



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ

2009-2012

Διπλωματική Εργασία

**ΣΤΑΣΕΙΣ ΤΩΝ ΙΑΤΡΩΝ ΤΗΣ ΠΟΛΗΣ ΤΗΣ ΛΑΡΙΣΑΣ
ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΗ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΓΙΑ ΤΗ
ΔΙΑΚΟΠΗ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ**

Μπόγκα Φρειδερίκη

**ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ
ΧΑΤΖΟΓΛΟΥ ΧΡΥΣΗ
Λάρισα 2012**

Διπλωματική Εργασία

ΣΤΑΣΕΙΣ ΤΩΝ ΙΑΤΡΩΝ ΤΗΣ ΠΟΛΗΣ ΤΗΣ ΛΑΡΙΣΑΣ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΗ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΑΚΟΠΗ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ

Της μεταπτυχιακής φοιτήτριας

Μπόγκα Φρειδερίκης,

Αναισθησιολόγου

Τριμελής Επιστημονική Επιτροπή

1. Χρυσή Χατζόγλου, Επικ. Καθηγήτρια Ιατρικής
2. Κωνσταντίνος Γουργουλιάνης, Καθηγητής Ιατρικής
3. Ελένη Καρέτση, Επιμελήτρια Β, ΠΓΝΛ

Πίνακας περιεχομένων

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	4
ABSTRACT	5
ΠΡΟΛΟΓΟΣ.....	6
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. ΤΡΟΠΟΙ ΔΙΑΚΟΠΗΣ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ.....	7
1.1 Το κάπνισμα ως εξάρτηση.....	7
1.2 Η διακοπή του καπνίσματος	10
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ ΒΟΗΘΕΙΑΣ ΠΡΟΣ ΤΟΥΣ ΚΑΠΝΙΣΤΕΣ.....	18
2.1 Στρατηγικές βοήθειας προς όλους του καπνιστές	18
2.2 Στρατηγικές βοήθειας προς τους καπνιστές που επιθυμούν να διακόψουν το κάπνισμα στην παρούσα φάση	19
2.3 Στρατηγικές βοήθειας προς τους καπνιστές που δεν επιθυμούν να διακόψουν το κάπνισμα στην παρούσα φάση	20
2.4 Αποτελεσματικότητα της συμβουλευτικής παρέμβασης.....	24
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ.....	28
3.1 Σκοπός	28
3.2 Πληθυσμός μελέτης.....	28
3.3 Στατιστική ανάλυση	30
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....	31
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5. ΣΥΖΗΤΗΣΗ	44
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	49

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Το κάπνισμα αποτελεί, στις ανεπτυγμένες χώρες, τον πιο σημαντικό παράγοντα κινδύνου για την υγεία που μπορεί να προληφθεί. Έχουν θεσπιστεί κατευθυντήριες οδηγίες που απευθύνονται σε επαγγελματίες υγείας και που σκοπό έχουν να τους κατευθύνουν στην παροχή συμβουλευτικής υποστήριξης προς τους καπνιστές, ώστε να πειστούν να διακόψουν το κάπνισμα.

Σκοπός: Ήταν να διερευνηθεί η στάση ιατρών που εργάζονταν σε Ιδιωτικά και Δημόσια νοσηλευτικά ιδρύματα της πόλης της Λάρισας απέναντι στη συμβουλευτική παρέμβαση για τη διακοπή του καπνίσματος

Υλικό και μέθοδος: Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν 200 ιατροί που εργάζονταν σε Ιδιωτικά και Δημόσια νοσηλευτικά ιδρύματα και ιατρεία της πόλης της Λάρισας (δείγμα ευκολίας). Εργαλείο της έρευνας αποτέλεσε ερωτηματολόγιο αποτελούμενο από δύο μέρη. Το πρώτο μέρος αφορούσε τα *κοινωνικο-δημογραφικά* χαρακτηριστικά του δείγματος: περιελάμβανε στοιχεία που αφορούσαν το φύλο, την ηλικία, την οικογενειακή κατάσταση, το μορφωτικό επίπεδο, τον τόπο διαμονής, καθώς και την επαγγελματική κατάσταση, καθώς και στην καπνιστική συνήθεια του ίδιου του ιατρού. Το δεύτερο μέρος περιελάμβανε 7 ερωτήσεις σχετικές με τη στρατηγική συμβουλευτικής παρέμβασης που ακολουθεί ο ιατρός και την άποψη του για την αποτελεσματικότητα της συμβουλευτικής παρέμβασης.

Αποτελέσματα: Η συχνότητα καπνίσματος μεταξύ των ατόμων του δείγματος ήταν 45,5%. Η πλειονότητα των ερωτηθέντων αφιέρωνε 3 λεπτά στη συμβουλευτική παρέμβαση. Η πλειονότητα των ερωτηθέντων έδειξε θετική στάση απέναντι στη συμβουλευτική (90%) και δήλωσε πως την εφαρμόζει, αλλά σε ποσοστό 39% δυσπιστεί για την αποτελεσματικότητα της απλής παρέμβασης. Οι μη καπνιστές ιατροί εμφανίζουν περισσότερο θετική στάση απέναντι στη συμβουλευτική.

Συμπέρασμα: Οι ιατροί στην πλειονότητά τους συμβουλεύουν τους ασθενείς τους να διακόψουν το κάπνισμα. Ερωτηματικά ωστόσο υπάρχουν σχετικά με τη σωστή άσκηση της συμβουλευτικής, ώστε αυτή να έχει το επιθυμητό αποτέλεσμα.

ABSTRACT

Background: Smoking is a significant health risk factor, in the developed countries, which can, however, be prevented. Guidelines have been set urging health professionals to advise smokers to quit smoking.

Aim: The aim of the present study was to investigate the attitude of doctors working in Private and Public hospitals, as well as in private offices in Larissa towards consultation intervention for smoking cessation

Material and method: The study sample consisted of 200 doctors working in Private and Public hospitals, as well as in private offices in Larissa, Greece (convenience sample). A two-part questionnaire was used as a research tool. The first part was regarding the participants' socio-demographic information; i.e., their gender, age, family status, educational background, place of residence, occupational status, as well as their smoking habits. The second part included 7 questions regarding the physician's consultation intervention strategy and his views on the effectiveness of the latter.

Results: Smoking frequency among the participants was 45.5%. The majority of the respondents was spending 3 minutes to implement consultation intervention, had a positive attitude towards it (90%) and reported that they did implement it, but 39% of them were skeptical towards the effectiveness of a simple intervention strategy. Doctors who were non smokers had a more positive attitude towards a consultation intervention.

Conclusion: The majority of the physicians advised their patients to quit smoking. There are still, however, many questions regarding the appropriate implementation of consultation, in order to have the desired effects.

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Το κάπνισμα αποτελεί, στις ανεπτυγμένες χώρες, τον πιο σημαντικό παράγοντα κινδύνου για την υγεία που μπορεί να προληφθεί. Σε οικονομικούς όρους, η διακοπή του καπνίσματος αποκτά μεγάλη σημασία, με τεράστιο υγειονομικό και οικονομικό όφελος μακροπρόθεσμα. Το κάπνισμα επιβαρύνει σημαντικά τον οικογενειακό προϋπολογισμό και έχει έμμεσες οικονομικές προεκτάσεις που αφορούν ολόκληρο το κοινωνικό σύνολο. Η γενικότερη οικονομική επιβάρυνση του καπνίσματος σχετίζεται με τις χαμένες εργατοώρες λόγω νόσησης (ακόμα και από μη κακοήγη νοσήματα, όπως η συνήθης χρόνια βρογχίτιδα των καπνιστών), την επιβάρυνση των ασφαλιστικών ταμείων από τα νοσήλεια, τις πρόωρες συνταξιοδοτήσεις και τη στέρηση παραγωγικού δυναμικού από την οικονομία (Shearer & Shanahan 2006). Κάθε καπνιστής που καταναλώνει ημερησίως ένα πακέτο αξίας 3€, ξοδεύει κάθε χρόνο 1100€ και για όλη τη ζωή περίπου 50.000€. Έρευνα στο Ηνωμένο Βασίλειο έδειξε ότι το συνολικό ετήσιο κόστος που αποδίδεται στο κάπνισμα πλησιάζει τα 5 δισεκ λίρες (Royal College of Physician 2000.).

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας έχει απευθύνει κάλεσμα στους λαούς και στις κυβερνήσεις όλου του κόσμου, σε οργανισμούς, σε σχολεία, στις οικογένειες και σε κάθε πολίτη ξεχωριστά να βοηθήσουν τους καπνιστές να εγκαταλείψουν αυτήν την εθιστική συνήθειά τους, που έχει καταστρεπτικές συνήθειες, τόσο για τους ίδιους, όσο και για τους συνανθρώπους τους. Στα πλαίσια αυτά έχουν θεσπιστεί κατευθυντήριες οδηγίες που απευθύνονται κυρίως σε επαγγελματίες υγείας και που σκοπό έχουν να τους κατευθύνουν στην παροχή συμβουλευτικής υποστήριξης προς τους καπνιστές, ώστε να πειστούν να διακόψουν το κάπνισμα. Ωστόσο, ερωτηματικά έχουν διατυπωθεί για το κατά πόσο στην πράξη οι ιατροί εφαρμόζουν τη συμβουλευτική παρέμβαση και για το αν ακολουθούν τις κατευθυντήριες οδηγίες.

Το ζήτημα της αποτελεσματικής εφαρμογής της συμβουλευτικής παρέμβασης στην πράξη αποτέλεσε και το έναυσμα για την εκπόνηση της παρούσας εργασίας. Σκοπός ήταν να διερευνηθεί κατά πόσο ιατροί διαφορετικών ειδικοτήτων συμβουλεύουν τους ασθενείς τους να διακόψουν το κάπνισμα και κατά πόσο η παρέμβαση αυτή γίνεται με τρόπο που μπορεί να έχει τα προσδοκώμενα αποτελέσματα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. ΤΡΟΠΟΙ ΔΙΑΚΟΠΗΣ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ

1.1 Το κάπνισμα ως εξάρτηση

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας έχει αναγνωρίσει τα προϊόντα καπνού έχουν ως εξαρτησιογόνες ουσίες. Βρίσκονται στην ίδια ευρύτερη κατηγορία με ουσίες όπως η κοκαΐνη και τα οπιοειδή στο διεθνές σύστημα κατάταξης νοσημάτων ICD-10(WHO 1997)(Πίνακες 1 & 2). Ο καπνός του τσιγάρου περιέχει περισσότερες από 4.000 χημικές ουσίες, με διαφορετικές ιδιότητες και επιδράσεις στον ανθρώπινο οργανισμό. Η πιο γνωστή και σημαντική ουσία που περιέχεται στα προϊόντα καπνού είναι η νικοτίνη, η οποία θεωρείται, σε μεγάλο βαθμό, υπεύθυνη για την εξάρτηση από το κάπνισμα. Η νικοτίνη συγκεντρώνει πολλά από τα φαρμακολογικά χαρακτηριστικά των κλασικών εξαρτησιογόνων ουσιών. Η νικοτίνη εισέρχεται με τον καπνό στο αναπνευστικό σύστημα και απορροφάται από τους βλεννογόνους, με αποτέλεσμα να φτάνει γρήγορα σε υψηλά επίπεδα στο αίμα και να εισέρχεται στον εγκέφαλο. Η νικοτίνη δρα στον εγκέφαλο διεγείροντας μια σειρά νικοτινικών υποδοχέων. Η πιο σημαντική δράση της αφορά στην ενεργοποίηση του συστήματος ανταμοιβής και την αύξηση της ντοπαμίνης, διαβιβαστή στο μεταιχμιακό σύστημα του εγκεφάλου, κάτι που αποτελεί χαρακτηριστικό όλων των εξαρτησιογόνων ουσιών και θεωρείται ότι παίζει κεντρικό ρόλο στο μηχανισμό πρόκλησης εξάρτησης. Η επαναλαμβανόμενη πρόσληψη νικοτίνης οδηγεί σε μεταβολές της ευαισθησίας των υποδοχέων στο μεταιχμιακό σύστημα, οι οποίοι επηρεάζουν την έκκριση ντοπαμίνης. Η εκκρινόμενη ντοπαμίνη προκαλεί αίσθημα ευχαρίστησης συντελώντας στην εξάρτηση του καπνιστή από την νικοτίνη (Clark 1990, Dani et al 2001, Corrigan & Coen 1991, Hughes et al 1994. Υπάρχουν και άλλα συστατικά του καπνού, όπως η αμμωνία, η μενθόλη, το λεβουλινικό οξύ, που ενισχύουν τη δράση της νικοτίνης μέσω της ευχάριστης επίδρασής τους στον οργανισμό, αλλά και μέσω της αύξησης του βαθμού απορρόφησης της νικοτίνης. Όταν αρχίσει να πέφτει η στάθμη της νικοτίνης στο αίμα, ο καπνιστής αισθάνεται την ανάγκη να αυξήσει εκ νέου τα επίπεδά της και η βίωση της ευχαρίστησης που αναφέρουν οι καπνιστές μετά το άναμμα του τσιγάρου, συνδέεται με την εξάρτηση από τη νικοτίνη. Η παρατεταμένη πτώση των επιπέδων της νικοτίνης στο αίμα προκαλεί συμπτώματα στέρησης. Τέτοια είναι η ευερεθιστότητα, η υπερκινητικότητα, η δυσκολία συγκέντρωσης, το άγχος, το

καταθλιπτικό συναίσθημα, η πείνα, οι διαταραχές ύπνου και η έντονη επιθυμία για πρόσληψη νικοτίνης (Hughes 1994).

Η συντελεστική και εξαρτημένη μάθηση συντηρούν στη συνέχεια την εξάρτηση από το κάπνισμα. Στην κλασική εξαρτημένη μάθηση μια συγκεκριμένη συμπεριφορά συνδέεται με ένα ουδέτερο ερέθισμα (περιβαλλοντικά ή εσωτερικά ερεθίσματα). Στο κάπνισμα ουδέτερα ερεθίσματα μπορούν ν' αποτελέσουν η θέα του πακέτου με τα τσιγάρα, τα τασάκια, το αίσθημα χαλάρωσης μετά το φαγητό κ.τ.λ. Με τη συνεχή επανάληψη της ακολουθίας «ερέθισμα-αντίδραση» δημιουργείται μια σύνδεση, ώστε μια συγκεκριμένη συμπεριφορά-αντίδραση (το κάπνισμα) να προκαλείται «αυτόματα» από το εξαρτημένο πια σε αυτήν ερέθισμα. Χωρίς να το συνειδητοποιεί ο καπνιστής ανάβει τσιγάρο σε συγκεκριμένες καταστάσεις, που λειτουργούν πια ως εξαρτημένα ερεθίσματα. Για παράδειγμα μπορεί αυτόματα ν' ανάψει τσιγάρο με τη μυρωδιά και μόνο του καφέ ή το κουδούνισμα του τηλεφώνου. Οι περισσότεροι καπνιστές καπνίζουν τσιγάρα χωρίς καν να το αντιλαμβάνονται, σχεδόν αυτόματα.

Ως συντελεστική μάθηση νοείται η μάθηση από τις συνέπειες των πράξεων. Οι συμπεριφορές που ακολουθούνται από ευχάριστες συνέπειες, εμφανίζονται πιο συχνά από εκείνες που ακολουθούνται από ουδέτερες ή αρνητικές συνέπειες. Στο κάπνισμα οι θετικές συνέπειες εμφανίζονται πολύ γρήγορα. Η καπνισματική συμπεριφορά ενισχύεται από την επίδραση της ίδιας της νικοτίνης στον οργανισμό, που ανταμείβει τον καπνιστή. Ο καπνιστής έχει την τάση να επαναλάβει την ευχάριστη επίδραση και έτσι ξεκινά ο φαύλος κύκλος της εξάρτησης. Στο σημείο αυτό συνεμφανίζονται η σωματική και η ψυχολογική εξάρτηση. Η ανάγκη για νικοτίνη αποτελεί τη σωματική για το κάπνισμα και η ικανοποίηση της ανάγκης αυτής συνιστά μια ευχάριστη συνέπεια που ενισχύει την ψυχολογική εξάρτηση από το κάπνισμα (Le Foll & Goldberg 2009, Davis & Gould 2008).

Πίνακας 1. Συμπτώματα στέρησης από νικοτίνη στα ταξινομικά συστήματα DSM-IV-TR και ICD-10-DCR

DSM-IV-TR nicotine withdrawal	ICD-10-DCR tobacco withdrawal
Άγχος	Άγχος
Δυσκολία συγκέντρωσης	Δυσκολία συγκέντρωσης
Αρνητικό ή καταθλιπτικό συναίσθημα	Αρνητικό συναίσθημα
Αυξημένη όρεξη ή αύξηση βάρους	Αυξημένη όρεξη ή αύξηση βάρους
Αϋπνία	Αϋπνία
Επιθετικότητα ή θυμός	Επιθετικότητα ή ανησυχία
Ανησυχία – υπερκινητικότητα	
Βραδυκαρδία	
	Σφοδρή επιθυμία για καπνό
	Αυξημένος βήχας
	Αδυναμία
	Στοματικά έλκη

Πίνακας 2. WHO ICD-10 Κριτήρια εξάρτησης από τον καπνό

Κριτήρια
1.Επιρροή σε προτεραιότητες και λοιπές δραστηριότητες
2. Αυξημένη ανοχή (tolerance) στη χρήση
3. Σφοδρή επιθυμία ή παρόρμηση για χρήση
4. Απώλεια του ελέγχου της χρήσης
5. Επιμονή χρήσης παρά τις αποδεδειγμένα επιβλαβείς συνέπειες στην υγεία
6. Σωματικό στερητικό σύνδρομο
(Τρία κριτήρια παρόντα δίνουν τη διάγνωση)

1.2 Η διακοπή του καπνίσματος

Η διακοπή καπνίσματος είναι μια διαδικασία αρκετά δύσκολη. Πολλοί καπνιστές αναφέρουν ότι θα ήθελαν να το κόψουν και κάποιοι έχουν προσπαθήσει τουλάχιστον μια φορά. Σε ένα ποσοστό, αυτή η μοναδική φορά είναι αρκετή αλλά σε πολλές άλλες περιπτώσεις δεν αρκεί και ο καπνιστής πρέπει να προσπαθήσει πολλές φορές προτού επιτύχει. Από τους καπνιστές το 70% θα ήθελε να διακόψει. Ωστόσο 41% το επιχειρούν και μόνο 4,7% καταφέρνουν να το διακόψουν οριστικά (CDC 2003). Το 1999, 41,3% των καπνιστών ανέφερε προσπάθεια διακοπής τουλάχιστον επί μία ημέρα το προηγούμενο έτος στις ΗΠΑ. Το 1994 και σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε στη Μεγάλη Βρετανία σε δείγμα 2000 ενηλίκων το 70 % των καπνιστών ανέφερε επιθυμία διακοπής και 89% ανέφερε τουλάχιστον μία προσπάθεια διακοπής. Παρόλη την επιτυχία των παρεμβάσεων οι υποτροπές είναι συχνές. Έχει βρεθεί ότι περίπου το 15% όσων αναζητούν βοήθεια για να διακόψουν το κάπνισμα (αυτοβοήθεια, συμβουλευτική, υποκατάστατα νικοτίνης) και 7% όσων χρησιμοποίησαν βοήθεια απείχαν από το κάπνισμα για 12 μήνες. Κάπνισμα κατά τη διάρκεια των δύο πρώτων εβδομάδων μιας προσπάθειας διακοπής αυξάνει τις πιθανότητες υποτροπής (Kenford et al 1994). Σε δύο ανεξάρτητες τυχαιοποιημένες, διπλές τυφλές μελέτες 200 ατόμων το 415 περίπου των καπνιστών που δεν κάπνισαν την ημέρα διακοπής, που ξεκίνησαν θεραπεία με υποκατάστατα νικοτίνης και είχαν χαμηλή βαθμολογία στην κλίμακα εξάρτησης Fagerstrom κατόρθωσαν να πετύχουν αποχή για διάστημα 6 μηνών. Αντίθετα εκείνοι που κάπνισαν την ημέρα διακοπής είχαν 10 φορές λιγότερες πιθανότητες να επιτύχουν μακροπρόθεσμα τη διακοπή του καπνίσματος (Westman et al 1997).

Η επιτυχία της διακοπής του καπνίσματος εξαρτάται από πολλούς παράγοντες. Οι σημαντικότεροι είναι η αποφασιστικότητα και τα κίνητρα του καπνιστή, η αναγνώριση των βαθύτερων αναγκών που συγκαλύπτονταν με την καπνιστική συνήθεια, η αντιμετώπιση της διάθεσης για τσιγάρο αλλά και ο τρόπος χειρισμού της υποτροπής, όταν και αν αυτή συμβεί. Το κίνητρο και η αποφασιστικότητα του καπνιστή είναι από τους πιο σημαντικούς παράγοντες στη διακοπή καπνίσματος. Ο ειδικός λειτουργεί επικουρικά στη διαδικασία, συμβουλευοντας και καθοδηγώντας τον καπνιστή. Επισημαίνεται ωστόσο, ότι η ευθύνη για την υγεία του καπνιστή ανήκει πρωταρχικά στον ίδιο. Η ενίσχυση των κινήτρων του καπνιστή για διακοπή

είναι ουσιαστικός παράγοντας που επηρεάζει την επιτυχία της προσπάθειας του. Ως σύμβουλος, ο επαγγελματίας υγείας θα πρέπει να βοηθήσει τους ασθενείς του να ενισχύσουν τα κίνητρα, την αποφασιστικότητα τους καθώς και το αίσθημα προσωπικής ευθύνης για τη διακοπή. Ωστόσο, ο εθισμός στο τσιγάρο συνιστά μια περίπλοκη διαδικασία και η θέληση, αν και σημαντική για να ξεκινήσει κανείς, δεν αρκεί. Η συντήρηση της προσπάθειας και η επιτυχία της απαιτούν πίστη στη δυνατότητα του καπνιστή να τα καταφέρει και καθοδήγηση από τον επαγγελματία υγείας. Οι παρεμβάσεις που στοχεύουν στη διακοπή του καπνίσματος διακρίνονται σε φαρμακευτικές και μη. Στον πίνακα 3 φαίνονται οι αποτελεσματικές μη φαρμακευτικές προσεγγίσεις για την διακοπή του καπνίσματος αφορούν σε παροχή συμβουλών, σε ενημερωτικά φυλλάδια και πιο ειδικές μορφές παρεμβάσεων, όπως είναι η συνέντευξη παροχής κινήτρων και η γνωσιακή-συμπεριφοριστική θεραπεία (Silagy & Stead 2001, Fiore et al 2003, Marlow & Stoller 2003).

Πίνακας 3. Μη φαρμακευτικές μέθοδοι διακοπής του καπνίσματος

Μέθοδοι

Παροχή σύντομης συμβουλευτικής παρακίνησης από τους επαγγελματίες υγείας

Φυλλάδια και υλικό αυτοβοήθειας

Συνέντευξη παροχής κινήτρων

Η γνωσιακή-συμπεριφοριστική θεραπεία

• **Συμβουλευτική παρέμβαση:** Ο επαγγελματίας υγείας συμβουλεύει τη διακοπή του καπνίσματος, δίνοντας έμφαση στα άμεσα οφέλη που αυτή συνεπάγεται και υπογραμμίζοντας τους κινδύνους, οι οποίοι σχετίζονται με την κατανάλωση καπνού, τους οποίους και εξατομικεύει. Η στοχευμένη αυτή παρέμβαση αυτή από τον ιατρό θεωρείται αποτελεσματική και αυξάνει τα ποσοστά διακοπής καπνίσματος. Ακόμα και μία και μοναδική συμβουλευτική παρέμβαση για διακοπή του καπνίσματος από τον ιατρό προς τον ασθενή του αυξάνει τις πιθανότητες διακοπής κατά 2,5%. Στοιχεία από το Ηνωμένο Βασίλειο δείχνουν ότι 1% με 3% των καπνιστών απέχουν από το κάπνισμα για διάστημα τουλάχιστον έξι μηνών μετά την παροχή σε αυτούς συμβουλευτικής παρακίνησης από κάποιον επαγγελματία υγείας. Αν αυτή η

παρέμβαση επαναληφθεί συστηματικά, τα ποσοστά επιτυχούς διακοπής αυξάνονται και άλλο (Silagy & Stead 2001, Fiore et al 2003, Marlow & Stoller 2003).

● **Φυλλάδια και υλικό αυτοβοήθειας:** Ως τέτοια νοούνται τα ενημερωτικά δελτία, τα εγχειρίδια, τα video και το ακουστικό υλικό. Το υλικό αυτό παρέχεται παράλληλα με την φαρμακευτική ή τη συμβουλευτική παρέμβαση. Τα παραπάνω αυξάνουν κατά μικρό ποσοστό τα ποσοστά διακοπής σε σχέση με τη μη παρέμβαση χωρίς να έχουν προσθετική αξία συνδυαζόμενα με άλλες σύντομες παρεμβάσεις όπως αυτή της συμβουλής από τον επαγγελματία υγείας (Prochazka 2000). Ακόμα και η χρήση τηλεφωνικής γραμμής επιστρατεύεται για τη διακοπή του καπνίσματος. Έχουν αναφερθεί αποδεκτά, όχι όμως σημαντικά ποσοστά αποχής από το κάπνισμα ενηλίκων, οι οποίοι δέχονται άμεση βοήθεια και στήριξη μέσω της χρήσης τηλεφωνικών γραμμών (Stead et al 2003).

● **Συνέντευξη παροχής κινήτρων:** Πρόκειται επίσης για μια μορφή συμβουλευτικής παρέμβασης, ώστε οι καπνιστές να αξιολογήσουν την ετοιμότητά τους και να διευκολυνθούν στην ανάληψη δράσης τόσο για τη διακοπή του καπνίσματος, όσο και για την πρόληψη της υποτροπής. Σκοπός της συνέντευξης είναι να διερευνηθούν τα εμπόδια που μπορεί να συναντήσει το άτομο στην προσπάθειά του για την διακοπή του καπνίσματος, να αξιολογηθούν τα οφέλη της διακοπής και οι πρόσκαιρες αρνητικές επιπτώσεις από τη διακοπή και να συζητηθούν τα όποια αμφιθυμικά συναισθήματα του καπνιστή απέναντι στη διακοπή. Πρόκειται για μια κλινική στρατηγική, η οποία στοχεύει στην ενίσχυση των κινήτρων του ατόμου και μπορεί να αποδειχθεί αποτελεσματική σε κάθε φάση της θεραπείας της εξάρτησης. Έχει βρεθεί ότι μέσα σε ένα χρόνο από την ολοκλήρωση παρέμβασης με συνέντευξη παροχής κινήτρων, οι μισοί περίπου από τους καπνιστές κάνουν τουλάχιστον μία προσπάθεια διακοπής (Prochazka 2000, Hettema & Hendricks 2010).

● **Γνωσιακή-συμπεριφοριστική θεραπεία:** στοχεύει στο να εντοπίσει και να αλλάξει τις πεποιθήσεις που αφορούν την επίδραση του καπνίσματος και στην αντίληψή του ως εξάρτηση. Επικεντρώνεται επίσης στις μη ρεαλιστικές απόψεις για τις αρνητικές επιπτώσεις που θα επιφέρει η αποχή από το κάπνισμα. Σημαντικό είναι το κομμάτι της πρόληψης υποτροπής, το οποίο περιλαμβάνει την εκπαίδευση των καπνιστών στην αναγνώριση, την αποφυγή ή την αντιμετώπιση καταστάσεων υψηλού κινδύνου για υποτροπή. Η γνωσιακή-συμπεριφοριστική θεραπεία μπορεί να οδηγήσει

σε ποσοστά διακοπής του καπνίσματος που κυμαίνονται από 36,4% έως και 45,5%. Τα δεδομένα κόστους-οφέλους καταδεικνύουν πως η εφαρμογή της τόσο σε ατομικές, όσο και ομαδικές συνεδρίες, αποτελούν μια από τις πιο αποτελεσματικές παρεμβάσεις για την επιτυχή διακοπή του καπνίσματος (Lancaster & Stead 2002, Prochazka 2000).

● **Φαρμακοθεραπεία**

Στα μέσα της δεκαετίας του 70 δεν υπήρχε καμία αποτελεσματική θεραπεία για την εξάρτηση από τον καπνό και πολύ λίγοι επιστήμονες ή φαρμακευτικές εταιρίες προσπαθούσαν για κάτι τέτοιο. Στην πραγματικότητα έξω από τις καπνοβιομηχανίες ελάχιστοι ερευνητές θεωρούσαν τον καπνό εξαρτησιογόνο ή τους καπνιστές έχοντες ανάγκη φαρμακευτικής βοήθειας. Σήμερα το τοπίο έχει αλλάξει αφού έχουμε στη διάθεση μας αποτελεσματικές θεραπείες υποκατάστασης νικοτίνης και άλλες φαρμακευτικές θεραπείες (χρήση αντικαταθλιπτικών και βαρενικλίνης), αλλά και μη νικοτινικές θεραπείες που χρησιμοποιούνται ευρέως ανά τον κόσμο, ενώ ο φαρμακοβιομηχανίες είναι κοντά στην κυκλοφορία νέων μη νικοτινικών θεραπειών. Στον πίνακα 4 παρουσιάζονται οι διαθέσιμες φαρμακευτικές θεραπείες για τη διακοπή του καπνίσματος και στον πίνακα 5 γίνεται συγκριτική αναφορά των υποκατάστατων της νικοτίνης (Marlow & Stoller 2003, Frishman 2007).

Πίνακας 4. Φαρμακευτική θεραπεία για διακοπή του καπνίσματος

ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Παράγωγα νικοτίνης	Τσίχλες νικοτίνης
→	2 mgr κουτί των 30 τιμή 4.10 €, κουτί των 105 τιμή 11.80 € Μέχρι 24 ημερησίως και για μέχρι 12 εβδομάδες. Διαδερμικά αυτοκόλλητα
→	5-10-15 mgr, κουτί των 7 τεμαχίων τιμή 12 €, 12.87€, 13.92€ Εφαρμόζονται για 16 ώρες/ημέρα και μέχρι 4 εβδομάδες
Βουπροπιόνη	Ταμπλέτες των 150 mgr, κουτί των 60, τιμή 76€
→	1 χάπι για 3 ημέρες, ακολούθως 1 χάπι πρωί και βράδυ για 7-12 εβδομάδες και μέχρι 6 μήνες.
Βαρενικλίνη*	Ταμπλέτες των 0,5 mgr, 1mgr, 40,67€
→	1 χάπι 0,5 mgr για 3 πρώτες ημέρες, ακολούθως 1 χάπι παρ'ημέρα από την 4 ^η -7 ^η ημέρα και 1 mgr πρωί και βράδυ από την 8 ^η ημέρα μέχρι το τέλος της θεραπείας

Πίνακας 5. Προϊόντα υποκατάστασης νικοτίνη

Προϊόν	Χρήση	Πλεονεκτήματα	Μειονεκτήματα	Προφυλάξεις	Παρενέργειες
Επίθεμα 5,10,15mg	- Δράση 16 ωρών. - Εφαρμογή σε άτριχο καθαρό δέρμα. - Έναρξη με υψηλή δοσολογία και σταδιακή μείωση.	Καλή συμμόρφωση	- Χωρίς δυνατότητα αυτορρύθμισης της δόσης. - Πρωινή έλλειψη νικοτίνης.	-Ταυτόχρονο κάπνισμα δεν συνιστάται. - Προσοχή σε ασταθή καρδιακή νόσο	- Δερματικές αντιδράσεις. - Διαταραχές ύπνου (εφιάλτες) αν δεν αφαιρεθεί στην κατάκλιση (αλλά μειώνει τα στερητικά κατά την έγερση)
Μασώμενο δισκίο 2 mg	Μάσηση κάθε 1-2 ώρες	Δυνατότητα αυτορρύθμισης της δόσης.	- Δυσάρεστο στη μάσηση. - Κακή συμμόρφωση.	Αποφυγή φαγητού και όξινων ποτών 15 λεπτά πριν τη χρήση έως και την ολοκλήρωσή της.	- Άλγος κροταφογοναθικής άρθρωσης. - Ναυτία
Αερόλυμα (inhaler)	- Χρήση ανάλογα με τις ανάγκες. - Απορροφάται στον στοματικό βλεννογόνο	Δυνατότητα αυτορρύθμισης της δόσης.	- Απαιτεί πολλές χρήσεις για να επιτευχθούν θεραπευτικά επίπεδα.	Αποφυγή φαγητού και όξινων ποτών 15 λεπτά πριν τη χρήση έως και την ολοκλήρωσή της.	- Βήχας. - Ερεθισμός φάρυγγα (40%) συνήθως ήπιος.

Στον πίνακα 6 παρουσιάζονται οι κλινικές κατευθυντήριες οδηγίες για τη συνταγογράφηση φαρμακευτικής θεραπείας για τη διακοπή του καπνίσματος

Πίνακας 6. Κλινικές κατευθυντήριες οδηγίες για τη συνταγογράφηση φαρμακευτικής θεραπείας για τη διακοπή του καπνίσματος

<i>Ποιος πρέπει να λάβει φαρμακευτική θεραπεία για τη διακοπή του καπνίσματος;</i>	Όλοι οι καπνιστές που προσπαθούν να κόψουν το κάπνισμα, εκτός από ορισμένες ειδικές περιπτώσεις. Ιδιαίτερη προσοχή θα πρέπει να δίνεται στις ιατρικές αντενδείξεις, άτομα που καπνίζουν λιγότερα από 10 τσιγάρα την ημέρα, έγκυες/θηλάζουσες γυναίκες και σε εφήβους καπνιστές.
<i>Ποιες είναι οι φαρμακευτικές θεραπείες πρώτης γραμμής, που συνιστώνται;</i>	Αυτές περιλαμβάνουν τη βουπροπιόνη βραδείας αποδέσμευσης, την τσίγλα νικοτίνης, την εισπνεόμενη νικοτίνη, τους ρινικούς ψεκασμούς νικοτίνης και τα αυτοκόλλητα νικοτίνης.
<i>Ποιους παράγοντες θα πρέπει να λαμβάνουν υπόψη οι γιατροί, όταν επιλέγουν ανάμεσα στις πέντε φαρμακευτικές θεραπείες πρώτης γραμμής;</i>	Η επιλογή μιας συγκεκριμένης φαρμακευτικής θεραπείας πρώτης γραμμής πρέπει να υπαγορεύεται από παράγοντες όπως η εξοικείωση του γιατρού με τα φάρμακα, οι αντενδείξεις για κάποιους ασθενείς, η προτίμηση του ασθενούς, η προηγούμενη εμπειρία του ασθενούς με κάποια συγκεκριμένη φαρμακευτική αγωγή (θετική ή αρνητική) και οι ιδιαιτερότητες κάθε ασθενούς (π.χ. ιστορικό κατάθλιψης, ανησυχία για την αύξηση βάρους).
<i>Είναι οι φαρμακευτικές αγωγές κατάλληλες για ελαφρύτερους καπνιστές, π.χ. 10-15 τσιγάρα/ημέρα;</i>	Σε ελαφρύτερους καπνιστές, η δόση της αγωγής με πρώτης γραμμής θεραπεία υποκατάστασης θα πρέπει να μειωθεί. Δεν χρειάζεται να γίνει προσαρμογή όταν πρόκειται για τη βουπροπιόνη βραδείας αποδέσμευσης
<i>Ποιες φαρμακευτικές θεραπείες δεύτερης γραμμής προτείνονται;</i>	Η κλοδινίνη και η νοτριπτυλίνη.
<i>Πότε πρέπει να χρησιμοποιούνται τα φάρμακα δεύτερης γραμμής, για τη θεραπεία της εξάρτησης από τον καπνό;</i>	Θα πρέπει να συνταγογραφούνται σε ασθενείς που δεν μπορούν να χρησιμοποιήσουν πρώτης γραμμής φάρμακα, είτε εξ' αιτίας αντενδείξεων, είτε γιατί δεν τους φάνηκαν χρήσιμα σε προηγούμενη προσπάθεια διακοπής. Στην Ελλάδα κανένα από τα φάρμακα δεύτερης γραμμής δεν έχει ένδειξη για διακοπή του καπνίσματος.

<p><i>Ποιες φαρμακευτικές αγωγές θα πρέπει να προτείνονται σε ασθενείς που ανησυχούν ιδιαίτερα για την αύξηση του βάρους;</i></p>	<p>Η βουπροπιόνη βραδείας αποδέσμευσης και οι θεραπείες με υποκατάστατα νικοτίνης, ιδιαίτερα η τσίγλα νικοτίνης έχει δειχθεί ότι καθυστερούν αλλά δεν αποτρέπουν την αύξηση βάρους.</p>
<p><i>Υπάρχουν φαρμακευτικές θεραπείες που θα πρέπει να τις σκεφτόμαστε σε ασθενείς με ιστορικό κατάθλιψης;</i></p>	<p>Η βουπροπιόνη βραδείας αποδέσμευσης και η νοτριπτυλίνη φαίνεται ότι είναι πιο αποτελεσματικές σε αυτούς τους ασθενείς.</p>
<p><i>Θα πρέπει οι θεραπείες υποκατάστασης νικοτίνης να αποφεύγονται σε ασθενείς με καρδιαγγειακά νοσήματα;</i></p>	<p>Όχι. Συγκεκριμένα τα αυτοκόλλητα νικοτίνης είναι ασφαλή και δεν έχει δειχθεί ότι προκαλούν παρενέργειες από το καρδιαγγειακό.</p>
<p><i>Μπορούν οι φαρμακευτικές αγωγές για την εξάρτηση από τον καπνό να χρησιμοποιηθούν επί μακρύ χρονικό διάστημα;</i></p>	<p>Ναι. Αυτή η προσέγγιση μπορεί να φανεί χρήσιμη σε καπνιστές που αναφέρουν επίμονα συμπτώματα στέρησης κατά τη διάρκεια της θεραπείας με φαρμακευτικά σκευάσματα ή σε αυτούς που επιθυμούν μακροπρόθεσμη θεραπεία. Μια μειοψηφία ατόμων που διακόπτουν το κάπνισμα επιτυχώς, χρησιμοποιούν κατά βούληση φάρμακα υποκατάστασης νικοτίνης (τσίγλα, εισπνοές, ρινικούς ψεκασμούς) μακροπρόθεσμα. Η μακροπρόθεσμη χρήση αυτών των φαρμάκων δεν παρουσιάζει κάποιο γνωστό κίνδυνο για την υγεία. Επιπλέον, προτείνεται και η χρήση της υδροχλωρικής βουπροπιόνης βραδείας αποδέσμευσης, με την ένδειξη της μακροπρόθεσμης συντήρησης.</p>
<p><i>Μπορούν οι φαρμακευτικές θεραπείες κάποτε να συνδυαστούν;</i></p>	<p>Ναι. Υπάρχει η ένδειξη ότι συνδυάζοντας τα αυτοκόλλητα νικοτίνης, είτε με την τσίγλα νικοτίνης, είτε με τους ρινικούς ψεκασμούς νικοτίνης, αυξάνονται τα ποσοστά μακροπρόθεσμης αποχής, συγκριτικά με αυτά που προκύπτουν από τη χορήγηση ενός μόνο φαρμάκου υποκατάστασης νικοτίνης. Καλύτερα αποτελέσματα επιτυχούς αποχής από το κάπνισμα προκύπτουν και από συνδυασμό υδροχλωρικής βουπροπιόνης βραδείας αποδέσμευσης με αυτοκόλλητα νικοτίνης.</p>

(Πηγή : West et al 2000, Ροβίνα & Γκράτζιου, τροποποιημένο)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ ΒΟΗΘΕΙΑΣ ΠΡΟΣ ΤΟΥΣ ΚΑΠΝΙΣΤΕΣ

Οδηγίες για τη διακοπή του καπνίσματος προτείνονται από διάφορες επίσημες οργανώσεις χωρών και βασίζονται σε δεδομένα από χιλιάδες σχετικά άρθρα και κλινικές μελέτες. Σκοπός των οδηγιών αυτών είναι βοηθηθούν οι ιατροί, ώστε να καταστρώσουν επιτυχώς τη στρατηγική παρέμβασης, με τελικό στόχο το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα για τον καπνιστή. Ο γιατρός καλείται να παρέμβει θεραπευτικά σε 3 ομάδες καπνιστών : Σε αυτούς που επιθυμούν ή σκέπτονται να διακόψουν, σε αυτούς που δεν επιθυμούν ή δε σκέπτονται να διακόψουν και σε αυτούς που έχουν πρόσφατα διακόψει (πίνακας 7) (West et al 2000, Marlow & Stoller 2003).

2.1 Στρατηγικές βοήθειας προς όλους του καπνιστές

Το πρώτο βήμα για τη συμβουλευτική στη διακοπή καπνίσματος αποτελεί η αναγνώριση των καπνιστών (εικόνες 1 και 2). Οι επαγγελματίες υγείας μπορούν συστηματικά να αναγνωρίζουν τους καπνιστές. Μεταξύ των ατόμων που καθημερινά επισκέπτονται τις υπηρεσίες υγείας υπάρχει και μεγάλος αριθμός καπνιστών, ειδικά στη χώρα μας, αν κρίνουμε από τα επιδημιολογικά δεδομένα για το κάπνισμα. Θα μπορούσε λοιπόν να καταγράφεται και η καπνισματική συνήθεια σε όλες τις υπηρεσίες παροχής υγείας. Σημειώνεται ότι στη χώρα μας λειτουργούν ειδικά ιατρεία διακοπής καπνίσματος, όπως φαίνεται στο χάρτη της εικόνας 3. Στη συνέχεια, οι καπνιστές θα πρέπει να προτρέπονται με τρόπο σαφή, έντονο και προσωποποιημένο, να διακόψουν. Ακολουθεί συνάντηση στην οποία ζητείται από τον καπνιστή να αναγνωρίσει ο ίδιος τις πιθανές αρνητικές επιπτώσεις του καπνίσματος τόσο στον εαυτό του, όσο και στο άμεσο περιβάλλον του και καλείται να συνειδητοποιήσει τη σημασία που έχει για την υγεία του η διακοπή του καπνίσματος. Η πληροφόρηση που του δίνεται έχει τη μέγιστη θετική επίδραση όταν σχετιστεί με το υποκείμενο νόσημα του και το ευεργετικό αποτέλεσμα που θα έχει η διακοπή στην οικογένεια του και στο περιβάλλον του (Anderson et al 2002, Foulds 2002).



Εικόνα 1: Ο ιατρός αντιμέτωπος με συστηματικό καπνιστή

2.2 Στρατηγικές βοήθειας προς τους καπνιστές που επιθυμούν να διακόψουν το κάπνισμα στην παρούσα φάση

Ο στόχος είναι οι καπνιστές να ακολουθήσουν ένα συγκεκριμένο σχέδιο. Καθορίζεται μια συγκεκριμένη ημερομηνία διακοπής καπνίσματος κατά προτίμηση μέσα στο προσεχές 15νθημερο. Ακολουθεί η κοινοποίηση της απόφασης προς το οικογενειακό, κοινωνικό και επαγγελματικό περιβάλλον. Ο καπνιστής θα πρέπει να ζητήσει την κατανόηση και υποστήριξη των οικείων του και να απομακρύνει όλα τα προϊόντα καπνού και τα συναφή αντικείμενα, από τους χώρους που ζει και εργάζεται. Ο επαγγελματίας υγείας παρέχει συμβουλευτική και φαρμακευτική θεραπεία. Η συμβουλευτική θεραπεία περιλαμβάνει την πρακτική συμβουλευτική θεραπεία, και τις υποστηρικτικές παρεμβάσεις μέσα και έξω από τα πλαίσια των υπηρεσιών υγείας. Οι υποστηρικτικές παρεμβάσεις έξω από τα πλαίσια των υπηρεσιών υγείας έχουν σαν ρόλο την εκπαίδευση του καπνιστή στην αναζήτηση συμπαράστασης και βοήθειας από το οικείο και ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον, ενώ η πρακτική συμβουλευτική θεραπεία έχει ως σκοπό την ενημέρωση, την αναγνώριση και επίλυση των διαφόρων πρακτικών προβλημάτων που εμφανίζονται με τη διακοπή του καπνίσματος. Η αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων αξιολογείται τακτικά. Σε κάθε συνάντηση προσδιορίζεται ο χρόνος επανεξέτασης και η συχνότητα των συναντήσεων. Η πρώτη

επικοινωνία μετά τη διακοπή θα πρέπει να γίνεται μέσα σε 2 έως 3 το πολύ εβδομάδες. Κατά την επανεξέταση επιδοκιμάζεται η προσπάθεια του καπνιστή, αξιολογείται η θεραπεία με τα φάρμακα και συζητούνται τα τυχόν προβλήματα που παρουσιάστηκαν. Εφόσον έχει υπάρξει υποτροπή σχεδιάζεται ο τρόπος της έναρξης της καινούργιας προσπάθειας και αξιολογείται η πιθανότητα να τροποποιηθεί ή να εντατικοποιηθεί η θεραπευτική παρέμβαση. Οι μέχρι σήμερα ενδείξεις υποδηλώνουν ότι όσο πιο εντατικοποιημένη είναι η παρέμβαση τόσο αυξάνουν τα ποσοστά διακοπής (Jarvis et al 2002, Anderson et al 2002)

2.3 Στρατηγικές βοήθειας προς τους καπνιστές που δεν επιθυμούν να διακόψουν το κάπνισμα στην παρούσα φάση

Στην περίπτωση αυτή επιλέγεται η στρατηγική ενίσχυσης κινήτρων διακοπής του καπνίσματος. Στον καπνιστή τονίζεται η σπουδαιότητα που έχει για τον ίδιο η διακοπή του καπνίσματος, υπενθυμίζονται οι κίνδυνοι από το κάπνισμα και τα οφέλη από τη διακοπή του και αναγνωρίζονται τα εμπόδια που προκύπτουν κατά την προσπάθεια. Επίσης υπογραμμίζεται στον καπνιστή ότι πολλές φορές η διακοπή επιτυγχάνεται μετά από πολλές προσπάθειες και ότι δε θα πρέπει να αποθαρρύνεται από τις υποτροπές. Ο επαγγελματίας υγείας παρέχει ένα φάσμα επιλογών στον καπνιστή σχετικά με τις πρακτικές που μπορεί να ακολουθήσει (Anderson et al 2002).



Εικόνα 2. Αξιολόγηση καπνισματικής συνήθειας

Πίνακας 7. Στρατηγικές βοήθειες προς τους καπνιστές.

A. Στρατηγικές βοήθειες προς όλους τους καπνιστές.

B. Στρατηγικές βοήθειες προς τους καπνιστές που επιθυμούν να διακόψουν το κάπνισμα στην παρούσα φάση.

1. Πρακτική συμβουλευτική θεραπεία
2. Υποστηρικτικές παρεμβάσεις μέσα στα πλαίσια των υπηρεσιών υγείας.
3. Υποστηρικτικές παρεμβάσεις έξω από τα πλαίσια των υπηρεσιών υγείας.
4. Φαρμακευτική θεραπεία.

Γ. Στρατηγικές βοήθειες προς τους καπνιστές που δεν επιθυμούν να διακόψουν το κάπνισμα στην παρούσα φάση.

1. Ενίσχυση κινήτρων διακοπής καπνίσματος.

Δ. Στρατηγικές βοήθειες προς τους καπνιστές που πρόσφατα διέκοψαν το κάπνισμα.

1. Βραχεία πρακτική προληπτική παρέμβαση
 2. Προοπτική- εντατική προληπτική παρέμβαση
-
-



Εικόνα 3. Ιατρεία διακοπής καπνίσματος ανά την Ελλάδα

Κατά τη συμβουλευτική παρέμβαση, ο ιατρός παρέχει ψυχολογική υποστήριξη με γνώμονα τις ιδιαιτερότητες του συγκεκριμένου καπνιστή. Παροτρύνει τον ασθενή, προσπαθώντας να του δείξει το γιατί η διακοπή του καπνίσματος τον αφορά προσωπικά. Αναλύονται οι βραχυπρόθεσμοι και μακροπρόθεσμοι κίνδυνοι για τον ίδιο και το περιβάλλον του και συζητούνται τα προβλήματα που μπορούν να ανακύψουν κατά τη διαδικασία (τα συμπτώματα στέρησης, ο φόβος της αποτυχίας, η αύξηση του βάρους, η έλλειψη υποστήριξης, η κατάθλιψη, η απόλαυση από το κάπνισμα). Γίνεται προγραμματισμός επισκέψεων παρακολούθησης ή τηλεφωνική επικοινωνία με τον ασθενή, ενώ μπορεί να αποφασιστεί και η παραπομπή του ασθενή σε αρμόδιο φορέα που παρέχει συμβουλευτική αγωγή ή ψυχολογική υποστήριξη για τη διακοπή του καπνίσματος (Πίνακες 8 & 9).

Πίνακας 8. Ενίσχυση κινήτρων για τη διακοπή του καπνίσματος.

1. Ατομική κινητοποίηση

- Παρότρυνση του ασθενούς, δείχνοντάς του γιατί η διακοπή του καπνίσματος τον αφορά προσωπικά.
- Ο γιατρός πρέπει να είναι πολύ συγκεκριμένος.
- Ψυχολογική υποστήριξη με γνώμονα τις ιδιαιτερότητες του συγκεκριμένου καπνιστή (π.χ. πρόβλημα υγείας που υπαγορεύει τη διακοπή του καπνίσματος, οικογενειακή ή κοινωνική κατάσταση του καπνιστή, ηλικία, φύλο, προηγούμενες εμπειρίες από προσπάθειες για διακοπή του καπνίσματος, προσωπικά εμπόδια για τη διακοπή του καπνίσματος)

2. Επισήμανση κινδύνων

- Ασθενείς που σχετίζονται με την καπνιστική συνήθεια (άσθμα, προβλήματα στην εγκυμοσύνη, στειρότητα, ανικανότητα κλπ.).
- Μακροπρόθεσμοι κίνδυνοι (π.χ. έμφραγμα μυοκαρδίου, καρκίνος του πνεύμονα, εγκεφαλικά επεισόδια, άλλοι καρκίνοι, όπως λάρυγγα, στοματικής κοιλότητας, οισοφάγου, παγκρέατος, ουροδόχου κύστης, τραχήλου μήτρας).
- Χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια.
- Μακροχρόνια αναπηρία και ανάγκη παρατεταμένης φροντίδας.

3. Αναφορά στα οφέλη από τη διακοπή του καπνίσματος (π.χ. βελτίωση της υγείας, βελτίωση της όσφρησης, εξοικονόμηση χρημάτων, καλύτερη εμφάνιση, θετικό πρότυπο για τα παιδιά του, πιο υγιή παιδιά στο οικογενειακό του περιβάλλον, καλύτερη φυσική κατάσταση, μείωση ρυτίδων/ γήρανσης της επιδερμίδας).

4. Συζήτηση προβλημάτων (τα συμπτώματα στέρησης, ο φόβος της αποτυχίας, η αύξηση του βάρους, η έλλειψη υποστήριξης, η κατάθλιψη, η απόλαυση από το κάπνισμα).

5. Πρόληψη υποτροπής.

Η ομάδα εργασίας για τη διακοπή καπνίσματος των ΗΠΑ, προτείνει τα ακόλουθα πέντε βήματα στη συμβουλευτική του καπνίσματος (γνωστά ως 5 A's , από τις

αγγλικές λέξεις : Ask, Advise, Assess, Assist, Arrange): Ρώτα, συμβούλεψε, αξιολόγησε, βοήθησε και προγραμματίσε

1. Ρώτα τον ασθενή σε κάθε επίσκεψη για τις καπνιστικές του συνήθειες
2. Συμβούλεψε τον ασθενή να το κόψει
3. Αξιολόγησε την προθυμία του ασθενή να το διακόψει
4. Βοήθησε τον ασθενή θέτοντας μια ημερομηνία διακοπής του καπνίσματος, παρέχοντας υλικό αυτό-βοήθειας
5. Προγραμματίσε τις επόμενες επισκέψεις για την παρακολούθηση του ασθενή (Shah et al 2008)

2.4 Αποτελεσματικότητα της συμβουλευτικής παρέμβασης

Ακόμα και η βραχεία (3 λεπτά ή λιγότερο) συμβουλευτική πάνω στη διακοπή του καπνίσματος βελτιώνει τα ποσοστά διακοπής. Η συμβουλευτική αυξάνει σημαντικά τα ποσοστά διακοπής του καπνίσματος (22%) ενώ ακόμα και ολιγόλεπτες προσεγγίσεις (<3 λεπτών) καταφέρνουν ποσοστά της τάξης του 13% (Marlow & Stoller 2003). Μια ανάλυση της βάσης Cochrane που περιελάμβανε 17 τυχαιοποιημένες μελέτες οι οποίες συνέκριναν τη βραχεία συμβουλευτική με τη συνήθη φροντίδα και την ανυπαρξία της οιαδήποτε συμβουλής έδειξαν μια μικρή, αλλά υπολογίσιμη αύξηση στις πιθανότητες διακοπής του καπνίσματος (λόγος πιθανοφάνειας OR=1,74, 95% ΔΕ 1,48-2,05) (Lancaster & Stead 2004). Η απόλυτη διαφορά στη συχνότητα διακοπής ήταν 2,5 %. Άλλη μια συστηματική ανασκόπηση 188 τυχαιοποιημένων μελετών κατέληξε στο συμπέρασμα ότι 2% όλων των καπνιστών διέκοψαν το κάπνισμα και δεν υποτροπίασαν επί περίπου ένα χρόνο, μετά τη συμβουλευτική, η οποία πραγματοποιήθηκε σε μια και μόνο συνεδρία! (Law & Tang 1995).

Πίνακας 9. Πρόληψη υποτροπής

-
1. Έλλειψη υποστήριξης για τη διακοπή.
 - Προγραμματισμός επισκέψεων παρακολούθησης ή τηλεφωνική επικοινωνία με τον ασθενή.
 - Παροχή βοήθειας στον ασθενή με σκοπό τον προσδιορισμό μέσων υποστήριξης στο περιβάλλον του
 - Παραπομπή του ασθενή σε αρμόδιο φορέα που παρέχει συμβουλευτική αγωγή ή ψυχολογική υποστήριξη για τη διακοπή του καπνίσματος.
 2. Αρνητική διάθεση ή κατάθλιψη
 - Αν είναι σημαντική, παρέχετε ψυχολογική υποστήριξη, χορηγήστε κατάλληλη φαρμακευτική αγωγή ή παραπέμψτε τον ασθενή σε κάποιον ειδικό.
 3. Έντονα ή παρατεταμένα συμπτώματα στέρησης
 - Αν ο ασθενής αναφέρει παρατεταμένη επιθυμία ή άλλα συμπτώματα στέρησης, πρέπει να εξετασθεί το ενδεχόμενο αύξησης της χρήσης μιας συγκεκριμένης φαρμακευτικής αγωγής ή προσθήκης/ χορήγησης συνδυασμού φαρμάκων, για να μειώσετε τα έντονα συμπτώματα στέρησης.
 4. Αύξηση βάρους
 - Συστήνετε έναρξη ή αύξηση της σωματικής άσκησης, αποθαρρύνετε τις εξαντλητικές δίαιτες.
 - Διαβεβαιώνεται στον ασθενή ότι μια μικρή αύξηση σωματικού βάρους μετά τη διακοπή του καπνίσματος είναι αναμενομένη και σιγά – σιγά περιορίζεται από μόνη της.
 - Δώστε έμφαση στη σημασία που έχει η υγιεινή διατροφή.
 - Συνεχίστε τη χορήγηση φαρμάκων στον ασθενή, που είναι γνωστό ότι καθυστερούν την αύξηση του βάρους (π.χ. βουπροπιόνη βραδείας αποδέσμευσης, υποκατάστατα νικοτίνης, ιδιαίτερα τσίχλα νικοτίνης).
 - Παραπέμψτε τον ασθενή σε κάποιον ειδικό ή σε κάποιο πρόγραμμα.
 5. Μείωση των κινήτρων/συμπτώματα στέρησης
 - Διαβεβαιώστε τον ασθενή ότι αυτά τα συναισθήματα είναι συνηθισμένα.
 - Υποδείξτε δραστηριότητες επιβράβευσης.
 - Διασφαλίστε ότι ο ασθενής δεν καπνίζει περιστασιακά.
 - Δώστε έμφαση στο γεγονός ότι αρχίζοντας το κάπνισμα ξανά (ακόμη και μια ρουφηξιά) θα αυξηθεί η επιθυμία για κάπνισμα και η προσπάθεια διακοπής του καπνίσματος θα γίνει πιο δύσκολη.
-

Σε έρευνα που διεξήχθη στις ΗΠΑ μεταξύ συμβούλων ψυχικής υγείας, η πλειονότητα δεν είχε ρωτήσει όλους τους ασθενείς σε κάθε επίσκεψη για την καπνισματικής τους συνήθεια. Οι περισσότεροι έκαναν ελάχιστη χρήση των

κατευθυντήριων οδηγιών επιμένοντας μόνο στην παροχή συμβουλής (η οποία γινόταν στις λιγότερες από τις μισές περιπτώσεις ασθενών και περίπου στο 75% των επισκέψεων). Δεν προγραμματίζαν την επόμενη ενέργειά τους σε σχέση με τη διακοπή του καπνίσματος, ούτε αξιολογούσαν την προθυμία του ασθενή τους να το διακόψει. Και αυτό, παρά το γεγονός ότι το 61% των ερωτηθέντων θεωρούσε ότι ήταν καθήκον του να αξιολογήσει την καπνισματική συνήθεια του ασθενή του. Συνέπεια ήταν ότι το 70% των συμβούλων ψυχικής υγείας δεν συζητούσε για το κάπνισμα με τους ασθενείς του τακτικά (Sidani et al 2011).

Η συχνότητα εφαρμογής τη συμβουλευτικής και η διάρκειά της επηρεάζουν τη διακοπή του καπνίσματος. Σε μια μεταανάλυση 23 μελετών, οι λόγοι πιθανοφάνειας για τη διακοπή ήταν 1,3 (95% ΔΕ 1,01-1,6), όταν συμβουλευτική διαρκούσε κάτω από 3 λεπτά, 1,6 (95% ΔΕ 1,20-2,00), όταν η συμβουλευτική παρέμβαση διαρκούσε από 3-10 λεπτά και 2,3 (95% ΔΕ 2,0-2,70), σε συμβουλευτική παρέμβαση διάρκειας μεγαλύτερης των 10 λεπτών. Σε μια μεταανάλυση 35 μελετών η πιθανότητα διακοπής του καπνίσματος αυξανόταν παράλληλα με το συνολικό χρόνο που αφιέρωνε ο ιατρός στη συμβουλευτική του παρέμβαση, σε όλες τις συνεδρίες που πραγματοποιούνταν, με κορύφωση τα 90 λεπτά (OR= 3,0, 95% ΔΕ 2,3-3,8). Σε άλλη μετα-ανάλυση 45 μελετών βρέθηκε ότι όταν οι πρόσωπο με πρόσωπο συνεδρίες συμβουλευτικής αυξάνονταν από 2-3 σε 4-8 (από OR =1.4 95% ΔΕ 1,1-1,7 σε OR=1,9, 95% ΔΕ 1,6-2,2), ενώ όταν συνεδρίες ξεπερνούσαν τις 8, η πιθανότητα διακοπής έφτανε το 2,3 (95% ΔΕ 2,1-3,00) (Ryckman et al 2006). Οι Fiore et al αξιολόγησαν την αποτελεσματικότητα της συμβουλευτικής αξιοποιώντας τα δεδομένα 58 μελετών στις οποίες τη συμβουλευτική πραγματοποίησαν ιατροί, νοσηλευτές, αλλά και τρίτα πρόσωπα. Ανέφεραν ποσοστό 6% αύξηση στη συχνότητα αποχής. Συνοψίζοντας υπάρχουν αρκετά δεδομένα που υποστηρίζουν την αποτελεσματικότητα της συμβουλευτικής παρέμβασης, ανεξάρτητα από το ποιος την πραγματοποιεί. Παρόλα αυτά τα δεδομένα από τα ποσοστά των ιατρών που ασκούν συμβουλευτική παρέμβαση κατά του καπνίσματος στους ασθενείς τους είναι μάλλον απογοητευτικά. Υπολογίζεται ότι οι ιατροί ρωτούν τους ασθενείς τους για τις καπνιστικές τους συνήθειες στο 66% των επισκέψεων, ενώ μόλις στο 22% τους συμβουλεύουν να το διακόψουν. Κι ενώ ρωτούν συχνότερα, τα ποσοστά συμβουλευτικής δείχνουν να μειώνονται. Η διαπίστωση αυτή αφορά

ιατρούς όλων των ειδικοτήτων και ασθενείς με διάφορες παθήσεις. Είναι χαρακτηριστικό ότι ακόμα και όταν η επίσκεψη αφορά καπνιστή με διαγνωσμένη ασθένεια που οφείλεται στο κάπνισμα, οι ιατροί συμβουλεύουν διακοπή του καπνίσματος σε λιγότερες από τις μισές περιπτώσεις (Fiore et al 2003, Ryckman et al 2006). Στον πίνακα 10 παρουσιάζεται συνοπτικά η αποτελεσματικότητα των συμβουλευτικών παρεμβάσεων για διακοπή πέραν των 6 μηνών

Πίνακας 10. Αποτελεσματικότητα των συμβουλευτικών παρεμβάσεων για διακοπή πέραν των 6 μηνών

Παρέμβαση	Πληθυσμός στόχος	Μέγεθος επίδρασης *	Διάστημα εμπιστοσύνης
Σύντομη- ευκαιριακή παρέμβαση- από ιατρό οποιασδήποτε ειδικότητας και ανεξαρτήτως αιτίας επίσκεψης	Ασθενείς που επισκέπτονται γενικό ιατρό ή εξωτερικά ιατρεία	2%	1%-3%
Πρόσωπο με πρόσωπο υποστήριξη από ειδικό	Συστηματικοί καπνιστές που επισκέπτονται ιατρεία διακοπής καπνίσματος	7%	3%-10%
Πρόσωπο με πρόσωπο εντατικοποιημένη συμπεριφοριστική παρέμβαση από ειδικό	Έγκυες	7%	5%-9%
Τηλεφωνική γραμμή	Καπνιστές που επιθυμούν να διακόψουν , αλλά δεν επισκέπτονται ιατρό	2%	1% -4%
Υλικό αυτοβοήθειας	Καπνιστές που απλά επιθυμούν να διακόψουν	1%	0%-2%

Πηγή : West et al (2000), τροποποιημένο

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

3.1 Σκοπός

Σκοπός της μελέτης ήταν να διερευνηθεί η στάση ιατρών που εργάζονταν σε Ιδιωτικά και Δημόσια νοσηλευτικά ιδρύματα της πόλης της Λάρισας απέναντι στη συμβουλευτική παρέμβαση για τη διακοπή του καπνίσματος. Στο πλαίσιο αυτό εξετάζεται επίσης η σχέση δημογραφικών και εργασιακών παραμέτρων με τη στάση απέναντι στη συμβουλευτική παρέμβαση, ενώ εξετάζεται και το αν η καπνισματική συνήθεια των ίδιων των ιατρών επηρεάζει τη στάση τους απέναντι στη συμβουλευτική.

3.2 Πληθυσμός μελέτης

Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν 200 ιατροί που εργάζονταν σε Ιδιωτικά και Δημόσια νοσηλευτικά ιδρύματα και ιατρεία της πόλης της Λάρισας (δείγμα ευκολίας). Εργαλείο της έρευνας αποτέλεσε ερωτηματολόγιο αποτελούμενο από δύο μέρη. Το πρώτο μέρος αφορούσε τα *κοινωνικο-δημογραφικά* χαρακτηριστικά του δείγματος: περιελάμβανε στοιχεία που αφορούσαν το φύλο, την ηλικία, την οικογενειακή κατάσταση, το μορφωτικό επίπεδο, τον τόπο διαμονής, καθώς και την επαγγελματική κατάσταση, καθώς και στην καπνιστική συνήθεια του ίδιου του ιατρού. Το δεύτερο μέρος περιελάμβανε 7 ερωτήσεις σχετικές με τη στρατηγική συμβουλευτικής παρέμβασης που ακολουθεί ο ιατρός και την άποψη του για την αποτελεσματικότητα της συμβουλευτικής παρέμβασης. Οι ερωτήσεις είχαν δύο πιθανές απαντήσεις (ΝΑΙ-ΟΧΙ). Οι ερωτήσεις σχεδιάστηκαν με τρόπο ώστε οι καταφατικές απαντήσεις να είναι ενδεικτικές θετικής στάσης απέναντι συμβουλευτική παρέμβαση. Κάθε θετική απάντηση βαθμολογήθηκε με 1 μονάδα και το άθροισμα όλων των ερωτήσεων αποτέλεσε τη συνολική βαθμολογία στην κλίμακα συμβουλευτικής παρέμβασης με ελάχιστη τιμή το 0 και μέγιστη το 8.

Διαδικασία

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε το διάστημα Ιανουάριος-Μάρτιο 2012. Τα ερωτηματολόγια μοιράστηκαν από την ερευνήτρια στους χώρους εργασίας και συμπληρώθηκαν παρουσία της.

Στοιχεία Δεοντολογίας

Η παρούσα ερευνητική μελέτη ανταποκρίνεται στις θεμελιώδεις δεοντολογικές αρχές, οι οποίες διέπουν τη διεξαγωγή ψυχολογικής έρευνας. Ειδικότερα:

1. Τηρήθηκε πλήρης εχεμύθεια ως προς τις πληροφορίες που αφορούν τους εξεταζόμενους και θα διαφυλαχθεί η ασφάλεια του σχετικού υλικού.
2. Κατοχυρώθηκε η ανωνυμία των εξεταζόμενων.
3. Τα αποτελέσματα που προέκυψαν χρησιμοποιήθηκαν αποκλειστικά και μόνον για τους σκοπούς της συγκεκριμένης έρευνας και αποκλειστικά και μόνον από τη συγκεκριμένη ερευνητική ομάδα.
4. Η καταπόνηση ή η συγκίνηση των εξεταζόμενων περιορίστηκε στο ελάχιστο δυνατό.

Ερευνητικά ερωτήματα

Διατυπώθηκαν τα ακόλουθα ερευνητικά ερωτήματα:

1. Οι ιατροί έχουν υψηλή μέση τιμή στην κλίμακα συμβουλευτικής παρέμβασης.
2. Οι καπνιστές ιατροί έχουν μικρότερη μέση τιμή στην κλίμακα συμβουλευτικής παρέμβασης σε σχέση με τους μη καπνιστές.
3. Οι ιατροί ασκούν τη συμβουλευτική παρέμβαση με τρόπο αποτελεσματικό
4. Οι έγγαμοι έχουν υψηλότερη βαθμολογία στην κλίμακα συμβουλευτικής παρέμβασης
5. Οι ιατροί με μεταπτυχιακές σπουδές έχουν υψηλότερη μέση τιμή στην κλίμακα συμβουλευτικής παρέμβασης

3.3 Στατιστική ανάλυση

Πραγματοποιήθηκε περιγραφική και αναλυτική στατιστική. Κατά την φάση της ανάλυσης, για την περιγραφή των κοινωνικοδημογραφικών και ψυχομετρικών χαρακτηριστικών του δείγματος, χρησιμοποιήθηκαν τα περιγραφικά στοιχεία των κατανομών (μέσος όρος, διάμεσος, σταθερή απόκλιση) και ιστογράμματα του ποσοστού των εργαζομένων ως προς τις απαντήσεις τους σε κάθε κλίμακα και υποκλίμακα. Κατόπιν έγινε σύγκριση των μέσων τιμών των αποτελεσμάτων των διαφόρων παραμέτρων ανάμεσα στις ομάδες. Για τη σύγκριση των μέσων τιμών των δύο κατανομών, που αφορούν τις ποσοτικές μεταβλητές χρησιμοποιήθηκε η δοκιμασία t test, αν οι σταθερές αποκλίσεις των δύο τούτων κατανομών δεν ήταν εξαιρετικώς άνισες (καμία σταθερή απόκλιση της μιας κατανομής δεν είναι διπλάσια της σταθερής απόκλισης της άλλης) και επίσης καμία από τις δύο συγκρινόμενες κατανομές δεν είναι σαφώς ασύμμετρη. Για συγκρίσεις περισσότερων δειγμάτων χρησιμοποιήθηκε η δοκιμασία ANOVA, με την εφαρμογή της δοκιμασίας Bonferroni, όπου απαιτήθηκε post-hoc ανάλυση. Για τις ποιοτικές μεταβλητές χρησιμοποιήθηκε η δοκιμασία χ^2 ή εναλλακτικά η παραλλαγή της Likelihood Ratio (LR), προκειμένου για μικρό αριθμό παρατηρήσεων (<5) σε πίνακα μεγαλύτερο του 2x2

Αναφορικά με τις 12 ερωτήσεις του δευτέρου μέρους του ερωτηματολογίου, οι 8 ερωτήσεις που αναφέρονταν αποκλειστικά στη συμβουλευτική παρέμβαση και στις οποίες οι απαντητικές επιλογές ήταν του τύπου «ναι-όχι» (η ερώτηση 11 διαφοροποιείται ως προς αυτό, επειδή η οι απαντητικές επιλογές είναι «μερικές φορές-ποτέ» συγκρότησαν την «κλίμακα συμβουλευτικής». Στην κλίμακα αυτή η καταφατική απάντηση ή η απάντηση «ποτέ» (ερ.11) βαθμολογήθηκε με 1, ενώ η αρνητική με 0. Το εύρος της κλίμακας συνεπώς είναι από 0- 8 μονάδες. Οι μεταβλητές ηλικιακή ομάδα, έτη καπνίσματος και οικογενειακή κατάσταση διχοτομήθηκαν. Οι δύο πρώτες με αναφορά στη διάμεσο τιμή τους και η τελευταία με αναφορά στην κατηγοριοποίηση έγγαμος- άλλη κατάσταση. Ο συντελεστής εσωτερικής αξιοπιστίας α Cronbach της κλίμακας υπολογίστηκε σε $\alpha = 0,7$. Το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε σε $p=0,05$. Χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πακέτο SPSS 17.0.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Στον πίνακα 1 παρουσιάζονται τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων. Άντρες ήταν 131 άτομα (65,5%). Έγγαμοι (ή σε συμβίωση) ήταν το 71,4%. Παιδιά είχε το 71,3%.

Πίνακας 1. Δημογραφικά στοιχεία των ατόμων του δείγματος.

	N	%
Φύλο		
Άντρας	131	65,5
Γυναίκα	69	34,5
Σύνολο	200	100
Οικογενειακή κατάσταση		
Ανύπαντρος/η	53	26,6
Παντρεμένος/η – Συμβίωση	142	71,4
Χωρισμένος/η – Σε διάσταση	3	1,5
Χήρος /α	1	0,5
Σύνολο	199	100
Ύπαρξη παιδιών		
Ναι	124	71,3
Όχι	50	28,7
Σύνολο	174	100

Μεταπτυχιακό τίτλο/ Διδακτορικό διέθετε το 72% των ερωτηθέντων. Ειδικοί ιατροί ήταν 66,2% και ειδικευόμενοι το 33,8%. Η πλειονότητα τους απασχολούνταν στο χειρουργικό τομέα 77,7%, ενώ 21,3% απασχολούνταν στον παθολογικό τομέα. Το 69,2% των ερωτηθέντων εργαζόταν σε δημόσιο νοσοκομείο (πίνακας 2).

Πίνακας 2. Εκπαίδευση και εργασιακά χαρακτηριστικά των ατόμων του δείγματος.

	N	%
Εκπαίδευση		
Βασικές σπουδές	96	48,0
Μεταπτυχιακές σπουδές	48	24,0
Διδακτορικό	56	28,0
Σύνολο	200	100,0
Εργασιακές σχέσεις		
Ειδικός	129	66,2
Ειδικευόμενος	66	33,8
Σύνολο	195	100,0
Τομέας εργασίας		
Παθολογικός	42	21,3
Χειρουργικός	153	77,7
Εργαστηριακός	2	1,0
Σύνολο	197	100,0
Φορέας απασχόλησης		
Ελεύθερος επαγγελματίας- Ιδιωτική κλινική	61	30,8
Δημόσιο νοσοκομείο	137	69,2
Σύνολο	198	100,0

Η συχνότητα καπνίσματος μεταξύ των ατόμων του δείγματος ήταν 45,5%. Περισσότερα από 20 τσιγάρα την ημέρα κάπνιζε το 37,8 % των ερωτηθέντων.

Πίνακας 3. Καπνισματική συνήθεια των ατόμων του δείγματος

	N	%
Καπνίζετε;		
Ναι	91	45,5
Όχι	109	54,5
Αν ναι πόσα τσιγάρα καπνίζετε ημερησίως;		
<10	22	24,4
11-20	34	37,8
21-40	32	35,6
>40	2	2,2
Σύνολο	90	100,0

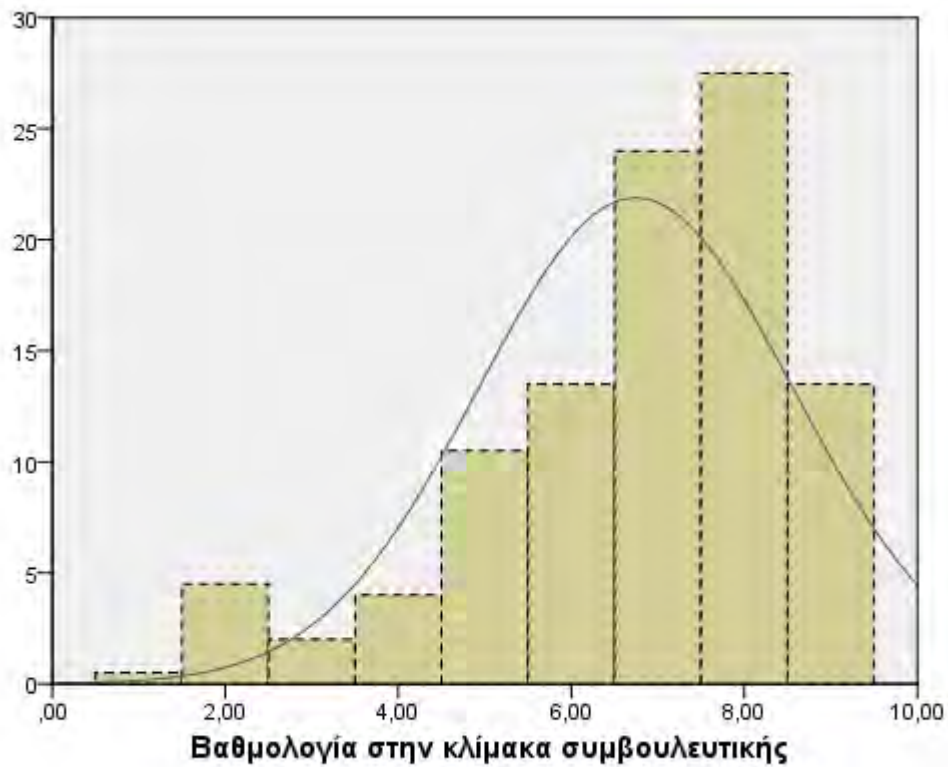
Η πλειονότητα των ερωτηθέντων αφιέρωνε 3 λεπτά στη συμβουλευτική παρέμβαση.

Πίνακας 4. Χρόνος συμβουλευτικής παρέμβασης.

Πόσο χρόνο αφιερώνετε στη συμβουλευτική παρέμβαση ;		
3 λεπτά	103	58,2
5 λεπτά	47	26,5
10 λεπτά	12	6,8
>10 λεπτά	15	8,5
Σύνολο	177	100,0

Η πλειονότητα των ερωτηθέντων έδειξε θετική στάση απέναντι στη συμβουλευτική και δήλωσε πως την εφαρμόζει, με εξαίρεση την ερώτηση «Πιστεύετε ότι η απλή σύσταση αυξάνει τα ποσοστά διακοπής του καπνίσματος;», στην οποία οι καταφατικές απαντήσεις ήταν 38,5% του συνόλου. Η μέση τιμή στην κλίμακα συμβουλευτικής ήταν $6,84 \pm 1,81$ (πίνακας 5 & Γράφημα1).

Γράφημα 1. Η κατανομή της βαθμολογίας στην κλίμακα συμβουλευτικής.



Πίνακας 5. Συχνότητα καταφατικών* απαντήσεων στις ερωτήσεις της κλίμακας συμβουλευτικής.

	N/ N _{ολικό}	%
Κάνετε απλή σύσταση στους ασθενείς σας να διακόψουν το κάπνισμα;		
Ναι	178/197	90,4
Επαναλαμβάνετε αυτή την απλή σύσταση με κάθε ευκαιρία;		
Ναι	155/199	77,9
Πιστεύετε ότι η απλή σύσταση αυξάνει τα ποσοστά διακοπής του καπνίσματος;		
Ναι	77/200	38,5
Συμβουλευτέτε τους ασθενείς σας να διακόπτουν το κάπνισμα;		
Ναι	180/200	90,0
Επαναλαμβάνετε τη συμβουλευτική παρέμβαση με κάθε ευκαιρία;		
Ναι	148/200	75,1

Πιστεύετε ότι η συμβουλευτική παρέμβαση αυξάνει τα ποσοστά διακοπής του καπνίσματος;

Ναι 131/198 66,2

Έχετε αναμμένο τσιγάρο κατά τη διάρκεια της εξέτασης του ασθενούς, συνταγογράφησης ή άλλης ιατρικής πράξης

Ποτέ 91/95 95,7

Θα συμβουλευάτε τους ασθενείς σας να απευθυνθούν σε ιατρείο διακοπής καπνίσματος;

Ναι 182/199 91,5

*Στην ερώτηση «Έχετε αναμμένο τσιγάρο κατά τη διάρκεια της εξέτασης του ασθενούς, συνταγογράφησης ή άλλης ιατρικής πράξης» αναφέρονται τα ποσοστά της απάντησης «ποτέ», ως ενδεικτική της θετικής στάσης απέναντι στη διακοπή του καπνίσματος.

Δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ως προς τη βαθμολογία στην κλίμακα συμβουλευτικής σε σχέση με τα έτη καπνίσματος (≤ 18 ή >18), την ηλικιακή ομάδα (≤ 40 , >40). Σε σχέση με την οικογενειακή κατάσταση οι έγγαμοι

είχαν υψηλότερη βαθμολογία (6,95 έναντι 6,21), με στατιστικά σημαντική διαφορά ($p=0,01$) (πίνακες 6,7,8).

Πίνακας 6. Έτη καπνίσματος και συνολική βαθμολογία στην κλίμακα συμβουλευτικής.

Έτη καπνίσματος	N	Μέση Τιμή	Τυπική Απόκλιση	P
≤ 18 έτη	50	6,28	2,24	
>18 έτη	39	6,54	1,82	0,55

Πίνακας 7. Ηλικιακή ομάδα και συνολική βαθμολογία στην κλίμακα συμβουλευτικής.

Ηλικιακή ομάδα	N	Μέση Τιμή	Τυπική Απόκλιση	P
≤ 40 ετών	112	6,64	1,84	0,41
>40 ετών	81	6,86	1,77	

Πίνακας 8. Οικογενειακή κατάσταση και συνολική βαθμολογία στην κλίμακα συμβουλευτικής.

Οικογενειακή κατάσταση	N	Μέση Τιμή	Τυπική Απόκλιση	P
Έγγαμος	142	6,95	1,69	0,01
Άγαμος / Άλλο	57	6,21	2,02	

Δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στην κλίμακα συμβουλευτικής ανάμεσα σε εκείνους που είχαν πραγματοποιήσει μεταπτυχιακές σπουδές και σε εκείνους χωρίς (πίνακας 9) ή ανάμεσα σε εκείνους που εργάζονταν σε δημόσιο νοσοκομείο και σε εκείνους που απασχολούνταν στον ιδιωτικό τομέα (πίνακας 10).

Πίνακας 9. Εκπαίδευση και συνολική βαθμολογία στην κλίμακα συμβουλευτικής.

Εκπαίδευση	N	Μέση Τιμή	Τυπική Απόκλιση	P
Μεταπτυχιακές σπουδές/Διδακτορικό	96	6,52	1,98	0,09
Βασικές σπουδές	104	6,95	1,63	

Πίνακας 10. Φορέας απασχόλησης και συνολική βαθμολογία στην κλίμακα συμβουλευτικής.

Φορέας απασχόλησης	N	Μέση Τιμή	Τυπική Απόκλιση	P
Ελεύθερος επαγγελματίας – Ιδιωτική κλινική	61	6,43	1,89	0,10
Δημόσιο νοσοκομείο	137	6,89	1,78	

Οριακά στατιστικά σημαντική διαφορά βρέθηκε στη συνολική βαθμολογία της κλίμακας συμβουλευτικής μεταξύ εκείνων που αφιερώνουν 3 λεπτά συμβουλευτικής παρέμβασης και εκείνων που αφιερώνουν περισσότερο από 10 λεπτά, με τους τελευταίους να δίνουν μικρότερο αποτέλεσμα, παρά το ότι ο χρόνος συμβουλευτικής είναι μεγαλύτερος (6,4 έναντι 7,4 στην κλίμακα συμβουλευτικής): [F(3,177)=2.89, p=0.048] (πίνακας 11& 12).

Πίνακας 11. Ανάλυση διακύμανσης για τη συνολική βαθμολογία στην κλίμακα συμβουλευτικής και το χρόνο που αφιερώνεται σε αυτήν.

(I) Χρόνος συμβουλευτικής	(J) Χρόνος συμβουλευτικής	Μέση διαφορά (I-J)	p	ΔΕ	
				Άνω όριο	Κάτω όριο
3 λεπτά	5 λεπτά	0,35	0,770	-0,26	0,97
	10 λεπτά	0,46	1,000	-0,61	1,53
	>10 λεπτά	0,98*	0,048	0,00	1,95

Πίνακας 12. Χρόνος συμβουλευτικής παρέμβασης και βαθμολογία στην κλίμακα συμβουλευτικής.

Περιγραφική στατιστική						
Χρόνος συμβουλευτικής		N	Ελάχιστο	Μέγιστο	Μέση Τιμή	Τυπική Απόκλιση
3 λεπτά	Συνολική βαθμολογία στην κλίμακα συμβουλευτικής	104	4,00	9,00	7,40	1,42
5 λεπτά	Συνολική βαθμολογία στην κλίμακα συμβουλευτικής	47	4,00	8,00	7,02	1,05
10 λεπτά	Συνολική βαθμολογία στην κλίμακα συμβουλευτικής	12	5,00	8,00	6,92	1,00
>10 λεπτά	Συνολική βαθμολογία στην κλίμακα συμβουλευτικής	15	2,00	8,00	6,40	1,45

Δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ως προς τη βαθμολογία της κλίμακας σε σχέση με τον αριθμό των τσιγάρων ανά ημέρα $F(2,89)=0.766$, $p=0,516$. Όταν καπνιστές και μη καπνιστές συγκρίθηκαν ως προς την κλίμακα συμβουλευτικής παρέμβασης οι *μη καπνιστές* συγκέντρωσαν υψηλότερη μέση βαθμολογία (7,05 έναντι 6,38 των καπνιστών), με στατιστικά σημαντική διαφορά ($p=0,01$) (πίνακας 13).

Πίνακας 13. Κάπνισμα και συνολική βαθμολογία στην κλίμακα συμβουλευτικής.

	Καπνιστής	N	Μέση Τιμή	Τυπική Απόκλιση	p
Συνολική βαθμολογία στην κλίμακα συμβουλευτικής	Ναι	91	6,38	2,02	0,01
	Όχι	109	7,05	1,58	

Δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στο χρόνο που αφιερώνεται στη συμβουλευτική παρέμβαση σε σχέση με τον αριθμό των τσιγάρων που καπνίζει ο ιατρός (πίνακας 14).

Πίνακας 14. Χρόνος συμβουλευτικής παρέμβασης και αριθμός τσιγάρων.

		Χρόνος συμβουλευτικής				
		3 λεπτά	5 λεπτά	10 λεπτά	>10 λεπτά	Σύνολο
Καπνιστής	Ναι	45	19	8	5	77
	Όχι	59	28	4	10	101
Σύνολο		104	47	12	15	178
Likelihood ratio, p=0,326						

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας, οι ιατροί είναι ευαισθητοποιημένοι απέναντι στους κινδύνους του καπνίσματος και συστήνουν σε υψηλό ποσοστό τη διακοπή του στους ασθενείς τους κατά την επίσκεψή τους σε αυτούς. Επίσης εμφανίζονται διατεθειμένοι να παραπέμψουν τον ασθενή τους σε ιατρείο διακοπής καπνίσματος. Ωστόσο, οι απαντήσεις τους δείχνουν ότι δεν έχουν εμπιστοσύνη στην αποτελεσματικότητα της συμβουλευτικής παρέμβασης, τουλάχιστον όταν αυτή περιορίζεται σε επίπεδο απλής σύστασης, ενώ τα ευρήματά μας προβληματίζουν σχετικά με τη δυνατότητα των ιατρών να πείσουν στην πράξη τους ασθενείς τους να διακόψουν το κάπνισμα, έστω και αν θίγουν το ζήτημα της διακοπής του. Πράγματι, βρέθηκε ότι το 45% των ιατρών του δείγματος ήταν καπνιστές και επιπλέον ότι ένα 5% (επί όσων απάντησαν στη σχετική ερώτηση) δήλωσε ότι είχε αναμμένο τσιγάρο κατά τη διάρκεια της επίσκεψης του ασθενούς. Επειδή λιγότεροι από τους μισούς ιατρούς απάντησαν σε αυτήν την ερώτηση, υπάρχει το ενδεχόμενο το πραγματικό ποσοστό να είναι πολύ μεγαλύτερο, γεγονός που, αν ισχύει, αποδυναμώνει πιθανότατα την αποτελεσματικότητα της παρέμβασης.

Οι καπνιστές συγκέντρωσαν λιγότερη βαθμολογία στην κλίμακα της συμβουλευτικής παρέμβασης, εύρημα που υποδηλώνει ότι ίσως ο ιατρός καπνιστής να μην είναι ο πλέον κατάλληλος για να ασκήσει τη συμβουλευτική παρέμβαση. Επιπλέον, οι ιατροί του δείγματος δεν επαναλαμβάνουν τις παραινέσεις προς τους ασθενείς σε κάθε επίσκεψη. Επίσης, η χρονική διάρκεια της συμβουλευτικής παρέμβασης στην παρούσα μελέτη βρέθηκε να είναι ίση ή μικρότερη των 3 λεπτών, επρόκειτο συνεπώς για βραχεία συμβουλευτική. Η βραχεία συμβουλευτική είναι αποτελεσματική (Fiore et al 2000, Ryckman et al 2006), αν και υπολείπεται των παρεμβάσεων με μεγαλύτερη χρονική διάρκεια. Συνεπώς και η παρέμβαση είναι ολιγόλεπτη, και απουσιάζει τόσο η συστηματικότητα της παρέμβασης, όσο και η πίστη στην αποτελεσματικότητά της, ενώ και οι ίδιοι οι ιατροί συχνά λειτουργούν ως αρνητικά πρότυπα.

Τα ευρήματα αυτά είναι σε συμφωνία με εκείνα διεθνών μελετών που δείχνουν ότι οι κατευθυντήριες οδηγίες δεν εφαρμόζονται επαρκώς και ότι χρειάζεται περισσότερη εκπαίδευση των ιατρών σε ζητήματα συμβουλευτικής. Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε μεταξύ ιατρών (παθολόγων και γυναικολόγων) στην Καλιφόρνια

των ΗΠΑ βρέθηκε 75% περίπου των ιατρών συμβούλευε περίπου το 75% των γυναικών ασθενών του να διακόψουν το κάπνισμα (Linaudais et al 2005). Ωστόσο, σε έρευνα που αφορούσε έγκυες γυναίκες, ενώ όλοι οι γυναικολόγοι κατέγραφαν την καπνισματική συνήθεια των γυναικών, μόνο το 66% τις συμβούλευε να το διακόψει, και ακόμα λιγότεροι αξιολογούσαν την επιθυμία τους να το πράξουν (42%), ή τις βοηθούσαν να το πράξουν(29%). Τέλος ελάχιστοι προγραμμάτισαν μια συνάντηση με σκοπό να ελέγξουν την πρόοδο των γυναικών στο ζήτημα αυτό (περίπου 6%). Η πλειονότητά τους (περίπου 65%) πίστευε πως δύο ενέργειες ήταν αρκετές για να διακόψουν οι έγκυες γυναίκες το κάπνισμα: η παραπομπή τους σε ειδικό και η εξήγηση των κινδύνων για το κάπνισμα. Παρόλα αυτά, μόνο το 25% αισθανόταν σίγουρο ότι θα παρέπεμπε τις εγκύους καπνίστριες σε ειδικό, ενώ 5% ανέφερε ότι επαναλαμβάνανε αυτή του την προτροπή σε κάθε συνάντηση. Οι μισοί σχεδόν γυναικολόγοι που συμμετείχαν στην έρευνα πίστευαν ότι το κάπνισμα δεν προκαλεί σημαντικές βλάβες στο έμβρυο, παρά μόνο κάποιες αμελητέες βλάβες (Jordan et al 2006) .

Αναφορικά με τη συμβουλευτική των εφήβων, η εικόνα μοιάζει αποκαρδιωτική. Στην έρευνα των Shelley et al (2005) βρέθηκε ότι το ένα τρίτο περίπου των εφήβων που επισκέφτηκαν ιατρό ή οδοντίατρο το προηγούμενο έτος ανέφεραν ότι δέχτηκαν συμβουλές για τους κινδύνους του καπνίσματος και την ανάγκη διακοπής του από τους ιατρούς και περίπου ένα 20% ανέφερε ότι συμβουλευτική από οδοντιάτρους. Μικρότερο από 20% ήταν το ποσοστό των φοιτητών που ανέφερε συμβουλευτική από ιατρούς και οδοντιάτρους για τη διακοπή του καπνίσματος. Τα ποσοστά αυτά δείχνουν ότι ιατροί και οδοντίατροι απέχουν πολύ από το να εφαρμόζουν στην πράξη τις κατευθυντήριες οδηγίες και ότι πιθανόν υπάρχουν ελλείμματα στη γνώση των ίδιων των επαγγελματιών υγείας για τις συνέπειες του καπνίσματος, αλλά και για τα ευεργετικά αποτελέσματα της συμβουλευτικής (Shelley et al 2005).

Αρκετές μελέτες θίγουν το πρόβλημα αυτό και εστιάζουν σε εσφαλμένες πεποιθήσεις των ιατρών και στην απροθυμία τους να συμβουλέψουν για τη διακοπή του καπνίσματος. Πολλοί άλλωστε από τους επαγγελματίες υγείας, ειδικά στη χώρα μας είναι και οι ίδιοι καπνιστές (η συχνότητα του καπνίσματος στους επαγγελματίες υγείας στη χώρα μας υπολογίζεται σε 40% περίπου). Η εκπαίδευση των

επαγγελματιών υγείας πρέπει να ξεκινάει από τα φοιτητικά τους χρόνια, καθώς έχει βρεθεί ότι λιγότερο από το 30% των φοιτητών υγειονομικών σχολών πιστεύει ότι πραγματικά το κάπνισμα έχει όλες τις βλαπτικές συνέπειες που του αποδίδονται, ιδιαίτερα σε σχέση με το καρδιαγγειακό σύστημα. Όσον αφορά τα εμπόδια που οι ίδιοι οι επαγγελματίες υγείας αναφέρουν στη συμβουλευτική του καπνίσματος, έρευνες δείχνουν ότι θεωρούν ότι η συμβουλευτική απαιτεί πολύ χρόνο, ότι δεν είναι αποτελεσματική και ότι λίγοι ειδικοί υπάρχουν στους οποίους μπορούν να παραπέμψουν τον καπνιστή ασθενή τους. Έμφαση πρέπει να δοθεί στην εκπαίδευση των ίδιων των επαγγελματιών υγείας πάνω στη συμβουλευτική για τη διακοπή του καπνίσματος, αλλά και στην ενδεδειγμένη ενημέρωση για τις βλαπτικές επιπτώσεις του καπνίσματος, με τρόπο ίσως όμοιο που δίνονται οι συμβουλές στους ασθενείς, μακριά από τις ακαδημαϊκές αίθουσες, υπό τον τύπο προσωπικής συνέντευξης. Υποστηρίζεται ότι ακόμα και πτωτική πορεία που διαπιστώνεται στη συχνότητα του καπνίσματος μεταξύ των επαγγελματιών υγείας σε αρκετές χώρες οφείλεται όχι στη διακοπή του καπνίσματος, αλλά στο γεγονός ότι οι νέοι υγειονομικοί δεν καπνίζουν. Το γεγονός αυτό, αν και ενθαρρυντικό για το μέλλον, δείχνει ότι και οι επαγγελματίες υγείας χρειάζονται συστηματική παρέμβαση προς την κατεύθυνση αυτή, πολύ περισσότερο όταν έχει βρεθεί ότι η πτώση της συχνότητας του καπνίσματος μεταξύ των ιατρών προηγείται της ελάττωσής του στο γενικό πληθυσμό (Jossaren 2000, Helgason & Lund 2002, McEwen & West 2001, Sotiropoulos 2007).

Το οικογενειακό περιβάλλον επίσης του ιατρού φαίνεται να διαδραματίζει επίσης ρόλο στη στάση του απέναντι στη συμβουλευτική κατά του καπνίσματος, αφού οι έγγαμοι είχαν υψηλότερη βαθμολογία στην κλίμακα συμβουλευτικής από τους άγαμους. Έχει βρεθεί ότι οι έγγαμοι άνδρες διακόπτουν πιο εύκολα το κάπνισμα (Broms et al 2004) και ίσως αυτή η επίδραση του οικογενειακού περιβάλλοντος στους έγγαμους να αντανακλάται και στην επίδοση των ίδιων των έγγαμων ιατρών στην κλίμακα της συμβουλευτικής.

Συνοψίζοντας, οι ιατροί φαίνεται πως συμβουλεύουν τους ασθενείς τους να διακόψουν το κάπνισμα. Ωστόσο φαίνεται πως δεν συντρέχουν οι προϋποθέσεις για τη σωστή άσκηση της συμβουλευτικής, ώστε αυτή να έχει το επιθυμητό αποτέλεσμα. Αν και στη μελέτη αυτή το δείγμα ήταν δείγμα ευκολίας και υπήρχε δυσανάλογη εκπροσώπηση των ιατρών παθολογικών ειδικοτήτων σε σχέση με τους ιατρούς

χειρουργικών ειδικοτήτων, η εναρμόνιση των αποτελεσμάτων της παρούσας έρευνας με εκείνα διεθνών μελετών φανερώνει ότι το πρόβλημα της αποτελεσματικής άσκησης της συμβουλευτικής δε γνωρίζει σύνορα και ότι υπάρχει ανάγκη περαιτέρω εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας πάνω στο τόσο κρίσιμο αυτό ζήτημα για τη δημόσια υγεία.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Anderson JE, Jorneby DE, Scott WJ, et al (2002). Treating tobacco use and dependence : an evidence-based clinical practice guideline for tobacco cessation. *Chest*, 121(3):932-41.

Broms U, Silventoinen K, Lahelma E, Koskenvuo M, Kaprio J (2004). Smoking cessation by socioeconomic status and marital status: the contribution of smoking behavior and family background. *Nicotine Tob Res*, 6(3):447-55.

Center for Disease Control and Prevention. Cigarette smoking among adults—United States, 2000. *MMWR Highlights*. Jul 26, 2002;51;29:642–645. Available at <http://www.cdc.gov/mmwr/> (accessed 10/7/03).

Corrigall WA, & Coen KM (1991). Selective dopamine antagonist reduce nicotine self-administration. *Psychopharmacology*, 104:171–176.

Corrigal WA, Coen KM, Adamson KL (1994). Self-administered nicotine activates the mesolimbic dopamine system through the ventral tegmental area. *Brain Res*, 653:278–284.

Clark PB (1990). Mesolimbic dopamine activation—the key to nicotine reinforcement? *Ciba Found Symp*, 152:153–162: discussion 162–168.

Dani JA, Ji D, Zhou FM (2001). Synaptic plasticity and nicotine addiction. *Neuron*, 31(3):349–352.

Davis JA, & Gould TJ (2008). Associative learning, the hippocampus, and nicotine addiction. *Curr Drug Abuse Rev*, 1(1):9-19.

Fiore, MC, Bailey WC, Cohen SJ, et al (2000). Treating tobacco use and dependence. *Clinical Practice Guideline*. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service. Available at <http://www.surgeongeneral.gov/tobacco/tobaqrg.htm> (accessed 10/01/12).

Flocke SA, Antognoli E, Step MM, Marsh S, Parran T, Mason MJ (2012). A teachable moment communication process for smoking cessation talk: description of a group randomized clinician-focused intervention. *BMC Health Serv Res*, 12(1):109.

Foulds J (2002). Effectiveness of smoking cessation initiatives. *BMJ*, 324:608-9.

Foulds J (2006). The neurobiological basis for partial agonist treatment of nicotine dependence: varenicline. *Int J Clin Pract*, 60(5):571-576.

Frishman WH (2007). Smoking cessation pharmacotherapy-nicotine and non nicotine preparations. *Prev Cardiol*, 10:10-22.

Helgason AR, & Lund KE (2002). General practitioners' perceived barriers to smoking cessation-results from four Nordic countries. *Scand J Public Health*, 30(2):141-7.

Hettema JE, & Hendricks PS (2010). Motivational interviewing for smoking cessation: a meta-analytic review. *J Consult Clin Psychol*, 78(6):868-84.

Hughes JR, Higgins ST, Bickel WK (1994). Nicotine withdrawal versus other drug withdrawal syndromes: similarities and dissimilarities. *Addiction*, 89(11):1461-1470.

Jarvis MJ, McIntyre D, Bates C, Foulds J (2002). Effectiveness of smoking cessation initiatives. Efforts must take into account smokers' disillusionment with smoking and their delusions about stopping. *BMJ*, 324(7337):608.

Jordan TR, Dake JR, Price JH (2006). Best practices for smoking cessation in pregnancy: do obstetrician/gynecologists use them in practice? *J Womens Health (Larchmt)*, 15(4):400-41.

Josseran L, King G, Velter A, Dressen C, Grizeau D (2000). Smoking behavior and opinions of French general practitioners. *J Natl Med Assoc*, 92(8):382-90.

Kenford SL, Rore MC, Jorenby DE, Smith SS, Wetter D, Baker TB (1994). Predicting smoking cessation: who will quit with and without nicotine patch. *JAMA*, 271:5a9-594.

Lancaster T, & Stead LF (2002). Individual behavioural counselling for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*, (3):CD001292.

Lancaster T, & Stead L (2004). Physician advice for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*, (4): CD000165.

Law M, & Tang JL (1995). An analysis of the effectiveness of interventions intended to help people stop smoking. *Arch Intern Med*, 155:1933-1941.

Le Foll B, & Goldberg SR (2009). Effects of nicotine in experimental animals and humans: an update on addictive properties. *Handb Exp Pharmacol*, (192):335-67.

Livaudais JC, Kaplan CP, Haas JS, Pérez-Stable EJ, Stewart S, Jarlais GD (2005). Lifestyle behavior counseling for women patients among a sample of California physicians. *J Womens Health (Larchmt)*, 14(6):485-95.

Marlow SP, & Stoller JK (2003). Smoking cessation. *Respir Care*, 48(12):1238-54.

McEwen A, & West R (2001). Smoking cessation activities by general practitioners and practice nurses. *Tob Control*, 10(1):27-32.

Nicotine Addiction in Britain : a report of the Tobacco Advisory Group of the Royal College of Physicians. London:Royal College of Physician; 2000.

Pérez-Stable EJ, & Fuentes-Afflick E (1998). Role of clinicians in cigarette smoking prevention. *West J Med*, 169(1):23-9.

Prochazka AV (2000). New developments in smoking cessation. *Chest*, 117(1):169S-175S.

Ροβίνα Ν, και Γκράτζιου Χ (2005). Στρατηγικές διακοπής του καπνίσματος Πνεύμων, 18(3):245-262.

Ryckman KA, Bercaw DM, Ellis MR, Wolf DG, Elgert S (2006). Clinical inquiries. What predicts a successful smoking cessation attempt? *J Fam Pract*, 55(9):816-9.

Shah ZH, Rao S, Mayo HG, Fashner J (2008). Clinical inquiries. What are the most effective ways you can help patients stop smoking? *J Fam Pract*, 57(7):478-9.

Shearer J, & Shanahan M (2006). Cost effectiveness analysis of smoking cessation interventions. *Aust N Z J Public Health*, 30(5):428-34.

Shelley D, Cantrell J, Faulkner D, Haviland L, Heaton C, Messeri P (2005). Physician and dentist tobacco use counseling and adolescent smoking behavior: results from the 2000 National Youth Tobacco Survey. *Pediatrics*, 115(3):719-25.

Sidani E, Price J, Dake J, Jordan T, Price J. Practices and Perceptions of Mental Health Counselors in Addressing Smoking Cessation. *Journal of Mental Health Counseling* 33(3):264-282

Silagy C, & Stead LF (2001). Physician advice for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*, (2):CD000165.

Sotiropoulos A, Gikas A, Spanou E, Dimitrelos D, Karakostas F, Skliros E, Apostolou O, Politakis P, Pappas S (2007). Smoking habits and associated factors among Greek physicians. *Public Health*, 121(5):333-40.

Stead LF, Lancaster T, Perara R (2003). Telephone counseling for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*, (1):CD002850.

West R, McNeill A, West R (2000). Smoking cessation guidelines for health professionals: an update. Health Education authority. *Thorax*, 55:987-99.

Westman, EC, Behm FM, Simel DL, Rose JE (1997). Smoking behavior on the first day of a quit attempt predicts long-term abstinence. *Arch Intern Med*, 157:335-340.

World Health Organisation (WHO). Tobacco or health: a global status report. Geneva: WHO. 1997