

## Εξάρτηση από τη νικοτίνη και στρατηγικές διακοπής καπνίσματος

Μιχαήλ Κουράκος<sup>1</sup>, Θεοδώρα Καυκιά<sup>2</sup>, Ευάγγελος Φραδέλος<sup>3</sup>

1. Νοσηλεύτης, MSc, PhD, Διευθυντής Νοσηλευτικής Υπηρεσίας, Γ.Ν «Ασκληπείο» Βούλας

2. Καθηγήτρια Εφαρμογών, PhD(c), Τμήμα Νοσηλευτικής, Αλεξάνδρειο Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Θεσσαλονίκης

3. Νοσηλεύτης, MSc, PhD(c), Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου

### ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η χρήση καπνού αναφέρεται από τον 6<sup>ο</sup> π.Χ αιώνα, όμως ο 20<sup>ος</sup> αιώνας σηματοδοτείται από την ευρεία χρήση καπνού, τη δημιουργία προτύπων καπνιστών και την ίδρυση μεγάλων καπνοβιομηχανιών. Η υγιεινομική κοινότητα, αρχικά, δεν αντιμετώπιζε το κάπνισμα ως επιβλαβές και εθιστικό, παρά το γεγονός ότι πολλοί άλλοι παρατηρητές της ανθρώπινης συμπεριφοράς (συγγραφείς, ψυχολόγοι, θρησκευτικοί ηγέτες) είχαν τονίσει την εθιστική δύναμή του. Στα τέλη της δεκαετίας του 1980, η παραδοχή της εξαρτησιογόνου φύσης του καπνού οδήγησε σε ανάπτυξη δράσεων των υπηρεσιών υγείας για υποστήριξη ατόμων που επιθυμούσαν τη διακοπή του καπνίσματος και σε θεσμοθέτηση κανόνων που διέπουν την πώληση, διανομή και διαφήμιση των προϊόντων καπνού. Η εξάρτηση από τη νικοτίνη αποτελεί μια χρόνια κατάσταση για την οποία απαιτούνται συστηματικές και αποτελεσματικές θεραπευτικές παρεμβάσεις με δεδομένο ότι οι καπνιστές, σε αντίθεση με άτομα εθισμένα σε άλλες ουσίες, δεν αναγνωρίζουν την εξάρτηση και το σύνδρομο στέρησης από τη νικοτίνη που βιώνουν. Για την ανίχνευση της εξάρτησης είναι δυνατό να χρησιμοποιηθούν διάφορα εργαλεία, όπως η μέθοδος των 4 Cs (compulsion, control, cutting down, consequences) ή ειδικά δομημένα ερωτηματολόγια (CAGE, Fagerström Test for Nicotine). Οι κύριες στρατηγικές διακοπής καπνίσματος αφορούν στη θεραπεία υποκατάστασης με διάφορα σκευάσματα (αυτοκόλλητο, τσίχλα, κτλ), με φαρμακευτική αγωγή (π.χ. βουπροπιδόνη, βερενικλίνη) και/ή συμβουλευτική. Πέραν της κλινικής αποτελεσματικότητας, αποτελούν οικονομικά συμφέρουσες παρεμβάσεις μακροπρόθεσμα, συγκρινόμενες με την πρόληψη και αντιμετώπιση νοσημάτων που σχετίζονται με το κάπνισμα. Οι στρατηγικές διακοπής του καπνίσματος καλό είναι να εφαρμόζονται σε όλους ανεξαιρέτως τους καπνιστές που επιθυμούν τη διακοπή της έξης με δαπάνη του ασφαλιστικού φορέα.

**Λέξεις Κλειδιά:** Διακοπή καπνίσματος, νικοτίνη

#### ΒΑΣΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ

- Τα επιδημιολογικά δεδομένα καθιστούν την εξάρτηση από τη νικοτίνη ως εθισμό.
- Η ανίχνευση εξάρτησης από τη νικοτίνη επιτυγχάνεται μέσω εργαλείων και η διακοπή καπνίσματος μέσω συγκεκριμένων στρατηγικών.
- Οι θεραπείες διακοπής καπνίσματος μακροπρόθεσμα, εκτός από αποτελεσματικές είναι και οικονομικά συμφέρουσες.

#### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ιστορικά στοιχεία αποδεικνύουν ότι η καλλιέργεια του καπνού άρχισε κατά το 6.000 π.Χ. στην Αμερική (Eriksen et al 2012). Αρκετούς αιώνες αργότερα, και συγκεκριμένα το 1850 κατασκευάζονται και πωλούνται τσιγάρα, «σιγαρέττα», με τη σύγχρονή τους μορφή. Τριάντα χρόνια αργότερα εφευρίσκεται, από τον James Bonsack, μηχανή που αυξάνει τον αριθμό των κατασκευαζόμενων τσιγάρων από 3.000 σε 120.000 την ημέρα (Prance and Nesbitt, 2005). Ο εικοστός αιώνας σηματοδοτείται από την ίδρυση και επέκταση των μεγάλων καπνοβιομηχανιών (Goodman 2005). Ο Α΄ Παγκόσμιος Πόλεμος (ΑΠΠ) προκαλεί αύξηση στην παραγωγή τσιγάρων, θεωρούνται απαραίτητα αγαθά για τους στρατιώτες, καθώς οι ήπιες ναρκωτικές τους ιδιότητες και η καταστολή της όρεξης θεωρήθηκαν ως σημαντικά βοηθήματα για την αντιμετώπιση των δύσκολων συνθηκών του πολέμου (Prance and Nesbitt 2005). Στα χρόνια που ακολούθησαν τον ΑΠΠ (δεκαετία 1920 και 1930) το τσιγάρο αρχίζει να διαφημίζεται ως ένδειξη ανέμελης και κοινωνικά καταξιωμένης ζωής, εικόνα που συνεχίζει έως και σήμερα (Burns 2007).

Μέχρι και το μεγαλύτερο μέρος του 20ου αιώνα οι καπνιστές ήταν εκατομμύρια και το κάπνισμα θεωρούνταν εμπρόθετη συμπεριφορά. Οι ειδικοί υγείας δε θεωρούσαν το κάπνισμα ως εθιστικό, ούτε θεωρούσαν ότι είναι αιτία πρώιμου θανάτου. Βέβαια, πολλοί παρατηρητές της ανθρώπινης συμπεριφοράς (συγγραφείς, ψυχολόγοι, θρησκευτικοί ηγέτες) είχαν ήδη καταγράψει την εθιστική δύναμη του καπνού. Εντούτοις, η κατανόηση ότι ο καπνός αποτελεί πραγματική μορφή εξάρτησης, όπως η μορφίνη και η κοκαΐνη, άργησε πάρα πολύ. Όπως αναφέρει η Βιβλιογραφία, ο Lewis Lewin το 1924, στην κλασική του ανάλυση για τις εξαρτησιογόνες ουσίες κατέληξε πρώτος στο συμπέρασμα ότι «ο αποφασιστικός παράγοντας στη δράση του καπνού είναι η νικοτίνη». Όμως, η επιστημονική επιβεβαίωση της θεωρίας του άργησε πολύ, τη δεκαετία του 1970-1980 (Goodman 2005). Επιπλέον, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, κατά τις δεκαετίες 1940-1950, αναγνώρισε ως εξαρτησιογόνες ουσίες κάποιες που τις χαρακτήρισε κατασταλτικές (όπως η μορφίνη) και άλλες που χαρακτηρί-

στηκαν τοξικές/»μεθυστικές» (όπως το αλκοόλ). Οι ουσίες αυτές είχαν σοβαρά και εμφανή συμπτώματα στέρσης, όπως η γριππώδης συνδρομή της στέρσης μορφίνης ή οι σπασμοί από τη στέρση αλκοόλ (Goodman 2005). Αντίθετα οι χρήστες καπνού ήταν αξιοπρεπή μέλη της κοινωνίας, χωρίς διαταραχές προσωπικότητας, χωρίς ιδιαίτερη τοξικότητα/μέθη από τη χρήση καπνού και χωρίς εμφανή βιολογικά σημεία στέρσης. Το σύνδρομο απόσυρσης από το τσιγάρο θεωρούνταν ότι ήταν ψυχολογικό, στη φύση του, έως και το 1970-1980 που επιβεβαιώθηκαν και οι βιολογικές του συνιστώσες (Goodman 2005).

Σημαντικό ορόσημο σε αυτή τη διαδικασία ήταν η έκθεση του Υπουργείου Υγείας των Η.Π.Α., τον Ιανουάριο του 1964 (U.S. Public Health Service 1964), που κατέδειξε τη συσχέτιση καπνίσματος και καρκίνου του πνεύμονα, χρόνιας βρογχίτιδας, εμφυσήματος, στεφανιαίας νόσου και κύησης λιποβαρών νεογνών. Ακόμα όμως και η μελέτη αυτή θεώρησε ότι το κάπνισμα πρέπει να χαρακτηριστεί ως συνήθεια και όχι ως εξάρτηση, καθώς οι εθιστικές ιδιότητες της νικοτίνης δεν είχαν ακόμα μελετηθεί σε βάθος και καθώς υπήρχαν διαφορετικές αντιλήψεις για την έννοια της ουσιοεξάρτησης. Το Υπουργείο Υγείας των ΗΠΑ ανέφερε ότι η διακοπή καπνίσματος παρουσιάζει παρόμοιες δυσκολίες με την προσπάθεια διακοπής κάθε εξαρτημένου αντανακλαστικού. Στο πλαίσιο αυτό θεωρήθηκε ότι μπορεί να πραγματοποιηθεί με μέσα που διακόπτουν τις ψυχογενείς τάσεις, ενώ, εκείνη την εποχή, τα υποκατάστατα νικοτίνης δεν είχαν καμία αποτελεσματικότητα (U.S. Public Health Service 1964).

Από το 1970 έως σήμερα, πληθώρα δημοσιεύσεων αποδεικνύουν ότι οι φανατικοί καπνιστές έχουν ισχυρή εξάρτηση και δυσκολεύονται να διακόψουν το κάπνισμα, σε βαθμό παρόμοιο με τους χρήστες ηρωίνης και κοκαΐνης. Έρευνες έδειξαν ότι η νικοτίνη δρα στον εγκέφαλο με παρόμοιο τρόπο που δρα και η ηρωίνη και κοκαΐνη, προκαλώντας συμπεριφορικές επιδράσεις αλλά και βιολογική ορμή για επανάληψη της συμπεριφοράς (Νάνου και συν 2015, Krebs et al 2013). Άλλες έρευνες έδειξαν ότι υπάρχει βιολογικό σύνδρομο στέρσης της νικοτίνης με νοτική δυσλειτουργία, έντονη επιθυμία για νικοτίνη και άλλα συμπτώματα. Για τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας η χρόνια χρήση, η βιολογική ανοχή, η σωματική εξάρτηση και το σύνδρομο στέρσης/απόσυρσης κατά τη διακοπή της ουσίας αποτελούν σαφή στοιχεία εθισμού (Goodman 2005, World Health Organization 2015).

Αναφορικά με το γενικό πληθυσμό, η Ελλάδα εξακολουθεί να κατέχει ένα από τα υψηλότερα ποσοστά καπνίσματος παγκοσμίως, με 38.2% στα άτομα άνω των 15 ετών και 16.4% στα άτομα κάτω των 15 ετών (World Health Organization 2015). Τα ακριβή ποσοστά καπνίσματος ποικίλουν ανάλογα με την περιοχή και τα δημογραφικά χαρακτηριστικά. Σε έρευνα των Pitsavos et al το 2003, βρέθηκε

ότι αστικές περιοχές, όπως η Αθήνα, έχουν υψηλότερα ποσοστά καπνίσματος (51% στους άνδρες και 39% στις γυναίκες) συγκριτικά με αγροτικές περιοχές. Σε έρευνα που αφορούσε τις καπνιστικές συνήθειες Ελλήνων φοιτητών περιφερειακού πανεπιστημίου, βρέθηκε ότι το 65.9% κάπνιζαν (Bartragianni et al 2013). Σε παλιότερη μελέτη σε φοιτητικό πληθυσμό στο Πανεπιστήμιο Κρήτης το ποσοστό των καπνιστών ανερχόταν στο 30.39% (Mammas et al 2003), ενώ σε ποιο πρόσφατη μελέτη (Κωνσταντινίδης και συν. 2014) το ποσοστό των καπνιστών είναι ελαφρά αυξημένο (32.4%). Τέλος, σε συγκριτική μελέτη των Filippidis et al (2013), η οποία συγκρίνει τα ποσοστά καπνίσματος το έτος εφαρμογής του αντικαπνιστικού νόμου (2010) με αυτά του 2006, βρέθηκε μείωση του επιπολασμού του καπνίσματος, ιδιαίτερα στους νέους ενήλικες από το 48% στο 36% (Filippidis et al 2013).

Σκοπός της παρούσας μη συστηματικής περιγραφικής ανασκόπησης είναι η συνοπτική παρουσίαση του ορισμού, των κριτηρίων αναγνώρισης και των εργαλείων μέτρησης της εξάρτησης από τη νικοτίνη, καθώς και των στρατηγικών και των κατευθυντήριων γραμμών για τη διακοπή του καπνίσματος.

### ΟΡΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗΣ

Το 1979 ορίζεται, για πρώτη φορά, από το Υπουργείο Υγείας των ΗΠΑ το κάπνισμα ως «εξάρτηση στη νικοτίνη», ενώ ορόσημο στον καθορισμό του καπνίσματος ως εξάρτηση αποτέλεσε η αναφορά του 1988 με τίτλο «The Health Consequences of Smoking», η οποία αναφέρει ότι «οι φαρμακολογικές και συμπεριφορικές διεργασίες που καθορίζουν την εξάρτηση στον καπνό είναι παρόμοιες με αυτές που καθορίζουν την εξάρτηση από ναρκωτικά όπως η ηρωίνη και η κοκαΐνη» (U.S. Department of Health and Human Services 1988). Αυτά τα συμπεράσματα είχαν επηρεάσει σημαντικά τις δράσεις των υπηρεσιών υγείας, τις προσπάθειες για υποστήριξη των ανθρώπων που επιθυμούν τη διακοπή του καπνίσματος και τη νομοθεσία που διέπει την πώληση, διανομή και διαφήμιση των προϊόντων καπνού.

Ο Αμερικανικός Σύλλογος Ψυχιάτρων στο εγχειρίδιο Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5) χαρακτηρίζει την εξάρτηση από τη νικοτίνη ως διαταραχή χρήσης καπνού με συνυπάρχοντα τα κάτωθι 11 κριτήρια, από τα οποία δύο τουλάχιστον θα πρέπει να εντοπίζονται τους τελευταίους 12 μήνες (American Psychiatric Association 2013):

- α. Μεγάλη κατανάλωση καπνού ή για μακρό χρονικό διάστημα
- β. Επίμονη επιθυμία ή αποτυχημένες προσπάθειες μείωσης ή ελέγχου της χρήσης
- γ. Δαπάνη χρόνου για δραστηριότητες απαραίτητες για προμήθεια ή χρήση καπνού

δ. Έντονη επιθυμία ή ορμή για χρήση καπνού  
ε. Επαναλαμβανόμενη χρήση καπνού που οδηγεί σε αποτυχία εκπλήρωσης σημαντικών υποχρεώσεων στην εργασία, το σχολείο ή το σπίτι

στ. Συνεχιζόμενη χρήση καπνού παρά την ύπαρξη επίμονων ή επαναλαμβανόμενων κοινωνικών ή διαπροσωπικών προβλημάτων που οφείλονται ή επιδεινώνονται από αποτελέσματα του καπνού (π.χ. καβγάδες με άλλους για τη χρήση καπνού)

ζ. Σημαντικές κοινωνικές, επαγγελματικές ή ψυχαγωγικές δραστηριότητες που εγκαταλείπονται ή μειώνονται λόγω της χρήσης καπνού

η. Επαναλαμβανόμενη χρήση καπνού σε σημεία ή καταστάσεις που είναι επικίνδυνα (π.χ. κάπνισμα στο κρεβάτι)

θ. Συνέχιση της χρήσης καπνού παρά την ύπαρξη επίμονου ή επαναλαμβανόμενου σωματικού ή ψυχολογικού προβλήματος, που είναι πιθανόν να έχει προκληθεί ή επιδεινωθεί από τον καπνό

ι. Ανοχή στον καπνό, όπως ορίζεται από ένα από τα ακόλουθα:

- Ανάγκη για αυξημένη ποσότητα πρόσληψης καπνού, ώστε να επιτευχθεί το επιθυμητό αποτέλεσμα
- Μείωση της δράσης του καπνού με τη συνεχή χρήση της ίδιας ποσότητας

ια. Απόσυρση, όπως εκδηλώνεται από ένα από τα ακόλουθα:

- Το χαρακτηριστικό σύνδρομο απόσυρσης του καπνού
- Ο καπνός (ή μια στενά σχετιζόμενη ουσία, όπως η νικοτίνη) λαμβάνεται για την ανακούφιση ή αποφυγή των συμπτωμάτων απόσυρσης

Αξίζει να σημειωθεί ότι σε αντίθεση με ασθενείς που κάνουν κατάχρηση άλλων ουσιών και που ξεκάθαρα αναγνωρίζουν τα συμπτώματα του συνδρόμου στέρησης και καταλαβαίνουν ότι η καθημερινή χρήση της ουσίας αντιμετωπίζει τη στέρηση αυτή, οι εξαρτημένοι στη νικοτίνη δεν αναγνωρίζουν ότι χρησιμοποιούν το κάπνισμα ως θεραπεία για τη στέρηση νικοτίνης που βιώνουν πολυάριθμες φορές μέσα στη μέρα (Ziedonis et al 2003).

### ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΤΗΣ ΕΞΑΡΤΗΣΗΣ

Για την ανίχνευση της εξάρτησης από τη νικοτίνη έχουν χρησιμοποιηθεί διάφορα εργαλεία. Ένα από αυτά είναι η μέθοδος των 4 C's, που χρησιμοποιείται στην αξιολόγηση όλων των εξαρτησιογόνων ουσιών (αλκοόλ, οπιοειδή, κάνναβη, αμφεταμίνες) και ομαδοποιούνται σε τέσσερις κατηγορίες που αρχίζουν στα αγγλικά από το γράμμα C (Rustin 2000):

- α. Καταναγκασμός (Compulsion): η ένταξη με την οποία η επιθυμία για χρήση της ουσίας ξεπερνά τις σκέψεις, τα συναισθήματα και την κρίση του ασθενούς
- β. Έλεγχος (Control): ο βαθμός στον οποίο ο ασθενής

μπορεί (ή δεν μπορεί) να ελέγξει τη χρήση της ουσίας, αφού του έχει γίνει χρήσιτος

γ. Μείωση (Cutting down): τα αποτελέσματα της μείωσης της χρήσης της ουσίας, συμπτώματα απόσυρσης

δ. Συνέπειες (Consequences): άρνηση ή αποδοχή της ζημιάς που προκαλείται από την ουσία

Μια άλλη δοκιμασία ελέγχου (screening test) είναι το CAGE, ένα ερωτηματολόγιο που έχει χρησιμοποιηθεί στην αξιολόγηση ατόμων εθισμένων στο αλκοόλ (Lairson et al 1992). Το ερωτηματολόγιο αυτό αποτελείται από τέσσερις ερωτήσεις και πήρε το όνομά του από τις τέσσερις λέξεις-κλειδιά κάθε ερώτησης, δηλαδή μείωση (Cut-down) ή έλεγχος (Control) του καπνίσματος, ενόχληση (Annoyed), ενοχή (Guilty) και πρωινό κάπνισμα (Eye-opener, με το που ανοίγουν τα μάτια) (Πίνακας 1).

**Πίνακας 1. Ερωτηματολόγιο CAGE για την καπνιστική συμπεριφορά.**

1	Έχεις νιώσει ποτέ την επιθυμία να <b>μειώσεις</b> ή να <b>ελέγξεις</b> το κάπνισμά σου αλλά αντιμετώπισες δυσκολία να το κάνεις;
2	Έχεις νιώσει ποτέ <b>ενοχλημένος</b> ή <b>θυμωμένος</b> με ανθρώπους που κριτικάρουν το κάπνισμά σου ή σου λένε ότι πρέπει να το διακόψεις;
3	Έχεις νιώσει ποτέ <b>ένοχος</b> για το κάπνισμά σου ή για κάτι που έκανες όσο κάπνιζες;
4	Καπνίζεις ποτέ μέσα σε μισή ώρα από τη στιγμή που <b>ξυπνάς</b> ;

**Δύο απαντήσεις «ναι»** υποδηλώνουν θετική την δοκιμασία ελέγχου.

**Πηγή:** (Lairson et al 1992)

Το πιο γνωστό όμως χρησιμοποιούμενο εργαλείο είναι το Fagerström Test for Nicotine Dependence (FTND), αναθεώρηση του παλαιότερου Fagerström Tolerance Questionnaire (FTQ). Όσο πιο υψηλή είναι η βαθμολογία ενός ασθενούς στο FTND, τόσο πιο έντονη είναι η βιολογική του εξάρτηση από τη νικοτίνη. Οι υψηλότερες βαθμολογίες υποδηλώνουν ότι η αντιμετώπιση των συμπτωμάτων στένωσης, συνήθως με κάποια μορφή θεραπείας υποκατάστασης νικοτίνης, θα αποτελέσει έναν σημαντικό παράγοντα στη θεραπευτική προσέγγιση του ασθενή (Heatherton et al 1991). Το ερωτηματολόγιο αυτό μεταφρασμένο στα ελληνικά παρουσιάζεται στον **Πίνακα 2**.

### ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ ΔΙΑΚΟΠΗΣ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ

Είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι η αντιμετώπιση της εξάρτησης από τη νικοτίνη διαφέρει από άλλες εξαρτήσεις στα ακόλουθα σημεία:

α. Η αντιμετώπιση στηρίζεται περισσότερο σε φαρμακευτικές θεραπείες, ενώ η συμβουλευτική χρησιμοποιείται με διάφορους τρόπους σε όσους ασθενείς είναι δεκτικοί, ενώ άλλες εξαρτήσεις στηρίζονται περισσότερο σε συμπεριφορικές παρεμβάσεις ή κλειστά συστήματα.

**Πίνακας 2. Το ερωτηματολόγιο Fagerström Test for Nicotine Dependence (FTND).**

1	<b>Πόσο σύντομα μετά το πρωινό ξύπνημα καπνίζετε το πρώτο σας τσιγάρο;</b>	Μετά από 60 min	0
		Μετά από 31-60 min	1
		Μετά από 6-30 min	2
		Μέσα σε 5 min	3
2	<b>Σας είναι δύσκολο να απέχετε από το κάπνισμα σε χώρους όπου είναι απαγορευμένο;</b>	Όχι	0
		Ναι	1
3	<b>Ποιο τσιγάρο δυσκολεύεστε περισσότερο να κόψετε;</b>	Το πρώτο πρωινό	0
		Οποιοδήποτε	1
4	<b>Πόσα τσιγάρα καπνίζετε την ημέρα;</b>	10 ή λιγότερα	0
		11-20	1
		21-30	2
		31 ή περισσότερα	3
5	<b>Καπνίζετε συχνότερα τις πρώτες ώρες μετά το πρωινό ξύπνημα παρά στο υπόλοιπο της ημέρας;</b>	Όχι	0
		Ναι	1
6	<b>Καπνίζετε όταν είστε τόσο άρρωστος, ώστε να χρειάζεται να μείνετε στο κρεβάτι όλη την ημέρα;</b>	Όχι	0
		Ναι	1

**Βαθμολόγηση:**

**7-10 βαθμοί:** Πολύ εξαρτημένος

**4-6 βαθμοί:** Μέτρια εξαρτημένος

**Λιγότεροι από 4 βαθμοί:** Ελάχιστα εξαρτημένος

**Πηγή:** (Heatherton et al 1991)

β. Μπορεί να ορίζεται μια συγκεκριμένη ημερομηνία διακοπής του καπνίσματος, ενώ σε άλλες εξαρτήσεις η παρέμβαση ξεκινάει αμέσως.

γ. Στις περισσότερες περιπτώσεις, ο εξαρτημένος από τη νικοτίνη παρουσιάζει ελάχιστη ή καθόλου δυσλειτουργία στο κοινωνικό και επαγγελματικό περιβάλλον του, συγκριτικά με τους εξαρτημένους από άλλες ουσίες.

δ. Είναι μικρότερη η ανάγκη για συμμετοχή της οικογένειας στην παρέμβαση κατά του καπνίσματος, συγκριτικά με άλλες εξαρτήσεις

ε. Πολλές από τις φαρμακοθεραπείες εκλογής είναι διαθέσιμες στα φαρμακεία χωρίς (απαραιτήτως) να χρειάζονται συνταγή ιατρού (American Psychiatric Association 2007).

## ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ ΔΙΑΚΟΠΗΣ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ

Υπάρχουν τρεις θεραπείες πρώτης γραμμής, οι θεραπείες υποκατάστασης νικοτίνης (Nicotine Replacement Therapy – NRT), η βουπροπιόνη και η βερενικλίνη, ενώ έχουν δοκιμαστεί και άλλες ουσίες στην προσπάθεια διακοπής του καπνίσματος.

### Θεραπίες υποκατάστασης νικοτίνης

Υπάρχουν πέντε μέθοδοι χορήγησης νικοτίνης: το αυτοκόλλητο, η τσίχλα, το μασώμενο δισκίο, το ρινικό εκνέφωμα και η εισπνεόμενη μορφή. Όλες οι μορφές είναι αποτελεσματικές στην ανακούφιση των συμπτωμάτων στέρησης και στη διακοπή του καπνίσματος, τόσο στους άνδρες όσο και στις γυναίκες. Η επιλογή της θεραπευτικής μορφής επαφίεται συνήθως στις προτιμήσεις του ασθενή, αν και οι περισσότεροι βρίσκουν προτιμότερο το αυτοκόλλητο. Ο συνδυασμός τους με άλλη αγωγή, π.χ. βουπροπιόνη, είναι πιο αποτελεσματικός. Συνήθως γίνεται έναρξη με μεγάλες δόσεις και σταδιακή μείωση των δόσεων ή/και αύξηση των μεσοδιαστημάτων. Η βέλτιστη διάρκεια της θεραπείας είναι αδιευκρίνιστη και συνήθως προσαρμόζεται στις απαιτήσεις και ιδιαιτερότητες του ασθενούς (American Psychiatric Association 2007).

Ο Ελληνικός Οργανισμός Φαρμάκων προτείνει μέγιστη διάρκεια θεραπείας 3 μήνες, με μέγιστη επιτρεπόμενη δόση τα 30 δισκία των 2mg ή 15 δισκία των 4mg ημερησίως, ενώ για τα αυτοκόλλητα προτείνεται σταδιακή μείωση από το αυτοκόλλητο των 15mg (για 8 εβδομάδες), στο αυτοκόλλητο των 10mg (για 2 εβδομάδες) και τελικά στο αυτοκόλλητο των 5mg (για άλλες 2 εβδομάδες). Επίσης, απαγορεύεται η λήψη θεραπείας υποκατάστασης νικοτίνης παράλληλα με κάπνισμα, λόγω σοβαρών ανεπιθύμητων διαταραχών στο καρδιαγγειακό σύστημα (Ελληνικός Οργανισμός Φαρμάκων 2014).

### Βουπροπιόνη

Η βουπροπιόνη (ή αμφεβουταμόνη) είναι ένα αντικαταθλιπτικό, που δρα ως εκλεκτικός αναστολέας της νευρικής επαναπρόσληψης κατεχολαμινών (νοραδρεναλίνης και ντοπαμίνης) με αμελητέα δράση στην επαναπρόσληψη ινδολαμιδών (σεροτονίνης) (Ελληνικός Οργανισμός Φαρμάκων 2014). Αποτελεί πρώτης γραμμής θεραπεία για τη διακοπή του καπνίσματος, με αποτελεσματικότητα συγκρινόμενη με της θεραπείας υποκατάστασης νικοτίνης. Έχει παρόμοια αποτελεσματικότητα τόσο στις γυναίκες όσο και στους άνδρες (Tobacco Use and Dependence Guideline Panel 2008). Ο προτεινόμενος τρόπος χρήσης της είναι ο εξής: έναρξη με 150mg μια εβδομάδα πριν την καθορισμένη ημερομηνία διακοπής του καπνίσματος και αύξηση σε 300mg 3-4 μέρες μετά. Πιθανές ανεπιθύμητες ενέργειες περιλαμβάνουν κεφαλαγία, αϋπνία, γαστρεντερικά

συμπτώματα και ευερεθιστότητα (American Psychiatric Association 2007).

Ο Ελληνικός Οργανισμός Φαρμάκων προτείνει διάρκεια θεραπείας 7-9 εβδομάδες και διακοπή της παρέμβασης σε περίπτωση που δεν διακοπεί το κάπνισμα εντός 7 εβδομάδων (Ελληνικός Οργανισμός Φαρμάκων 2014). Καθώς, όμως, η βουπροπιόνη αυξάνει τη συχνότητα εμφάνισης επιληπτικών σπασμών, αντενδείκνυται σε ασθενείς με ιστορικό σπασμών οποιασδήποτε αιτιολογίας, σε συγχορήγηση με άλλα φάρμακα που μειώνουν την ουδό των σπασμών και σε ασθενείς με διατροφικές διαταραχές (American Psychiatric Association 2007).

### Βερενικλίνη

Η βερενικλίνη συνδέεται με υψηλή συγγένεια και εκλεκτικότητα με τους α4β2 νευρωνικούς νικοτινικούς υποδοχείς της ακετυλοχολίνης, όπου δρα ως μερικός αγωνιστής. Παρουσιάζει, αφενός, δράση αγωνιστή με χαμηλότερη εγγενή αποτελεσματικότητα από τη νικοτίνη και, αφετέρου, δράση ανταγωνιστή παρουσία της νικοτίνης (Ελληνικός Οργανισμός Φαρμάκων 2014, Connery and Kleber 2007).

Η συνιστώμενη δοσολογία ξεκινάει μια εβδομάδα πριν την ημερομηνία διακοπής του καπνίσματος και περιλαμβάνει 0,5mg ημερησίως τις τρεις πρώτες μέρες, 0,5mg δύο φορές τη μέρα για τις επόμενες τέσσερις μέρες και στη συνέχεια 1mg δύο φορές την ημέρα μέχρι την ολοκλήρωση της θεραπείας στις 12 εβδομάδες (Ελληνικός Οργανισμός Φαρμάκων 2014). Εντούτοις διερευνάται η δυνατότητα χρήσης της για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα, π.χ. σε βαρείς καπνιστές ή σε καπνιστές που είχαν πολλαπλές παλιότερες αποτυχημένες προσπάθειες διακοπής καπνίσματος (Connery and Kleber 2007).

Ενδείκνυται η άμεση διακοπή της θεραπείας εάν ο ασθενής εμφανίσει κατάθλιψη, ανησυχία ή αυτοκτονικό ιδεασμό και αποφυγή της απότομης διακοπής στη χορήγησης της, λόγω κινδύνου υποτροπής, ευερεθιστότητας και αϋπνίας (Ελληνικός Οργανισμός Φαρμάκων 2014). Για το λόγο αυτό, απαραίτητη είναι η λήψη πλήρους ιατρικού ιστορικού, για εντόπιση πιθανών ψυχιατρικών προβλημάτων, πριν την έναρξη χορήγησης βερενικλίνης, και στη συνέχεια συχνή παρακολούθηση του ατόμου (Tobacco Use and Dependence Guideline Panel 2008).

Η πιο κοινή ανεπιθύμητη ενέργεια είναι η ναυτία και γι' αυτό προτείνεται η λήψη της βερενικλίνης μαζί με φαγητό και ένα ολόκληρο ποτήρι νερό. Η ναυτία είναι συνήθως προσωρινή και δοσοεξαρτώμενη. Άλλες ανεπιθύμητες ενέργειες είναι η κεφαλαγία και οι διαταραχές ύπνου (Connery & Kleber 2007).

Συνδυασμός των δύο προαναφερόμενων μεθόδων (βερενικλίνη και βουπροπιόνη) έχει βρεθεί ότι συμβάλλει στην αύξηση του ποσοστού αποχής από το κάπνισμα σε ποσοστό 39.8% σε σχέση με 25.9% με την αγωγή μόνο με

βαρενικλίνη. Τα ποσοστά επιτυχίας της συνδυαστικής αγωγής ήταν υψηλότερα σε βαρείς καπνιστές (44.4%) από ότι σε άτομα που κάπνιζαν λιγότερα τσιγάρα την ημέρα (18.6%) (Rose & Behm 2014).

### Άλλες θεραπευτικές παρεμβάσεις

Υπάρχουν ενδείξεις ότι το τρικυκλικό αντικαταθλιπτικό νορτριπτυλίνη και το αντιυπερτασικό κλονιδίνη μπορούν να χρησιμοποιηθούν ως θεραπείες για την εξάρτηση από τη νικοτίνη. Εντούτοις, επειδή οι υπόλοιπες θεραπείες έχουν ισχυρή εμπειρική τεκμηρίωση, η νορτριπτυλίνη και η κλονιδίνη πρέπει να θεωρούνται θεραπείες δεύτερης γραμμής. Ειδικά η νορτριπτυλίνη είναι πολλά υποσχόμενη, μια και φαίνεται ότι η αποτελεσματικότητά της δεν προϋποθέτει την παρουσία καταθλιπτικών συμπτωμάτων ή μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής (Tobacco Use and Dependence Guideline Panel 2008). Εντούτοις οι ουσίες αυτές έχουν μεγαλύτερη συχνότητα ανεπιθύμητων ενεργειών, που τις κάνει λιγότερο προτιμώμενες συγκριτικά με τις τρεις πρώτες κατηγορίες (American Psychiatric Association 2007). Ο Ελληνικός Οργανισμός Φαρμάκων (2014) δεν έχει εγκρίνει τις ουσίες αυτές ως υποβοηθητικές για τη διακοπή καπνίσματος και επομένως η χρήση τους θα πρέπει να αποφεύγεται.

Άλλες θεραπείες που έχουν δοκιμαστεί, χωρίς σαφή αποτελέσματα, περιλαμβάνουν το βελονισμό και ουσίες όπως νάλτρεξόνη, μεκαμυλαμίνη, βουσιπρόνη, και αντικαταθλιπτικά που ανήκουν τόσο στην κατηγορία των αναστολέων της οξειδάσης των μονοαμινών (monoamine oxidase inhibitors - MAOIs) όσο και στην κατηγορία των εκλεκτικών αναστολέων επαναπρόσληψης της σεροτονίνης (Selective Serotonin Reuptake Inhibitors – SSRIs) (American Psychiatric Association 2007).

### ΝΕΕΣ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΕΣ ΣΤΗΝ ΠΡΟΣΠΑΘΕΙΑ ΔΙΑΚΟΠΗΣ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ

Η χρήση νέων τεχνολογιών στην προσπάθεια διακοπής του καπνίσματος αποτελεί πρωτοποριακή προσέγγιση. Η χρήση των έξυπνων τηλεφώνων, ιστοσελίδων, ηλεκτρονικών παιχνιδιών, και μέσων κοινωνικής δικτύωσης αυξάνει ολοένα και περισσότερο στο εξωτερικό (Das et al 2016). Οι εφαρμογές αυτές χρησιμοποιούν την αγγλική γλώσσα.

Καθώς η συντριπτική πλειοψηφία των πολιτών χρησιμοποιούν κινητά τηλέφωνα είναι εύκολο να επισκέπτονται την πλατφόρμα eHealth ή mHealth για να πάρουν βοήθεια κατά τη διαδικασία διακοπής του καπνίσματος (Borrelli et al 2015). Τα θετικά αποτελέσματα αυτού του είδους της παρέμβασης παρουσιάζονται από τους Spor et al (2015). Σε αυτή την συστηματική ανασκόπηση αναφέρεται 36% αύξηση της διακοπής καπνίσματος με τη χρήση ηλεκτρονικών μηνυμάτων προαγωγής της διακοπής καπνίσματος. Διαδεδομένη, επίσης, είναι η χρήση ειδικών εφαρμογών (apps), κυρίως στις ΗΠΑ. Το 2013 υπήρχαν περισσότερες

από 400 εφαρμογές προαγωγής της διακοπής καπνίσματος (Abroms et al 2014, Zeng et al 2015). Μία ακόμα πιο νέα μέθοδος διακοπής καπνίσματος είναι η χρήση ηλεκτρονικών παιχνιδιών, όπως το Nicot ή το Lit 2 Quit, που δίνουν την ευκαιρία σε καπνιστές να σβήνουν εικονικά τσιγάρα ή να ακολουθούν εικονική συμβουλευτική παρέμβαση και στρατηγικές (Krebs et al 2013). Παρόμοια αποτελέσματα έχει και η χρήση του Facebook ή του Twitter (Cobb et al 2014, Pechmann et al 2015).

### ΚΑΤΕΥΘΥΝΤΗΡΙΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΑΚΟΠΗ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ

Τα τελευταία χρόνια έχει δημοσιευτεί ένας μεγάλος αριθμός κατευθυντήριων οδηγιών για τη διακοπή του καπνίσματος. Στις ΗΠΑ η Δράση για την Πολιτική και Έρευνα στην Φροντίδα Υγείας (Agency for Health Care Policy and Research – AHCPR) σε συνεργασία με το Αμερικανικό Κολλέγιο Ιατρών Θώρακος (American College of Chest Physicians) έχει δημοσιεύσει κλινικές κατευθυντήριες γραμμές από το 1996. Οι οδηγίες αυτές στηρίχθηκαν στην ανασκόπηση περισσότερων από 3000 επιστημονικών δημοσιεύσεων κατά την εικοσαετία 1975-1994, και αποτελούν τις πρώτες τεκμηριωμένες προτάσεις προς τους κλινικούς ιατρούς, για την αντιμετώπιση του εθισμού στον καπνό και τη διακοπή του καπνίσματος (Fiore et al 1996).

Οι οδηγίες αυτές, έχουν επικαιροποιηθεί δύο φορές (2000 και 2008) και απευθύνονται όχι μόνο στους ιατρούς της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, αλλά και στους ειδικούς για τη διακοπή του καπνίσματος καθώς και στους μάνατζερς υγείας. Η πρόταση αυτή στηρίζεται σε μεταανάλυση περισσότερων από 6000 άρθρων και τυχαιοποιημένων ερευνών, τόσο στο γενικό πληθυσμό όσο και σε ειδικούς πληθυσμούς, όπως οι εγκυμονούσες, τα παιδιά, οι έφηβοι, οι υπερήλικες και οι νοσηλεύόμενοι (The Tobacco Use and Dependence Clinical Practice Guideline Panel 2000, Fiore et al 2008).

Στη Μεγάλη Βρετανία η Αρχή για την Αγωγή Υγείας (UK Health Education Authority) παρατηρείται ότι επικαιροποιεί συχνά τις κατευθυντήριες οδηγίες για τη διακοπή του καπνίσματος, αρχίζοντας από το 1998 (Raw et al 1998), στη συνέχεια το 2000 (West et al 2000) και τέλος το 2009 για το γενικό πληθυσμό και το 2012 για τους κατοίκους Ασιατικής καταγωγής (Chambers 2009, NICE guidance 2012). Οι νέες οδηγίες στηρίζονται, βέβαια, στις προηγούμενες κατευθυντήριες οδηγίες αλλά εμπλουτίζονται και με νέα στοιχεία από μεταanalύσεις που εστιάζουν στην εξάρτηση από τον καπνό (Cochrane Collaboration Tobacco Addiction Review Group). Το 2002 το Εθνικό Ινστιτούτο για την Κλινική Αριστεία της Μεγάλης Βρετανίας (National Institute for Clinical Excellence) εξέδωσε οδηγίες προς τους επαγγελματίες υγείας σχετικά με τη χρήση φαρμακοθεραπείας, με υποκατάστατα νικοτίνης και βουπροπιόνη, για τη διακοπή

του καπνίσματος (National Institute for Clinical Excellence 2002). Οι οδηγίες αυτές επανεκδόθηκαν με νέα στοιχεία το 2008 (National Institute for Clinical Excellence 2008).

Παρόμοιες οδηγίες αναπτύχθηκαν και δημοσιεύθηκαν και από άλλες χώρες όπως η Νέα Ζηλανδία και ο Καναδάς (Gratzίου 2008). Σε παγκόσμιο επίπεδο, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (World Health Organization – WHO) πρότεινε σημαντικές παρεμβάσεις απαραίτητες να ενσωματωθούν στα συστήματα υγείας των διαφόρων χωρών (World Health Organization and European partnership to reduce tobacco dependence 2001, World Health Organization Tobacco Free Initiative 2003).

Τέλος, αξίζει να σημειωθεί ότι επιστημονικές ομάδες, όπως η Ευρωπαϊκή Εταιρεία για Νοσήματα Αναπνευστικού (European Respiratory Society – ERS), αναφέρουν ότι από τη στιγμή που οι αναπνευστικοί ασθενείς έχουν μεγαλύτερη και πιο επείγουσα ανάγκη διακοπής του καπνίσματος, συγκριτικά με το μέσο καπνιστή, οι πνευμονολόγοι οφείλουν να ενισχύσουν την πρόληψη, κινητοποιώντας όλους τους καπνιστές με σχετικά νοσήματα να διακόψουν το κάπνισμα, ή παρέχοντάς τους τα μέσα για να έχει θετική κατάληξη η προσπάθειά τους (Tonnesen et al 2007)

Όλες οι παραπάνω κατευθυντήριες οδηγίες συμφωνούν σε γενικές γραμμές με την προτεινόμενη διαδικασία για την αντιμετώπιση του καπνίσματος (Gratzίου 2008). Αρχικά οι επαγγελματίες υγείας οφείλουν να ανιχνεύσουν και να αναγνωρίσουν τους καπνιστές, έπειτα να τους κινητοποιήσουν να διακόψουν το κάπνισμα και τέλος να τους υποστηρίξουν για την επιτυχία της προσπάθειας μέσω συμβουλευτικής, φαρμακοθεραπείας και επανελέγχου (follow-up).

Οι δύο βασικές προσεγγίσεις που έχουν αποδειχτεί αποτελεσματικές στη διακοπή του καπνίσματος είναι η συμβουλευτική και η φαρμακοθεραπεία, ενώ ο συνδυασμός τους φαίνεται ότι είναι πιο αποτελεσματικός. Ακόμα και μια σύντομη συνεδρία συμβουλευτικής, π.χ. τριών λεπτών, είναι πιο αποτελεσματική συγκριτικά με την απλή συμβουλή προς τον ασθενή, διπλασιάζοντας το ποσοστό επιτυχούς διακοπής του καπνίσματος (Gratzίου 2008).

Επίσης, είναι διαθέσιμες πολλές επιλογές για την φαρμακευτική υποβοήθηση των ατόμων στη διαδικασία διακοπής του καπνίσματος. Όλοι οι ασθενείς που καπνίζουν περισσότερο από 10 τσιγάρα την ημέρα και που είναι έτοιμοι να διακόψουν το κάπνισμα, πρέπει να λαμβάνουν αγωγή με θεραπεία πρώτης γραμμής, πληροφορίες και συμβουλές σχετικά με τη χρήση τους. Η θεραπεία υποκατάστασης με νικοτίνη ή χρήση βουπροπιόνης σε συνδυασμό με συμπεριφορική παρέμβαση προτείνονται ως θεραπείες πρώτης γραμμής για τη διακοπή του καπνίσματος. Αποτελεσματικές φαίνεται να είναι και άλλες δύο φαρμακοθεραπείες δεύτερης γραμμής, που μπορούν να χρησιμοποιούνται από τους ιατρούς, όταν οι πρώτης γραμμής έχουν αποτύχει. Αυτές

είναι η κλονιδίνη και η νορτριπτυλίνη.

Κατά τη διαδικασία εισαγωγής σε νοσοκομείο, το προσωπικό πρέπει να διερευνά τις καπνιστικές συνήθειες των ασθενών και να προσφέρει σύντομες συμβουλές και βοήθεια σε όσους ενδιαφέρονται να διακόψουν το κάπνισμα. Επίσης, οι ασθενείς πρέπει να πληροφορούνται για την πολιτική απαγόρευσης του καπνίσματος μέσα στο νοσοκομείο και να λαμβάνουν φαρμακευτική βοήθεια, εφόσον απαιτείται (Gratzίου 2008).

Τέλος, σε επίπεδο συστήματος υγείας, προτείνεται γενικότερα η ανίχνευση των καπνιστών, η παροχή υπηρεσιών διακοπής του καπνίσματος και η καταγραφή αυτών των ενεργειών. Οι ασφαλιστικές εταιρείες και τα ασφαλιστικά ταμεία έχουν συμφέρον να καλύψουν το κόστος όλων των μορφών αντιμετώπισης, συμπεριλαμβανομένης της συμβουλευτικής και της φαρμακοθεραπείας. Εκτός από τις σύντομες ευκαιριακές παρεμβάσεις, στους καπνιστές που χρειάζονται πιο εντατική υποστήριξη, θα πρέπει να προσφέρονται εξειδικευμένες υπηρεσίες, είτε ατομικά είτε σε ομάδες. Μια προτεινόμενη μορφή ομαδικής παρέμβασης περιλαμβάνει πέντε συνεδρίες διάρκειας μιας ώρας σε ένα διάστημα ενός μήνα με επανέλεγχο (Gratzίου 2008).

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η εξάρτηση από τη νικοτίνη είναι μια χρόνια κατάσταση για την οποία απαιτούνται αποτελεσματικές θεραπευτικές παρεμβάσεις. Οι θεραπείες που στόχο έχουν την διακοπή του καπνίσματος (συμβουλευτική, ειδικά προγράμματα διακοπής του καπνίσματος ή φαρμακευτική αγωγή) εκτός από την κλινική τους αποτελεσματικότητα είναι και εξαιρετικά συμφέρουσες οικονομικά, σε σχέση με τη πρόληψη και αντιμετώπιση νοσημάτων που σχετίζονται με το κάπνισμα. Οι θεραπευτικές παρεμβάσεις για την διακοπή του καπνίσματος θα πρέπει να εφαρμόζονται σε όλους ανεξαιρέτως τους καπνιστές που επιθυμούν τη διακοπή αυτής της έξης. Θα ήταν πολύ σημαντικό οι ασφαλιστικοί φορείς να καλύπτουν τη δαπάνη των προγραμμάτων διακοπής καπνίσματος, με δεδομένο την αποτελεσματικότητά τους και το κόστος τους, για να μπορούν έτσι να είναι προσιτά σε όλους τους καπνιστές.

Ολοκληρώνοντας, έρευνες εστιασμένες στη διερεύνηση των στάσεων και απόψεων των καπνιστών αναφορικά με την πρόθεση διακοπής ή μείωσής του καπνίσματος θα μπορούσαν να αποτελέσουν ένα μελλοντικό ερευνητικό στόχο. Επίσης, η σε βάθος διερεύνηση της αποτελεσματικότητας διαφόρων μεθόδων διακοπής καπνίσματος θα μπορούσε να αποτελέσει ένα άλλο μελλοντικό ερευνητικό στόχο.

**ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

- Abroms L., Boal A., Simmens S., Mendel J. & Windsor R. (2014). A randomized trial of Text2Quit: a text messaging program for smoking cessation. *American Journal of Preventive Medicine* 47: 242-250.
- American Psychiatric Association (2007). Treatment of patients with substance use disorders, second edition. *American Journal of Psychiatry* 164: 5-123.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Arlington, VA, American Psychiatric Association.
- Barpaggianni E., Travlos A., Kalokairinou A., Sachlas A. & Zyga S. (2013). Investigation of aggravating psychosocial factors on health and alcohol use in post adolescent students. *Health Psychology Research* 1: 66-68
- Borrelli B., Bartlett YK., Tooley E., Armitage C. & Wearden A. (2015). Prevalence and frequency of mHealth and eHealth use among US and UK smokers and differences by motivation to quit. *Journal of Medical Internet Research* 17: e164.
- Burns E. (2007). *The smoke of the gods*, Philadelphia, PA, Temple University Press.
- Cobb N., Jacobs M, Saul J., Wileyto E. & Graham A. (2014). Diffusion of an evidence-based smoking cessation intervention through Facebook: a randomized controlled trial study protocol. *British Medical Journal Open* 4: e004089.
- Chambers M. (2009). *NHS Stop Smoking Services: service and monitoring guidance* 2010/11. Crown publishing, London, UK.
- Connery H.S. & Kleber H.D. (2007). Guideline Watch (April 2007): Practice Guideline for the Treatment of Patients With Substance Use Disorders, 2nd Edition. *Focus Psychiatry Online* 5: 1-4.
- Das S., Tonelli M. & Ziedonis D. (2016). Update on smoking cessation: E-cigarettes, emerging tobacco products trends and new technology-based interventions. *Current Psychiatry Reports* 18: 51-66.
- Eriksen M., Mackay J. & Ross H. (2012). *The tobacco atlas*, Atlanta, Georgia, The American Cancer Society, Inc.
- Fiore M.C., Bailey W.C., Cohen S.J., Goldstein M.G., Gritz E.R., Heyman R.B., Holbrook J., Jaen C.R., Kottke T.E., Lando H.A., Mecklenburg R., Mullen P.D., Nett L.M., Robinson L., Stitzer M.L., Tommasello A.C., Villejo L. & Wewers M.E. (1996). *Smoking Cessation. Clinical Practice Guideline* No. 18. In: US Department of Health And Human Services. Public Health Service, A. F. H. C. P. A. R. (ed.). Rockville, MD: AHCPR.
- Fiore M.C., Jaen C.R. & Baker T.B. (2008). A clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence: 2008 update a U.S. public health service report. *American Journal of Preventive Medicine* 35: 158-176.
- Goodman J. (ed.) (2005). *Tobacco in History and Culture: An encyclopedia*, Farmington Hills, MI: Thompson Gale.
- Gratzou C. (2008). Review of current smoking cessation guidelines. In: Nardini S. (ed.) *Smoking cessation*. The European Respiratory Monograph.
- Heatherton T.F., Kozlowski L.T., Frecker R.C. & Fagerstrom K.O. (1991). The Fagerstrom Test for Nicotine Dependence: A revision of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. *British Journal of Addictions* 86: 1119-1127.
- Krebs P., Burkhalter J., Snow B., Fiske J. & Ostroff J. (2013). Development and alpha testing of QuitIT: an interactive video game to enhance skills for coping with smoking urges. *JMIR Research Protocols* 2: e35-42.
- Lairson D.R., Harrist R., Martin D.W., Ramby R., Rustin T.A., Swint J.M., Harlow K. & Cobb J. (1992). Screening for patients with alcohol problems: severity of patients identified by the CAGE. *Journal of Drug Education* 22: 337-352.
- Mammas I.N., Bertias G.K., Linardakis M., Tzanakis N.E., Labadarios D.N. & Kafatos A.G. (2003). Cigarette smoking, alcohol consumption, and serum lipid profile among medical students in Greece. *European Journal of Public Health* 13: 278-282.
- National Institute for Clinical Excellence (2002). Guidance on the Use of Nicotine Replacement Therapy (NRT) and Bupropion for Smoking Cessation. In: Guidance, T.A. (ed.). London: National Institute for Clinical Excellence.
- National Institute for Clinical Excellence (2008). Guidance on the Use of Nicotine Replacement Therapy (NRT) and Bupropion for Smoking Cessation. In: Guidance, T.A. (ed.). London: National Institute for Clinical Excellence.
- National Institute for Clinical Excellence (NICE) guidance: *smokeless tobacco cessation: South Asian communities*. 2012. In <https://www.nice.org.uk/guidance/ph39> [accessed 02.11.2015.]
- Pechmann C., Pan L., Delucchi K., Lakon C. & Prochaska J. (2015). Development of a Twitter based intervention for smoking cessation that encourages high quality social media interactions via autoemessages. *Journal of Medical Internet Research* 17: e50.
- Pranse G. & Nesbitt M. (eds.) (2005). *The cultural history of plants*, New York, NY: Routledge.
- Raw M., McNeill A. & R.W. (1998). Smoking cessation guidelines for health professionals: a guide to effective smoking cessation interventions for the healthcare system. *Thorax* 53: S1-S19.
- Rose J.E. & Behm F.M. (2014). Combination Varenicline/Bupropion Treatment in an Adaptive Smoking Cessation Paradigm. *American Journal Psychiatry* 171: 1199-1205.
- Rustin T. (2000). Assessing Nicotine Dependence. *American Family Physician* 1: 579-584.
- Spohr S., Nandy R., Gandhiraj D., Vemulapalli A., Anne S. & Walters S. (2015). Efficacy of SMS text message interventions for smoking cessation: a meta-analysis. *Journal of Substance Abuse Treatment* 56: 1-10.
- The Tobacco use and dependence clinical practice guideline panel. (2000). A clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence: A US Public Health Service report. *JAMA* 283: 3244-3254.
- Tobacco use and dependence guideline panel. (2008). Treating Tobacco Use and Dependence: (2008) Update. In: Service, P.H. (ed.). Rockville, MD: US Department of Health and Human Services.
- Tonnesen P., Carrozzi L., Fagerstrom K.O., Gratzou C., Jimenez-Ruiz C., Nardini S., Viegi G., Lazzaro C., Campell I.A., Dagli E. & West R. (2007). Smoking cessation in patients with respiratory diseases: a high priority, integral component of therapy. *European Respiratory Journal* 29: 390-417.
- U.S. Department of health and human services (1988). The health consequences of smoking: Nicotine Addiction. A report from the Surgeon General. In: U.S. Department of Health and Human Services (ed.). Rockville, Maryland: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health.
- U.S. Public Health Service. (1964). Smoking and Health: Report of the Advisory Committee to the Surgeon General of the Public Health Service. In: SERVICE, U. S. P. H. (ed.). Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- West R., McNeill A. & Raw M. (2000). Smoking cessation guidelines for health professionals: an update. *Thorax* 55: 987-999.
- World Health Organization & European Partnership To Reduce Tobacco Dependence. (2001). *Evidence Based Recommendations on the Treatment of Tobacco Dependence*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization Tobacco Free Initiative. (2003). *Policy Recommendations for Smoking Cessation and Treatment of Tobacco Dependence*. Geneva: World Health Organization.



- World Health Organization Study Group on Tobacco Product Regulation (TobReg) (2015). *Advisory note: waterpipe tobacco smoking: health effects, research needs and recommended actions by regulators – 2nd ed.*. Geneva: World Health Organization.
- Zeng E., Vilardaga R., Heffner J., Mull K. & Bricker J. (2015). Predictors of utilisation of a novel smoking cessation smartphone app. *Telemedicine and e-Health* 21: 998-1004.
- Ziedonis D., Williams J. M. & Smelson D. (2003). Serious mental illness and tobacco addiction: A model program to address this common but neglected issue. *The American Journal of the Medical Sciences* 326: 223-230.
- Ελληνικός Οργανισμός Φαρμάκων. (2014). Εθνικό Συνταγολόγιο. *In*: Επιτροπή Εθνικού Συνταγολογίου (ed.). Αθήνα: Ελληνικός Οργανισμός Φαρμάκων.
- Κωνσταντινίδης Θ., Σκανδαλάκη Ν. & Κριτωτάκης Γ. (2014). Κάπνισμα και κατανάλωση οινόπνεύματος σε προπτυχιακούς φοιτητές νοσηλευτικής. *Νοσηλευτική* 53: 42-47.
- Νάνου Α., Σαρίδη Μ., Σουλιώτης Κ. (2015). Καπνιστικές συνήθειες και χρήση αλκοόλ. Επιδημιολογικά δεδομένα και μέτρα αντιμετώπισης. *Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης* 8(4):17-28.

## Nicotine addiction and smoking cessation strategies

Michael Kourakos<sup>1</sup>, Theodora Kafkia<sup>2</sup>, Evangelos Fradelos<sup>3</sup>

1. RN, MSc, PhD, Director of Nursing, General Hospital «Asklepieion» Voulas

2. Clinical Lecturer, PhD(c), Department of Nursing, Alexander Technological Educational Institute of Thessaloniki

3. RN MSc PhD(c), Department of Nursing, University of Peloponnese

### ABSTRACT

The use of tobacco was first reported in the 6<sup>th</sup> century BC, but the 20<sup>th</sup> century has been marked by the widespread use of tobacco and the establishment and expansion of large tobacco companies. The public health community did not address initially smoking as harmful and addictive, despite the fact that many other observers of human behavior (authors, psychologists, religious leaders) had stressed out its addictive characteristics. In the late 1980s, the acceptance of the addictive nature of tobacco resulted in development of healthcare services aiming at supporting people quit smoking and legislation regarding sale, distribution and advertising of tobacco products. Nicotine dependence is a chronic condition for which effective therapeutic interventions are required. Smokers, unlike other substances addicts, do not recognize their addiction and the nicotine withdrawal syndrome that they experience. For establishing the degree of dependence various tools can be used, such as the method of the 4 Cs (compulsion, control, cutting down, consequences) or validated questionnaires (CAGE, Fagerström Test for Nicotine). The main smoking cessation strategies use replacement therapy with various products (patch, gum, etc), medications (bupropion, varenicline) and/or counseling. These interventions are clinically efficient but also cost-effective, compared to prevention and treatment of diseases associated with smoking.

Smoking cessation interventions should be offered to every smoker and provided by their health insurance.

**KEYWORDS:** Nicotine, smoking cessation

Corresponding Author: Michael Kourakos  
E-mail: mixkourakos@hotmail.com  
Telephone Number: +306944849742

Submission Date: 11 Nov 2015  
Publication Date: 12 Feb 2016