθεστώς:

- ΜΚΟ/ Εθελοντικός Οργανισμός
- Δημόσιος Οργανισμός
- Ιδιωτικός/ Κερδοσκοπικός Οργανισμός
- Ιδιωτικός/ Μη Κερδοσκοπικός Οργανισμός
- Άλλο:

8. Είδος Προγράμματος:

- Ανοικτή Τηλεφωνική Γραμμή
- Διαδικτυακή πλατφόρμα/εφαρμογή για διακοπή του καπνίσματος για Εφήβους και Ενήλικες
- Εξωνοσοκομειακή Δομή διακοπής του καπνίσματος για Εφήβους
- Εξωνοσοκομειακή Δομή διακοπής του καπνίσματος για Ενήλικες
- Ιατρείο διακοπής του καπνίσματος για Ενήλικες

B. ΜΕΡΟΣ

Πρότυπα Ποιότητας Θεραπευτικών Προγραμμάτων

Σημειώνεται ότι για την συμπλήρωση του πιο κάτω εντύπου μπορείτε να συμβουλευθείτε τις Κλινικές Κατευθυντήριες Γραμμές για τα προγράμματα διακοπής του καπνίσματος (2022) και τον Οδηγό Θεραπείας ΑΑΕΚ 2019.

9. Προσβασιμότητα

9.1. Σημειώστε κατά πόσο το πρόγραμμα σας (α) κάνει και (β) δέχεται παραπομπές με βάση τον πίνακα που ακολουθεί:

Φορείς

Εξειδικευμένη Υπηρεσία για τη διακοπή του καπνίσματος	<input type="checkbox"/> Ναι	<input type="checkbox"/> Όχι
Εξειδικευμένη Υπηρεσία για την ουσιοεξάρτηση	<input type="checkbox"/> Ναι	<input type="checkbox"/> Όχι
Ιατροί / ψυχολόγοι του δημόσιου τομέα	<input type="checkbox"/> Ναι	<input type="checkbox"/> Όχι
Ιατροί / ψυχολόγοι του ιδιωτικού τομέα	<input type="checkbox"/> Ναι	<input type="checkbox"/> Όχι
Υπηρεσίες Κοινωνικής Ευημερίας	<input type="checkbox"/> Ναι	<input type="checkbox"/> Όχι
Άλλες Υπηρεσίες:	<input type="checkbox"/> Ναι	<input type="checkbox"/> Όχι
Διευκρινίστε:	<hr/>	

9.2. Υπάρχει οποιαδήποτε οικονομική επιβάρυνση στα άτομα που εντάσσονται στο πρόγραμμα διακοπής του καπνίσματος;

Ναι Όχι

Εξηγήστε:

9.3. Ποιες είναι οι μέρες και ώρες λειτουργίας του Προγράμματος;

9.4. Ποια είναι η δυναμικότητα του Προγράμματος;

9.5. Σε ποιες γλώσσες παρέχονται οι υπηρεσίες; Υπάρχει δυνατότητα παροχής υπηρεσιών μεταφραστή όπου κρίνεται αναγκαίο;

9.6. Η τοποθεσία των εγκαταστάσεων του Προγράμματος είναι εύκολα προσβάσιμη; (π.χ. διαθεσιμότητα συγκοινωνίας)

Ναι

Όχι

Εξηγήστε:

9.7. Περιγράψτε τα κριτήρια εισδοχής (eligibility criteria) και τα κριτήρια αποκλεισμού από το Πρόγραμμα:

9.8. Περιγράψτε την εκστρατεία ενημέρωσης του κοινού που πραγματοποιείται σε σχέση με το Πρόγραμμα διακοπής του καπνίσματος

10. Στοχοθέτηση Ειδικών Υπο-ομάδων

10.1. Σημειώστε σε ποιες από τις πιο κάτω ομάδες προσφέρονται εξειδικευμένες υπηρεσίες από το Πρόγραμμα διακοπής του καπνίσματος:

Γυναίκες κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης και του θηλασμού

Μετανάστες

Ανήλικα άτομα

Άτομα τρίτης ηλικίας

Άτομα με ψυχική συννοσηρότητα

Άτομα με άλλες ιατρικές παθήσεις, π.χ. καρδιοπάθεια, διαβήτη, πνευμονοπάθεια

Άλλες ομάδες:

10.2. Περιγράψτε εν συντομία τα εξειδικευμένα προγράμματα/παρεμβάσεις που προσφέρονται στις πιο πάνω ομάδες.

11. Αξιολόγηση του ατόμου

11.1. Το άτομο που προσεγγίζει το πρόγραμμα διακοπής του καπνίσματος αξιολογείται; Ναι, πάντοτε Σε κάποιες περιπτώσεις Όχι

11.2. Παρακαλώ σημειώστε κατά πόσο αξιολογούνται τα πιο κάτω:

Ιστορικό χρήσης καπνού ή και άλλων ουσιών Ναι, πάντοτε Σε κάποιες περιπτώσεις Όχι

Επικίνδυνη Συμπεριφορά Ναι, πάντοτε Σε κάποιες περιπτώσεις Όχι

Ψυχιατρικά/ψυχολογικά Προβλήματα Ναι, πάντοτε Σε κάποιες περιπτώσεις Όχι

Προβλήματα υγείας Ναι, πάντοτε Σε κάποιες περιπτώσεις Όχι

Οικογενειακές και διαπροσωπικές σχέσεις Ναι, πάντοτε Σε κάποιες περιπτώσεις Όχι

Επαγγελματική κατάσταση Ναι, πάντοτε Σε κάποιες περιπτώσεις Όχι

Οικονομικά και Νομικά Προβλήματα Ναι, πάντοτε Σε κάποιες περιπτώσεις Όχι

Κίνητρο για αλλαγή/ κίνητρο για θεραπεία Ναι, πάντοτε Σε κάποιες περιπτώσεις Όχι

Εκπαιδευτικό Υπόβαθρο Ναι, πάντοτε Σε κάποιες περιπτώσεις Όχι

Άλλα

11.3. Αναφέρετε τα εργαλεία αξιολόγησης του ατόμου και επισυνάψτε τυχόν εργαλεία που έχουν διαμορφωθεί από το πρόγραμμα:

11.4. Σημειώστε εάν εφαρμόζονται τα πιο κάτω εργαλεία καλής πρακτικής:

1) Four Cs test (Craving, Control, Compulsion, Consequences) Ναι Όχι

2) Fagerstrom test for Nicotine Dependence, Ναι Όχι

3) CAGE questionnaire for smoking Ναι Όχι

4) Σύστημα Υποβολής Παραπόνων των Θεραπευόμενων Ναι Όχι

5) Ηλεκτρονικό Αρχείο Παρακολούθησης Ναι Όχι

12. Θεραπευτικός Σχεδιασμός

12.1. Το πρόγραμμα συμπεριλαμβάνει ατομικό θεραπευτικό σχέδιο βάση λειτουργικής ανάλυσης της συμπεριφοράς;

Ναι, πάντοτε Σε κάποιες περιπτώσεις Όχι

Εξηγήστε:

12.2. Καθορίζεται Ατομικός Συντονιστής για κάθε άτομο;

Ναι, πάντοτε Σε κάποιες περιπτώσεις Όχι

Εξηγήστε:

12.3. Περιγράψτε εν συντομία τις αρμοδιότητες του Ατομικού Συντονιστή σε σχέση με τη διαχείριση του περιστατικού:

13. Θεραπευτική Δέσμευση

13.1. Πόσο χρονικό διάστημα, μετά την πρώτη επαφή, χρειάζεται για την ένταξη του ατόμου στο πρόγραμμα;

13.2. Σημειώστε τους λόγους σε σχέση με το διάστημα που μεσολαβεί από το αίτημα θεραπείας μέχρι την ένταξη του ατόμου στο πρόγραμμα.

Λίστα Αναμονής

Προετοιμασία για εισδοχή-υπηρεσίες συμβουλευτικής

Ιατρικές εκκρεμότητες

Άλλο:

13.3. Προσφέρονται παρεμβάσεις ενίσχυσης κινήτρων;

Ναι, πάντοτε Σε κάποιες περιπτώσεις Όχι

Εξηγήστε:

13.4. Το άτομο συμμετέχει ενεργά στη θεραπευτική διαδικασία και το θεραπευτικό σχεδιασμό;

Ναι, πάντοτε Σε κάποιες περιπτώσεις Όχι

Εξηγήστε:

14. Περιγραφή Προγράμματος Διακοπής του Καπνίσματος

14.1. Περιγράψτε τη φιλοσοφία του Προγράμματος και επισυνάψτε τα πρωτόκολλα που ακολουθεί το πρόγραμμα διακοπής του καπνίσματος.

14.2. Περιγράψτε τους γενικούς και ειδικούς στόχους του Προγράμματος

14.3. Περιγράψτε τη θεωρητική θεραπευτική προσέγγιση που ακολουθεί το Πρόγραμμα

14.4. Περιγράψτε τις θεραπευτικές παρεμβάσεις, εκπαιδευτικές και άλλες δραστηριότητες που περιλαμβάνει το Πρόγραμμα.

Επισυνάψτε το εβδομαδιαίο πρόγραμμα (όπου αυτό ισχύει)

14.5. Ποια είναι η χρονική διάρκεια του Προγράμματος; Περιγράψτε.

14.6. Με ποια συχνότητα απαιτείται η συμμετοχή του ατόμου στο Πρόγραμμα; Με ποια κριτήρια καθορίζεται η συχνότητα συμμετοχής του ατόμου;

14.7. Περιγράψτε τις παρεμβάσεις που προσφέρει το Πρόγραμμα στην οικογένεια ή στους σημαντικούς άλλους

15. Συνέχεια της Φροντίδας

15.1. Κατά τη φάση της ολοκλήρωσης ή διακοπής της θεραπείας καταρτίζεται από το Πρόγραμμα διακοπής του καπνίσματος, ένα σχέδιο μεταθεραπευτικής φροντίδας για σκοπούς πρόληψης της υποτροπής; Εξηγήστε.

15.2. Ποιος μηχανισμός (εργαλείο ή διαδικασία) καταγραφής της πορείας των ατόμων χρησιμοποιείται εφόσον περάσει ένα χρονικό διάστημα μετά την ολοκλήρωση ή διακοπή της θεραπείας; Περιγράψτε

15.3. Πώς αξιολογείται η αποτελεσματικότητα του προγράμματος (μεθοδολογία, εργαλεία)

16. Παρακολούθηση και αξιολόγηση του προγράμματος διακοπής του καπνίσματος

16.1. Το πρόγραμμα έχει αξιολογηθεί όσον αφορά:

- α) στο σχεδιασμό του Ναι, εσωτερική αξιολόγηση Ναι, εξωτερική αξιολόγηση Όχι
- β) στη διαδικασία Ναι, εσωτερική αξιολόγηση Ναι, εξωτερική αξιολόγηση Όχι
- γ) στο αποτέλεσμα; Ναι, εσωτερική αξιολόγηση Ναι, εξωτερική αξιολόγηση Όχι

Εάν όχι, παρακαλώ εξηγήστε τους λόγους.

16.2. Αναφέρατε το φορέα που πραγματοποίησε την αξιολόγηση (και εσωτερική και εξωτερική, εφόσον ισχύει) και παραθέστε τις σχετικές εκθέσεις.

16.3. Εάν δεν πραγματοποιήθηκε αξιολόγηση του προγράμματος, προγραμματίζεται να γίνει μελλοντικά;

- Ναι Όχι

16.4. Πόσο συχνά αξιολογείται το πρόγραμμα;

16.5. Χρησιμοποιήθηκαν σταθμισμένα εργαλεία για την αξιολόγηση;

- Ναι Όχι

Εξηγήστε:

17. Προσωπικό

17.1. Πόσα άτομα από τις παρακάτω ειδικότητες εργάζονται στο Πρόγραμμα διακοπής του καπνίσματος;

	Πλήρης Απασχόληση	Μερική Απασχόληση
Ψυχίατροι	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Πνευμονολόγοι	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Άλλης ειδικότητας ιατροί	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ψυχολόγοι	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Νοσηλεύτες	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ψυχιατρικοί Νοσηλεύτες	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Λειτουργοί εξαρτήσεων	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Άλλες ειδικότητες	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Διευκρινίστε:

17.2. Το προσωπικό κατέχει την κατάλληλη εκπαίδευση και εξειδίκευση ανάλογη με τις υπευθυνότητες του; (Παρακαλούμε επισυνάψτε τα σχετικά βιογραφικά σημειώματα συμπεριλαμβανομένων των σχετικών εκπαιδεύσεων)

17.3. Ο αριθμός του προσωπικού που απαρτίζει το πρόγραμμα θεωρείται επαρκής;

Ναι Όχι

Περιγράψτε που υπάρχουν ελλείψεις.

17.4. Παρουσιάστε το οργανόγραμμα το οποίο διασαφηνίζει το διοικητικό, θεραπευτικό και άλλο προσωπικό. Επισυνάψτε το σχετικό έγγραφο.

17.5. Πόσο συχνά και πού πραγματοποιούνται εκπαιδεύσεις ή/και μετεκπαιδεύσεις του προσωπικού; Παρακαλούμε αναφέρατε λεπτομέρειες.

17.6. Διασφαλίζεται εποπτεία για το προσωπικό; (Παρακαλούμε επισυνάψτε τα σχετικά βιογραφικά σημειώματα των ατόμων που παρέχουν εποπτεία).

- Ναι, εσωτερική εποπτεία
- Ναι, εξωτερική εποπτεία
- Ναι, εξωτερική και εσωτερική εποπτεία
- Όχι

17.7. Πόσο συχνά πραγματοποιούνται εποπτείες:

Εσωτερικές

Εξωτερικές

17.8. Πραγματοποιούνται κλινικές συναντήσεις της ομάδας του προσωπικού;

- Ναι Κάθε πόσο
-
- Όχι

17.9. Με ποιους τρόπους διασφαλίζεται η ψυχική σταθερότητα και υγεία του προσωπικού;

18. Κώδικας Δεοντολογίας

18.1. Υπάρχουν κανονισμοί λειτουργίας του προγράμματος;

- Ναι (Εξηγήστε ποιος κώδικας δεοντολογίας χρησιμοποιείται και επισυνάψτε σχετικό έγγραφο)
- Όχι, εξηγήστε:
-
-

18.2. Περιγράψτε τη διαδικασία που ακολουθείται με τους θεραπευόμενους σε περίπτωση παραβίασης των όρων του προγράμματος διακοπής του καπνίσματος.

18.3. Το άτομο πληροφορείται για τα δικαιώματα και τις υποχρεώσεις του πριν την υπογραφή του συμβολαίου για την εισδοχή του στο πρόγραμμα;

- Ναι (Επισυνάψτε σχετικό έγγραφο)
- Όχι, εξηγήστε:
-
-

18.4. Το προσωπικό και η δομή εφαρμόζουν τον Κώδικα Δεοντολογίας που περιγράφεται στον Οδηγό Θεραπείας (ΑΛΕΚ, 2019);

Ναι (Επισυνάψετε σχετικό έγγραφο)

Όχι, εξηγήστε:

19. Φυσικό Περιβάλλον

19.1. Το Πρόγραμμα είναι προετοιμασμένο για τη διαχείριση έκτακτων αναγκών, (όπως π.χ. πυρκαγιάς ή επιθετικότητας στις εγκαταστάσεις); Αναφερθείτε σχετικά με το προσωπικό και τις εγκαταστάσεις.

19.2. Οι κτιριακές εγκαταστάσεις του προγράμματος περιλαμβάνουν τα πιο κάτω;

Δωμάτιο για ατομική συμβουλευτική/ θεραπεία	<input type="checkbox"/> Ναι	<input type="checkbox"/> Όχι
Δωμάτιο για ομαδική θεραπεία	<input type="checkbox"/> Ναι	<input type="checkbox"/> Όχι
Πρόσβαση σε ηλεκτρονικούς υπολογιστές και στο διαδίκτυο	<input type="checkbox"/> Ναι	<input type="checkbox"/> Όχι
Χώρος αναμονής/ Κοινόχρηστος χώρος	<input type="checkbox"/> Ναι	<input type="checkbox"/> Όχι
Κουζίνα	<input type="checkbox"/> Ναι	<input type="checkbox"/> Όχι
Χώροι Υγιεινής	<input type="checkbox"/> Ναι	<input type="checkbox"/> Όχι
Γραφείο προσωπικού	<input type="checkbox"/> Ναι	<input type="checkbox"/> Όχι

Άλλα δωμάτια:

19.3. Έχουν εξασφαλισθεί οι απαραίτητες κτηριακές άδειες για τη λειτουργία του προγράμματος διακοπής του καπνίσματος (σημειώστε √ όπου ισχύει);

Πιστοποιητικό Επιθεώρησης Κτιρίων Δημόσιας Χρήσης	<input type="checkbox"/> Ναι	<input type="checkbox"/> Όχι
Πιστοποιητικό καταλληλότητας από την Πυροσβεστική Υπηρεσία	<input type="checkbox"/> Ναι	<input type="checkbox"/> Όχι
Υγειονομικό Πιστοποιητικό	<input type="checkbox"/> Ναι	<input type="checkbox"/> Όχι
Πιστοποιητικό ελέγχου της ηλεκτρικής εγκατάστασης	<input type="checkbox"/> Ναι	<input type="checkbox"/> Όχι

20. Προσωπικά Δεδομένα και Τήρηση Αρχείου

20.1. Έχουν ακολουθηθεί οι ενδεδειγμένες διαδικασίες εναρμόνισης με τον «Περί Επεξεργασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα και της Ελεύθερης Κυκλοφορίας των Δεδομένων αυτών Νόμο του 2018»;

Περιγράψτε τους σχετικούς μηχανισμούς και τη διάχυση του έντυπου ενημέρωσης για τα προσωπικά δεδομένα (βλ. σχετικό παράρτημα στον Οδηγό Θεραπείας της ΛΑΕΚ). Επισυνάψτε το σχετικό έγγραφο.

20.2. Η αξιολόγηση των αποτελεσμάτων, το θεραπευτικό σχέδιο, οι παρεμβάσεις, οι αναμενόμενες αλλαγές και τυχόν απρόβλεπτα γεγονότα τεκμηριώνονται πλήρως και ενημερώνονται γραπτώς για κάθε θεραπευόμενο;

Ναι Όχι

Εξηγήστε:

21. Φαρμακευτική Αγωγή (απαντήστε μόνο αν ισχύει)

21.1. Τι είδος φαρμακευτικής αγωγής χορηγείται στο Πρόγραμμα;

21.2. Περιγράψτε τις φαρμακευτικές παρεμβάσεις που προσφέρονται για:

- α) Θεραπεία με Υποκατάστατα Νικοτίνης β) Θεραπεία Πρόληψης Υποτροπής
 γ) Θεραπεία με φαρμακευτική αγωγή δ) Εναλλακτική Θεραπεία
 ε) Έλεγχος μονοξειδίου του άνθρακα

Επισυνάπτονται για σκοπούς εξέτασης της αίτησης:
 (Παρακαλώ σημειώστε με √ όπου ισχύει).

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Εβδομαδιαίο Πρόγραμμα Παρεμβάσεων | <input type="checkbox"/> Εκθέσεις Αξιολόγησης του Προγράμματος |
| <input type="checkbox"/> Βιογραφικά Σημειώματα Προσωπικού και Επόπτη | <input type="checkbox"/> Οργανόγραμμα Προσωπικού |
| <input type="checkbox"/> Κανονισμοί Λειτουργίας του Προγράμματος | <input type="checkbox"/> Δικαιώματα και Ευθύνες των Θεραπευόμενων |
| <input type="checkbox"/> Κώδικας Δεοντολογίας Δομής και Προσωπικού | <input type="checkbox"/> Έντυπο ενημέρωσης για τα Προσωπικά Δεδομένα |

Όνοματεπώνυμο:

Υπογραφή:

Ημερομηνία:



ΑΡΧΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ
ΕΞΑΡΤΗΣΕΩΝ ΚΥΠΡΟΥ

Αρχή Αντιμετώπισης Εξαρτήσεων Κύπρου

Ιωσήφ Χατζηιωσήφ 35 και Ανδρέα Αββραμίδη
1ος όροφος
2018 Στρόβολος Λευκωσία

Τηλ. 22 442960/72

Email: info@naac.org.cy

www.naac.org.cy

Έκδοση: Μάιος 2026