



ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΗΘΙΚΗ ΣΤΙΣ ΒΙΟΪΑΤΡΙΚΕΣ ΕΠΙΣΤΗΜΕΣ



Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία

***«ΤΟ ΔΙΚΑΙΩΜΑ ΤΟΥ ΙΑΤΡΟΥ ΝΑ ΑΡΝΗΘΕΙ ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΓΙΑ
ΣΟΒΑΡΗ ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΗ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΝΟΣΟ ΣΕ ΚΑΠΝΙΣΤΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ»***

υπό

ΧΑΤΖΗΝΙΚΟΥ ΕΛΕΝΗΣ

Υπεβλήθη για την εκπλήρωση μέρους των
απαιτήσεων για την απόκτηση του
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης
«Δεοντολογία και Ηθική στις Βιοϊατρικές Επιστήμες»

Λάρισα, Φεβρουάριος 2023

Επιβλέπων Καθηγητής:

Αθανάσιος Γιαννούκας, Καθηγητής Αγγειοχειρουργικής Τμήματος Ιατρικής
Πανεπιστημίου Θεσσαλίας

Ειδική Επιστημονική Καθοδήγηση:

Κωνσταντίνος Σπανός, Διδάσκων ΠΔ 407/80 Τμήματος Ιατρικής Πανεπιστημίου
Θεσσαλίας

Τριμελής Εξεταστική Επιτροπή:

1. **Αθανάσιος Γιαννούκας**, Καθηγητής Αγγειοχειρουργικής, Τμήμα Ιατρικής,
Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας
2. **Άννα Μαυροφόρου**, Καθηγήτρια Δεοντολογίας-Βιοηθικής, Τμήμα
Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας
3. **Γεώργιος Κούβελος**, Επ. Καθηγητής Αγγειοχειρουργικής-Ενδοαγγειακής
Χειρουργικής, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας

Τίτλος εργασίας στα αγγλικά:

***PHYSICIAN'S RIGHT TO REFUSE AN INVASIVE TREATMENT TO
SMOKERS WITH SEVERE PERIPHERAL ARTERIAL DISEASE***

Περιεχόμενα

Πρόλογος – Ευχαριστίες.....	4
Περίληψη	5
Abstract	6
Συνοτομογραφίες	7
Πίνακες – Γραφήματα – Παραρτήματα	8
Κεφάλαιο 1. Εισαγωγή	9
1.1 Ο όρκος του Ιπποκράτη.....	9
1.2 Οι καρδιαγγειακές παθήσεις	10
1.2.1 Παράγοντες κινδύνου για καρδιαγγειακές παθήσεις.....	10
1.3 Περιφερική Αρτηριακή Νόσος (ΠΑΝ)	12
1.3.1 Πολυεστιακή Αρτηριακή Νόσος (ΠΕΑΝ)	12
1.3.2 Επιδημιολογία και πρόγνωση	14
1.4 Το κάπνισμα	16
Κεφάλαιο 2. Σκοπός	18
2.1 Η διακοπή καπνίσματος	18
2.2 Έκβαση θεραπείας σε καπνιστές και μη καπνιστές	20
2.3 Το κόστος υγειονομικής περίθαλψης σε καπνιστές ασθενείς	22
Κεφάλαιο 3. Μεθοδολογία.....	24
Κεφάλαιο 4. Αποτελέσματα.....	25
4.1 Sub-analysis	32
Κεφάλαιο 5. Συζήτηση	37
5.1 Η ευθύνη του ασθενούς.....	39
5.2 Η αυτονομία του ασθενούς και του ιατρού.....	41
5.3 Η σχέση ιατρού και ασθενούς.....	43
5.4 Πώς μπορεί να μειωθεί η επιβάρυνση των καρδιαγγειακών παθήσεων στο σύστημα υγείας;	46
5.5 Σύνοψη	48
Κεφάλαιο 6. Προτάσεις – Συμπεράσματα	50
Βιβλιογραφία	52
Παραρτήματα.....	57

Πρόλογος – Ευχαριστίες

Θα ήθελα να εκφράσω τις θερμές ευχαριστίες μου σε όλους τους ανθρώπους που συνέβαλαν στην ολοκλήρωση της μεταπτυχιακής διπλωματικής μου εργασίας.

Αρχικά, θέλω να εκφράσω το σεβασμό, την εκτίμηση μου και ένα μεγάλο ευχαριστώ στον Καθηγητή κο Αθανάσιο Γιαννούκα, Διευθυντή του ΠΜΣ που μου έδωσε τη δυνατότητα να συμμετάσχω στο μεταπτυχιακό πρόγραμμα «Δεοντολογία και Ηθική στις Βιοϊατρικές Επιστήμες» αλλά και τις αξιοσημείωτες παρεμβάσεις και την πολύτιμη συμβολή του κατά την εκπόνηση της διπλωματικής μου εργασίας, ως Επιβλέπων Καθηγητής.

Ένα μεγάλο ευχαριστώ στον Διδάσκοντα ΠΔ 407/80 του Τμήματος Ιατρικής Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, κο Κωνσταντίνο Σπανό, για την καθοδήγηση, τις σημαντικές παρατηρήσεις του και την ανεκτίμητη βοήθειά του σε κάθε στάδιο της μελέτης αλλά και με τις πολύτιμες γνώσεις του συνέβαλε στην ολοκλήρωση της διπλωματικής αυτής εργασίας, που είχε την Ειδική Επιστημονική Καθοδήγηση.

Θα ήθελα ακόμη να εκφράσω την ευγνωμοσύνη μου για την εξαιρετική Καθηγήτρια κα Άννα Μαυροφόρου, Αν. Διευθύντρια του ΠΜΣ για τις σημαντικές πληροφορίες και κατευθυντήριες οδούς που μου υπέδειξε σε όλη τη διάρκεια τόσο του μεταπτυχιακού προγράμματος όσο και της εκπόνησης της διπλωματικής εργασίας και συνέβαλε ουσιαστικά στην ολοκλήρωση αυτού.

Επίσης, θα ήθελα να ευχαριστήσω τον Επ. Καθηγητή Τμήματος Ιατρικής Πανεπιστημίου Θεσσαλίας κο Γεώργιο Κούβελο για την πολύ σημαντική βοήθειά του στην έρευνά μας αλλά και καθ' όλη τη διάρκεια συγγραφής της εργασίας.

Τέλος, εκφράζω την απέραντη ευγνωμοσύνη στο σύζυγό μου Δημήτρη τόσο για τη συμπαράσταση, την κατανόηση και τη στήριξη όσο για την ανεκτικότητα και την υπομονή του, σε όλη τη διάρκεια του μεταπτυχιακού προγράμματος, ώστε να καταφέρω να ολοκληρώσω με επιτυχία τις μεταπτυχιακές μου σπουδές αλλά και όλο αυτό το χρονικό διάστημα εκπόνησης της διπλωματικής εργασίας.

Έλενα Β. Χατζηνίκου

Περίληψη

Στην παρούσα μεταπτυχιακή διπλωματική εργασία εξετάζουμε εάν ο ιατρός δύναται να έχει το δικαίωμα να αρνηθεί μια επεμβατική θεραπεία σε ασθενείς που πάσχουν από σοβαρή περιφερική αρτηριακή νόσο ενώ εξακολουθούν να είναι καπνιστές. Για το λόγο αυτό πραγματοποιήσαμε μια διαδικτυακή έρευνα που περιλαμβάνει απαντήσεις και εκτιμήσεις από ειδικούς και ειδικευόμενους Αγγειοχειρουργικής στην Ελλάδα και το εξωτερικό σύμφωνα με την αντίστοιχη εμπειρία τους. Γίνεται αναφορά στις καρδιαγγειακές παθήσεις με ιδιαίτερη έμφαση στην περιφερική αρτηριακή νόσο. Επιπλέον, επισημαίνεται ο ρόλος του καπνίσματος και η σημασία της διακοπής του. Εστιάζουμε επίσης στην ευθύνη του ασθενούς, τη σχέση ιατρού-ασθενή και τη σχέση κόστους-αποτελέσματος. Στη συνέχεια, συγκρίνεται η έκβαση μιας θεραπείας σε καπνιστές και μη, ενώ περιγράφεται η αυτονομία ασθενή και ιατρού. Τέλος, παρατίθενται στρατηγικές διαχείρισης της επιβάρυνσης των καρδιαγγειακών παθήσεων στο σύστημα υγείας και της αντιμετώπισης των παραγόντων κινδύνου. Η εργασία ολοκληρώνεται με την παρουσίαση των αποτελεσμάτων που προκύπτουν από τη στατιστική ανάλυση της έρευνάς μας καθώς και από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας.

Λέξεις – κλειδιά: περιφερική αρτηριακή νόσος, καρδιαγγειακή νόσος, επεμβατική θεραπεία, κάπνισμα, άρνηση θεραπείας, δεοντολογία

Abstract

This MSc thesis investigates whether a physician may have the right to refuse an invasive treatment to patients who suffer from severe peripheral arterial disease while they are still smokers. For this reason, we conducted an online survey that includes answers and assessments from vascular surgeons and residents in Vascular Surgery in Greece and abroad according to their respective experience. We refer to cardiovascular diseases with special emphasis on peripheral arterial disease. The role of smoking and the importance of smoking cessation are also highlighted. Furthermore, we focus on patient responsibility, physician-patient relationship and cost-effectiveness. The outcome of a treatment for smokers and non-smokers is also compared, while patient and physician autonomy is described. Finally, management strategies on how we can reduce both the risk factors and the burden of cardiovascular diseases on the health system are listed. The MSc thesis concludes with the presentation of the results obtained from the statistical analysis of our research as well as from the literature review.

Key words: peripheral arterial disease, cardiovascular disease, invasive treatment, smoking, refusal to treat, ethics

Συντομογραφίες

Στην αγγλική γλώσσα:

AMERICA Aggressive detection and Management of the Extension of atherothrombosis in high Risk coronary patients In comparison with standard of Care for coronary Atherosclerosis: κλινική δοκιμή AMERICA

ESC European Society of Cardiology: Ευρωπαϊκή Εταιρεία Καρδιολογίας

ESVS European Society of Vascular Surgery: Ευρωπαϊκή Εταιρεία

Αγγειοχειρουργικής

SPSS Superior Performance Software System: Πρόγραμμα στατιστικής ανάλυσης

WMA World Medical Association: Παγκόσμιος Ιατρικός Σύλλογος

Στην ελληνική γλώσσα:

AKA Ανεύρυσμα κοιλιακής αορτής

AKM Αρτηριοπάθεια κάτω μελών

ΑΣΠ Αορτοστεφανιαία παράκαμψη

ΔΧ Διαλείπουσα χωλότητα

ΕΜ Έμφραγμα του μυοκαρδίου

ΚΑΠ Καρδιαγγειακές παθήσεις

ΜΜΝ Μη μεταδοτικά νοσήματα

ΟΣΣ Οξύ στεφανιαίο σύνδρομο

ΠΑΝ Περιφερική αρτηριακή νόσος

ΠΕΑΝ Πολυεστιακή αρτηριακή νόσος

ΠΟΥ Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας

ΣΒΔ Σφυροβραχιόνιος δείκτης

ΣΝ Στεφανιαία νόσος

Πίνακες – Γραφήματα – Παραρτήματα

Γραφήματα

Γράφημα 1. Ποσοστά άλλων εντοπισμών αθηροσκλήρωσης σε ασθενείς με αρτηριακή νόσο σε μια περιοχή

Πίνακες

Πίνακας 1. Το φύλο των συμμετεχόντων στην έρευνα

Πίνακας 2. Η ηλικία των συμμετεχόντων στην έρευνα

Πίνακας 3. Το επίπεδο εξειδίκευσης των συμμετεχόντων στην έρευνα

Πίνακας 4. Η τρέχουσα κλινική εμπειρία των συμμετεχόντων στην έρευνα

Πίνακας 5. Ο φορέας απασχόλησης των συμμετεχόντων

Πίνακας 6. Η καπνιστική συμπεριφορά των συμμετεχόντων

Πίνακας 7. Απάντηση στην ερώτηση 7 του ερωτηματολογίου: *θα αποφασίζατε να αντιμετωπίσετε επεμβατικά (ενδαγγειακή ή ανοιχτή αποκατάσταση) έναν ασθενή που είναι καπνιστής με μη απειλητική περιφερική αρτηριακή νόσο κάτω μελών»*

Πίνακας 8. Απάντηση στην ερώτηση 8 του ερωτηματολογίου: *«Ποια είναι η ελάχιστη περίοδος που θα συστήνατε στον ασθενή σας να διακόψει το κάπνισμα προτού αποφασίσετε να προχωρήσετε στη διενέργεια μιας επεμβατικής θεραπείας;»*

Πίνακας 9. Απάντηση στην ερώτηση 9 του ερωτηματολογίου: *«Πιστεύετε ότι είναι δικαιολογημένη η απόφαση ενός ιατρού να αρνηθεί μια επεμβατική θεραπεία σε καπνιστές με περιφερική αρτηριακή νόσο;»*

Πίνακας 10. Απάντηση στην ερώτηση 10 του ερωτηματολογίου: *«Έχετε πραγματοποιήσει ποτέ αγγειοχειρουργική επέμβαση για μη απειλητική περιφερική αρτηριακή νόσο των κάτω μελών σε ασθενή που είναι καπνιστής;»*

Πίνακας 11. Απάντηση στην ερώτηση 11 του ερωτηματολογίου: *«ποιος ήταν ο λόγος που δικαιολόγησε την απόφασή σας να πραγματοποιήσετε αγγειοχειρουργική επέμβαση για μη απειλητική περιφερική αρτηριακή νόσο των κάτω μελών σε ασθενή που είναι καπνιστής;»*

Πίνακας 12. 1^η Υπο-ανάλυση: Πρόθεση διενέργειας χειρουργικής επέμβασης σε καπνιστές ασθενείς με μη απειλητική περιφερική αρτηριακή νόσο κάτω μελών

Πίνακας 13. 2^η Υπο-ανάλυση: Δικαιολογημένη ή μη η απόφαση άρνησης θεραπείας

Παραρτήματα

Παράρτημα 1. Ερωτηματολόγιο έρευνας

Κεφάλαιο 1. Εισαγωγή

1.1 Ο όρκος του Ιπποκράτη

Ο φοιτητής Ιατρικής μετά το πέρας των σπουδών του και προκειμένου να ασκήσει το επάγγελμα του ιατρού, οφείλει κατά την ορκωμοσία του να δώσει **«τον όρκο του Ιπποκράτη»** που αποτελεί μια ηθική δέσμευση για το λειτούργημα που καλείται να επιτελέσει. Στον όρκο αυτό εμπεριέχεται εμφιατικά και **«το ωφελέειν ή μη βλάπτειν»**, δηλαδή, «να κάνουμε καλό ή να μην κάνουμε κακό» που σημαίνει ουσιαστικά «πρωτίστως να μην κάνεις κακό» ή μη επιβλαβή πράξη, το οποίο ακολουθείται στενά από την υποχρέωση να «κάνουμε καλό» ή ευεργεσία.¹

Ο Ιπποκρατικός Όρκος διατύπωσε υψηλές ηθικές και δεοντολογικές αξίες στην ιατρική πρακτική, εισάγοντας τις διαχρονικές αρχές της ωφελιμότητας, της μη-βλαπτικότητας, της εμπιστευτικότητας και της δικαιοσύνης. Στον 20^ο αιώνα με τις εντυπωσιακές εξελίξεις στην ιατρική, ο Όρκος θεωρήθηκε ξεπερασμένος με την έννοια ότι δεν περιλαμβάνονται σύγχρονα ζητήματα ιατρικής ηθικής και ότι ενδεχομένως είναι ετεροβαρής προς τον ιατρικό πατερναλισμό έναντι της αυτονομίας του ασθενή. Όμως ο Ιπποκράτης δεν ήταν δυνατό να προβλέψει τα σύγχρονα ζητήματα βιοηθικής που θα προέκυπταν. Τα ιπποκρατικά ιδανικά είναι διαχρονικά και αμετάβλητα, αλλά οι κανόνες που τα εκφράζουν χρειάζονται συνεχή επανεκτίμηση και επαναπροσδιορισμό. Ο Όρκος ήταν μια προφορική υπόσχεση τιμής του ιατρού προς τον ασθενή ότι ενεργεί προς όφελός του και αποφεύγει τη βλάβη και όχι κοινωνικό συμβόλαιο μεταξύ ιατρού και κοινωνίας.²

1.2 Οι καρδιαγγειακές παθήσεις

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ) οι καρδιαγγειακές παθήσεις (ΚΑΠ) είναι μια ομάδα διαταραχών της καρδιάς και των αιμοφόρων αγγείων. Περιλαμβάνουν:

- στεφανιαία νόσο – ασθένεια των αιμοφόρων αγγείων που τροφοδοτούν τον καρδιακό μυ
- αγγειακή εγκεφαλική νόσο – ασθένεια των αιμοφόρων αγγείων που τροφοδοτούν τον εγκέφαλο
- **περιφερική αρτηριακή νόσο** – ασθένεια των αιμοφόρων αγγείων που τροφοδοτούν τα άνω και κάτω μέλη
- ρευματική καρδιοπάθεια – βλάβη του καρδιακού μυός και των καρδιακών βαλβίδων από ρευματικό πυρετό, που προκαλείται από στρεπτοκοκκικά βακτήρια
- συγγενείς καρδιοπάθειες – γενετικές ανωμαλίες που επηρεάζουν τη φυσιολογική ανάπτυξη και λειτουργία της καρδιάς που προκαλούνται από δυσπλασίες της δομής της καρδιάς από τη γέννηση και
- εν τω βάθει φλεβική θρόμβωση και πνευμονική εμβολή – θρόμβοι αίματος στις φλέβες των ποδιών, οι οποίοι μπορεί να μεταφερθούν προς την καρδιά και τους πνεύμονες.³

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ), **οι καρδιαγγειακές παθήσεις (ΚΑΠ) είναι η κύρια αιτία θανάτου παγκοσμίως**. Υπολογίζεται ότι 17,9 εκατομμύρια άνθρωποι πέθαναν από καρδιαγγειακά νοσήματα το 2019, που αντιπροσωπεύει το 32% όλων των θανάτων παγκοσμίως. Από αυτούς τους θανάτους, το 85% οφειλόταν σε έμφραγμα και εγκεφαλικό. Ένα ακόμη στοιχείο είναι ότι πάνω από τα τρία τέταρτα των θανάτων από καρδιαγγειακά νοσήματα συμβαίνουν σε χώρες χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος. Από τους 17 εκατομμύρια πρόωρους θανάτους (κάτω των 70 ετών) λόγω μη μεταδοτικών νοσημάτων το 2019, το 38% προκλήθηκαν από καρδιαγγειακά νοσήματα.³

1.2.1 Παράγοντες κινδύνου για καρδιαγγειακές παθήσεις

Οι σημαντικότεροι παράγοντες κινδύνου για εμφάνιση καρδιαγγειακών παθήσεων και εγκεφαλικού είναι η κακή διατροφή, η απουσία σωματικής άσκησης, **το κάπνισμα**

και η κατανάλωση αλκοόλ. Οι επιπτώσεις των παραγόντων κινδύνου μπορεί να εμφανιστούν με τη μορφή αυξημένης αρτηριακής πίεσης, αυξημένης γλυκόζης αίματος, αυξημένων λιπιδίων του αίματος και παχυσαρκίας. Αυτοί οι παράγοντες κινδύνου μπορούν να διαγνωστούν σε δομές πρωτοβάθμιας περίθαλψης και υποδεικνύουν αυξημένο κίνδυνο καρδιακής προσβολής, εγκεφαλικού επεισοδίου, καρδιακής ανεπάρκειας και άλλων επιπλοκών.³

Υπάρχει επίσης ένας αριθμός υποκείμενων καθοριστικών παραγόντων εμφάνισης καρδιαγγειακών νοσημάτων που έχουν να κάνουν με την κοινωνική, οικονομική και πολιτιστική αλλοτρίωση, την παγκοσμιοποίηση και αστικοποίηση και κατ' επέκταση γήρανση του πληθυσμού. Άλλοι καθοριστικοί παράγοντες εμφάνισης καρδιαγγειακών νοσημάτων είναι η φτώχεια, το άγχος αλλά και κληρονομικοί παράγοντες.³

1.3 Περιφερική Αρτηριακή Νόσος (ΠΑΝ)

Σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες που δημοσιεύτηκαν το 2017 για τη διάγνωση και αντιμετώπιση της ΠΑΝ της Ευρωπαϊκής Καρδιολογικής Εταιρείας (ESC) σε συνεργασία με την Ευρωπαϊκή Αγγειοχειρουργική Εταιρεία (ESVS), η αθηροσκλήρωση είναι συχνά **γενικευμένη πάθηση**. Οι ασθενείς που εμφανίζουν αθηροσκλήρωση σε ένα σημείο διατρέχουν γενικά κίνδυνο για θανατηφόρα και μη θανατηφόρα καρδιαγγειακά επεισόδια.⁴

Πέρα από τον κίνδυνο αγγειακών εγκεφαλικών επεισοδίων, οι ασθενείς με στεφανιαία νόσο (ΣΝ) διατρέχουν επίσης κίνδυνο για έμφραγμα του μυοκαρδίου (ΕΜ) και καρδιακό θάνατο.⁵ Σε μια συστηματική ανασκόπηση 17 μελετών συμπεριλαμβανομένων 11.391 ασθενών με >50% ασυμπτωματική στένωση καρωτίδας, το 63% των θανάτων σχετιζόταν με καρδιακά επεισόδια, με μέσο ποσοστό θνησιμότητας σχετιζόμενης με την καρδιά 2,9%/ έτος.⁶

Πολλές μελέτες έχουν δείξει αυξημένο κίνδυνο θνησιμότητας, καρδιαγγειακής θνησιμότητας και νοσηρότητας (ΕΜ, εγκεφαλικό) σε ασθενείς με συμπτωματική ή ασυμπτωματική αρτηριοπάθεια των κάτω μελών (ΑΚΜ).⁷ Ο σφυροβραχιόνιος δείκτης (ΣΒΔ) $\leq 0,90$ σχετίζεται με υπερδιπλασιασμό των 10ετών ποσοστών στεφανιαίων επεισοδίων, καρδιαγγειακής θνησιμότητας αλλά και συνολικής θνησιμότητας.⁸ Μετά από 5 χρόνια, το 20% των ασθενών με διαλείπουσα χωλότητα (ΔΧ) παρουσιάζουν ΕΜ ή εγκεφαλικό και η θνησιμότητα κυμαίνεται μεταξύ 10-15%.⁹

Όλα αυτά τα δεδομένα υπογραμμίζουν **τη σημασία της γενικής πρόληψης των καρδιαγγειακών παθήσεων** πέρα από τη διαχείριση της ίδιας της νόσου που σχετίζεται με ένα συγκεκριμένο σημείο εμφάνισης αθηροσκλήρωσης.⁴

1.3.1 Πολυεστιακή Αρτηριακή Νόσος (ΠΕΑΝ)

Σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες της ESC και της ESVS του 2017, η πολυεστιακή αρτηριακή νόσος (ΠΕΑΝ) είναι συχνή σε ασθενείς με αθηροσκλήρωση

σε μια αγγειακή περιοχή, και κυμαίνεται από 10 έως 15% σε ασθενείς με ΣΝ από 60 έως 70% σε ασθενείς με σοβαρή στένωση καρωτίδας ή ΑΚΜ.⁴

Η ΠΕΑΝ συνδέεται πάντα με χειρότερα κλινικά αποτελέσματα. Ωστόσο, ο προληπτικός έλεγχος για ασυμπτωματική νόσο σε περισσότερες αγγειακές περιοχές δεν έχει αποδειχθεί ότι βελτιώνει την πρόγνωση.⁴

Σε ασθενείς με οποιαδήποτε εμφάνιση ΠΑΝ, η κλινική εκτίμηση σημείων και συμπτωμάτων σε άλλα σημεία και/ή ΣΝ είναι απαραίτητο να εντοπιστούν και σε περίπτωση κλινικής υποψίας πρέπει να διεξαχθούν περαιτέρω εξετάσεις.⁴

Ο συστηματικός προληπτικός έλεγχος για ασυμπτωματική ΠΕΑΝ δεν ενδείκνυται για οποιαδήποτε παρουσία ΠΑΝ, καθώς δε θα οδηγούσε με ασφάλεια στην αλλαγή της στρατηγικής διαχείρισης. Μπορεί σε ορισμένες περιπτώσεις να είναι ενδιαφέρον για τη διαστρωμάτωση κινδύνου, π.χ. μια στρατηγική αντιαιμοπεταλιακής θεραπείας πέραν του 1 έτους σε ασθενείς που επωφελήθηκαν από τοποθέτηση στεφανιαίου stent για οξύ στεφανιαίο σύνδρομο (ΟΣΣ).⁴

Σε ορισμένες περιπτώσεις, ο εντοπισμός ασυμπτωματικών βλαβών μπορεί να επηρεάσει τη διαχείριση του ασθενούς. Αυτό συμβαίνει σε ασθενείς που υποβάλλονται σε αορτοστεφανιαία παράκαμψη (ΑΣΠ), στους οποίους πρέπει να γίνεται μέτρηση του ΣΒΔ, ειδικά όταν έχει προγραμματιστεί harvesting σαφηνούς φλέβας αλλά και προληπτικός έλεγχος των καρωτίδων σε ένα υποσύνολο ασθενών με υψηλό κίνδυνο εμφάνισης ΣΝ.⁴

Σε ασθενείς που έχουν προγραμματιστεί για ΑΣΠ με σοβαρές στενώσεις της καρωτίδας, θα πρέπει να εξετάζεται το ενδεχόμενο προφυλακτικής επαναγγείωσης της καρωτίδας σε πρόσφατα διαγνωσθέντες συμπτωματικούς ασθενείς, ενώ πρέπει να εξετάζεται σε ασυμπτωματικούς ασθενείς μετά από διεπιστημονική συζήτηση.⁴

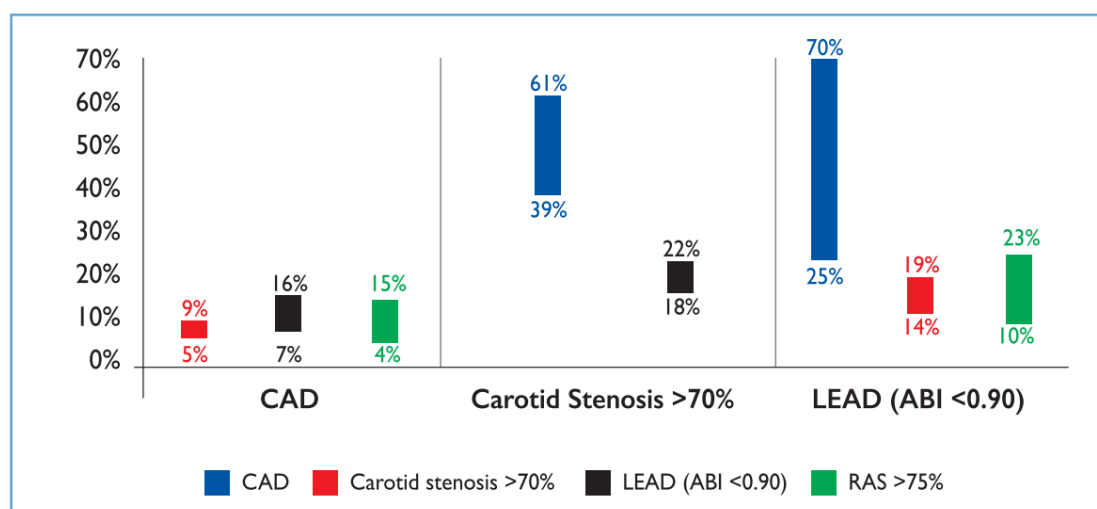
Σε ασθενείς που έχουν προγραμματιστεί για επαναγγείωση καρωτίδας για ασυμπτωματική στένωση, πρέπει να διενεργείται προεγχειρητική στεφανιαία αγγειογραφία για ανίχνευση (και επαναγγείωση) ΣΝ.⁴

Η ΠΕΑΝ προσδιορίζεται από την ταυτόχρονη παρουσία κλινικά σχετικών αθηροσκληρωτικών βλαβών σε τουλάχιστον δύο κύριες αγγειακές περιοχές. Ενώ οι ασθενείς με ΠΕΑΝ συναντώνται τακτικά στην κλινική πράξη, αξιόπιστα δεδομένα για τη διαχείριση αυτών των ασθενών είναι σπάνια. Για τη διαχείριση αυτών των ασθενών, θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη η κλινική εικόνα και οι συννοσηρότητες, επιπλέον των σημείων των βλαβών. Γενικά η στρατηγική θεραπείας θα πρέπει να αποφασίζεται κατά περίπτωση από μια διεπιστημονική ομάδα και θα πρέπει να επικεντρώνεται πρώτα στη συμπτωματική αγγειακή περιοχή.⁴

1.3.2 Επιδημιολογία και πρόγνωση

Μεταξύ 3,6 εκατομμυρίων Αμερικανών εθελοντών που υποβλήθηκαν σε συστηματικό προληπτικό έλεγχο με τη χρήση υπερήχου για ΑΚΜ, ΣΝ και ανεύρυσμα κοιλιακής αορτής (ΑΚΑ), το ποσοστό των ατόμων με δύο ή περισσότερους εντοπισμούς αυξήθηκε με την ηλικία, από 0,04% στα 40-50 έτη σε 3,6% στα 81-90 έτη.¹⁰

Το γράφημα 1 συνοψίζει τον επιπολασμό της ΠΕΑΝ όταν η αθηροσκλήρωση διαγιγνώσκεται σε μία περιοχή.



Το γράφημα αναφέρει τα ποσοστά συνοδών αρτηριακών παθήσεων σε ασθενείς που παρουσιάζουν αρτηριακή νόσο σε μια περιοχή (π.χ. σε ασθενείς με ΣΝ, 5-9% των περιπτώσεων έχουν ταυτόχρονη στένωση καρωτίδας >70%)

ABI: Ankle-Brachial Index=ΣΒΔ, CAD: Coronary Artery Disease=ΣΝ, LEAD: Lower Extremity Artery Disease=ΑΚΜ, RAS: Renal Artery Stenosis=στένωση νεφρικής αρτηρίας

Γράφημα 1. Ποσοστά άλλων εντοπισμών αθηροσκλήρωσης σε ασθενείς με αρτηριακή νόσο σε μια αγγειακή περιοχή¹¹⁻²⁰

Αν και αρκετές μελέτες έχουν δείξει ότι οι ασθενείς με ΠΕΑΝ έχουν σε σημαντικό βαθμό χειρότερη κλινική έκβαση συγκριτικά με ασθενείς με νόσο σε μια αγγειακή περιοχή, η μόνη τυχαιοποιημένη κλινική μελέτη που σχεδιάστηκε για την εκτίμηση του αντίκτυπου στην πρόγνωση με συστηματικό προληπτικό έλεγχο για ΠΕΑΝ σε ασθενείς με υψηλού κινδύνου ΣΝ (ΣΝ τριών αγγείων και/ή με ΟΣΣ σε ηλικία >75 ετών) δεν κατάφερε να αποδείξει ότι προκύπτει κάποιο σημαντικό όφελος.²¹

Η κλινική μελέτη AMERICA (για την επιθετική ανίχνευση και διαχείριση της έκτασης της αθηροθρόμβωσης σε στεφανιαίους ασθενείς υψηλού κινδύνου σε σύγκριση με την τυπική φροντίδα για στεφανιαία αθηροσκλήρωση) τυχαιοποίησε 521 ασθενείς εφαρμόζοντας προληπτική στρατηγική (ολική μέτρηση με υπερηχογράφημα και ΣΒΔ που συνδέεται με εντατική θεραπεία) ή συμβατική στρατηγική (χωρίς προληπτικό έλεγχο για ασυμπτωματική ΠΕΑΝ και τυπική θεραπεία). Στα 2 έτη παρακολούθησης (follow-up), τα κύρια αποτελέσματα της μελέτης, συμπεριλαμβανομένων του θανάτου, οποιουδήποτε ισχαιμικού επεισοδίου που οδήγησε σε επανεισαγωγή στο νοσοκομείο ή οποιασδήποτε ένδειξης οργανικής ανεπάρκειας, εμφανίστηκε αθηροσκλήρωση στο 47,4% και στο 46,9% των ασθενών, αντίστοιχα ($P > 0,2$).²¹ Συμπερασματικά, το κλινικό όφελος του συστηματικού προληπτικού ελέγχου για ασυμπτωματική ΠΕΑΝ σε ασθενείς με γνωστή αθηροσκλήρωση φαίνεται αμφίβολο.⁴

1.4 Το κάπνισμα

Η ιστορία του καπνίσματος είναι αρκετά περίπλοκη ειδικά αν αναλογιστεί κανείς ότι δεν έχουν περάσει πολλά χρόνια από τότε που το κάπνισμα ήταν μια κοινά αποδεκτή και ευχάριστη συνήθεια στην κοινωνική συνείδηση ενώ επιτρεπόταν σε όλους τους δημόσιους χώρους, από εστιατόρια και αεροπλάνα μέχρι νοσοκομεία και δομές μακροχρόνιας φροντίδας. Οι τελευταίες δεκαετίες υπήρξαν καταλυτικές για την ανατροπή της κοινωνικής συμπεριφοράς καθώς και της στάσης των επαγγελματιών υγείας και των πολιτικών υπευθύνων απέναντι στο κάπνισμα. Οι ανησυχίες που εκφράζονται σχετικά με τις επιπτώσεις τόσο του ενεργητικού όσο και του παθητικού καπνίσματος στην υγεία έχουν οδηγήσει στην αλλαγή στρατηγικής αντιμετώπισης και σταδιακά στην απαγόρευση του καπνίσματος στους δημόσιους χώρους, την αύξηση των τιμών των προϊόντων καπνού μέσω της φορολογίας αλλά και τον περιορισμό πρόσβασης στην αγορά καπνού ιδιαίτερα από τους νέους.²²

Το κάπνισμα παραμένει η κύρια αιτία θανάτου και εμφάνισης άλλων ασθενειών παγκοσμίως. Το κάπνισμα αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης περιφερικής αρτηριακής νόσου (ΠΑΝ) κατά 3 φορές, ενώ το μέγεθος αυτής της συσχέτισης φαίνεται μεγαλύτερο από αυτό που καταγράφεται για τη στεφανιαία νόσο.²³ Παρόλο που το κάπνισμα θεωρείται ένας σημαντικός αναστρέψιμος παράγοντας κινδύνου, ωστόσο εξακολουθούν να υπάρχουν ασθενείς με σοβαρή ΠΑΝ οι οποίοι χρήζουν επεμβατικής αντιμετώπισης αλλά δε συμμορφώνονται και συνεχίζουν να καπνίζουν παρά τη σύσταση των ιατρών τους.²⁴

Παρόλο που το κάπνισμα είναι νόμιμο, οι επαγγελματίες υγείας συχνά αντιμετωπίζουν το ηθικό δίλημμα του κατά πόσον κάποιος που «κακομεταχειρίζεται» το σώμα του και επιβαρύνει την υγεία του καπνίζοντας μπορεί να δικαιούται την διάθεση των διαθέσιμων πόρων του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης. Για παράδειγμα, ορισμένοι ιατροί αισθάνονται ότι είναι ηθικό τους καθήκον να αρνηθούν τη φροντίδα ή θεραπεία σε ασθενείς που είναι καπνιστές.²² Μια ομάδα ιατρών στην Αγγλία αποφάσισε να αποκλείσει ασθενείς-καπνιστές που δεν είχαν προβεί σε διακοπή καπνίσματος από μη επείγουσα επέμβαση ΑΣΠ, υποστηρίζοντας ότι οι μη καπνιστές καθώς και όσοι το είχαν διακόψει θα πρέπει να έχουν περισσότερες πιθανότητες να υποβληθούν σε χειρουργική επέμβαση, επειδή μπορεί να έχουν

μεγαλύτερο όφελος από αυτή.²⁵ Στην Ολλανδία, ένας ιατρός δήλωσε ότι το να αφιερώνεις χρόνο σε ανθρώπους που «πρόθυμα και εις γνώσιν τους βλάπτουν την υγεία τους αλλά και την υγεία των άλλων» είναι «σπατάλη δυνάμεων».²⁶ Επίσης, ορισμένοι ιατροί μπορεί να έχουν αρνητική προδιάθεση απέναντι στους καπνιστές, ιδιαίτερα αν οι ίδιοι δεν καπνίζουν και δεν μπορούν έτσι να κατανοήσουν τον εθισμό τους, και ως εκ τούτου να θεωρούν ότι δε θα πρέπει να απολαμβάνουν οι ασθενείς-καπνιστές όλα τα οφέλη του συστήματος υγείας.²⁷

Κεφάλαιο 2. Σκοπός

Σκοπός της εργασίας είναι να διερευνήσουμε μέσα από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας την άρνηση θεραπείας, τους εναλλακτικούς τρόπους διαχείρισης, την έγκαιρη αντιμετώπιση των καρδιαγγειακών νοσημάτων και δη της περιφερικής αρτηριοπάθειας αλλά και της διακοπής καπνίσματος.

Επίσης, με τη βοήθεια ενός ερωτηματολογίου που δημιουργήσαμε επιδιώκουμε να εξετάσουμε βάσει των χαρακτηριστικών των ιατρών που συμμετείχαν στην έρευνα (φύλο, ηλικία, επίπεδο εξειδίκευσης, κλινική εμπειρία, φορέας απασχόλησης, κάπνισμα) τη συμπεριφορά τους απέναντι στους ασθενείς-καπνιστές με σοβαρή περιφερική αρτηριακή νόσο.

2.1 Η διακοπή καπνίσματος

Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, ασθενείς που έχουν υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση έχουν καλύτερα αποτελέσματα αλλά και καλύτερα ποσοστά επιβίωσης εάν είναι μη καπνιστές ή έχουν διακόψει το κάπνισμα, έστω και για μικρό χρονικό διάστημα.²⁸

Η βραχυπρόθεσμη διακοπή του καπνίσματος μειώνει την οξεία επίδραση της νικοτίνης και του μονοξειδίου του άνθρακα στο καρδιαγγειακό σύστημα, ενώ η λειτουργία των πνευμόνων βελτιώνεται (αυτή η διαδικασία διαρκεί περίπου 8 εβδομάδες).²⁹ Σε μια συστηματική ανασκόπηση βρέθηκε ότι η διακοπή του καπνίσματος συσχετίστηκε με σχετική μείωση του κινδύνου κατά 41% για την πρόληψη μετεγχειρητικών επιπλοκών. Διαπιστώθηκε επίσης ότι κάθε εβδομάδα διακοπής αύξανε το φαινόμενο του μεγέθους κατά 19%. Δοκιμές τουλάχιστον 4 εβδομάδων διακοπής του καπνίσματος είχαν σημαντικά καλύτερα αποτελέσματα συγκριτικά με τις δοκιμές μικρότερης διάρκειας. Επομένως, οι ασθενείς με μεγαλύτερο χρονικό διάστημα προεγχειρητικής διακοπής του καπνίσματος εμφανίζουν μικρότερες μετεγχειρητικές επιπλοκές.³⁰

Επιπλέον, έχει βρεθεί ότι οι καπνιστές αντιμετωπίζουν μεγαλύτερο κίνδυνο επιπλοκών κατά τη χορήγηση της αναισθησίας, σε σύγκριση με τους μη καπνιστές. Το 5,5% των καπνιστών είχε παρουσιάσει αναπνευστικά επεισόδια όπως

επαναδιασωλήνωση, λαρυγγόσπασμο, βρογχόσπασμο, αναρρόφηση, υπαερισμό και υποξαιμία ενώ λάμβανε αναισθησία, σε σύγκριση με το 3,3% των μη καπνιστών. Εκτός από τις επιπλοκές που σχετίζονται με τα αρχικά στάδια της θεραπείας, οι χρόνιοι καπνιστές χρήζουν επίσης υψηλών δόσεων αναλγητικών επειδή το ίδιο το κάπνισμα ενισχύει τα ηπατικά μικροσωματικά ένζυμα, αυξάνοντας έτσι τον μεταβολισμό των φαρμάκων. Εκτός από υψηλότερες δόσεις, ορισμένοι ασθενείς μπορεί να χρήζουν πτητικού αναισθητικού, όπως η πεθιδίνη, η οποία μπορεί να προκαλέσει ηπατική και νεφρική ανεπάρκεια, αυξάνοντας τις επιπλοκές οι οποίες μπορεί να επιμείνουν μετά τη θεραπεία. Ως εκ τούτου, οι καπνιστές μπορεί να αντιμετωπίσουν επιπλοκές ήδη πριν από την αρχική θεραπεία.³¹

Αυτοί οι παράγοντες εγείρουν το ερώτημα εάν οι καπνιστές πρέπει να τυγχάνουν ίδιας μεταχείρισης με τους μη καπνιστές ή με αυτούς που προβαίνουν σε διακοπή καπνίσματος. Μερικοί ασθενείς μπορεί να μην είναι ειλικρινείς σχετικά με το ιστορικό καπνίσματος. Επιπλέον, για τους ηλικιωμένους ασθενείς που καπνίζουν για δεκαετίες, η διαδικασία ώστε να πεισθούν να το διακόψουν μπορεί να μην είναι εύκολη υπόθεση.²²

2.2 Έκβαση θεραπείας σε καπνιστές και μη καπνιστές

Μερικοί ιατροί εξακολουθούν να πιστεύουν ότι είναι σκόπιμο να αρνηθούν την επεμβατική αντιμετώπιση σε άτομα που συνεχίζουν να καπνίζουν. Ο λόγος πίσω από αυτήν την προσέγγιση, που ονομάζεται «χειρουργική βελτιστοποίηση», είναι να δοθεί η δυνατότητα στον ασθενή να σταματήσει πρώτα το κάπνισμα, προκειμένου να θεωρηθεί κατάλληλος για χειρουργική επέμβαση και να έχει σημαντικές προοπτικές για μια καλή έκβαση.²⁴

Η άρνηση ορισμένων επαγγελματιών υγείας να προσφέρουν θεραπεία στους καπνιστές βασίζεται σε στοιχεία που δείχνουν ότι οι καπνιστές που υποβάλλονται σε ορισμένες ιατρικές επεμβάσεις έχουν χειρότερα αποτελέσματα, όπως αναπνευστικές και καρδιακές επιπλοκές, σε σύγκριση με τους μη καπνιστές. Ένα άρθρο που δημοσιεύτηκε στο *Medical Journal of Australia* ανέφερε ότι ένα ευρύ φάσμα χειρουργικών επεμβάσεων δεν θα πρέπει να προσφέρεται στους καπνιστές.³² Ο λόγος ήταν ότι οι καπνιστές που λαμβάνουν τη θεραπεία έχουν μικρότερο όφελος από αυτή σε σχέση με τους μη καπνιστές. Σε μια ανασκόπηση των αποτελεσμάτων στη χειρουργική επέμβαση μείωσης του μαστού σε καπνιστές έναντι μη καπνιστών, οι καπνιστές εμφάνισαν υψηλότερη συχνότητα μόλυνσης του τραύματος από τους μη καπνιστές.³³ Σε μια άλλη μελέτη, μετά από επεμβάσεις bypass, οι αρτηρίες των καπνιστών ήταν πιο πιθανό να αποφραχθούν ξανά. Ως εκ τούτου, ορισμένοι ιατροί ξεκαθαρίζουν ότι τέτοιες θεραπείες είναι μη ωφέλιμες ή ακόμη και επιβλαβείς για τους καπνιστές, καθώς δεν επιτυγχάνουν το επιθυμητό και βέλτιστο αποτέλεσμα.²²

Αν και τα στοιχεία που υποστηρίζουν τα μικρότερα θεραπευτικά αποτελέσματα για τους καπνιστές έναντι των μη καπνιστών είναι τεκμηριωμένα, το ερώτημα που τίθεται είναι το εξής: πόσο σίγουροι είναι οι ιατροί να προσδιορίσουν την πιθανότητα ότι μια δεδομένη θεραπεία δεν θα ωφελήσει έναν καπνιστή σε σύγκριση με έναν μη καπνιστή. Η άρνηση συγκεκριμένων θεραπειών για όλους τους καπνιστές θέτει όμως σε μειονεκτική θέση εκείνα τα άτομα που μπορεί να επωφεληθούν από τη θεραπεία.²²

Επιπλέον, θα πρέπει να εξετάσουμε σε ποια βάση θεωρείται ότι μια θεραπεία δεν είναι ωφέλιμη. Πολλές θεραπείες μπορεί να είναι ψυχολογικά ωφέλιμες για τους ασθενείς και τις οικογένειές τους, ανεξάρτητα από τα κλινικά αποτελέσματα. Για

παράδειγμα, πολλά ηλικιωμένα άτομα με μεταστατικό καρκίνο που δεν ανταποκρίνονται στη χημειοθεραπεία μπορεί να αποφασίσουν να διακόψουν τη θεραπεία, ενώ άλλα άτομα μπορεί να αποφασίσουν να συνεχίσουν επειδή τους παρέχει μια μορφή ασφάλειας και ελπίδας. Αυτό θεωρείται ψυχολογικό όφελος. Η συζήτηση μεταξύ ιατρού και ασθενούς σχετικά με τη μελλοντική χημειοθεραπεία είναι συχνά πολύπλοκη και πρέπει να λαμβάνονται υπόψη όχι μόνο τα πιθανά οφέλη της περαιτέρω θεραπείας αλλά και οι παρενέργειες που αντίθετα με την παρηγορητική φροντίδα θα μπορούσε να ανταποκριθεί πιο αποτελεσματικά στις σωματικές και ψυχολογικές ανάγκες του ασθενούς.²² Είναι όμως λογικό να εφαρμοστεί αυτή η πρακτική σε καπνιστές ασθενείς που υποβάλλονται σε μια χειρουργική επέμβαση μετά την οποία είναι απίθανο να προκύψουν σημαντικά οφέλη για την υγεία αλλά μπορεί να οδηγήσει σε ψυχολογικό όφελος;

2.3 Το κόστος υγειονομικής περίθαλψης σε καπνιστές ασθενείς

Το κόστος υγειονομικής περίθαλψης κατά τη διάρκεια του πρώτου έτους μετά από μια αγγειοχειρουργική επέμβαση βρέθηκε ότι είναι υψηλότερο για τους καπνιστές παρά για τους μη καπνιστές.³⁴ Ωστόσο, τίθεται επίσης το επιχείρημα σχέσης κόστους-αποτελέσματος που προκύπτει από την άρνηση χειρουργικής θεραπείας σε καπνιστές ως αποτέλεσμα των περιορισμένων πόρων. Η άρνηση επεμβατικής αντιμετώπισης συνήθως οδηγεί σε επαναλαμβανόμενες εισαγωγές στο νοσοκομείο για διαχείριση του πόνου, χορήγηση ακριβών φαρμάκων, καθυστέρηση επιστροφής στην εργασία τους, απώλεια μέλους, έξοδα για αποκατάσταση και τεχνητό μέλος και κακή ποιότητα ζωής. Συνεπώς, με αυτόν τον τρόπο μπορεί να εξοικονομηθούν χρήματα για τις χειρουργικές μονάδες αλλά εις βάρος του κράτους.³⁵

Ένα άλλο επιχείρημα σε αυτό το ζήτημα είναι ότι οι καπνιστές έχουν ήδη πληρώσει υψηλότερους φόρους για την αγορά προϊόντων καπνού. Μια κρατική πολιτική για τον περιορισμό της διαφήμισης των προϊόντων καπνού και του καπνίσματος θα ωφελούσε σίγουρα τον προϋπολογισμό της υγειονομικής περίθαλψης μειώνοντας το κόστος για τη θεραπεία των καπνιστών. Ωστόσο, αυτό θα οδηγούσε σε σημαντική μείωση των φόρων που προκύπτουν από την πώληση προϊόντων καπνού που σε αρκετές χώρες προορίζονται για τους προϋπολογισμούς της υγειονομικής περίθαλψης και της εκπαίδευσης.²⁴

Τίθεται λοιπόν εύλογα το ερώτημα εάν θα πρέπει να προσφέρεται μέρος από τους περιορισμένους πόρους του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης για δαπανηρές επεμβάσεις στους καπνιστές. Έχει δικαίωμα ένα άτομο να ζητήσει να υποβληθεί σε μια χειρουργική επέμβαση ανεξάρτητα από την οικονομική επιβάρυνση του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης;³⁶ Σε μια μελέτη στην οποία συμμετείχαν 200 γενικοί ιατροί και 200 ογκολόγοι, η πλειοψηφία απέρριψε την ιδέα της διενέργειας δαπανηρών επεμβάσεων σε καπνιστές και δικαιολόγησε αυτήν την άποψη λέγοντας ότι οι πόροι του συστήματος υγείας θα πρέπει να κατανέμονται δίκαια.³⁷

Υπάρχει ένα ακόμη ερώτημα, εάν είναι σωστό να κάνουμε διακρίσεις για τους καπνιστές λόγω της επιβάρυνσης που προκαλούν στο κόστος υγειονομικής περίθαλψης. Θα μπορούσε κανείς να προβάλει ένα παρόμοιο επιχείρημα

ισχυριζόμενος ότι όλοι οι ασθενείς με χρόνιες ασθένειες που επηρεάζονται από τις επιλογές του τρόπου ζωής τους, όπως μη συμμόρφωση σε σωστή διατροφή και άσκηση (π.χ. σακχαρώδης διαβήτης, παχυσαρκία και υπερλιπιδαιμία) δε θα έχουν το δικαίωμα να λάβουν θεραπεία για τη διαχείριση των καταστάσεων τους.²²

Ωστόσο, εάν ένας ιατρός αρνηθεί να θεραπεύσει έναν ασθενή λόγω επικίνδυνων συνηθειών που μπορεί να θέτουν σε κίνδυνο την υγεία και τη σωματική του ακεραιότητα, αυτό συνεπάγεται ότι πρέπει επίσης να αρνηθεί να θεραπεύσει και άλλους ασθενείς με διαταραχές, εθισμούς ή ατομικές συνήθειες και πρακτικές που θέτουν τον εαυτό τους σε κίνδυνο, όπως π.χ. extreme sports, υπερφαγία, υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ, ζάχαρης ή σωματική αδράνεια.³⁸

Παρόλο που οι ιατροί αναμένεται να διαχειριστούν σωστά τους περιορισμένους ιατρικούς πόρους που διαθέτουν,³⁹ οι θεραπευτικές αποφάσεις θα πρέπει να λαμβάνονται με βάση το κόστος, τα οφέλη, την αποτελεσματικότητα και την πιθανή ματαιότητα της θεραπείας και όχι με την απόδοση ευθύνης.²⁷

Κεφάλαιο 3. Μεθοδολογία

Δημιουργήθηκε ερωτηματολόγιο με τίτλο: «*Μπορούμε να αρνηθούμε επεμβατική θεραπεία σε καπνιστές με σοβαρή ΠΑΝ;*» (Παράρτημα 1) το οποίο διακινήθηκε μέσω της διαδικτυακής εφαρμογής ερωτηματολογίων “SurveyMonkey” η οποία προσφέρει άνετη και γρήγορη διαδικασία δημιουργίας ερωτηματολογίου, ενώ ταυτόχρονα πρόκειται για μια πολύ εύχρηστη εφαρμογή με δυνατότητα πρόσβασης και από κινητά τηλέφωνα. Το ερωτηματολόγιο ήταν ανώνυμο, χωρίς τη δυνατότητα επανυποβολής από τον ίδιο χρήστη.

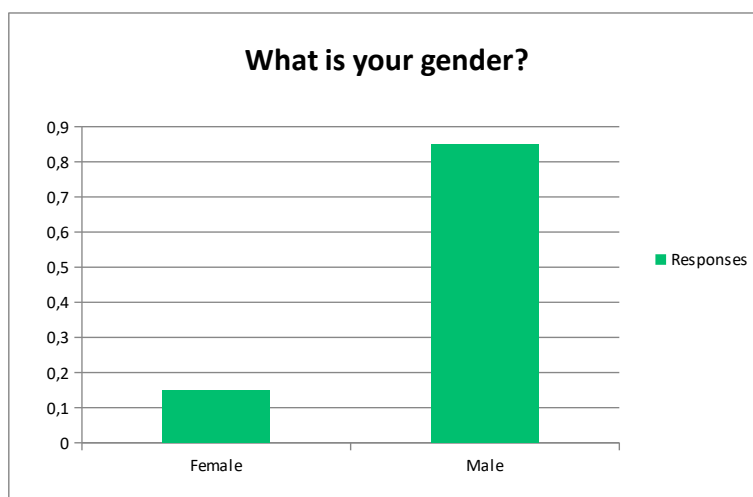
Το ερωτηματολόγιο συντάχθηκε στην αγγλική γλώσσα προκειμένου να απαντηθεί τόσο από αγγειοχειρουργούς στην Ελλάδα όσο και από το εξωτερικό. Συνολικά, απεστάλη σε 558 διευθύνσεις ηλεκτρονικού ταχυδρομείου χρησιμοποιώντας τη λίστα αλληλογραφίας της Αγγειοχειρουργικής Κλινικής του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας είτε με μορφή συνδέσμου (60% των απαντήσεων) είτε μέσω της εφαρμογής (40% των απαντήσεων). Εστάλη σε χώρες τόσο της Ευρώπης (Αγγλία, Γαλλία, Ισπανία, Ιταλία, Σερβία κ.ά.) όσο και άλλων ηπείρων (ΗΠΑ, Αυστραλία κ.ά.). Συγκεκριμένα, εστάλη σε 348 Έλληνες (62,4%), 200 Ευρωπαίους (35,8%) και 10 μη Ευρωπαίους (1,8%) ειδικούς και ειδικευόμενους Αγγειοχειρουργικής.

Το ερωτηματολόγιο περιλάμβανε 11 ερωτήσεις πολλαπλής επιλογής (Παράρτημα 1). Η επιλογή των ερωτήσεων έγινε με σκοπό την αρτιότερη κάλυψη των θέσεων των ερωτηθέντων τόσο σε προσωπικό επίπεδο (φύλο, ηλικία, αν είναι ο ίδιος καπνιστής), όσο και σε επαγγελματικό επίπεδο (ειδικός/ειδικευόμενος, κλινική εμπειρία, σε ποιον τομέα από τους 3 βαθμούς Φροντίδας Υγείας εργάζονται).

Απαντήθηκε από 100 ιατρούς και παρέμεινε ανοικτό για χρονικό διάστημα περίπου 3 μηνών (13 Μαΐου 2022 – 3 Αυγούστου 2022). Ο μέσος χρόνος συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου ήταν 01.35 min. Οι απαντήσεις αναλύθηκαν μέσω του προγράμματος στατιστικής ανάλυσης δεδομένων SPSS.

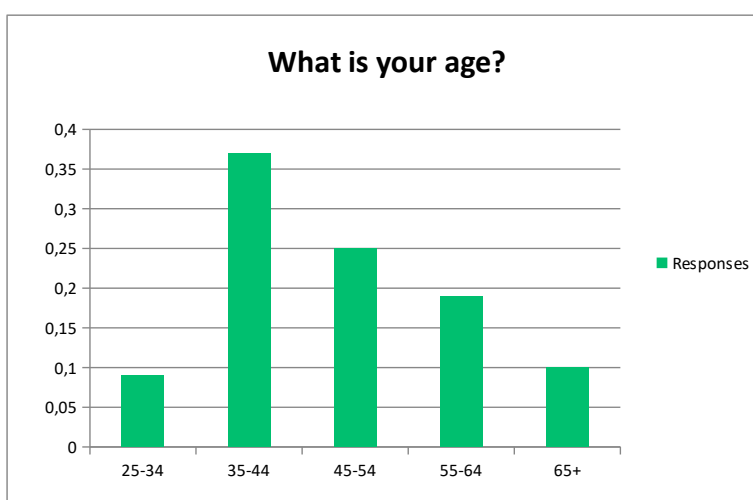
Κεφάλαιο 4. Αποτελέσματα

Το ερωτηματολόγιο απαντήθηκε από 100 άτομα, Έλληνες και ξένους ειδικούς και ειδικευόμενους αγγειοχειρουργούς, με response rate: 17,92% (100/558), και συγκεκριμένα από περισσότερους άνδρες σε ποσοστό 85% και γυναίκες 15% (Πίνακας 1).



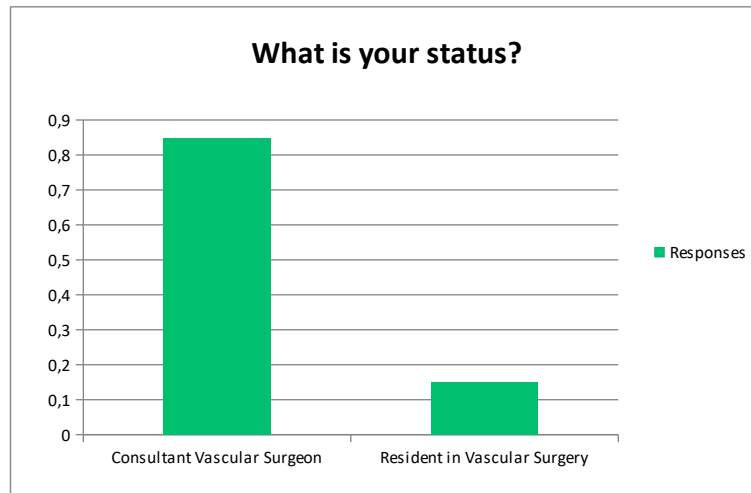
Πίνακας 1. Το φύλο των συμμετεχόντων στην έρευνα

Οι περισσότεροι συμμετέχοντες ήταν ηλικίας 35-44 (37%) και 45-54 (25%), ενώ μικρότερο ποσοστό ήταν ηλικίας μεταξύ 55-64 (19%), 65 και άνω (10%) και τέλος μόλις το 9% ήταν ηλικίας 25-34 (Πίνακας 2).



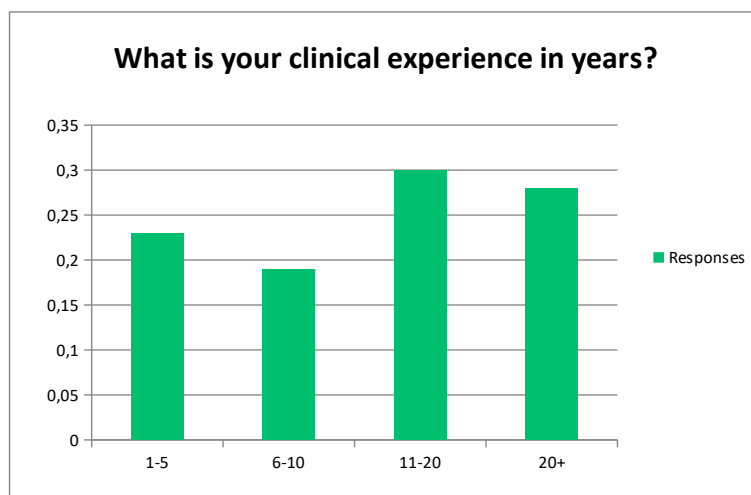
Πίνακας 2. Η ηλικία των συμμετεχόντων στην έρευνα

Το ερωτηματολόγιο απαντήθηκε σε μεγαλύτερο ποσοστό από ειδικούς αγγειοχειρουργούς (84,85%) και σε μικρότερο ποσοστό από ειδικευόμενους Αγγειοχειρουργικής (15,15%) (Πίνακας 3).



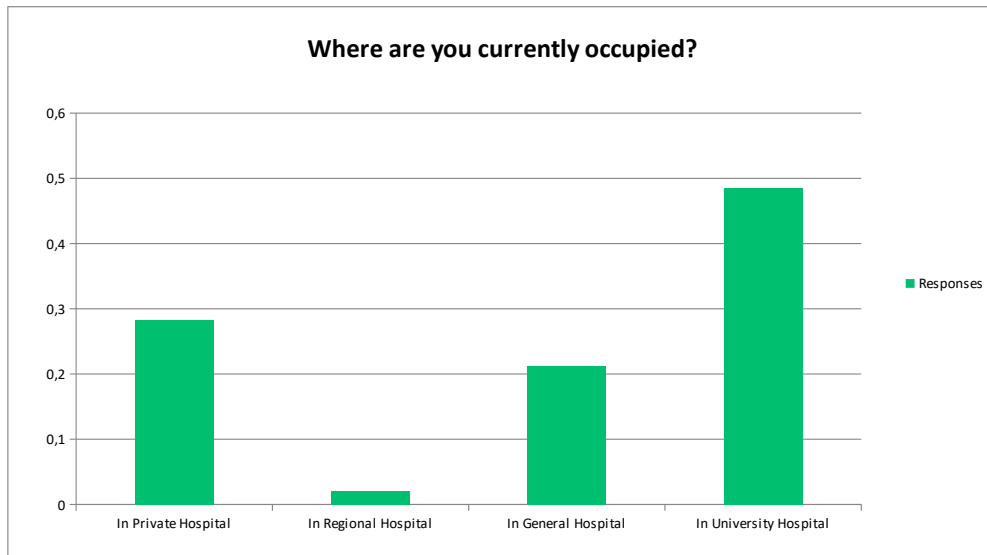
Πίνακας 3. Το επίπεδο εξειδίκευσης των συμμετεχόντων στην έρευνα

Όσον αφορά στην κλινική εμπειρία, το 30% δήλωσε ότι έχει εμπειρία 11-20 έτη, το 28% περισσότερα από 20 έτη. Ουσιαστικά, οι περισσότεροι που ανταποκρίθηκαν ήταν έμπειροι αγγειοχειρουργοί (>11 χρόνια εμπειρίας, 58%). Το 23% είχε εμπειρία 1-5 έτη και το 19% δήλωσε 6-10 έτη εμπειρίας (Πίνακας 4).



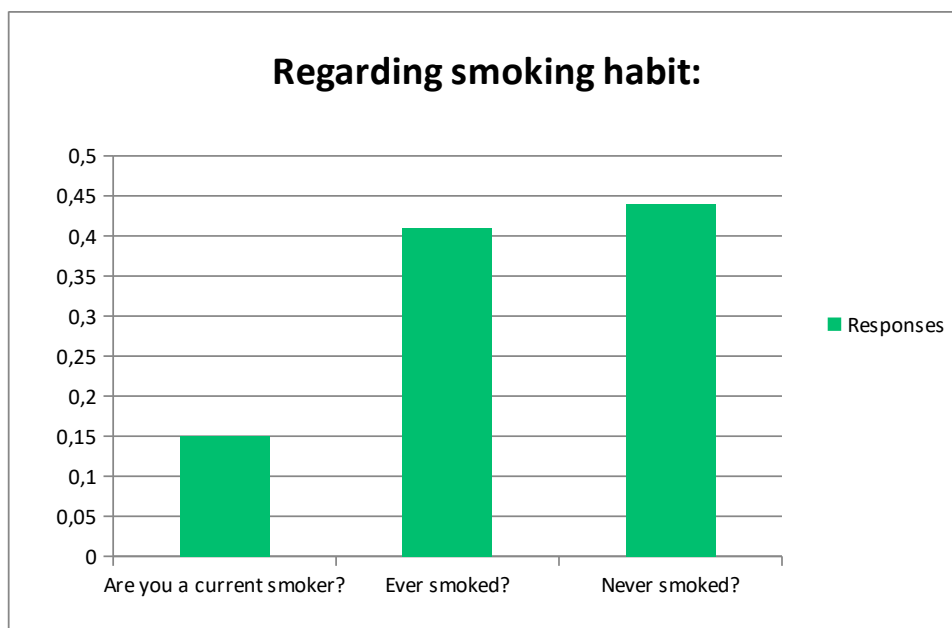
Πίνακας 4. Η τρέχουσα κλινική εμπειρία των συμμετεχόντων στην έρευνα

Το 71% των απαντήσεων προέκυψε από ιατρούς του δημόσιου τομέα, συγκεκριμένα το 48% από αγγειοχειρουργούς που εργάζονται σε Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο, δηλαδή σε τριτοβάθμιο νοσοκομείο, το 21% σε Γενικό Νοσοκομείο και μόλις το 2% σε περιφερικό ιατρείο/κέντρο υγείας. Το 28% ήταν αγγειοχειρουργοί που εργάζονται στον ιδιωτικό τομέα (Πίνακας 5).



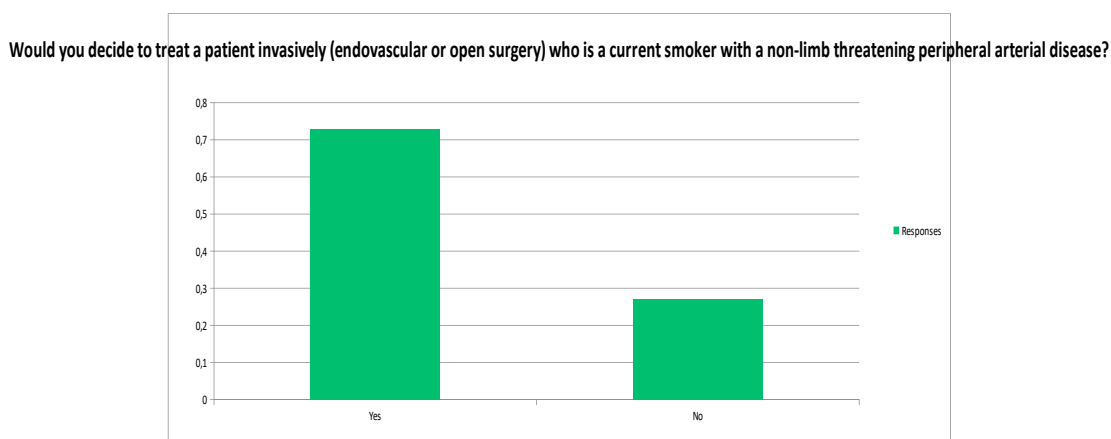
Πίνακας 5. Ο φορέας απασχόλησης των συμμετεχόντων

Από τους συμμετέχοντες, σχεδόν οι μισοί 44% δήλωσαν ότι δεν έχουν καπνίσει ποτέ, ενώ σε ποσοστό 41% υπήρξαν κάποτε καπνιστές που έχουν διακόψει και οι υπόλοιποι 15% εξακολουθούν να είναι καπνιστές μέχρι και σήμερα (Πίνακας 6).



Πίνακας 6. Η καπνιστική συμπεριφορά των συμμετεχόντων

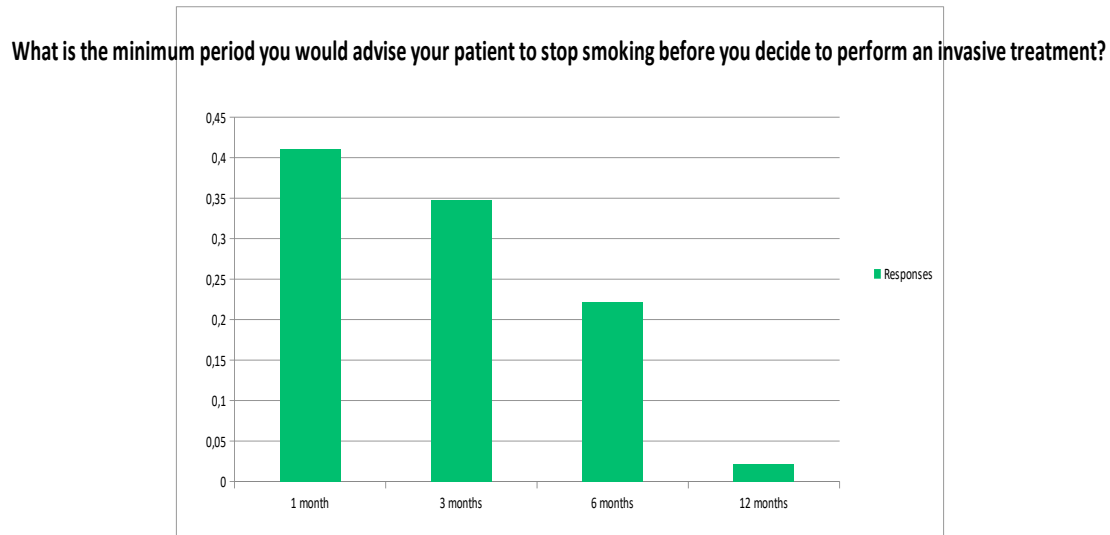
Στην ερώτηση αν «θα αποφασίζατε να αντιμετωπίσετε επεμβατικά (με ενδαγγειακή ή ανοιχτή αποκατάσταση) έναν ασθενή που είναι καπνιστής με μη απειλητική περιφερική αρτηριακή νόσο κάτω μελών», το 73% των συμμετεχόντων απάντησε θετικά ότι δηλαδή θα χειρουργούσε (ανοιχτά ή ενδαγγειακά) έναν ασθενή που είναι καπνιστής ενώ το 27% απάντησε αρνητικά (Πίνακας 7).



Πίνακας 7. Απάντηση στην ερώτηση 7 του ερωτηματολογίου: *θα αποφασίζατε να αντιμετωπίσετε επεμβατικά (με ενδαγγειακή ή ανοιχτή αποκατάσταση) έναν ασθενή που είναι καπνιστής με μη απειλητική περιφερική αρτηριακή νόσο κάτω μελών;»*

Εν συνεχεία, στην ερώτηση 8 του ερωτηματολογίου: «Ποια είναι η ελάχιστη περίοδος που θα συστήνατε στον ασθενή σας να διακόψει το κάπνισμα προτού αποφασίσετε να

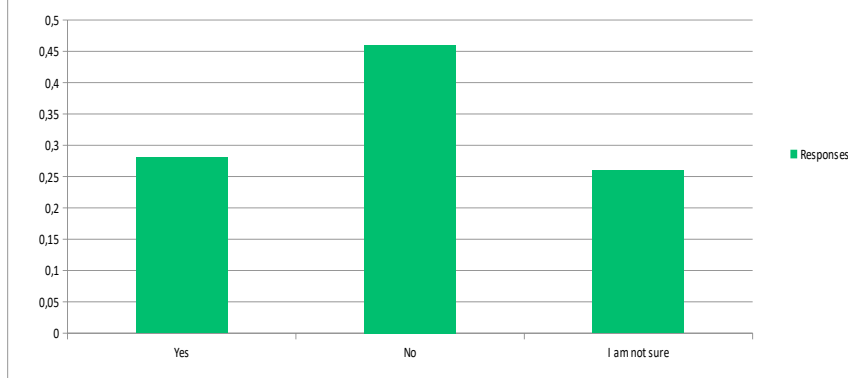
προχωρήσετε στη διενέργεια μιας επεμβατικής θεραπείας;», το 5% προσπέρασε την ερώτηση. Από το υπόλοιπο 95% των συμμετεχόντων, το 41,05% των ιατρών απάντησε ότι θα απαιτούσε από τον ασθενή να διακόψει το κάπνισμα για τουλάχιστον ένα μήνα, αν ήταν δυνατόν, το 34,74% σημείωσε 3 μήνες, το 22,11% έγραψε 6 μήνες, ενώ 12 μήνες μόνο το 2,11% (Πίνακας 8).



Πίνακας 8. Απάντηση στην ερώτηση 8 του ερωτηματολογίου: «Ποια είναι η ελάχιστη περίοδος που θα συστήνατε στον ασθενή σας να διακόψει το κάπνισμα προτού αποφασίσετε να προχωρήσετε στη διενέργεια μιας επεμβατικής θεραπείας;»

Στην ερώτηση 9 του ερωτηματολογίου «Πιστεύετε ότι είναι δικαιολογημένη η απόφαση ενός ιατρού να αρνηθεί μια επεμβατική θεραπεία σε καπνιστές με περιφερική αρτηριακή νόσο;» το 46% των ιατρών πιστεύει ότι δε δικαιολογείται η άρνηση θεραπείας ενός καπνιστή ασθενή με ΠΑΝ, το 28% ότι είναι δικαιολογημένη και το 26% δεν είναι σίγουρο (Πίνακας 9).

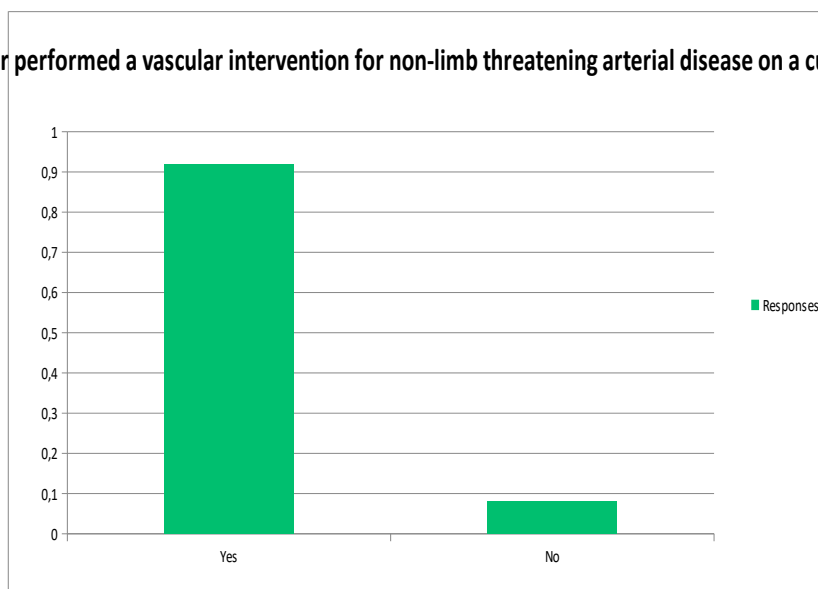
Do you believe that a physician's decision to refuse an invasive treatment to smokers with peripheral arterial disease, is justified?



Πίνακας 9. Απάντηση στην ερώτηση 9 του ερωτηματολογίου: «Πιστεύετε ότι είναι δικαιολογημένη η απόφαση ενός ιατρού να αρνηθεί μια επεμβατική θεραπεία σε καπνιστές με περιφερική αρτηριακή νόσο;»

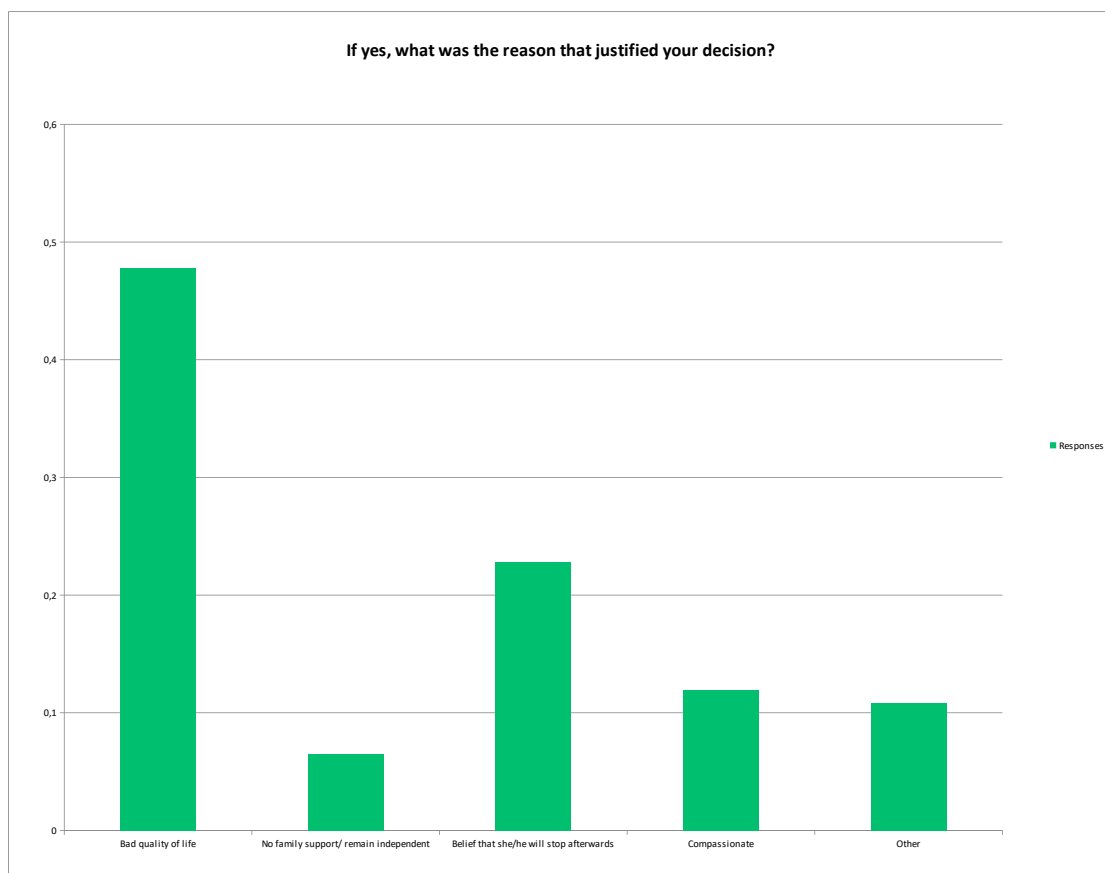
Στην ερώτηση 10 του ερωτηματολογίου: «Έχετε πραγματοποιήσει ποτέ αγγειοχειρουργική επέμβαση για μη απειλητική περιφερική αρτηριακή νόσο των κάτω μελών σε ασθενή που είναι καπνιστής;», σχεδόν όλοι οι ιατροί (92%) απάντησαν ότι έχουν ήδη χειρουργήσει έναν καπνιστή ασθενή (Πίνακας 10).

Have you ever performed a vascular intervention for non-limb threatening arterial disease on a current smoker?



Πίνακας 10. Απάντηση στην ερώτηση 10 του ερωτηματολογίου: «Έχετε πραγματοποιήσει ποτέ αγγειοχειρουργική επέμβαση για μη απειλητική περιφερική αρτηριακή νόσο των κάτω μελών σε ασθενή που είναι καπνιστής;»

Τέλος, από το 92% που απάντησε θετικά στην ερώτηση 10 του ερωτηματολογίου, συνέχισε στην ερώτηση 11: «Εάν απαντήσατε θετικά στην ερώτηση 10, ποιος ήταν ο λόγος που δικαιολόγησε την απόφασή σας;» το 47,83% απάντησε για τη βελτίωση της ποιότητας ζωής, το 6,52% λόγω του ότι δεν υπάρχει οικογενειακή υποστήριξη/ έλλειψη αυτονομίας του ασθενούς, το 22,83% μετά από διαβεβαίωση του ασθενούς ότι θα σταματήσει το κάπνισμα, το 11,96% λόγω συμπόνιας και το 10,87% λόγω κάποιας άλλης αιτίας (Πίνακας 11). Το 8% που είχε απαντήσει αρνητικά στην προηγούμενη ερώτηση, ολοκλήρωσε το ερωτηματολόγιο στην 10^η ερώτηση.



Πίνακας 11. Απάντηση στην ερώτηση 11 του ερωτηματολογίου: «ποιος ήταν ο λόγος που δικαιολόγησε την απόφασή σας να πραγματοποιήσετε αγγειοχειρουργική επέμβαση για μη απειλητική περιφερική αρτηριακή νόσο των κάτω μελών σε ασθενή που είναι καπνιστής;»

4.1 Sub-analysis

Εν συνεχεία πραγματοποιήσαμε 1^η υπο-ανάλυση με βάση την πρόθεση να προχωρήσουν οι συμμετέχοντες στην έρευνα σε επεμβατική αντιμετώπιση (με ενδαγγειακή ή ανοιχτή αποκατάσταση) ενός ασθενούς που είναι καπνιστής με μη απειλητική περιφερική αρτηριακή νόσο κάτω μελών συγκριτικά με τα αποτελέσματα του ερωτηματολογίου.

	Intention to treat (n=73)	No intention to treat (n=27)	Total	%	p
Gender					
Male	63	22	85	85	p=0.54
Female	10	5	15	15	
Age					
25-34	5	4	9	9	p=0.47
35-44	25	12	37	37	
45-54	19	6	25	25	
55-64	16	3	19	19	
65plus	8	2	10	10	
Age2					
25-44	30	16	46	46	p=0.10
45-65+	43	11	54	54	
Status					
Consultant	62	22	84	84,8	p=0.56
Resident	10	5	15	15,2	
	1 skipped				
Clinical experience					
1-5	15	8	23	23	p=0.67
6-10	13	6	19	19	
11-20	23	7	30	30	
20+	22	6	28	28	
Clinical experience2					
1-10 yrs	28	14	42	42	p=0.22
11-20+ yrs	45	13	58	58	
Currently occupied					
In Private Hospital	23	5	28	28,3	p=0.53
In Regional Hospital	1	1	2	2	
In General Hospital	15	6	21	21,2	

In University Hospital	33	15	48	48,5	
	1 skipped				
Currently occupied2					
Pr/Reg/Gen Hosp	39	12	51	51,5	p=0.38
University Hospital	33	15	48	48,5	
	1 skipped				
Smoking habit					
Current smoker	9	6	15	15	p=0.46
Ever smoked	31	10	41	41	
Never smoked	33	11	44	44	
Smoking habit2					
current or previous smoker	40	16	56	56	p=0.69
Never smoked	33	11	44	44	
Minimum period of smoking cessation					
1 month	33	6	39	41,1	p=0.10
3 months	22	11	33	34,7	
6 months	12	9	21	22,1	
12 months	1	1	2	2,1	
	5 skipped				
Physician's decision to refuse inv.treatment to smokers with severe PAD is justified?					
Yes	15	13	28	28	p=0.002
No	41	5	46	46	
Not sure	17	9	26	26	
Ever performed a vasc.intervention to a smoker with non-limb threatening PAD					
Yes	68	24	92	92	p=0.48
No	5	3	8	8	
If yes, what justified your decision					
Bad quality of life	34	10	44	47,8	p=0.09
No family support/ remain independent	2	4	6	6,5	
Belief that she/he will stop afterwards	17	4	21	22,8	
Compassionate	6	5	11	12	
Other	8	2	10	10,9	
			8 skipped		
Refuse2 justified					
Yes	15	13	28	28	p=0.006
No/Not sure	58	14	72	72	

Πίνακας 12. 1^η Υπο-ανάλυση: Πρόθεση διενέργειας χειρουργικής επέμβασης σε καπνιστές ασθενείς με μη απειλητική περιφερική αρτηριακή νόσο κάτω μελών

Κατόπιν προχωρήσαμε σε 2^η υπο-ανάλυση με βάση τα αποτελέσματα της 1^{ης} υπο-ανάλυσης συγκριτικά με το αν είναι δικαιολογημένη η απόφαση ενός ιατρού να αρνηθεί μια επεμβατική θεραπεία σε καπνιστές με περιφερική αρτηριακή νόσο αφενός και αφετέρου αν δεν είναι δικαιολογημένη και αν δεν είναι σίγουροι για αυτό.

	Refuse2 Yes (n=28)	Refuse2 No/Not sure (n=72)	Total	%	p
Gender					
Female	5	10	15	15	p=0.61
Male	23	62	85	85	
Age					
25-34	4	5	9	9	p=0.02
35-44	15	22	37	37	
45-54	3	22	25	25	
55-64	2	17	19	19	
65plus	4	6	10	10	
Age2					
25-44	19	27	46	46	p=0.006
45-65+	9	45	54	54	
Status					
Consultant	22	62	84	84,8	p=0.56
Resident	5	10	15	15,2	
	1 skipped				
Clinical experience					
1-5	11	12	23	23	p=0.08
6-10	3	16	19	19	
11-20	8	22	30	30	
20+	6	22	28	28	
Clinical experience2					
1-10 yrs	14	28	42	42	p=0.31
11-20+ yrs	14	44	58	58	
Currently occupied					
In Private Hospital	6	22	28	28,3	p=0.65
In Regional Hospital	0	2	2	2	
In General Hospital	6	15	21	21,2	
In University Hospital	15	33	48	48,5	

	1 skipped				
Currently occupied2					
Pr/Reg/Gen Hosp	12	39	51	51,5	p=0.38
University Hospital	15	33	48	48,5	
	1 skipped				
Smoking habit					
Current smoker	3	12	15	15	p=0.46
Ever smoked	10	31	41	41	
Never smoked	15	29	44	44	
Smoking habit2					
current or previous smoker	13	43	56	56	p=0.22
Never smoked	15	29	44	44	
Would you decide to treat?					
yes	15	58	73	73	p=0.006
no	13	14	27	27	
Minimum period of smoking cessation					
1 month	10	29	39	41,1	p=0.83
3 months	10	23	33	34,7	
6 months	7	14	21	22,1	
12 months	1	1	2	2,1	
	1 skipped				
Physician's decision to refuse inv.treatment to smokers with severe PAD is justified?					
Yes	28	0	28	28	p=0.000
No	0	46	46	46	
Not sure	0	26	26	26	
Ever performed a vasc.intervention to a smoker with non-limb threatening PAD					
Yes	24	68	92	92	p=0.14
No	4	4	8	8	
If yes, what justified your decision					
Bad quality of life	10	34	44	47,8	p=0.19
No family support/ remain independent	4	2	6	6,5	
Belief that she/he will stop afterwards	5	16	21	22,8	
Compassionate	4	7	11	12	
Other	2	8	10	10,9	
		8 skipped			

Πίνακας 13. 2^η Υπο-ανάλυση: Δικαιολογημένη ή μη η απόφαση άρνησης θεραπείας

Μετά από την 1^η υποανάλυση μεταξύ των δύο ομάδων (πρόθεση θεραπείας καπνιστών έναντι μη πρόθεσης θεραπείας) δεν εντοπίστηκε συγκεκριμένος παράγοντας. Μετά από τη 2^η υποανάλυση μεταξύ των δύο ομάδων (άρνηση θεραπείας έναντι μη άρνησης θεραπείας), μόνο η ηλικία προσδιορίστηκε ως παράγοντας, καθώς για τους ιατρούς <44 ετών ήταν πιο εύκολο να αρνηθούν τη θεραπεία σε καπνιστές ασθενείς.

Κεφάλαιο 5. Συζήτηση

Σύμφωνα με την έρευνα που διεξήγαμε, εντοπίσαμε ότι το **φύλο** του αγγειοχειρουργού δεν παίζει κάποιο ρόλο στη λήψη απόφασης για τη διενέργεια επέμβασης σε καπνιστές ασθενείς που πάσχουν από σοβαρή περιφερική αρτηριακή νόσο.

Η **τρέχουσα κλινική εμπειρία** και ο **φορέας απασχόλησης** (ιδιωτικός/δημόσιος τομέας, πανεπιστημιακοί και μη) των ιατρών επίσης δεν έπαιξε κάποιο ρόλο στη λήψη απόφασης.

Όσον αφορά στην **καπνιστική συμπεριφορά**, η συγκεκριμένη συνήθεια των συμμετεχόντων ιατρών επίσης δεν επηρέασε τη στάση τους απέναντι στους καπνιστές ασθενείς.

Επίσης, αξίζει να σημειωθεί ότι όσοι απάντησαν ότι δε θα προχωρούσαν σε επέμβαση (ερώτηση 7), παρέμειναν σταθεροί στην άποψή τους ότι δηλαδή θεωρείται δικαιολογημένη η απόφασή τους να μην προχωρήσουν σε επέμβαση (ερώτηση 9).

Επιπλέον, αξίζει να τονιστεί ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των συμμετεχόντων (92%) έχει πραγματοποιήσει αγγειοχειρουργική επέμβαση για μη απειλητική περιφερική αρτηριακή νόσο των κάτω μελών σε ασθενή που ήταν το διάστημα εκείνο καπνιστής.

Στην ερώτηση 11 του ερωτηματολογίου: *«ποιος ήταν ο λόγος που δικαιολόγησε την απόφασή σας να πραγματοποιήσετε αγγειοχειρουργική επέμβαση για μη απειλητική περιφερική αρτηριακή νόσο των κάτω μελών σε ασθενή που είναι καπνιστής;»* το 47,83% απάντησε λόγω κακής ποιότητας ζωής του ασθενούς, και το υπόλοιπο 52,17% μοιράστηκε στην απουσία οικογενειακής υποστήριξης/ έλλειψη αυτονομίας του ασθενούς (6,52%), στην πεποίθηση ότι θα διακόψει το κάπνισμα μετέπειτα (22,83%), λόγω συμπόνιας (11,96%) ή λόγω κάποιας άλλης αιτίας (10,87%).

Αυτό που παρουσιάζει στατιστικό ενδιαφέρον ($p=0.006$) είναι η **ηλικία**, πιο συγκεκριμένα οι μικρότεροι ηλικιακά αγγειοχειρουργοί (25-44 ετών) ήταν πιο

επιφυλακτικοί στη διενέργεια επέμβασης σε καπνιστές ασθενείς με σοβαρή περιφερική αρτηριακή νόσο συγκριτικά με τους μεγαλύτερους (45-65+ ετών).

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνάς μας, διαπιστώσαμε ακόμη ότι σημαντικό ρόλο παίζει η **διακοπή του καπνίσματος** τουλάχιστον 1-3 μήνες πριν τη διενέργεια της επέμβασης.

Συνοψίζοντας τα αποτελέσματα της έρευνάς μας:

- Σχεδόν όλοι οι ιατροί έχουν ήδη χειρουργήσει καπνιστές στη συνολική τους εμπειρία.
- Το κάπνισμα δε θα εμποδίζει τους περισσότερους από τους ιατρούς να θεραπεύσουν έναν ασθενή με μη απειλητική ισχαιμία των κάτω μελών.
- Σημαντικό ρόλο παίζει η διακοπή του καπνίσματος τουλάχιστον 1-3 μήνες πριν τη διενέργεια της επέμβασης
- Οι νεότεροι ιατροί φαίνεται να υιοθετούν μια αρνητική στάση για τη θεραπεία σε ασθενείς που είναι καπνιστές.

5.1 Η ευθύνη του ασθενούς

Μπορούν οι καπνιστές, οι οποίοι είναι συχνά ασθενείς που δε συμμορφώνονται με τις οδηγίες του θεράποντα ιατρού, να θεωρηθούν υπεύθυνοι για τις ενέργειές τους που σχετίζονται με το κάπνισμα και τις συνέπειες στην υγεία τους; Υπάρχουν εκείνοι που υποστηρίζουν ότι οι πράξεις μας είναι αποτέλεσμα των αποφάσεών μας. Ωστόσο, οι αποφάσεις μας διέπονται εν μέρει, αν όχι πλήρως, από τις επιθυμίες μας. Με τη σειρά τους, οι επιθυμίες μας επηρεάζονται εν μέρει από τον χαρακτήρα μας, ο οποίος επηρεάζεται σε μεγάλο βαθμό από τη γενετική σύνθεση και πολλούς περιβαλλοντικούς παράγοντες.²²

Μελέτες σε δίδυμα και οικογένειες έδειξαν ότι περισσότερα από ένα γονίδια παίζουν ρόλο στην ανάπτυξη εθισμού στο κάπνισμα. Αυτά τα γονίδια ελέγχουν το πόσο γρήγορα μεταβολίζεται η νικοτίνη από ένα άτομο.⁴⁰ Μελέτες έχουν επίσης δείξει ότι η γενετική είναι έως και 50% υπεύθυνη για την εξάρτηση από τη νικοτίνη.⁴¹ Το περιβάλλον είναι υπεύθυνο για τη διαμόρφωση των αξιών και των πεποιθήσεων ενός ατόμου συγκριτικά με την πράξη του καπνίσματος.

Ένα άτομο μπορεί επίσης να αντιμετωπίζει ψυχολογικά προβλήματα που επηρεάζουν την ικανότητά του να διακόψει το κάπνισμα. Όταν τα άτομα φτάνουν σε μεγαλύτερη ηλικία, αρχίζουν να αναλογίζονται τη ζωή τους, κάτι που μπορεί να προκαλέσει απογοήτευση και αίσθημα βαθιάς θλίψης. Οι διάφορες παθήσεις που εμφανίζουν οι ηλικιωμένοι όσο μεγαλώνουν σε συνδυασμό με τη σκέψη του τέλους της ζωής, μπορούν επίσης να προκαλέσουν αρνητικά συναισθήματα, τα οποία είναι πιθανό να οδηγήσουν σε μια καταθλιπτική κατάσταση. Σε τέτοιες περιπτώσεις, συνήθειες όπως το κάπνισμα που παρέχουν προσωρινή ικανοποίηση γίνονται δελεαστικές από το άτομο που πάσχει.²²

Ανεξάρτητα από το πόσο πολύ προσπαθούν μερικοί ηλικιωμένοι για όλη τους τη ζωή να απέχουν από το κάπνισμα, ακόμη και όταν υπάρχουν κανόνες για την πρόληψη του, αυτή η συνήθεια-εθισμός είναι μερικές φορές ο μόνος τρόπος για να επιτύχει κάποιος ανακούφιση από τις διανοητικές, ψυχικές και ψυχολογικές διαταραχές. Συχνά οι ηλικιωμένοι καταλήγουν σε δομές μακροχρόνιας φροντίδας (γηροκομεία) και αυτή είναι μια δύσκολη πρόκληση που αντιμετωπίζουν οι υπεύθυνοι μιας δομής

για τη διασφάλιση όχι μόνο της ευημερίας ενός ατόμου που μπορεί να έχει έντονες ανάγκες, αλλά για το σύνολο της κοινότητας. Τα συγκεντρωτικά περιβάλλοντα στα οποία ζουν οι ηλικιωμένοι μπορεί να οδηγήσουν σε σοβαρές συνέπειες (π.χ. πρόκληση πυρκαγιάς) εάν το κάπνισμα δεν μπορεί να περιοριστεί σε ατομικό επίπεδο.⁴²

5.2 Η αυτονομία του ασθενούς και του ιατρού

Η αυτονομία του ιατρού φαίνεται να έρχεται σε αντίθεση με αυτήν της αυτονομίας του ασθενούς: οι ιατροί λαμβάνουν κλινικές αποφάσεις όχι για τον εαυτό τους αλλά για τους ασθενείς τους. Παρόλα αυτά, ένας ιατρός έχει την αυτονομία να επιλέξει ποια θεραπεία θα προσφέρει. Ωστόσο, η αυτονομία για την επιλογή των ασθενών που θα θεραπεύσουν είναι ένα πολύ διαφορετικό ζήτημα. Δεν υπάρχει κάτι στην έννοια της αυτονομίας που να επιτρέπει στους ιατρούς να αρνούνται τη θεραπεία ασθενών λόγω των προσωπικών τους δυνατοτήτων ή λόγω των κλινικών τους αποφάσεων, εφόσον η θεραπεία που προτείνεται είναι νομικά αποδεκτή και εντός της δικαιοδοσίας του ιατρού.²²

«Το ωφελείν ή μη βλάπτει» είναι η κατευθυντήρια αρχή που πρέπει να ακολουθούν οι ιατροί.⁴² Αυτό σημαίνει ότι ένας ιατρός δεν πρέπει να αισθάνεται υποχρεωμένος να εκτελέσει ή να παρέχει θεραπεία όπου πιστεύει ότι υπάρχει περισσότερος κίνδυνος παρά όφελος.

Για να γίνει σεβαστή η αυτονομία τόσο του ιατρού όσο και του ασθενούς, πρέπει να δοθεί στον ασθενή η δυνατότητα να αξιολογήσει τις θεραπευτικές επιλογές για τον εαυτό του στο πλαίσιο των δικών του αξιών και επιθυμιών. Ο ιατρός έχει τη νομική υποχρέωση να εξηγήσει τις θεραπείες που είναι νομικά αποδεκτές. Ένας ιατρός πρέπει να εξηγήσει όλους τους κινδύνους που σχετίζονται με μια θεραπεία και να βεβαιωθεί ότι ο ασθενής γνωρίζει την αναλογία κινδύνου-οφέλους. Κανείς δεν μπορεί να προβλέψει με βεβαιότητα το βαθμό οφέλους για κάθε μεμονωμένη περίπτωση, ενώ ένα άτομο μπορεί να επωφεληθεί από μια διαδικασία και αντίθετα ένα άλλο άτομο όχι. Ως εκ τούτου, η άποψη ότι ένας ιατρός θα μπορούσε ενδεχομένως να αποκλείσει τη θεραπεία από έναν ασθενή που δεν μπορεί να ακολουθήσει τις συστάσεις του σίγουρα δεν εντάσσεται στο ηθικό πλαίσιο της αυτονομίας του ασθενούς.²²

Ένα άτομο που αναπτύσσει εθισμό στο κάπνισμα έχει μια ασθένεια, ένα ιατρικό πρόβλημα που χρήζει ιατρικής περίθαλψης. Όσοι είναι εθισμένοι σε ουσίες μπορεί να χάσουν την αυτονομία τους όχι τόσο στην ικανότητά τους να λαμβάνουν αποφάσεις αλλά στην ικανότητα να αποφασίσουν να διακόψουν το κάπνισμα. Χρειάζονται

επομένως θεραπεία προκειμένου να ανακτήσουν τον έλεγχο της επιβλαβούς αυτής συνήθειας, αλλά ορισμένες φορές μπορεί να μην είναι πρόθυμοι να τη δεχτούν. Η βιβλιογραφία για τη διαδικασία διακοπής του καπνίσματος δείχνει ότι πρόκειται για μια ιδιαίτερα δύσκολη και σύνθετη διαδικασία για τους περισσότερους καπνιστές.^{35, 40,43}

Ως εκ τούτου, οι ιατροί δεν μπορούν να αρνηθούν από ηθικής άποψης την ιατρική θεραπεία δηλώνοντας απλώς ότι η επιλογή του ασθενούς οδήγησε σε αρνητική έκβαση για την υγεία του. Ο ρόλος του ιατρού είναι πάντα να υποστηρίζει τον ασθενή και όσο το δυνατόν περισσότερο να αποκαθιστά την αυτονομία και να επαναφέρει τον έλεγχο στους ασθενείς του στο μέτρο του δυνατού.²²

Η ανοχή και η κατανόηση της συμπεριφοράς των ασθενών παραμένουν το μόνο ηθικό στοιχείο για τους ιατρούς προκειμένου να αντιμετωπίσουν τη μη συμμόρφωσή τους σεβόμενοι την αυτονομία και την ελεύθερη βούλησή τους. Σύμφωνα με αυτό, ο ασθενής διατηρεί το απόλυτο δικαίωμα να αποφασίσει τι είναι καλύτερο για τη ζωή του βάσει των αξιών του, ανεξάρτητα από την ορθότητα αυτής της απόφασης ή τις πεποιθήσεις της κοινωνίας. Επομένως, όλοι οι ασθενείς αξίζουν σεβασμό και ίση μεταχείριση. Σε αυτές τις γραμμές, το Ιατρικό Συμβούλιο της Αυστραλίας δηλώνει ότι οι ιατροί πρέπει να συζητούν «με τους ασθενείς την κατάστασή τους και τις διαθέσιμες επιλογές αντιμετώπισης, συμπεριλαμβανομένων των πιθανών ωφελειών και βλαβών που προκύπτουν» και οι ιατροί πρέπει να «αναγνωρίζουν και να σέβονται τα δικαιώματα των ασθενών να λαμβάνουν τις δικές τους αποφάσεις».⁴⁴

5.3 Η σχέση ιατρού και ασθενούς

Ένα επιπλέον ζήτημα είναι η σχέση ιατρού-ασθενούς που αποτελεί ένα ιδιαίτερα σημαντικό στοιχείο της ηθικής στην καθημερινή κλινική πράξη.

Η σχέση μεταξύ ασθενούς και ιατρού βασίζεται στην εμπιστοσύνη. Ο ασθενής εξαρτάται από την εμπειρία του ιατρού του. Στη συνέχεια, ο ιατρός είναι υπεύθυνος για το σεβασμό της αυτονομίας του ασθενούς του, την εμπιστευτικότητα και το όφελος για την υγεία του. Ανεξάρτητα από τις ευθύνες και από τις δύο πλευρές, υπάρχει μια ανισορροπία στη σχέση. Οι ιατροί δεσμεύονται έναντι του κοινού καλού και των ρυθμιστικών φορέων ότι τα συμφέροντα των ασθενών τους υπερτερούν των δικών τους. Η στρατηγική απόφασης θα πρέπει να είναι η αποφυγή του χειρότερου αποτελέσματος όταν υπάρχει σύγκρουση μεταξύ της θεραπείας και της ευθύνης. Εάν, για παράδειγμα, αποφασιστεί μη διενέργεια της θεραπείας λόγω πολύ υψηλού κινδύνου, η συζήτηση πρέπει να επικεντρωθεί στους κινδύνους και τα οφέλη αλλά και στους παράγοντες που μπορεί να επιτρέψουν τη διεξαγωγή μιας επέμβασης ή θεραπείας υψηλού κινδύνου.²²

Σύμφωνα με τον Διεθνή Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας του Παγκόσμιου Ιατρικού Συλλόγου (WMA), ο μοναδικός λόγος για τη διακοπή της σχέσης ιατρού-ασθενούς είναι: «Όταν μια εξέταση ή θεραπεία είναι πέρα από τις δυνατότητες του ιατρού, τότε θα πρέπει να συμβουλευτεί ή να απευθυνθεί σε άλλον ιατρό που έχει τη συγκεκριμένη ικανότητα».⁴⁵ Ο φορέας χορήγησης άδειας ασκήσεως ιατρικού επαγγέλματος του Ηνωμένου Βασιλείου δηλώνει επίσης ότι ένας ιατρός πρέπει να «λάβει όλα τα δυνατά μέτρα για να ανακουφίσει τον πόνο και τη δυσφορία, ανεξάρτητα από το αν είναι δυνατή ή όχι η θεραπεία».⁴⁶ Ως εκ τούτου, είναι σημαντικό για τον θεράποντα ιατρό να ενημερώσει τον ασθενή για την επίδραση του καπνίσματος στο αποτέλεσμα της επέμβασης, αλλά αυτό δεν αποτελεί σε καμία περίπτωση λόγο άρνησης της θεραπείας. Ιδιαίτερα σε ορισμένες περιπτώσεις κρίσιμες για τη ζωή του λόγω του επείγοντος της κατάστασης οποιαδήποτε απόφαση ιατρού να διακόψει τη σχέση με τον ασθενή του και κατά συνέπεια τις υπηρεσίες του προς αυτόν που είναι τόσο καίριες θα πρέπει να βασίζεται σε κάποιον πολύ σημαντικό λόγο.⁴⁷

Ένας ιατρός μπορεί να αρνηθεί μια θεραπεία μόνο εάν θέτει τέτοιο κίνδυνο για τον ασθενή που δε θα μπορούσε σε καμία περίπτωση να υπερασπιστεί. Ωστόσο, ο ασθενής δεν μπορεί να εγκαταλειφθεί ακόμη και αν αρνηθεί τη θεραπεία για βάσιμους ιατρικούς λόγους. Η εγκατάλειψη ασθενούς συμβαίνει όταν ένας ιατρός αποχωρεί από τη φροντίδα ενός ασθενούς χωρίς να του υποδείξει άλλο συνάδελφό του.⁴⁸ Για να δηλώσει ένας ασθενής ότι τον εγκατέλειψε ο ιατρός του, ο ασθενής πρέπει να αποδείξει ότι: (α) ο ιατρός διέκοψε αδικαιολόγητα την θεραπεία του, (β) αυτό έγινε ενάντια στη θέληση του ασθενούς, (γ) αυτό έγινε χωρίς να οριστεί αντικαταστάτης ιατρός και (δ) ο ιατρός έχει συγκεκριμένο λόγο να θεωρεί ότι μπορεί να προκληθεί σωματική βλάβη στον ασθενή, και ο ασθενής υπέστη στην πραγματικότητα σωματική βλάβη ως αποτέλεσμα της διακοπής της θεραπείας.

Εάν λοιπόν πρέπει να μεταβιβαστεί η ευθύνη της θεραπείας του ασθενούς λόγω της πεποίθησης του ιατρού για το τι προϋποθέτει η συγκεκριμένη θεραπεία και την αδυναμία συμμόρφωσης του ασθενούς, θα πρέπει να γίνει προσπάθεια μεταβίβασης των ευθυνών και της φροντίδας του σε άλλον εξειδικευμένο ιατρό με καλή επικοινωνία τόσο με τον ασθενή όσο και με τους συγγενείς ή τα άτομα που τους φροντίζουν. Εάν δεν υπάρχει διαθέσιμος αντικαταστάτης, ο ιατρός πρέπει να δώσει στον ασθενή ένα εύλογο χρονικό διάστημα προειδοποίησης, ώστε να μπορέσει να βρει άλλον θεράποντα ιατρό. Είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι εάν δε βρεθεί αντικαταστάτης, ο ιατρός πρέπει να δεχθεί τον ασθενή και να συνεχίσει να του παρέχει φροντίδα.²²

Επίσης, υπάρχει η πιθανότητα απομάκρυνσης του ασθενούς για την εύρεση άλλου ιατρού που θα τον υποβάλλει σε χειρουργική επέμβαση χωρίς να του επιβάλει πρώτα τη διακοπή καπνίσματος. Προτεραιότητα του ιατρού σε αυτή την περίπτωση θα πρέπει να είναι η επίτευξη της καλύτερης δυνατής έκβασης της επεμβατικής αντιμετώπισης παρά την πιθανότητα «απώλειας» ενός ασθενούς-πελάτη ιδιαιτέρως όταν πρόκειται για τον ιδιωτικό τομέα.

Η εμπιστοσύνη είναι το κλειδί για τη σχέση ιατρού-ασθενούς. Εάν υπήρχε, για παράδειγμα, μια κατευθυντήρια οδηγία σύμφωνα με την οποία οι καπνιστές που δε θα σταματήσουν το κάπνισμα δε θα μπορέσουν να λάβουν μια δεδομένη θεραπεία εάν πρώτα δεν το διακόψουν, υπάρχει η πιθανότητα να προσπαθήσουν να αποκρύψουν το

γεγονός ότι καπνίζουν. Η απόκρυψη αυτού του σημαντικού γεγονότος μπορεί να κατευθύνει τον ιατρό σε διενέργεια θεραπείας που στην πραγματικότητα μπορεί να οδηγήσει σε χειρότερα αποτελέσματα, καθώς το κάπνισμα δε θα είναι γνωστό στο ιστορικό του.²²

5.4 Πώς μπορεί να μειωθεί η επιβάρυνση των καρδιαγγειακών παθήσεων στο σύστημα υγείας;

Σύμφωνα με τον ΠΟΥ, το κλειδί για τη μείωση εμφάνισης καρδιαγγειακών παθήσεων βρίσκεται στην ένταξη παρεμβάσεων διαχείρισης καρδιαγγειακών παθήσεων στα πακέτα καθολικής κάλυψης υγείας, παρόλο που σε μεγάλο αριθμό χωρών τα συστήματα υγείας έχουν ανάγκη από σημαντικές επενδύσεις, επαναπροσδιορισμό των αναγκών και ενίσχυση των συστημάτων υγείας για την αποτελεσματική διαχείριση των καρδιαγγειακών νοσημάτων.³

Στοιχεία από 18 χώρες έχουν δείξει ότι τα προγράμματα υπέρτασης μπορούν να εφαρμοστούν αποτελεσματικά και με οικονομικό όφελος σε επίπεδο πρωτοβάθμιας περίθαλψης, γεγονός που τελικά θα έχει ως αποτέλεσμα τη μείωση εμφάνισης στεφανιαίας νόσου και εγκεφαλικού επεισοδίου. Οι ασθενείς με καρδιαγγειακή νόσο θα πρέπει να έχουν άμεση πρόσβαση σε φαρμακευτική αγωγή και την απαραίτητη τεχνολογία, ενώ ένα οξύ συμβάν, όπως η καρδιακή προσβολή ή το εγκεφαλικό θα πρέπει να αντιμετωπίζεται έγκαιρα. Τα βασικά φάρμακα που πρέπει να είναι διαθέσιμα είναι η ασπιρίνη, οι β-αναστολείς, οι αναστολείς του μετατρεπτικού ενζύμου της αγγειοτενσίνης και οι στατίνες.³

Οι περισσότερες καρδιαγγειακές παθήσεις μπορούν να προληφθούν με την αντιμετώπιση των παραγόντων κινδύνου όπως το κάπνισμα, η κακή διατροφή και η παχυσαρκία, η έλλειψη σωματικής άσκησης και η κατανάλωση αλκοόλ. Συνεπώς, η **διακοπή του καπνίσματος**, η μείωση του αλατιού στη διατροφή, η κατανάλωση περισσότερων φρούτων και λαχανικών, η τακτική σωματική δραστηριότητα και η αποφυγή υπερβολικής κατανάλωσης αλκοόλ έχουν αποδειχθεί ότι μειώνουν τον κίνδυνο εμφάνισης καρδιαγγειακών παθήσεων. Επίσης, είναι σημαντικό **να εντοπιστεί η καρδιαγγειακή νόσος όσο το δυνατόν νωρίτερα**, ώστε να μπορεί να ξεκινήσει έγκαιρα η διαχείριση με συμβουλευτική και φαρμακευτική αγωγή. Επιπλέον, η φαρμακευτική θεραπεία της υπέρτασης, του διαβήτη και των υψηλών λιπιδίων του αίματος είναι απαραίτητη για την ελαχιστοποίηση του καρδιαγγειακού κινδύνου και την πρόληψη καρδιακής προσβολής και εγκεφαλικού επεισοδίου σε άτομα με αυτές τις παθήσεις.³

Το 2013, τα κράτη μέλη του ΠΟΥ συμφώνησαν σε ανάπτυξη παγκόσμιου μηχανισμού για τη μείωση της επιβάρυνσης μη μεταδοτικών νοσημάτων (MMN) που μπορεί να προληφθούν, με τη μορφή ενός «παγκόσμιου σχεδίου δράσης για την πρόληψη και τον έλεγχο των MMN 2013-2020». Αυτό το Σχέδιο στοχεύει στη μείωση του αριθμού των πρόωρων θανάτων από MMN κατά 25% έως το 2025 μέσω εννέα εθελοντικών παγκόσμιων στόχων. Δύο από τους στόχους επικεντρώνονται άμεσα στην **πρόληψη και τον έλεγχο των καρδιαγγειακών νοσημάτων**.³

5.5 Σύνοψη

Η ανθρώπινη ζωή είναι πολύτιμη. Η ανάπτυξη και εξέλιξη ενός ανθρώπου τόσο ως ανθρώπινου οργανισμού όσο και ως προσωπικότητας είναι αποτέλεσμα πολλών γενετικών και περιβαλλοντικών παραγόντων. Το κάπνισμα είναι μια επιβλαβής συνήθεια που προκαλεί εξάρτηση. Μόλις ένα άτομο αρχίσει το κάπνισμα μπορεί να χάσει την ικανότητά του να ενεργεί πραγματικά αυτόνομα, καθώς προκαλείται εθισμός.²²

Υπάρχουν πολλές άλλες συννοσηρότητες όπως ο διαβήτης, η υπέρταση ή η υπερλιπιδαιμία που μπορεί επίσης να θέσουν σε κίνδυνο το χειρουργικό αποτέλεσμα. Ωστόσο, οι χειρουργοί συνήθως δεν τα θεωρούν αντενδείξεις για να προχωρήσουν στην επεμβατική θεραπεία. Η απομόνωση του καπνίσματος ως σημαντικός παράγοντας άρνησης της θεραπείας είναι λανθασμένη προσέγγιση. Η αδυναμία διακοπής του καπνίσματος δεν πρέπει πάντα να θεωρείται ως μη συμμόρφωση στην ιατρική σύσταση, καθώς μπορεί να οφείλεται απλώς στο γεγονός ότι η νικοτίνη είναι εθιστική.²⁴

Ο ιατρός πρέπει να διακρίνεται από τις αρετές της εμπιστοσύνης, της ακεραιότητας καθώς επίσης της αίσθησης του καθήκοντος και του αισθήματος ευθύνης προκειμένου να κερδίσει αλλά και να αξίζει την εμπιστοσύνη των ασθενών του. Οι ανάγκες των ασθενών του πρέπει να είναι πάντα η πρώτη του προτεραιότητα και, ως εκ τούτου, πρέπει να βρει τον τρόπο να παρέχει φροντίδα και θεραπεία σε όσους έχουν ανάγκη.²² Τέλος, ο ιατρός πρέπει να συνεχίσει να τηρεί πιστά τον κώδικα δεοντολογίας με την έννοια ότι το κάθε άτομο έχει δικαίωμα πρόσβασης στην υγειονομική περίθαλψη και το προνόμιο να έχει ποιότητα ζωής ανεξαρτήτως φύλου, θρησκευτικών πεποιθήσεων, ηλικίας, την κατάσταση της υγείας του ή των προσωπικών του επιλογών και συνηθειών.^{27,49}

Επομένως, οι ιατροί θα πρέπει να ενεργούν υπέρ του συμφέροντος των ασθενών τους και να αρνούνται τη διενέργεια θεραπείας μόνο όταν δεν υπάρχει άλλος τύπος παρέμβασης που θα ωφελήσει τον ασθενή ή τα αποτελέσματα είναι πιθανό να είναι πολύ φτωχά για να δικαιολογήσουν τη θεραπεία. Στην περίπτωση που δεν υπάρχουν δυνατότητες διαφοροποίησης της ιατρικής προσέγγισης, η ποιότητα ζωής του

ασθενούς τίθεται σε προτεραιότητα, και ο ιατρός έχει την ευθύνη να συμβουλέψει τον ασθενή ώστε να αναζητήσει εναλλακτικές θεραπείες.²²

Το οικονομικό ζήτημα εξακολουθεί να παραμένει στο πεδίο της πολιτικής της υγείας, ωστόσο δε θα πρέπει να έχει καμία σχέση με τη σχέση ιατρού-ασθενούς και τη λήψη θεραπευτικών αποφάσεων.²⁴

Το ιπποκρατικό αξίωμα «ωφελέειν ή μη βλάπτειν» είναι καθήκον, υποχρέωση, και θεμελιώδης αρχή με αιώνιο αντίκτυπο, ενώ το ανθρωπιστικό ιπποκρατικό πνεύμα πρέπει να είναι πηγή έμπνευσης του σύγχρονου ιατρού στην καθημερινή κλινική πρακτική του.²

Συνεπώς, ενδεχομένως, αντί να επικεντρωνόμαστε αποκλειστικά στην ασφάλεια του ασθενούς, θα μπορούσαμε επίσης να επικεντρωθούμε στην κατανόηση της αναγκαιότητας της ελευθερίας, της αυτονομίας και του σκοπού του ατόμου.⁵⁰

Κεφάλαιο 6. Προτάσεις – Συμπεράσματα

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνάς μας, σχεδόν όλοι οι ιατροί που απάντησαν έχουν ήδη χειρουργήσει καπνιστές στη συνολική τους εμπειρία, ενώ το κάπνισμα δε θα εμπόδιζε τους περισσότερους από τους ιατρούς να θεραπεύσουν έναν ασθενή με μη απειλητική ισχαιμία των κάτω μελών. Σημαντικό ρόλο παίζει η διακοπή του καπνίσματος τουλάχιστον 1-3 μήνες πριν τη διενέργεια της επέμβασης ενώ, οι νεότεροι ιατροί φαίνεται να υιοθετούν μια αρνητική στάση για τη θεραπεία σε ασθενείς που είναι σήμερα καπνιστές.

Οι ιατροί αντί να αρνηθούν μια επεμβατική θεραπεία, θα μπορούσαν εναλλακτικά να βοηθήσουν τους ασθενείς τους να διακόψουν το κάπνισμα πριν από μια επέμβαση οργανώνοντας οικογενειακές συνεδρίες. Εάν ο θεράπων ιατρός ενημερώσει συγκεκριμένα τον ασθενή για τις συνέπειες μιας υποτροπής μετά την επέμβαση, θα μπορούσαν με τη μέθοδο της πειθούς τόσο οι συγγενείς των ασθενών όσο και οι οικογενειακοί ιατροί τους να τους βοηθήσουν ώστε να λάβουν μια διεπιστημονική προσέγγιση. Επιπλέον, οι οικογενειακοί ιατροί μπορούν να «εκμεταλλευτούν» την τακτική επαφή τους με τους ασθενείς αλλά και την εμπιστοσύνη που έχουν στο πρόσωπό τους προκειμένου να επιμείνουν στη σημασία της διακοπής καπνίσματος και να εξασφαλίσουν ότι οι ασθενείς τους έχουν πρόσβαση σε θεραπείες που ανταποκρίνονται στις ατομικές τους ανάγκες.

Ολοκληρώνοντας, σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνάς μας αλλά και από τη σύντομη ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, οι προτάσεις μας εστιάζουν στα εξής:

- Σύσταση για διακοπή καπνίσματος ένα χρονικό διάστημα πριν τη διενέργεια της επέμβασης ακολουθώντας αφενός τον Ιπποκρατικό Όρκο «ωφελέειν ή μη βλάπτειν» και αφετέρου τα αποτελέσματα μελετών που δείχνουν ότι υπάρχει όφελος στην έκβαση ακόμη και μετά από σύντομη διακοπή
- Διενέργεια προγραμμάτων προληπτικού ελέγχου για καρδιαγγειακές παθήσεις για την έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπισή τους
- Αντιμετώπιση του κάθε ασθενούς ξεχωριστά σύμφωνα με το ατομικό ιατρικό ιστορικό του

- Εφαρμογή συστήματος οικογενειακού ιατρού με τον οποίο μπορεί να αναπτυχθεί σχέση εμπιστοσύνης μεταξύ ασθενούς και ιατρού
- Εφαρμογή προγραμμάτων εκπαίδευσης υγείας για την ευαισθητοποίηση των καπνιστών για τη βλάβη που προκαλούν τόσο στον εαυτό τους όσο και στους γύρω τους
- Δημιουργία των απαραίτητων συνθηκών, μέσω της πολιτικής της υγείας, για παρακίνηση των πολιτών για διατήρηση καλής υγείας και υιοθέτηση υγιεινού τρόπου ζωής προσφέροντας περισσότερες διαθέσιμες επιλογές προσβάσιμες σε όλους (όπως γυμναστήρια στην ύπαιθρο, καλύτερες τιμές στην αγορά φρούτων και λαχανικών)
- Σε γενικότερο πλαίσιο, εφαρμογή περισσότερων αντικαπνιστικών νόμων καθώς οι καμπάνιες έναντι του καπνίσματος δείχνουν να μην είναι αποτελεσματικές.

Συμπερασματικά, η άρνηση της χειρουργικής θεραπείας σε ενεργούς καπνιστές που πάσχουν από σοβαρή και απειλητική για την υγεία του ατόμου περιφερική αρτηριακή νόσο είναι μια απόφαση που είναι δύσκολο να ληφθεί. Η αυτονομία και ελεύθερη βούληση του ασθενούς σχετικά με τον τρόπο ζωής και την απόφασή του να προχωρήσει σε επεμβατική αντιμετώπιση θα πρέπει πάντα να γίνεται σεβαστή. Οι ιατροί έχουν ως καθήκον τη διατήρηση της ζωής και την ανακούφιση των ασθενών τους από τον πόνο.

Βιβλιογραφία

1. Omonzejele PF. Obligation of non-maleficence: Moral dilemma in physician-patient relationship. J Med Biomed Res 2005;4:22-30.
2. Ασκητοπούλου Ε. Ωφελείν ή μη βλάπτειν 2021, Πρόλογος. Εκδόσεις ΕΑΠ.
3. WHO Cardiovascular Diseases (CVDs) [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds))
4. Aboyans V, Ricco JB, Bartelink ML, Björck M, Brodmann M, Cohnert T, Collet JP, Czerny M, De Carlo M, Debus S, Espinola-Klein C, Kahan T, Kownator S, Mazzolai L, Naylor R, Roffi M, Röther J, Sprynger M, Tendera M, Tepe G, Venermo M, Vlachopoulos C, Desormais I. Editor's Choice e 2017 ESC Guidelines on the Diagnosis and Treatment of Peripheral Arterial Diseases, in collaboration with the European Society for Vascular Surgery (ESVS). Eur J Vasc Endovasc Surg 2018;55:305-368.
5. Belcaro G, Nicolaides AN, Ramaswami G, Cesarone MR, De Sanctis M, Incandela L, et al. Carotid and femoral ultrasound morphology screening and cardiovascular events in low risk subjects: a 10-year follow-up study (the CAFES-CAVE study). Atherosclerosis 2001;156:379-87.
6. Giannopoulos A, Kakkos S, Abbott A, Naylor AR, Richards T, Mikhailidis DP, et al. Long-term mortality in patients with asymptomatic carotid stenosis: implications for statin therapy. Eur J Vasc Endovasc Surg 2015;50:573-82.
7. Criqui MH, Aboyans V. Epidemiology of peripheral artery disease. Circ Res 2015;116:1509-26.
8. Fowkes FG, Murray GD, Butcher I, Heald CL, Lee RJ, Chambless LE, et al. Ankle brachial index combined with Framingham Risk Score to predict cardiovascular events and mortality: a meta-analysis. JAMA 2008;300:197-208.
9. Weitz JI, Byrne J, Clagett GP, Farkouh ME, Porter JM, Sackett DL, et al. Diagnosis and treatment of chronic arterial insufficiency of the lower extremities: a critical review. Circulation 1996;94:3026-49.
10. Savji N, Rockman CB, Skolnick AH, Guo Y, Adelman MA, Riles T, et al. Association between advanced age and vascular disease in different arterial territories: a population database of over 3.6 million subjects. J Am Coll Cardiol 2013;61:1736-43.

11. CAPRIE Steering Committee. A randomised, blinded, trial of clopidogrel versus aspirin in patients at risk of ischaemic events (CAPRIE). *Lancet* 1996;348:1329-39.
12. Aboyans V, Desormais I, Magne J, Morange G, Mohty D, Lacroix P. Renal Artery stenosis in patients with peripheral artery disease: prevalence, risk factors and long-term prognosis. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 2016;53:380-5.
13. Aboyans V. Polyvascular disease: definition, epidemiology, relevance. In: Lanzer P, editor. *PanVascular Medicine*. 2nd ed. Berlin: Springer; 2015. p. 4779-810.
14. Ahmed B, Al-Khaffaf H. Prevalence of significant asymptomatic carotid artery disease in patients with peripheral vascular disease: a meta-analysis. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 2009;37:262-71.
15. Durand DJ, Perler BA, Roseborough GS, Grega MA, Borowicz Jr LM, Baumgartner WA, et al. Mandatory versus selective preoperative carotid screening: a retrospective analysis. *Ann Thorac Surg* 2004;78:159-66 [discussion 159-66].
16. Fowkes FG, Low LP, Tuta S, Kozak J. Ankle-brachial index and extent of atherothrombosis in 8891 patients with or at risk of vascular disease: results of the international AGATHA study. *Eur Heart J* 2006;27:1861-7.
17. Mukherjee D, Eagle KA, Kline-Rogers E, Feldman LJ, Juliard JM, Agnelli G, et al. Impact of prior peripheral arterial disease and stroke on outcomes of acute coronary syndromes and effect of evidence-based therapies (from the Global Registry of Acute Coronary Events). *Am J Cardiol* 2007;100:1-6.
18. Naylor AR, Mehta Z, Rothwell PM, Bell PR. Carotid artery disease and stroke during coronary artery bypass: a critical review of the literature. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 2002;23:283-94.
19. Steinvil A, Sadeh B, Arbel Y, Justo D, Belei A, Borenstein N, et al. Prevalence and predictors of concomitant carotid and coronary artery atherosclerotic disease. *J Am Coll Cardiol* 2011;57:779-83.
20. Subherwal S, Bhatt DL, Li S, Wang TY, Thomas L, Alexander KP, et al. Polyvascular disease and long-term cardiovascular outcomes in older patients with non-ST-segment-elevation myocardial infarction. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes* 2012;5:541-9.

21. Collet JP, Cayla G, Ennezat PV, Leclercq F, Cuisset T, Elhadad S, et al; for the AMERICA Investigators. Systematic detection of polyvascular disease combined with aggressive secondary prevention in patients presenting with severe coronary artery disease: the randomized AMERICA Study. *Int J Cardiol* 2018;Mar 1;254:36-42.
22. Senderovich H, Gordon M. The Ethical Responsibility of Health Care Providers to Provide Treatment to Smokers. *Annals of Long-term Care* 2015.
23. Jamal A, Homa DM, O'Connor E, et al. Current cigarette smoking among adults United States, 2005-2014. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2015;64:1233-40.
24. Kouvelos G, Spanos K, Giannoukas A, Mavroforou A. Can We Refuse Revascularization in Current Smokers Suffering from Chronic Limb Threatening Ischemia? *Annals of Vascular Surgery* 2020;67:e576-7.
25. Bitomsky M. Doctors propose surgery discrimination against smokers. *Medical Post*. 2012;40(6).
26. Sheldon T. Dutch doctor refuses to treat smokers. *BMJ*. 1998;316(7127):250.
27. Pawlik TM, Olver IN, Storm CD, Rodriguez MA. Can Physicians Refuse Treatment to Patients Who Smoke? *Journal of Oncology Practice* 2009; Vol. 5, Issue 5: 250-251.
28. Lindström D, Sadr Azodi O, Wladis A, et al. Effects of a perioperative smoking cessation intervention on postoperative complications: a randomized trial. *Ann Surg* 2008;248:739-45.
29. Møller AM, Pedersen T. The effect of tobacco smoking on risks in connection in anesthesia and surgery. Development of complications and the preventive effect of smoking cessation [Article in Danish]. *Ugeskr Laeger*. 1999;61(30):4273-4276.
30. Mills E, Eyawo O, Lockhart I, Kelly S, Wu P, Ebbert JO. Smoking cessation reduces postoperative complications: a systematic review and meta-analysis. *Am J Med*. 2011;124(2):144-154.
31. Schwilk B, Bothner U, Schraag S, Georgieff M. Perioperative respiratory events in smokers and non-smokers undergoing general anaesthesia. *Acta Anaesthesiol Scand*. 1997;41:348-355.
32. Peters MJ, Morgan LC, Gluch L. Smoking cessation and elective surgery: the cleanest cut. *Am J Austral*. 2004;180(7):317-318.

33. Bikhchandani J, Varma SK, Henderson HP. Is it justified to refuse breast reduction to smokers? *J Plast Reconstr Aesthet Surg*. 2007;60(9):1050-1054.
34. Warner DO, Borah BJ, Moriarty J, et al. Smoking status and health care costs in the perioperative period: a population based study. *JAMA Surg* 2014;149:259-66.
35. Shiu M. Refusing to treat smokers is unethical and a dangerous precedent. *BMJ* 1993;306:1048-9.
36. Bremberg S, Nilstun T. Justifications of physicians' choice of action. *Scand J Prim Health Care*. 2005;23(2):102-108.
37. Liang S. Should doctors be allowed to refuse to treat their patients? *Meducator*. 2007;11:10-12.
38. Davies GE, Soundy TJ. The genetics of smoking and nicotine addiction. *S D Med*. 2009;Spec No:43-49.
39. Cassel CK, Brennan TE: Managing medical resources: Return to the commons? *JAMA* 2007;297:2518-2521.
40. Li MD. The genetics of nicotine dependence. *Curr Psychiatry Rep*. 2006;8(2):158-164.
41. Cil A, Butin RE, Bernhardt M. The cost of smoking. *Orthopedics*. 2014;37(6):366-368.
42. Mackrael K, Ha TT. Resident's cigarette suspected in Quebec seniors' home fire. *The Globe and Mail*. www.theglobeandmail.com/news/national/ice-frigid-conditions-slow-search-for-victims-in-quebec-seniors-home-fire/article16482953 Published January 24, 2014. Accessed February 19, 2015.
43. Epner DE, Ravi V, Baile WF. When patients and families feel abandoned. *Support Care Cancer*. 2011;19(11):1713-1717.
44. Australian Medical Council. Good medical practice: a code of conduct for doctors in Australia. Canberra, Australia: Medical Board of Australia. Available at, <http://bit.ly/1TQEqLA>. Accessed March 30, 2016.
45. World Medical Association. Chapter two: physicians and patients. In: *Medical Ethics Manual*. Ferney-Voltaire, France: World Medical Association; 2009. p. 6-119.
46. Senderovich H. How can we balance ethics and law when treating smokers? *Rambam Maimonides Med J* 2016;19:7.

47. Kasiske BL, Klinger D. Cigarette smoking in renal transplant recipients. J Am Soc Nephrol 2000;11:753-9.
48. Shuttleworth A. A principle we cannot afford to lose. Prof Nurse. 1993;8(10):620.
49. American Medical Association: Code of medical ethics: Opinion 10.5—Potential patients. <http://www.ama-assn.org/ama/pub/physicianresources/medical-ethics/code-medical-ethics.shtml>
50. Salisbury H. Balancing patient safety and autonomy BMJ 2019;366:l4948 doi: 10.1136/bmj.l4948

Παραρτήματα

Παράρτημα 1. Ερωτηματολόγιο

“Can we refuse an invasive treatment to smokers with severe PAD?”

1. What is your gender?

- a. Female
- b. Male

2. What is your age?

- a. 25-34
- b. 35-44
- c. 45-54
- d. 55-64
- e. >65

3. What is your status?

- a. Consultant Vascular Surgeon
- b. Resident in Vascular Surgery

4. What is your clinical experience in years?

- a. 1-5
- b. 6-10
- c. 11-20
- d. >20

5. Where are you currently occupied?

- a. In Private Hospital
- b. In Regional Hospital
- c. In General Hospital
- d. In University Hospital

6. Regarding smoking habit:

- a. Are you a current smoker?
- b. Ever smoked?
- c. Never smoked?

- 7. Would you decide to treat a patient invasively (endovascular or open surgery) who is a current smoker with a non-limb threatening peripheral arterial disease?**
- a. Yes
 - b. No
- 8. What is the minimum period you would advise your patient to stop smoking before you decide to perform an invasive treatment?**
- a. 1 month
 - b. 3 months
 - c. 6 months
 - d. 12 months
- 9. Do you believe that a physician's decision to refuse an invasive treatment to smokers with peripheral arterial disease, is justified?**
- a. Yes
 - b. No
 - c. I am not sure
- 10. Have you ever performed a vascular intervention for non-limb threatening arterial disease on a current smoker?**
- a. Yes
 - b. No
- 11. If yes, what was the reason that justified your decision?**
- a. Bad quality of life
 - b. No family support/ remain independent
 - c. Belief that she/he will stop afterwards
 - d. Compassionate
 - e. Other.....