

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ**

**Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα
«ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ»**

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΟΥ ΣΩΜΑΤΙΚΟΥ ΒΑΡΟΥΣ ΚΑΙ ΑΛΛΩΝ
ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΣΤΗΝ ΚΙΝΗΤΟΠΟΙΗΣΗ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΑΚΟΠΗ ΤΟΥ
ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ**

Μεταπτυχιακή Φοιτήτρια

**ΜΠΛΟΥΧΟΥ ΠΑΝΑΓΙΩΤΑ
Κλινική Διαιτολόγος –Διατροφολόγος**

Επιβλέπουσα

**ΧΑΤΖΟΓΛΟΥ ΧΡΥΣΑ
Επίκουρη Καθηγήτρια**

Λάρισα 2010

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

1. Κ.Ι.Γουργουλιάνης. Καθηγητής Πνευμονολογίας, Πρύτανης Πανεπιστημίου Θεσσαλίας.
2. Χ.Χατζόγλου. Επίκουρη Καθηγήτρια Φυσιολογίας Πανεπιστημίου Θεσσαλίας.
3. Ε.Καρέτση. Πνευμονολόγος, Συνεργάτης Πνευμονολογικής Κλινικής Πανεπιστημίου Θεσσαλίας.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Εισαγωγή	4
A: ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	7
1 : Κάπνισμα	8
1.1 : Επιπτώσεις Καπνισματικής Συνήθειας και Δημογραφικά Στοιχεία	8
1.2 : Εξάρτηση	11
1.3 : Διακοπή Καπνίσματος	13
1.4 : Αλκοόλ και Κάπνισμα	15
1.5 : Παθητικό Κάπνισμα	17
2 : Βασικά Σημεία Παρέμβασης για τη Διακοπή του Καπνίσματος	19
2.1 : Γενικά	19
2.2 : Μέτρηση της Εξάρτησης σε Καπνιστές Ποιοτικές Μέθοδοι Ποσοτικές Μέθοδοι	23
2.3 : Εξάρτηση και Επιλογή Θεραπείας	24
2.4 : Μέτρηση Κινήτρου για την παύση του καπνίσματος	25
2.5 : Μέτρηση Βιοχημικών Δεικτών	26
2.6 : Αξιολόγηση Συνδρόμου Στέρησης	27
3 : Παχυσαρκία	28
3.1 : Γενικά	28
3.2 : Συσχέτιση Βάρους Σώματος - Καπνίσματος	31
3.3 : Δείκτης Μάζας Σώματος και βαρύτητα καπνίσματος	35
3.4 : Δείκτης Μάζας Σώματος –Διακοπή καπνίσματος και Φύλο	36
3.5 : Δείκτης Μάζας Σώματος –Διακοπή καπνίσματος και κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες	37
3.6 : Δείκτης Μάζας Σώματος –Διακοπή Καπνίσματος και Ηλικία.	39
B: ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	41
4 : Υλικό και μέθοδοι	42
4.1 : Υλικό – συμμετέχοντες	42
4.2 : Μέθοδοι – υπολογισμοί	43
4.3 : Στατιστική ανάλυση	47

5	: Αποτελέσματα	51
5.1.	Περιγραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος των ασθενών	51
5.2.	Χαρακτηριστικά καπνισματικής συνήθειας των ασθενών	56
5.2.α.	Εξάρτηση	56
5.2.β.	Έτη Καπνίσματος	59
5.2.γ.	Αριθμός τσιγάρων ημερησίως	63
5.3.	Κινητοποίηση των ασθενών	66
6	: Συζήτηση	74
7	: Περίληψη	84
8	: Abstract	86
	Βιβλιογραφία	88
	Παράρτημα	100

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η μείωση της καπνισματικής συνήθειας είναι ένας σημαντικός στόχος για τη δημόσια υγεία εξαιτίας του μεγάλου συσχετισμού της χρήσης καπνού με ποικίλες νόσους και πρόωμη θνησιμότητα.

Η παχυσαρκία είναι επίσης βασικός παράγοντας κινδύνου για πολλές ασθένειες και καταστάσεις όπως υπέρταση, υπερλιπιδαιμία, σακχαρώδης διαβήτης, μεταβολικές διαταραχές, διάφορες μορφές καρκίνου και ψυχικές διαταραχές-αγχώδεις καταστάσεις.

Γενικότερα, στα βασικά χαρακτηριστικά των καπνιστών αλλά και των παχύσαρκων κοινή συνιστώσα αποτελούν η κακώς εννοούμενη αντίληψη του παράγοντα υγείας που συνεπάγεται κακές διατροφικές συνήθειες, κακή χρήση αλκοόλ, φτωχότερη φυσική δραστηριότητα, παραμέληση του εαυτού τους και εν κατακλείδι κακής ποιότητας ζωής.

Το κάπνισμα συνδέεται με χαμηλότερο βάρος και η διακοπή καπνίσματος συνδέεται με αύξηση αυτού. Έχει αποδειχθεί ότι η μείωση της χρήσης του καπνού είναι ένας από τους παράγοντες που σχετίζονται με αύξηση της παχυσαρκίας.

Οι ανησυχίες για την αύξηση του σωματικού βάρους που εκδηλώνεται μετά τη διακοπή του καπνίσματος, πιθανόν να είναι ένας σημαντικά ανατρεπτικός παράγοντας για τη διακοπή της καπνισματικής συνήθειας. Η πιθανότητα διακοπής του καπνίσματος φαίνεται να είναι χαμηλότερη σε άτομα που αναφέρουν ανησυχίες για το βάρος.

Παρόλα αυτά οι γενικές ανησυχίες ως προς το βάρος σώματος ίσως να συνδέονται με μεγαλύτερη πιθανότητα διακοπής εξαιτίας μιας καλύτερης αντίληψης για τον παράγοντα υγεία.

Όμως πρέπει να σημειωθεί, ότι άλλες μεταβλητές, ιδιαίτερα η εξάρτηση από τη νικοτίνη, μπορεί να επηρεάσουν τη σχέση μεταξύ του ενδιαφέροντος για το σωματικό βάρος και των προσπαθειών για τη διακοπή του καπνίσματος. Επιπλέον, τα άτομα που αναφέρουν μεγάλο ενδιαφέρον για το βάρος σε σχέση με το κάπνισμα, αναφέρουν και πιο σοβαρά συμπτώματα λόγω αποχής από τον καπνό.

Οι ανησυχίες για το σωματικό βάρος σε σχέση με το κάπνισμα είναι σημαντικά πιο συχνές στις γυναίκες παρά στους άνδρες. Οι παράγοντες που συνδέονται με μεγάλο ενδιαφέρον για το βάρος σώματος σε σχέση με το κάπνισμα περιλαμβάνουν τις συχνές δίαιτες, την υψηλή εξάρτηση από τη νικοτίνη και τη μεγάλη κατανάλωση τσιγάρων. Αντιφατικά αποτελέσματα έχουν αποκομισθεί όσον αφορά τη σχέση του πραγματικού βάρους σώματος και του ενδιαφέροντος για το βάρος αναφορικά με το κάπνισμα.

Αν και ίσως να ήταν αναμενόμενο η αύξηση του βάρους να συνδέεται με λιγότερο επιτυχή έκβαση των προσπαθειών διακοπής του καπνίσματος εξαιτίας της υποτροπής του καπνίσματος, σε μια προσπάθεια ανάκτησης του ελέγχου του βάρους, κατά παράδοξο τρόπο, δε φαίνεται να συμβαίνει έτσι στην πραγματικότητα.

Οι περισσότερες μελέτες, αλλά όχι όλες, έχουν δείξει ότι τα επίπεδα μακροχρόνιας αποχής δεν είναι καθόλου χαμηλότερα, αν όχι και υψηλότερα, σε άτομα που παρατηρήθηκε αύξηση βάρους.

Εντούτοις πολλές μελέτες που ερευνούν τη σχέση μεταξύ των ανησυχιών για το βάρος σε σχέση με το κάπνισμα, έχουν παρακωλυθεί από το μέγεθος του χαμηλού δείγματος, την πλημμελή συλλογή αναδρομικών δεδομένων ή την έλλειψη ενός ειδικού μέσου για τη μέτρηση αυτών των ανησυχιών και της πραγματικότητας που ακολουθεί τη διακοπή του καπνίσματος.

Σκοπός της μελέτης

Ανατρέχοντας στη βιβλιογραφία και λαμβάνοντας υπόψη την ετερογένεια των αποτελεσμάτων, η παρούσα μελέτη, επανεξετάζει τους παράγοντες εκείνους που επηρεάζουν το βαθμό κινητοποίησης για τη διακοπή του καπνίσματος σε δείγμα πληθυσμού από την περιοχή της Θεσσαλίας.

Ο βασικός στόχος αυτής της μελέτης είναι να ερευνηθεί η επίδραση του τωρινού βάρους σώματος των συμμετεχόντων, του βάρους σώματός τους κατά την παιδική και εφηβική ηλικία αλλά και άλλων παραγόντων στο βαθμό κινητοποίησης για διακοπή του καπνίσματος σε σχέση με δημογραφικούς, μορφωτικούς παράγοντες, την καπνισματική συνήθεια και συνεθιστικούς παράγοντες όπως το αλκοόλ.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. ΚΑΠΝΙΣΜΑ

1.1 ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΙΚΗΣ ΣΥΝΗΘΕΙΑΣ-ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Το κάπνισμα σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας αποτελεί χρόνια νόσο που συσχετίζεται με τρεις (3) κυρίως κατηγορίες νοσημάτων: τα καρδιαγγειακά, τον καρκίνο (με σειρά συχνότητας του πνεύμονα, του λάρυγγα και της ουροδόχου κύστης), καθώς και τη χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια (ΧΑΠ)¹.

Στον καπνό περιέχονται περισσότερες από 4.000 ουσίες από τις οποίες εκείνες που εμφανίζουν μεγαλύτερη τοξική δράση και είναι περισσότερο υπεύθυνες για την πρόκληση των παραπάνω νόσων είναι το μονοξείδιο του άνθρακα και η πίσσα.

Ενώ η θνητότητα της ΧΑΠ στους άνδρες παραμένει σταθερή, στο γυναικείο φύλο παρατηρείται μια ταχεία αύξηση και αναμένεται να εξισωθεί ή και να ξεπεράσει αυτή των ανδρών τις επόμενες δύο ή τρεις δεκαετίες ίσως λόγω της συνεχιζόμενης καπνιστικής συμπεριφοράς των γυναικών και πιθανόν σε μεγαλύτερη ευπάθεια στις βλαβερές επιδράσεις του καπνού. Η «εμμονή» της καπνισματικής συνήθειας των γυναικών αποδόθηκε ως μια έκφραση συμπεριφοράς κοινωνικής ανεξαρτοποίησης αλλά και ως μέσο ελέγχου του βάρους σώματος².

Ο κίνδυνος για καρκίνο του πνεύμονα αυξάνεται αναλογικά με τη διάρκεια και ένταση του καπνίσματος. Ο κίνδυνος θανάτου από καρκίνο του πνεύμονα είναι 20 φορές υψηλότερος για τις γυναίκες που καπνίζουν περισσότερα από 2 πακέτα ημερησίως σε σχέση με τις μη καπνίστριες, ενώ είναι περισσότερο ευαίσθητες από τους άνδρες στην καρκινογόνο δράση του καπνού με σχετικό κίνδυνο δόσης –αποτελέσματος από 1,2 έως 1,7 φορές υψηλότερο στις γυναίκες από ότι στους άνδρες³.

Υπολογίζεται ότι οι καπνιστές σε όλο τον κόσμο είναι περίπου 1.100.000.000 και από αυτούς πεθαίνουν 3.500.000 το χρόνο - κάθε δέκα δευτερόλεπτα ένας άνθρωπος στη γη πεθαίνει εξαιτίας του καπνίσματος. Το 2025 τα θύματα του καπνίσματος αναμένεται να ξεπεράσουν τα 100.000.000. Η μείωση του προσδόκιμου επιβίωσης για τους συστηματικούς καπνιστές κάτω των 35 ετών που δεν διακόπτουν το κάπνισμα, εκτιμάται περίπου στα 8 χρόνια ενώ οι ίδιοι καπνιστές διακόπτοντας τον καπνό πριν την ηλικία των 35 χρόνων έχουν προσδόκιμο επιβίωσης ελάχιστα χαμηλότερο από αυτούς που δεν έχουν καπνίσει ποτέ. Στη μέση ηλικία η διακοπή του καπνίσματος βελτιώνει την υγεία και μειώνει σημαντικά τον επιπλέον κίνδυνο θανάτου. Τα οφέλη της διακοπής του καπνίσματος στην υγεία είναι τόσο άμεσα όσο και μακροπρόθεσμα⁴.

Η Ελλάδα έχει το θλιβερό προνόμιο να είναι πρώτη σε καπνιστές στην Ευρώπη και τρίτη στον κόσμο μετά την Κύπρο και την Κούβα. Το 43 % του ελληνικού πληθυσμού καπνίζει, γεγονός που κοστίζει 15.000 θανάτους το χρόνο εκ των οποίων 3.500 θάνατοι ανδρών και 500 θάνατοι γυναικών οφείλονται στον καρκίνο του πνεύμονα. Τρία (3) στα δέκα (10) ελληνόπουλα δοκίμασαν το τσιγάρο για πρώτη φορά σε ηλικία 13 ετών⁵.

Το κάπνισμα όμως αποτελεί αιτιογενή παράγοντα και για τα δευτερεύοντα νοσήματα ή τις διαταραχές «δεύτερης γραμμής», που μπορεί να μην είναι θανατηφόρα αλλά, προκαλούν σοβαρές διαταραχές ή αναπηρίες.

Η ανδρική υπογονιμότητα και η στυτική δυσλειτουργία έχει συσχετισθεί πλέον και αποδίδεται στο σύνολο των περιπτώσεων στο κάπνισμα^{6,7}.

Η αντιοιστρογόνος δράση της νικοτίνης είναι επίσης αποδεδειγμένη. Οι βαριές καπνίστριες εμφανίζουν διαταραχές στην έμμηνο ρύση, κατά 67% υψηλότερη πιθανότητα σε ανώμαλες μητρορραγίες και πρωιμότερη έναρξη της εμμηνόπαυσης κατά περίπου δύο έτη σε σχέση με τις μη καπνίστριες, γεγονός, που συνδέεται με ελάττωση της οστικής πυκνότητας (περίπου 2% για κάθε 10 έτη προόδου της ηλικίας) και σχεδόν διπλασιασμό του κινδύνου για κάταγμα ισχύου^{8,9}.

Το κάπνισμα μειώνει τις πιθανότητες σύλληψης για μια γυναίκα κατά 40 %. Εάν στο ζευγάρι καπνίζουν και οι δύο τα προβλήματα τόσο στη σύλληψη όσο και στην ανάπτυξη του εμβρύου πολλαπλασιάζονται με σειρά προτεραιότητας την τερατογέννηση, τις εμβρυϊκές δυσμορφίες και το ελλιποβαρές νεογνό εξαιτίας της μειωμένης παροχής O_2 και του χρόνιου υποξικού στρες. Σημαντική μείωση στο βάρος του εμβρύου μπορεί να προκληθεί και σε χαμηλά επίπεδα έκθεσης σε νικοτίνη όπως και κατά την έκθεση σε παθητικό κάπνισμα¹⁰.

Στις αρνητικές επιδράσεις του τσιγάρου κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης αναφέρονται επίσης το σύνδρομο του αιφνίδιου βρεφικού θανάτου, ο πρόωρος τοκετός και οι αναπνευστικές διαταραχές (λόγω υποπλασίας των πνευμόνων) κατά την παιδική ηλικία με κυρίαρχη την εκδήλωση παιδικού άσθματος, υπερκινητικότητα, αναπτυξιολογικά προβλήματα, εμφάνιση σακχαρώδους διαβήτη τύπου 2 καθώς και υπέρταση στην παιδική ή ενήλικη ζωή.

Μελέτες αναφέρουν ότι το κάπνισμα στη διάρκεια της εγκυμοσύνης ευθύνεται για ποσοστό 15% των πρόωρων τοκετών και μέχρι 150% της συνολικής περιγεννητικής θνησιμότητας¹¹.

Πρόσφατες έρευνες έδειξαν πως το κάπνισμα προκαλεί σοβαρές απώλειες μνήμης (νόσος Αλτσχάιμερ, πρόωρη γεροντική άνοια), καθώς και απώλεια ευφυΐας¹².

Επίσης το κάπνισμα σε συνάρτηση με την παχυσαρκία σχετίζεται με την απώλεια ακοής και την τύφλωση^{13,14}.

1.2 ΕΞΑΡΤΗΣΗ

Η δύναμη που εμποδίζει τον καπνιστή να διακόψει το κάπνισμα είναι η **εξάρτηση**. Η εξάρτηση αφορά τόσο τη βιοχημεία του ανθρώπινου οργανισμού όσο και τη συμπεριφορά του.

Στην πρώτη περίπτωση πρόκειται για φαρμακολογική εξάρτηση όπου αποκλειστικά υπεύθυνη είναι η νικοτίνη. Πρόκειται για μια χημική ουσία που προκαλεί ποικίλες αντιδράσεις στον ανθρώπινο οργανισμό και επιδρά κυρίως στον εγκέφαλο και το νευρικό σύστημα. Το 25 % της εισπνεόμενης νικοτίνης αφομοιώνεται από τον εγκέφαλο ταχύτατα μέσα σε διάστημα 7-10 min από το χρόνο εισπνοής γεγονός που οδηγεί σε διέγερση των νικοτινικών – ακετυλοχολινεργικών υποδοχέων, έκλυση των νευροδιαβιβαστών ντοπαμίνης, σεροτονίνης και νορεπινεφρίνης, ανταμοιβή και εξάρτηση. Στο σχήμα 1 φαίνεται η κυκλική διεργασία εξαρτημένης συμπεριφοράς από την νικοτίνη¹⁵.



Σχήμα 1. Μηχανισμός εθιστικής δράσης νικοτίνης

Η ντοπαμίνη είναι υπεύθυνη για το αίσθημα της ευχαρίστησης που προκαλείται από τη διαδικασία εισπνοής του καπνού ενώ οι νευροδιαβιβαστές σεροτονίνη και νορεπινεφρίνη τροποποιούν τη διάθεση και ενισχύουν την εγρήγορση αντίστοιχα.

Η εξάρτηση αναπτύσσεται ταχέως. Αναφέρονται ενδείξεις γεννητικής βάσεως σε ποσοστό περίπου 50 % και ενισχύεται από το περιβάλλον όπως γονεϊκά ή αδελφικά πρότυπα, εφηβικό «σύνδρομο» ανεξαρτοποίησης (ασταθής παιδική ηλικία, ριψοκίνδυνες νεανικές συμπεριφορές, ενδοοικογενειακές συγκρούσεις, αναζήτηση προτύπων), αγχωτικοί παράγοντες, κακό εργασιακό περιβάλλον, χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, πρότυπα εξωτερικής εμφάνισης για τους μεν άνδρες ως σύμβολο πυγμής, για τις δε γυναίκες ως μέσο κοινωνικής συμπεριφοράς αλλά και ελέγχου του σωματικού τους βάρους¹⁶.

Όσον αφορά τη συσχέτιση των αγχωτικών γεγονότων και του καπνίσματος, έρευνες εμφανίζουν μια ισχυρή συσχέτιση μεταξύ των αγχωτικών γεγονότων ζωής και τον κίνδυνο για εξάρτηση από τη νικοτίνη αλλά και το αντίστροφο, δηλαδή η εξάρτηση από τη νικοτίνη αυξάνει τον κίνδυνο έκθεσης σε αγχωτικά γεγονότα ζωής¹⁷.

Δεν είναι τυχαία τα ποσοστά που εμφανίζονται όσον αφορά την εξάρτηση στο τσιγάρο και τις ψυχικές διαταραχές. Το 70% των μανιοκαταθλιπτικών καπνίζει συστηματικά, οι ψυχωσικοί κατά 90% ενώ το ποσοστό μειώνεται στις αμιγώς αγχωτικές συμπεριφορές.

Μέσα στα πλαίσια μελετών επίδρασης του περιβάλλοντος στο μηχανισμό εξάρτησης από τη νικοτίνη, πρόσφατες έρευνες έδειξαν ότι αν ένας γονιός καπνίζει, το παιδί έχει 50% πιθανότητες να γίνει μελλοντικός καπνιστής, αν καπνίζουν και οι δύο γονείς το ποσοστό ανέρχεται σε 80%, ενώ στην περίπτωση που δεν καπνίζει κανένας γονιός το ποσοστό μειώνεται σε 10%.

Επίσης, είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι η εξάρτηση δημιουργεί και μια συγκεκριμένη συμπεριφορική τακτική. Κοινά χαρακτηριστικά των εξαρτώμενων ασθενών είναι ο παρορμητισμός, ο εγωκεντρισμός, ο απόλυτος

τρόπος σκέψης αλλά και ο ρόλος του θύματος που αναπτύσσουν συχνά, ίσως αναφέρεται στις μελέτες, για λόγους αποενοχοποίησής τους από την ίδια τους την εξάρτηση, έχοντας πλήρη επίγνωση του εθισμού τους¹⁸.

1.3 ΔΙΑΚΟΠΗ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ

Το κάπνισμα χρειάζεται πλέον να αντιμετωπισθεί ως χρόνια νόσος αλλά και ως εξάρτηση και για το λόγο αυτό αντιλαμβανόμαστε την επιτακτική ανάγκη ευαισθητοποίησης και κινητοποίησης του πληθυσμού για τη διακοπή του καπνίσματος καθώς και την απεξάρτησή του από τις εθιστικές ιδιότητες της νικοτίνης.

Όπως έχει ήδη αναφερθεί, η νικοτίνη είναι ένα εθιστικό φάρμακο-ναρκωτικό που βρίσκεται από τη φύση στον καπνό. Κατά τη διάρκεια του χρόνου, το σώμα γίνεται και φυσικά και ψυχολογικά εξαρτώμενο από αυτή¹⁹.

Μελέτες έχουν δείξει ότι οι καπνιστές πρέπει να υπερνικήσουν και τους **δύο εθισμούς** για να θεωρηθεί επιτυχής η διακοπή και εγκατάλειψη του καπνίσματος. Γενικά, ένας κανονικός καπνιστής θα έχει τη νικοτίνη ή τα υποπροϊόντα της παρόντα στο σώμα του για περίπου 3-4 ημέρες μετά τη διακοπή του καπνίσματος. Στο σχήμα 1 παρουσιάστηκε η κυκλική διεργασία εξαρτημένης συμπεριφοράς από τη νικοτίνη.

Η νικοτίνη παράγει τα ευχάριστα συναισθήματα που κάνουν τον καπνιστή να θελήσει να καπνίσει περισσότερο. Το φαινόμενο αυτό αποδίδεται σχεδόν εξολοκλήρου στα αυξημένα ποσοστά ντοπαμίνης και νορεπινεφρίνης. Χαρακτηρίζεται δε από, έντονα διεγερτική δράση, βελτίωση της προσοχής και διευκόλυνση στη μάθηση, στο χρόνο αντίδρασης, όπως και στο χρόνο επίλυσης προβλημάτων. Η ιδιότητά της να βελτιώνει τη διάθεση, της προσδίδει αντικαταθλιπτική δράση, φαινόμενα μείωσης της έντασης και μυοχάλαση²⁰.

Δεδομένου ότι το νευρικό σύστημα προσαρμόζεται στη νικοτίνη, οι καπνιστές τείνουν να αυξάνουν τον αριθμό των τσιγάρων που καπνίζουν και επομένως το ποσοστό νικοτίνης στο αίμα τους. Μετά από τη στιγμή αυτή, ο καπνιστής αναπτύσσει μια ανοχή στο ναρκωτικό το οποίο οδηγεί σε μια αύξηση στο κάπνισμα στη διάρκεια του χρόνου. Ο καπνιστής φθάνει σε ένα ορισμένο επίπεδο νικοτίνης και έπειτα καπνίζει για να διατηρήσει αυτό το επίπεδο²¹.

Όταν οι καπνιστές προσπαθούν να ελαττώσουν ή να εγκαταλείψουν το τσιγάρο, η μείωση ή η απουσία της νικοτίνης οδηγεί σε σοβαρά συμπτώματα απόσυρσης.

Τα συμπτώματα αυτά είναι και σωματικά και διανοητικά. Φυσικά το σώμα αντιδρά στην απουσία της εθιστικής ουσίας. Ψυχολογικά όμως ο καπνιστής πρέπει να αντιμετωπίσει τη διακοπή μιας συνήθειας η οποία απαιτεί αλλά και επιφέρει μια σημαντική αλλαγή στη συμπεριφορά. Τα συμπτώματα στέρησης εμφανίζονται 2ώρες μετά το τελευταίο τσιγάρο, παρουσιάζουν σημεία αιχμής μετά από 24-48 ώρες και αρχίζουν να υποχωρούν μετά τις 4-6 εβδομάδες αποχής. Έχουν δε αναφερθεί και περιπτώσεις όπου η στέρηση συνεχίζει για μήνες²².

Στα συμπτώματα στέρησης αναφέρονται: ίλιγγος (διαρκεί τις πρώτες 1-2 ημέρες), έντονη επιθυμία για κάπνισμα, ένταση, ευερεθιστότητα, ανησυχία, απογοήτευση, θυμός, άγχος, δυσφορική ή καταθλιπτική διάθεση, διαταραχές ύπνου (υπνηλία αλλά και δυσκολία στον ύπνο, εφιάλτες), πονοκέφαλος, μειωμένο κινητικό έργο, αυξημένη μυική τάση, δυσκολία συγκέντρωσης, αυξημένη όρεξη, αυξημένο βάρος σώματος, μείωση των επιπέδων αδρεναλίνης και κορτιζόνης. Οι διαταραχές αυτές είναι που μπορούν να οδηγήσουν τον καπνιστή στην υποτροπή για να αυξήσει πάλι τα επίπεδα νικοτίνης στο αίμα ώστε να εξαφανισθούν τα συμπτώματα στέρησης²³.

1.4 ΑΛΚΟΟΛ και ΚΑΠΝΙΣΜΑ

Το κάπνισμα και η υπερβολική χρήση αλκοόλ συγκροτούν τον πρώτο και τρίτο αντίστοιχα από τους θανατηφόρους παράγοντες κινδύνου που επηρεάζουν την υγεία στις Η.Π.Α.

Κάθε χρόνο περίπου 1.500.000 άνθρωποι στις Η.Π.Α γίνονται καπνιστές και η συντριπτική πλειοψηφία αυτών είναι έφηβοι και νεαροί ενήλικες²⁴.

Εκτός από τις χρόνιες συνέπειες που έχει το κάπνισμα για νοσηρότητα αργότερα στη ζωή, το κάπνισμα στην εφηβεία εμφανίζει μια σειρά κινδύνων για την υγεία, όπως μειωμένο βαθμό ανάπτυξης των πνευμόνων και σοβαρά αναπνευστικά προβλήματα. Επιπλέον τα άτομα που καπνίζουν από νεαρή ηλικία έχουν λιγότερες πιθανότητες να απεξαρτηθούν από αυτό ως ενήλικες²⁵.

Παρομοίως, η χρήση του αλκοόλ, τυπικά αρχίζει στην εφηβεία και η πρόωγη έναρξη χρήσης του είναι ένας ισχυρός προγνωστικός δείκτης επόμενων προβλημάτων και εξάρτησης²⁶.

Η χρήση αλκοόλ έχει οριστεί σαν παράγοντας κινδύνου για την εμφάνιση εξάρτησης από τη νικοτίνη στους νέους.

Αντιθέτως, άλλες μελέτες καταδεικνύουν ότι το κάπνισμα είναι ισχυρός προγνωστικός δείκτης για μετέπειτα χρήση αλκοόλ, κατάχρηση και εξάρτηση και πως η ηλικία έναρξης της καπνισματικής συνήθειας είναι επίσης ισχυρός προγνωστικός δείκτης για μεγάλη κατανάλωση αλκοόλ και διαταραχές από τη χρήση αυτού.

Επίσης αναδρομικές μελέτες έχουν δείξει ότι η ηλικία στην οποία αρχίζει κανείς το κάπνισμα είναι ισχυρός προγνωστικός δείκτης για μεγάλη κατανάλωση αλκοόλ και διαταραχές από τη χρήση αυτού. Σημαντικά αποτελέσματα από τις μελέτες αυτές λαμβάνουμε όσον αφορά την ηλικία έναρξης του πρώτου ποτού, τη διάρκεια χρήσης του αλκοόλ καθώς και το οικογενειακό ιστορικό²⁷.

Ανεξαρτήτως από το ποιος παράγοντας από τους δύο αποτελεί το αίτιο της εξακολουθητικής εξάρτησης του δεύτερου, η σχέση ανάμεσα στο αλκοόλ και το

κάπνισμα είναι επισήμως τεκμηριωμένη, δηλαδή ενώ η σχέση ανάμεσα στο κάπνισμα και την κατανάλωση αλκοόλ ή και τον αλκοολισμό είναι τεκμηριωμένη, δεν είναι σαφές εάν το κάπνισμα απλά σχετίζεται με περισσότερο ποτό ή αν οι πότες που καπνίζουν είναι πιο ευάλωτοι σε διαταραχές από τη χρήση αλκοόλ σε σχέση με αυτούς που δεν καπνίζουν.

Αρκετές μελέτες κατέδειξαν ότι η νικοτίνη επιδρά στο κεντρικό νευρικό σύστημα των εφήβων με τέτοιο τρόπο ώστε να αυξάνει την ευπάθεια για εθισμό και ότι οι συνέπειες της νικοτίνης στην έκφραση των γονιδίων και την ανάπτυξη του εγκεφάλου είναι πιο επιβλαβείς από αυτές που παρατηρήθηκαν σε ενήλικες.

Εκτός από την άμεση επίδραση του καπνίσματος και του υπερβολικού ποτού στις γενικές συνέπειες για την υγεία, υπάρχει ισχυρή συσχέτιση να συμβούν μαζί η εξάρτηση από το κάπνισμα και το αλκοόλ, που και τα δύο συνδέονται με ροπή στη χρήση άλλων ναρκωτικών ουσιών.

Τόσο το κάπνισμα όσο και το αλκοόλ, εδώ και χρόνια, έχουν θεωρηθεί πρώιμα και σημαντικά βήματα προς τη χρήση πιο σοβαρών ναρκωτικών²⁸.

Αλκοόλ και τσιγάρο λοιπόν αποτελούν συχνά ζευγαρωτές δραστηριότητες που αποτελούν αντικείμενο πολλών ερευνών όσον αφορά την αιτιογενή συσχέτιση αυτών. Οι περισσότερες εξ'αυτών το αποδίδουν σε γεννητικούς παράγοντες ή ακόμη και στην εικασία ότι η νικοτίνη μπορεί να δράσει σαν «νευροχημική πύλη» για κατάχρηση ακόμη και πιο σοβαρών ουσιών. Στους αιτιογενείς παράγοντες αναφέρονται ψυχοκοινωνικοί παράγοντες, οικονομικοί, δημογραφικοί καθώς και λανθασμένα πρότυπα κυρίως μέσω των διαφημιστικών σποτ. Στους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες περιλαμβάνονται συσχετίσεις με παραβατικές ομάδες συνομηλίκων καθώς και χαρακτηριστικά προσωπικότητας επιρρεπούς προς τον κίνδυνο που είναι γνωστό ότι συμπεριφέρονται κατά πλειονότητα καταχρηστικά προς το αλκοόλ αλλά και άλλων ναρκωτικών²⁹.

1.5 ΠΑΘΗΤΙΚΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ

Η οξεία έκθεση σε παθητικό κάπνισμα (secondhand smoke –SHS) συνδέεται με κινδύνους που επιφέρουν τα ίδια βλαπτικά αποτελέσματα με το ενεργητικό κάπνισμα όπως αυξημένη συχνότητα εμφάνισης στεφανιαίας νόσου και εγκεφαλικού επεισοδίου, τον καρκίνο του πνεύμονα, τη Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια και το άσθμα. Ηπιότερα συμπτώματα αναφέρονται η δυσφορία, ο οφθαλμικός ερεθισμός και η κεφαλαλγία. Αρκετοί φλεγμονώδεις και αιμοστατικοί παράγοντες έχουν εμπλακεί στην αιτιότητα του διαβήτη τύπου 2, κάτι που είναι επίσης σύμφωνο με μελέτη που εμπλέκει την έκθεση σε παθητικό κάπνισμα με την εμφάνιση μη ινσουλινοεξαρτώμενου διαβήτη³⁰.

Τα παιδιά αποτελούν την πιο ευπαθή ομάδα, γεγονός που αποδίδεται στον υψηλότερο μεταβολικό βαθμό ηρεμίας και ρυθμό κατανάλωσης οξυγόνου ανά μονάδα βάρους σώματος στους πιο στενούς αεραγωγούς και στο μεγάλο βαθμό ανάπτυξης των πνευμόνων μετά τη γέννηση. Η επίδραση του καπνίσματος είναι αθροιστική και ξεκινά από την εμβρυϊκή ζωή, το θηλασμό και στη συνέχεια από το περιβάλλον³¹.

Πειραματικά δεδομένα δείχνουν ότι το παθητικό κάπνισμα μπορεί να προκαλέσει ενδοθηλιακή βλάβη, αυξάνοντας τη λειτουργία των ενδοθηλιακών κυττάρων και προκαλώντας παρόμοιο βαθμό ενδοθηλιακής δυσλειτουργίας με το βαθμό που παρατηρείται σε ενεργητικούς καπνιστές. Σε οξείες δε περιπτώσεις, έχουμε παραγωγή κυτοκινών³².

Υπάρχουν επίσης αναφορές σχετικού κινδύνου (R.R) καρδιαγγειακών επιπλοκών για τους ενεργούς καπνιστές 1,78 και 1,31 για τους παθητικούς³³.

Παρόλο που πολλές μελέτες έδειξαν ότι οι ενεργητικοί καπνιστές είχαν υψηλότερα επίπεδα τριγλυκεριδίων και ινσουλίνης και χαμηλότερο Δείκτη Μάζας Σώματος (ΔΜΣ) και περίμετρο μέσης από τους μη καπνιστές με χαμηλή έκθεση σε παθητικό κάπνισμα, εντούτοις εξακολουθεί να υπάρχει σύγχυση μεταξύ των συσχετίσεων αυτών στις διάφορες έρευνες³⁴.

Σε δύο μόνο μεγάλες μελέτες πληθυσμού από τη British Regional Heart Study και από το third National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES III), έχουμε εμπειριστατωμένα αποτελέσματα για το παθητικό κάπνισμα. Στις συγκεκριμένες μελέτες δεν υπολογίσθηκε μόνο η κοτινίνη των ούρων αλλά, ανιχνεύθηκαν υπολείμματα ή και στερεά κατάλοιπα αυτής στα ρούχα, τα μαλλιά και σε επιφάνειες δωματίων των καπνιστών και υπολογίσθηκε ότι το 85 % του εισπνεόμενου καπνού προέρχεται από το παράπλευρο ή πλάγιο ρεύμα και μόνο το 15 % από το κύριο, ενισχύοντας έτσι τη θέση για τον αυξημένο κίνδυνο εξαιτίας του παθητικού καπνίσματος^{35,36}.

2. ΒΑΣΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΑΚΟΠΗ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ.

2.1 ΓΕΝΙΚΑ

Είναι γεγονός πλέον ότι το κάπνισμα έχει τα χαρακτηριστικά μιας χρόνιας νόσου και δεν αποτελεί μια απλή συνήθεια. Για το λόγο αυτό έχει «κόστος» οικονομικό αλλά και σημαντικό «κόστος» υγείας τόσο για τον ίδιο τον καπνιστή όσο και για το κοινωνικό σύνολο αφού σχετίζεται με σημαντικό αριθμό ασθενειών, οι περισσότερες των οποίων χρήζουν ιδιαίτερης φαρμακευτικής αγωγής, γεγονός που επιβαρύνει οικονομικά τόσο τον ίδιο τον ασθενή όσο και τα ασφαλιστικά ταμεία αλλά και σημαντικό ψυχικό κόστος τόσο στον ίδιο τον πάσχοντα όσο και στο οικογενειακό του περιβάλλον. Τελευταία, συζητείται ιδιαίτερα το γεγονός της αύξησης της συχνότητας των περιστατικών πρόωρης συνταξιοδότησης ως αποτέλεσμα της βλαπτικής δράσης του τσιγάρου που οδηγεί σε ανικανότητα³⁷.

Οι διαπιστώσεις αυτές οδήγησαν το Αμερικάνικο Κολλέγιο Πνευμονολόγων ACCP(American College of Chest Physician) και το Βρετανικό Ινστιτούτο Κλινικής Αριστείας (NICE), στο να εκδόσουν κοινές κατευθυντήριες οδηγίες και να λάβουν πρωτοβουλίες για την καταπολέμηση του προβλήματος^{38,39}.

Για την πραγματοποίηση των παραπάνω τόσο η ιατρική κοινότητα στο σύνολό της όσο και οι υγειονομικοί φορείς έχουν αναπτύξει κοινές στρατηγικές προσέγγισης προκειμένου να βοηθήσουν τους καπνιστές να διακόψουν το κάπνισμα αλλά και να ενημερώσουν και να δημιουργήσουν κίνητρο σε εκείνους που δεν επιθυμούν ακόμη τη διακοπή. Η βασική λοιπόν θεραπευτική προσέγγιση στηρίζεται στην κινητοποίηση και στην επιθυμία για διακοπή, στην ενίσχυση της κινητοποίησης και στην έναρξη της προσπάθειας αλλά και στην ελάττωση των συμπτωμάτων στέρησης. Η αίσθηση των συμπτωμάτων στέρησης αποτελεί κινητήριο δύναμη υποτροπής της καπνισματικής συνήθειας όπως και ο φόβος αύξησης του σωματικού βάρους που ακολουθεί τη διακοπή και χρησιμοποιείται

κυρίως από το γυναικείο φύλο ως κίνητρο για την έναρξη του καπνίσματος ή την υποτροπή σε αυτό. Αν και στις περισσότερες περιπτώσεις η υποτροπή σημειώνεται στα πρώτα στάδια της διακοπής του καπνίσματος εντούτοις, η καπνιστική συνήθεια μπορεί να επανεμφανισθεί μετά από μήνες ή και χρόνια από την ημερομηνία διακοπής.

Το πρώτο βήμα για την αντιμετώπιση της εξάρτησης είναι ο εντοπισμός των καπνιστών. Βασικό ρόλο στην προσπάθεια αυτή αποτέλεσε, για την Ελλάδα, η δημιουργία των Ιατρείων Διακοπής Καπνίσματος. Σύμφωνα με στατιστικά στοιχεία, αυξάνει συνεχώς ο αριθμός των ασθενών που τα επισκέπτονται με κυρίαρχη την ηλικιακή ομάδα 35-55 ετών, με το 55% αυτών να κατέχει το υψηλότερο ποσοστό εξάρτησης της κλίμακας Fagerstrom. Το 60 % των επισκεπτών-ασθενών αντιστοιχεί στους άνδρες ενώ το 40% στις γυναίκες. Ένα αρκετά μεγάλο ποσοστό της τάξεως του 40-60% ολοκληρώνει τη θεραπεία ενώ, στον ετήσιο επανέλεγχο εμφανίζεται περίπου το 20-35% των ασθενών. Αν εξαιρέσουμε τον συνεχώς αυξανόμενο αριθμό καπνιστών που επισκέπτονται τα Ιατρεία Διακοπής Καπνίσματος, το 70% των καπνιστών επισκέπτεται τον παθολόγο κάθε χρόνο, το 50% οδοντίατρο, ενώ επίσης υψηλό ποσοστό επισκέπτεται και άλλες ειδικότητες υγείας. Ο επαγγελματίας υγείας θα πρέπει να είναι προετοιμασμένος να ενημερώσει και να κινητοποιήσει τον ασθενή. Οι κατευθυντήριες οδηγίες αναφέρουν ότι ακόμη και 3 λεπτά συζήτησης είναι ικανά να κινητοποιήσουν τον ασθενή⁴⁰.

Γενικά ο στόχος ενός προγράμματος διακοπής καπνίσματος βασίζεται πάνω σε ένα άξονα με τρεις βασικές συνιστώσες:

- ενημέρωση και κινητοποίηση των καπνιστών (λόγω του μεγέθους της εξάρτησης αλλά και των συχνών υποτροπών απαιτείται συνεχής κινητοποίηση θεραπειών και καπνιστών)
- επιλογή τρόπου θεραπευτικής παρέμβασης
- ψυχολογική υποστήριξη

Η επιλογή της στρατηγικής παρέμβασης πρέπει να βασισθεί στην αξιολόγηση της καπνιστικής συνήθειας του ασθενούς και στη διάθεσή του να διακόψει το κάπνισμα και βασίζεται σε ένα μοντέλο πέντε βημάτων:

1. Ask → Ερωτώ
2. Assess → Εκτιμώ
3. Advice → Ενημερώνω (Συμβουλεύω)
4. Assist → Επεμβαίνω
5. Arrange → Επανεξετάζω

Με τον τρόπο αυτό γίνεται αξιολόγηση της ετοιμότητας του ασθενούς να διακόψει το κάπνισμα και αξιολόγηση της βαρύτητας καπνίσματος. Κατά την αξιολόγηση δεν θα πρέπει να διαφεύγει από τους ειδικούς η σχέση του ασθενούς με το τσιγάρο. Ιδιαίτερη σημασία έχει η εκτίμηση αν ο ασθενής «είναι έτοιμος να κόψει το κάπνισμα», εάν «σκέφτεται να το διακόψει» ή δεν είναι καθόλου κινητοποιημένος ως προς αυτή την κατεύθυνση ή ακόμη και εάν εκδηλώνει άρνηση συνειδητοποίησης της βαρύτητας του εθισμού του, στοιχεία που θα καθορίσουν και τον περαιτέρω σχεδιασμό του προγράμματος παρέμβασης. Η διακοπή του καπνίσματος είναι ούτως ή άλλως δύσκολη εξαιτίας του μηχανισμού εξάρτησης στον καπνό, των νευροβιολογικών επιπτώσεων της χρήσης του καπνού, των συμπτωμάτων στέρησης και της συμπεριφοράς που υιοθετεί ο καπνιστής και την οποία έχει συσχετίσει με το κάπνισμα. Στην πορεία ο ασθενής ενημερώνεται για τις βλαπτικές επιπτώσεις του καπνίσματος αλλά και για τα οφέλη της επερχόμενης διακοπής. Ουσιαστικά το πρώτο βήμα καθορίζει και τον

τρόπο θεραπευτικής παρέμβασης και ψυχολογικής υποστήριξης. Στη συνέχεια αποφασίζεται η συχνότητα των επισκέψεων τόσο για την τροποποίηση της φαρμακευτικής αγωγής όσο και για την αξιολόγηση των συνδρόμων στέρησης, τη συζήτηση προβλημάτων, την ενίσχυση της προσπάθειας και την αποφυγή υποτροπής⁴¹.

Για να καταφέρει ένας καπνιστής να σταματήσει το κάπνισμα αυτό εξαρτάται από την ισορροπία ανάμεσα στο κίνητρο του ατόμου (είδος και βαθμός κινητοποίησης) και το βαθμό εξάρτησής του από τα τσιγάρα.

Το κίνητρο είναι σημαντικό επειδή οι «θεραπείες» για να βοηθήσουν τη διακοπή του καπνίσματος δεν θα πετύχουν σε ασθενείς που δεν έχουν υψηλό κίνητρο.

Η εξάρτηση είναι ιδιαίτερα σημαντική σε καπνιστές που πραγματικά θέλουν να σταματήσουν το κάπνισμα, επειδή αυτό επηρεάζει την επιλογή της παρέμβασης. Είναι επίσης σημαντικό να έχουμε κατά νου ότι :

Η παρακίνηση για διακοπή και η εξάρτηση συχνά συσχετίζονται μεταξύ τους: οι μανιώδεις καπνιστές ίσως δείξουν μικρότερη κινητοποίηση επειδή δεν έχουν την αυτοπεποίθηση στην ικανότητά τους να το διακόψουν. Οι λιγότερο εξαρτημένοι καπνιστές μπορεί να δείξουν χαμηλή κινητοποίηση επειδή πιστεύουν ότι μπορούν να σταματήσουν μελλοντικά το κάπνισμα όταν και όποτε το θελήσουν⁴².

Η κινητοποίηση για διακοπή μπορεί να ποικίλλει σημαντικά με το χρόνο και να επηρεασθεί σε μεγάλο βαθμό από το άμεσο περιβάλλον.

Οι αναφορές των καπνιστών σχετικά με την επιθυμία τους να διακόψουν το κάπνισμα, πολλές φορές, ιδιαίτερα σε μια κλινική συνέντευξη, ίσως να μην αντικατοπτρίζουν τα αληθινά τους αισθήματα και τις προθέσεις τους και για το λόγο αυτό απαιτούνται καλά εκπαιδευμένοι επαγγελματίες υγείας⁴³.

2.2 ΜΕΤΡΗΣΗ ΤΗΣ ΕΞΑΡΤΗΣΗΣ ΣΕ ΚΑΠΝΙΣΤΕΣ

- **Ποιοτικές Μέθοδοι**

Η απλούστερη προσέγγιση για τη μέτρηση της εξάρτησης από το τσιγάρο είναι μια βασική ποιοτική προσέγγιση λαμβάνοντας ένας πλήρες ιστορικό για να διαγνώσει ο θεραπευτής αν ο καπνιστής έχει δυσκολία να αποφύγει το κάπνισμα σε περιστάσεις που φυσιολογικά κάπνιζε ή αν ο καπνιστής έχει κάνει ήδη κάποια προσπάθεια διακοπής στο παρελθόν αλλά απέτυχε, πόσα έτη καπνίζει, ποια είναι η ηλικία έναρξης της καπνισματικής συνήθειας, άλλες εξαρτήσεις⁴⁴.

- **Ποσοτικές Μέθοδοι**

Η συνηθέστερη ποσοτική μέθοδος αξιολόγησης της εξάρτησης είναι η κλίμακα Fagerstrom, το οποίο έχει αποδειχθεί το πιο αξιόπιστο και επιτυχές στην πρόβλεψη του αποτελέσματος των προσπαθειών για διακοπή. Όσο υψηλότερη είναι η βαθμολογία στο ερωτηματολόγιο τόσο υψηλότερο είναι και το επίπεδο εξάρτησης. Τα βασικότερα σημεία του ερωτηματολογίου είναι ο αριθμός των τσιγάρων την ημέρα καθώς και ο χρόνος του πρώτου τσιγάρου της ημέρας γιατί αποτελούν και τους πιο σημαντικούς δείκτες εξάρτησης^{45,46}.

2.3 ΕΞΑΡΤΗΣΗ ΚΑΙ ΕΠΙΛΟΓΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Η χρησιμότητα, κυρίως, της μέτρησης της εξάρτησης στη διαμόρφωση του σχήματος παρέμβασης για τη διακοπή του καπνίσματος έγκειται κατά βάση στην επιλογή της φαρμακοθεραπείας αλλά και στο είδος και τη συχνότητα της ψυχολογικής υποστήριξης.

Η επιλογή του κατάλληλου φαρμακευτικού σχήματος σχετίζεται άμεσα με το βαθμό εξάρτησης αλλά και με άλλους παράγοντες όπως το βάρος σώματος του ασθενούς, το ψυχολογικό του προφίλ αλλά και με το εάν συνυπάρχουν και άλλες φαρμακευτικές αγωγές που επηρεάζουν το στόχο της θεραπείας⁴⁷.

Οι μορφές φαρμακευτικής προσέγγισης των ασθενών είναι:

- Φάρμακα πρώτης γραμμής

- α) τα Υποκατάστατα Νικοτίνης

Τα υποκατάστατα νικοτίνης διαχωρίζονται σε μακράς διάρκειας (διαδερμικά αυτοκόλλητα συνήθους δράσης 16 ή 24 ωρών) και τα βραχείας δράσης (μασώμενα δισκία ή ταμπλέτες και εισπνεόμενη νικοτίνη).

- β) η Υδροχλωρική Βουπροπριόνη

- γ) η Βαρενικλίνη

- Φάρμακα δεύτερης γραμμής

Notripline και Clonidine.

(Νοτριπτολίνη και Κλονιδίνη)

Η επιλογή της οποιασδήποτε φαρμακευτικής αγωγής θα πρέπει πάντα να συνδυάζεται, όπως ήδη έχει αναφερθεί, και με κατάλληλη ψυχολογική υποστήριξη και ενδυνάμωση της προσπάθειας του ασθενούς για να μπορεί να αποβαίνει περισσότερο αποτελεσματική και με τις, κατά το δυνατό, λιγότερες παρενέργειες^{48,49}.

2.4 ΜΕΤΡΗΣΗ ΚΙΝΗΤΡΟΥ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΑΥΣΗ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ

Στοιχεία έρευνας του Ενωμένου Βασιλείου δείχνουν ότι περίπου τα δύο τρίτα των καπνιστών δηλώνουν ότι θέλουν να σταματήσουν το κάπνισμα και ότι κάθε χρόνο το ένα τρίτο κάνει μια προσπάθεια διακοπής.

Η κινητοποίηση για να σταματήσει κανείς το κάπνισμα μπορεί να οριστεί ποιοτικά με απλές και άμεσες ερωτήσεις σχετικά με το ενδιαφέρον και την πρόθεση για διακοπή. Η απλή αυτή προσέγγιση θεωρείται επαρκής για κλινική εφαρμογή αν και μπορούν επίσης να χρησιμοποιηθούν πιο σύνθετες ημιποσοτικές μετρήσεις (ζητώντας από τον καπνιστή να υπολογίσει το βαθμό επιθυμίας του να σταματήσει το κάπνισμα σε μια κλίμακα από « καθόλου » έως « πάρα πολύ »).

Ένα μοντέλο της διαδικασίας κινητοποίησης που έχει γίνει ιδιαίτερα δημοφιλές είναι το «μεταθεωρητικό μοντέλο» όπου οι καπνιστές ορίζονται μέσα από τρία βασικά στάδια κινητοποίησης⁵⁰:

- ▶ πολύ καλά κινητοποιημένος-η
- ▶ καλά κινητοποιημένος –η
- ▶ χρειάζεται κινητοποίηση

Το παραπάνω μοντέλο είναι αυτό και το οποίο χρησιμοποιείται ευρέως. Κάποιοι ειδικοί μάλιστα χρησιμοποιούν το βαθμό κινητοποίησης ενός καπνιστή για διακοπή του καπνίσματος σαν προγνωστικό δείκτη πιθανούς επιτυχίας, εφόσον έχει αποφασισθεί η προσπάθεια παύσης. Κατά τη συνέντευξη προσδιορισμού του βαθμού κινητοποίησης ο στόχος δεν είναι τόσο η βαθμολογική ένταξη του ασθενούς σε κατηγορίες όσο η εξατομίκευση της συνέντευξης για να προσκομίσει ο θεραπευτής όσο το δυνατόν περισσότερες πληροφορίες για τον ασθενή αλλά και τα σημεία εκείνα που θα του υποδείξουν προσωποποιημένους τρόπους προσέγγισης αλλά και κινητοποίησης από πλευράς του γιατρού.

Η συνέντευξη, σε οποιοδήποτε σημείο της, θα πρέπει να εστιάζει και να στοχεύει πάντα στη Σκέψη και τη Συμπεριφορά του Εξαρτημένου Ασθενούς. Συμπεριφοριστικά στοιχεία του ασθενούς αποτελούν επιγραμματικά ο αυθορμητισμός, ο εγωκεντρισμός, ο απόλυτος τρόπος σκέψης καθώς και ο ρόλος του θύματος.

Στην πραγματικότητα ο βαθμός κινητοποίησης φαίνεται ότι παίζει πολύ μικρό ρόλο στην επιτυχία. Εφόσον έχει γίνει προσπάθεια διακοπής, οι δείκτες εξάρτησης αποτελούν πολύ πιο καθοριστικούς παράγοντες επιτυχίας^{51,52}.

2.5 ΜΕΤΡΗΣΗ ΒΙΟΧΗΜΙΚΩΝ ΔΕΙΚΤΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΑΥΣΗ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ.

Η συγκέντρωση της νικοτίνης ή της μεταβολισμένης κοτινίνης στο αίμα, τα ούρα ή το σάλιο χρησιμοποιείται συχνά στην έρευνα σαν αντικειμενικός δείκτης εξάρτησης επειδή παρέχει ακριβή μέτρηση της καταναλωθείσας νικοτίνης που η ίδια από μόνη της αποτελεί δείκτη εξάρτησης. Η συγκέντρωση μονοξειδίου του άνθρακα του εκπνεόμενου αέρα αποτελεί μέτρο εισπνοής καπνού κατά τις προηγούμενες ώρες. Η μέτρηση του CO (μονοξειδίου του άνθρακα) δεν είναι

τόσο ακριβής όσο οι μετρήσεις που βασίζονται στη νικοτίνη, αλλά είναι λιγότερο δαπανηρή και δίνει άμεση ανατροφοδότηση στον καπνιστή και ενισχύει την προσπάθειά του⁵³.

2.6 ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ ΣΤΕΡΗΣΗΣ

Μια από τις τελευταίες τακτικές στις παρεμβατικές διαδικασίες των στερητικών συνδρόμων και συγκεκριμένα εκείνου που ακολουθεί τη διακοπή του καπνίσματος είναι και η αξιολόγηση του συνδρόμου στέρησης που γίνεται με το ερωτηματολόγιο **Wisconsin (Wisconsin Inventory of Smoking Dependence Motives-WISDM)**.

Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου λαμβάνει χώρα κατά τις επισκέψεις στα ιατρεία διακοπής καπνίσματος κατά τη διάρκεια της διαδικασίας απεξάρτησης και είναι ένα σημαντικό εργαλείο ανίχνευσης της πραγματικής έντασης του στερητικού συνδρόμου γιατί πολλές φορές οι συμμετέχοντες αναφέρουν μικρότερη ένταση ή προσδίδουν λιγότερη σημασία στα καθημερινά ή έκτακτα συμπτώματα για εγωκεντρικούς λόγους (κυρίως από τον ανδρικό πληθυσμό) ή από το φόβο χαμηλής εμπιστοσύνης στον εαυτό τους (η παραδοχή των δυσκολιών αποτελεί επικίνδυνο παράγοντα υποτροπής και χαρακτηρίζει περισσότερο το γυναικείο φύλο)⁵⁴.

Μελέτες αναφέρουν ότι για τη διακοπή του καπνίσματος ισχυρό ενδεικτικό εξάρτησης αποτελεί η κλίμακα Fagerstrom ενώ, μετά τους πρώτους έξι μήνες αποχής, μετέπειτα ισχυρός δείκτης σημείων στέρησης αποτελεί το ερωτηματολόγιο Wisconsin.

Για το λόγο αυτό η χρήση του θεωρείται απαραίτητη, ιδιαίτερα αξιόπιστη αλλά και χρήσιμη κυρίως ως προς την πρόβλεψη αλλά και την ένταση των συμπτωμάτων στέρησης, στοιχεία πολύ σημαντικά για τον περαιτέρω σχεδιασμό της τακτικής παρακολούθησης του ασθενούς είτε ιατροφαρμακευτικά, είτε από πλευράς ψυχολογικής υποστήριξης⁵⁵.

3. ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ

3.1 ΓΕΝΙΚΑ

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ) έχει εντάξει την παχυσαρκία στον κατάλογο των χρόνιων νοσημάτων ήδη από το 1948, καθώς ο ορισμός του νοσήματος προσδιορίζει ως νόσημα κάθε κατάσταση που επηρεάζει τόσο την ποιότητα ζωής όσο και τη διάρκεια της. Για τους παχύσαρκους, η ποιότητα ζωής είναι σαφώς μειωμένη αλλά και συντομότερη αφού εμφανίζουν συχνότερα πολλές και σημαντικές επιπλοκές υγείας, συγκρινόμενοι με άτομα φυσιολογικού βάρους σώματος. Τα τελευταία δε 20 χρόνια, ο Π.Ο.Υ έθεσε την παχυσαρκία στην κατηγορία της παγκόσμιας επιδημίας⁵⁶.

Ως παχυσαρκία αναφέρεται η παθολογικά αυξημένη εναπόθεση λίπους στο ανθρώπινο σώμα που σαφώς και συνεπάγεται και αύξηση σωματικού βάρους. Η εκδήλωση της παχυσαρκίας οφείλεται κυρίως στην έλλειψη ομοιόστασης ή ενεργειακής ισορροπίας μεταξύ της ενεργειακής πρόσληψης και της 24ωρης δαπανώμενης ενέργειας και σχετίζεται με την κληρονομικότητα, το ύψος και το βάρος σώματος, την ηλικία, το φύλο, το γένος, τις διατροφικές συνήθειες, ψυχολογικούς παράγοντες, τη φυσική δραστηριότητα, αλλά και κοινωνικοοικονομικές συνιστώσες⁵⁷.

Η παχυσαρκία διακρίνεται σε δύο τύπους: την κεντρική ή σπλαχνική παχυσαρκία όπου έχουμε αυξημένη κατανομή λίπους στο άνω τμήμα του σώματος και την περιφερική με εναπόθεση λίπους σε μηρούς και γλουτούς. Από τις δύο κατηγορίες, η κεντρική αποτελεί και τη νοσογόνο παχυσαρκία μια και έχει αποδειχθεί ότι αυξάνει τη νοσηρότητα και τη θνησιμότητα. Αυτό σημαίνει ότι η αύξηση του σωματικού βάρους δεν οδηγεί υποχρεωτικά σε νόσο αλλά σημασία έχει και η θέση εναπόθεσης λίπους. Για το λόγο αυτό, στην περαιτέρω αξιολόγηση της παχυσαρκίας, η μέτρηση της περιφέρειας μέσης καθώς και ο

λόγος περιφέρεια μέσης / περιφέρεια γλουτών, αποτελούν ένα επιπλέον δείκτης προσδιορισμού παχυσαρκίας όπου από τον Π.Ο.Υ έχουν ορισθεί ως εξής⁵⁸:

- **WC** (waist circumference/περιφέρεια μέσης) : ≤ 102 cm (άνδρες)
 ≤ 88 cm (γυναίκες)
- **WHR** (waist to hip ratio/λόγος μέσης προς ισχία) : ≤ 0.95 cm (άνδρες)
 ≤ 0.8 cm (γυναίκες)

Η αύξηση περιφέρειας μέσης: άνδρες > 102 cm και γυναίκες > 88 cm, μπορεί να είναι ένας δείκτης αυξημένου κινδύνου ακόμη και εάν το βάρος σώματος είναι στα φυσιολογικά όρια.

Η επικράτηση του ορισμού της παχυσαρκίας ως χρόνιο νόσημα υπεύθυνο για τη σημαντική μείωση του προσδόκιμου ζωής επήλθε από τη συσχέτισή της με νοσογόνες καταστάσεις όπως υπερλιπιδαιμία, υπέρταση, μειωμένη αντίσταση στην ινσουλίνη, καρδιαγγειακή νόσο και αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, ορμονικές διαταραχές, διαταραχές στη γονιμότητα, σχεδόν με όλους τους τύπους καρκίνου (με πρωτεύοντες τον καρκίνο του μαστού και του προστάτη, του παχέως εντέρου, ενδομητρίου, οισοφάγου και νεφρών), αναπνευστικές δυσχέρειες και άπνοια κατά τη διάρκεια του ύπνου, ψυχοσωματικές διαταραχές, οστεοπόρωση, αυξημένο ποσοστό ουρικού οξέως, λιπώδης διήθηση του ήπατος, σεξουαλική δυσλειτουργία και μυοσκελετικές διαταραχές⁵⁹.

Τα παραπάνω χαρακτηριστικά αρχίζουν να μελετώνται - λόγω της αυξημένης τους συχνότητας -και σε εφήβους, γεγονός που εδραιώνει και εγκαθιστά την παχυσαρκία και τις συνέπειές της ως σύγχρονη επιδημική νόσο⁶⁰.

Σύμφωνα με τα στατιστικά δεδομένα του Π.Ο.Υ, το 2005 περίπου 1,6 δισεκατομμύρια ανθρώπων άνω των 15 ετών ήταν υπέρβαροι ενώ τουλάχιστον 400 εκατομμύρια ήταν παχύσαρκοι. Είναι επίσης ανησυχητικό το ότι το 2005

τουλάχιστον 20 εκατομμύρια παιδιά παγκοσμίως ήταν υπέρβαροι. Εκτιμάται ότι το 2015 θα είναι υπέρβαροι περίπου 2,3 δισεκατομμύρια άνθρωποι και πάνω από 700 εκατομμύρια οι παχύσαρκοι.

Σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ, ο προσδιορισμός της παχυσαρκίας γίνεται μέσω του Δείκτη Μάζας Σώματος (ΔΜΣ) , ο οποίος προσδιορίζεται ως:

$$\Delta \text{ Μ } \Sigma = \text{ Σωματικό Βάρος (σε κιλά) } / \text{ Ύψος }^2 \text{ (σε μέτρα)}$$

Στον πίνακα που ακολουθεί παρατηρούμε την κατηγοριοποίηση των ενηλίκων σύμφωνα με τον ΠΟΥ (WHO) σε ελλιποβαρείς, υπέρβαρους και παχύσαρκους ακολουθώντας το ΔΜΣ .

Πίνακας 1: Διεθνής Ταξινόμηση Ενηλίκων σε Ελλιποβαρείς, Υπέρβαρους και Παχύσαρκους σύμφωνα με το ΔΜΣ

ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ	Δ Μ Σ	
	ΒΑΣΙΚΕΣ ΤΙΜΕΣ ΟΡΙΩΝ	ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΕΣ ΤΙΜΕΣ ΟΡΙΩΝ
ΕΛΛΙΠΟΒΑΡΗΣ	< 18.50	< 18.50
ΣΟΒΑΡΑ ΙΣΧΝΟΣ	< 16.00	< 16.00
ΜΕΤΡΙΑ ΙΣΧΝΟΣ	16.00 – 16.99	16.00 – 16.99
ΕΛΑΦΡΑ ΙΣΧΝΟΣ	17.00 – 18.49	17.00 – 18.49
ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΤΙΜΕΣ	18.50 – 24.99	18.50 – 22.99
		23.00 – 24.99
ΥΠΕΡΒΑΡΟΣ	≥ 25.00	≥ 25.00
ΠΡΟ-ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ	25.00 – 29.99	25.00 – 27.49
		27.50 – 29.99
ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ	≥ 30.00	≥ 30.00
ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑΣ I	30.00 – 34.99	30.00 – 32.49
		32.50 – 34.99
ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑΣ II	35.00 – 39.99	35.00 – 37.49
		37.50 – 39.99
ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑΣ III	≥ 40.00	≥ 40.00

Προσαρμόστηκε από Π.Ο.Υ 1995 , Π.Ο.Υ 2000 και Π.Ο.Υ 2004

Παρατηρούμε ότι φυσιολογικά ο ΔΜΣ πρέπει να είναι μεταξύ 18,5-24,99. Για τιμές 25-29,99 το άτομο θεωρείται υπέρβαρο, ενώ μεταξύ 30-34,99 παχύσαρκο. Τιμές ΔΜΣ μεγαλύτερες από 35 υποδηλώνουν πρόβλημα σοβαρής πλέον παχυσαρκίας η οποία προδιαθέτει σε επικίνδυνες επιπλοκές και αποκαλείται

νοσογόνος παχυσαρκία. Μελέτες καταγράφουν ποσοστά εναπόθεσης λίπους στις λιποαποθήκες παθολογικά παχύσαρκων τάξης μεγαλύτερης του 40 %, ενώ σε σπάνιες περιπτώσεις έχει καταγραφεί ποσοστό σωματικού λίπους της τάξης του 70 % (κακοήθης παχυσαρκία)⁶¹.

Δεν είναι τυχαία η συσχέτιση του ΔΜΣ με την εμφάνιση διαβήτη τύπου 2 και μάλιστα και στην παιδική και εφηβική ηλικία σύμφωνα με τα τελευταία δεδομένα. Αναφέρεται ότι μείωση μιας και μόνο μονάδας από το ΔΜΣ συνεπάγεται μείωση έως και 10 % των πιθανοτήτων εμφάνισης διαβήτη τύπου 2, ενώ αύξηση κατά μία μονάδα σχετίζεται με αύξηση της θνησιμότητας από καρδιαγγειακή νόσο κατά 8-10 %⁶².

Για την Ελλάδα η παχυσαρκία αποτελεί μείζον πρόβλημα δημόσιας υγείας καθώς τα ελληνόπουλα είναι τα πλέον παχύσαρκα παιδιά σε ευρωπαϊκό επίπεδο. Για τους ενήλικες η συχνότητα εμφάνισης της παχυσαρκίας αγγίζει το 26% για τους άνδρες ηλικίας 20-70 χρόνων και το 18,2% για τις γυναίκες αντίστοιχα ηλικίας 20-70 χρόνων. Για το υπερβάλλον σωματικό βάρος, η συχνότητα εμφάνισης φθάνει το 41,1% για τους ενήλικες άνδρες και το 29,9% για τις ενήλικες γυναίκες⁶³.

3.2 ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΒΑΡΟΥΣ ΣΩΜΑΤΟΣ – ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ

Περισσότεροι από ένας στους τρεις θανάτους της μέσης ηλικίας αποδίδεται στο κάπνισμα. Τόσο στην Ευρώπη όσο και στις υπόλοιπες ανεπτυγμένες χώρες η πλατιά διαδεδομένη συνήθεια του καπνού σχετίζεται, όπως ήδη έχει αναφερθεί, με χρόνιες νόσους όπως η στεφανιαία νόσος, η αθηροσκλήρωση, η χρόνια αναπνευστική πνευμονοπάθεια και ο καρκίνος.

Η διατροφή από την άλλη παίζει ένα πολύ σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη σοβαρής αθηροσκλήρωσης σχετιζόμενη με καρδιαγγειακά προβλήματα και

αποτελεί βασικό παράγοντα της τάξης έως και 35% για τους θανάτους που προέρχονται από διάφορες μορφές καρκίνου.

Κάπνισμα και διατροφή λοιπόν ως δύο παράγοντες τρόπου ζωής (lifestyle) σχετιζόμενοι με πρακτικές και αντιλήψεις υγείας έχουν να επιδείξουν μια συνεργιστική δράση στην αύξηση του κινδύνου αλλά και του αριθμού θανάτων σε χρόνιες νόσους όπως καρκίνος και στεφανιαία νόσος⁶⁴.

Αύξηση του βάρους και χρήση καπνού συνηγορούν στη χαμηλότερη ποιότητα ζωής γεγονός που περικλείει συνιστώσες με κοινωνικοοικονομικές προεκτάσεις αλλά και επιπτώσεις στον παράγοντα υγεία.

Αν και τα οφέλη για την υγεία από τη διακοπή καπνίσματος είναι αναμφισβήτητα και η ενθάρρυνση για τη διακοπή καπνίσματος είναι ένας σημαντικός στόχος για τη δημόσια υγεία, εντούτοις η προθυμία να διακόψουν το κάπνισμα καθώς και η επιτυχής διακοπή του καπνίσματος, συχνά κινδυνεύουν από πεποιθήσεις - άλλοτε εμπεριστατωμένες και άλλοτε όχι - κυριότερη από αυτές εκείνη που αναφέρεται στον κίνδυνο αύξησης του βάρους μετά τη διακοπή καπνίσματος.

Σε κάποιο βαθμό, αυτοί οι φόβοι στηρίζονται σε τεκμηριωμένους συσχετισμούς ανάμεσα στην ανησυχία για το βάρος, την ίδια την αύξηση και τη διακοπή του καπνίσματος. Η κατανόηση και η αμφισβήτηση αυτών των πεποιθήσεων έχει μεγάλη σπουδαιότητα για την εμφανιζόμενη επιδημία παχυσαρκίας που αυξάνει τη δημόσια αντίληψη και το στιγματισμό της αύξησης βάρους.

Το σύνολο των επιδημιολογικών ερευνών έχουν δώσει στοιχεία για μειωμένο σωματικό βάρος σε καπνιστές. Για παράδειγμα, η έρευνα της επιτροπής Εθνικής Υγείας και Διατροφής II, που έγινε στις Η.Π.Α μεταξύ 1976 και 1980, έδειξε ότι οι καπνιστές ζύγιζαν κατά μέσο όρο τρία κιλά λιγότερο από τους μη καπνιστές και είχαν χαμηλότερο Δ.Μ.Σ. Αυτές οι διαφορές ήταν πιο εμφανείς στις γυναίκες παρά στους άνδρες. Παρόμοια αποτελέσματα έχουν

καταγραφεί σε επιδημιολογικές μελέτες που πραγματοποιήθηκαν και σε άλλες χώρες⁶⁵.

Σύμφωνα επίσης με έρευνα που δημοσιεύθηκε στο Journal of Health Psychology αναφέρεται ότι οι ενεργοί καπνιστές έχουν χαμηλότερο ΔΜΣ από τους μη καπνιστές καθώς και τους πρώην καπνιστές. Μεταξύ δε των καπνιστών η χρήση του καπνού σχετίζεται θετικά με το ΔΜΣ⁶⁶.

Η αύξηση του βάρους που συνοδεύει τη διακοπή του καπνίσματος θεωρείται ότι συμβαίνει στο 80 % περίπου των ατόμων που σταματούν το κάπνισμα και σημειώνεται περισσότερο τους έξι πρώτους μήνες μετά τη διακοπή καθώς μετά η αυξητική αυτή πορεία, τείνει, μετά από αρκετό διάστημα να σταθεροποιηθεί και μάλιστα παρατηρείται μείωση του ΔΜΣ και εξομοίωση με αυτή των μη καπνιστών. Το χρονικό αυτό διάστημα παρουσιάζει μεγάλες διαφοροποιήσεις ανά άτομο, γεγονός που αποδίδεται τόσο σε γενετικούς παράγοντες - που τείνουν περαιτέρω διερεύνησης- όσο και σε παράγοντες καθημερινού τρόπου ζωής (lifestyle) π,χ διατροφικές συνήθειες, φυσική δραστηριότητα, αγχωτικοί παράγοντες. Ενδεικτικά αναφέρουμε ότι σε αρκετές μελέτες το χρονικό διάστημα εξομοίωσης του ΔΜΣ προσδιορίζεται περίπου στα οκτώ έτη⁶⁷.

Η αύξηση του βάρους που ακολουθεί τη διακοπή του καπνίσματος, φαίνεται με μια πρώτη ματιά, να είναι αντίρροπη με άλλους παράγοντες υγείας που σχετίζονται με την παχυσαρκία και να περιορίζεται η μεγάλη επιτυχία από έναν νέο παράγοντα κινδύνου. Πολλές μάλιστα χώρες απέδωσαν τη ραγδαία αύξηση της παχυσαρκίας σε καλά οργανωμένα προγράμματα διακοπής του καπνίσματος και υπολογίσθηκε αύξηση του ΔΜΣ της τάξεως του 1,6 - 2.02 kg/m²⁶⁸.

Οι καπνιστές εμφανίζουν αντίσταση στην ινσουλίνη με αποτέλεσμα να παρατηρούνται υψηλά ποσοστά υπερινσουλιναιμίας στο αίμα τους, γεγονός το οποίο βελτιώνεται ραγδαία με τη διακοπή της καπνισματικής συνήθειας.

Ο βαθμός της αύξησης του βάρους είναι ποικίλος αλλά, γενικά έχει βρεθεί ότι κυμαίνεται στα έξι με οκτώ κιλά τον πρώτο χρόνο. Είναι αξιοσημείωτο ότι το

κάπνισμα και η παχυσαρκία αποδεδειγμένα έχουν πρόσθετες και ανεξάρτητες καταστροφικές συνέπειες στη θνησιμότητα⁶⁸.

Μελέτες αναφέρουν ότι σε άτομα με υψηλό ΔΜΣ, η πιθανότητα προσπάθειας διακοπής του καπνίσματος ήταν μεγαλύτερη όταν οι ανησυχίες για το βάρος ήταν χαμηλές. Αντίθετα, η πιθανότητα προσπάθειας διακοπής ήταν μεγαλύτερη σε καπνιστές με μεγάλες ανησυχίες για το βάρος όταν ο ΔΜΣ < 27 kg/m² ⁶⁸.

Έχει αποδειχθεί ότι πολλοί παράγοντες συνδέονται με μεγαλύτερο κίνδυνο αύξησης του σωματικού βάρους μετά τη διακοπή της καπνισματικής συνήθειας όπως το γυναικείο φύλο, η φυλή (υψηλότερος κίνδυνος στους Μαύρους), ο χαμηλός ΔΜΣ, το ανώτατο σωματικό βάρος κατά το παρελθόν, η μεγαλύτερη προηγούμενη κατανάλωση τσιγάρων, οι υψηλές συγκεντρώσεις νικοτίνης στη σίελο, η κατανάλωση αλκοόλ, η έλλειψη σωματικής δραστηριότητας, οι κακές διατροφικές συνήθειες καθώς και οι κακές συνήθειες ή η κακή ποιότητα ύπνου⁶⁹.

Στους αιτιολογικούς παράγοντες που πιθανολογούνται ότι συμμετέχουν στην αύξηση βάρους που ακολουθεί τη διακοπή του καπνίσματος αποδίδονται και γεννητικοί αλλά ακόμη αδιευκρίνιστοι μηχανισμοί που διαφοροποιούν την αύξηση βάρους μεταξύ των ατόμων αλλά και μεταξύ των δύο φύλων, η αυξημένη δραστηριότητα των λιποπρωτεϊνικών λιπασών που έχει ως αποτέλεσμα την αύξηση του μεταβολισμού του λιπώδους ιστού και άρα πρακτικά μια υπερπαραγωγή και υπεραποθήκευση λιπώδους μάζας, καθώς και οι ντοπαμινεργικοί μηχανισμοί.

Ισχυρά τεκμηριωμένα στοιχεία αποδίδουν λοιπόν στην νικοτίνη διαφοροποίηση του μεταβολικού ρυθμού και της δαπανώμενης ενέργειας⁷⁰.

3.3 ΔΕΙΚΤΗΣ ΜΑΖΑΣ ΣΩΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΒΑΡΥΤΗΤΑ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ.

Στην αύξηση του ΔΜΣ, που ακολουθεί τη διακοπή της καπνισματικής συνήθειας, ιδιαίτερη σημασία έχει η κατανάλωση του αριθμού τσιγάρων ανά ημέρα, κάτι που αποδεικνύεται στο σύνολο των ερευνών.

Διεξοδική έρευνα σε μεσογειακό πληθυσμό αναφέρει ότι η περίμετρος μέσης (WC) των παχύσαρκων καπνιστών ήταν κατά μέσο όσο μεγαλύτερη από εκείνη των μη καπνιστών και μάλιστα η συσχέτιση ήταν θετική με την αύξηση του αριθμού των τσιγάρων ανά ημέρα. Επίσης οι τιμές της HDL-χοληστερόλης των καπνιστών ήταν σημαντικά χαμηλότερη και αντίστροφα σχετιζόμενη με τα τσιγάρα / ημέρα από εκείνη των μη καπνιστών. Οι παραπάνω παράγοντες σε συνδυασμό με την αυξημένη περίμετρο μέσης, που καταδεικνύει την κεντρική παθολόγο παχυσαρκία, αυξάνουν κατακόρυφα τις πιθανότητες εμφάνισης στεφανιαίας νόσου και διαβήτη τύπου 2 ⁷¹.

Οι βαρείς καπνιστές παρατηρήθηκε ότι παρουσιάζουν και τη μεγαλύτερη αύξηση βάρους κατά τη διακοπή του καπνίσματος κάτι που αποδόθηκε τόσο στο ποσό της προσλαμβανόμενης νικοτίνης, που η απότομη στέρησή της οδηγεί σε διαταραχή των μηχανισμών πείνας και όρεξης, όσο και στην ανάπτυξη κακών συνηθειών.

Η βαρύτητα του καπνίσματος αυξάνει θετικά με την ηλικία κάτι που σχετίζεται θετικά και με την αύξηση βάρους κατά τη διακοπή του καπνίσματος και το οποίο αποδόθηκε όπως έχει αναφερθεί τόσο στην ποσότητα της προσλαμβανόμενης νικοτίνης αλλά και σε λοιπούς συνεργιστικούς παράγοντες που αφορούν διατροφικές συνήθειες, υψηλότερη κατανάλωση αλκοόλ, αλλά και τη φυσική δραστηριότητα⁷².

Οι μανιώδεις καπνιστές χαρακτηρίζονται από το πιο ανθυγιεινό διατροφικό προφίλ καταναλώνοντας περισσότερο συχνά και σε μεγαλύτερες ποσότητες

τυποποιημένο φαγητό (fast-food), η διατροφή τους αποτελείται κυρίως από κορεσμένα λιπαρά οξέα και με υψηλές τιμές χοληστερόλης όπως πλήρη γαλακτοκομικά προϊόντα, χοιρινό, αρνί, αυγά, χαμηλές μερίδες από φρούτα και λαχανικά, υψηλή κατανάλωση αλκοόλ, απουσία φυσικής δραστηριότητας, ενώ εμφανίζουν περισσότερο άγχος, κακής ποιότητας ύπνο και έχουν φτωχότερη αντίληψη για τον παράγοντα υγεία^{73,74}.

3.4 ΔΕΙΚΤΗΣ ΜΑΖΑΣ ΣΩΜΑΤΟΣ – ΔΙΑΚΟΠΗ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΦΥΛΟ

Στο σύνολο των μελετών, οι ανησυχίες για την αύξηση του βάρους κατά την αποχή από τον καπνό, ήταν περισσότερο από δύο φορές πιο συχνές μεταξύ των γυναικών από ότι μεταξύ των ανδρών. Η ανησυχία φθίνει όσο μεγαλώνει η ηλικία⁷⁵.

Διεθνείς συγκρίσεις των τάσεων καπνίσματος δείχνουν ότι οι γυναίκες το διακόπτουν λιγότερο συχνά ή / και το αρχίζουν περισσότερο συχνά από τους άνδρες ανά τον κόσμο⁷⁵.

Επίσης οι γυναίκες εμφανίζουν μεγαλύτερο και πιο συχνό ενδιαφέρον για τη διατήρηση ενός χαμηλού βάρους σώματος γεγονός που τις κάνει πιο επιρρεπείς στην υποτροπή μετά τη διακοπή του καπνίσματος παρατηρώντας αλλαγές στην εικόνα του σώματος τους ή πιο ανασφαλείς και λιγότερο αποφασιστικές για τη διακοπή της καπνισματικής συνήθειας από ότι οι άνδρες φοβούμενες τη διαταραχή του βάρους σώματος⁷⁵.

Οι ανησυχίες για το βάρος συνδέθηκαν με χαμηλή εμπιστοσύνη για τη διαχείριση της αύξησης του βάρους που έπεται της διακοπής της καπνισματικής συνήθειας. Η χαμηλή εμπιστοσύνη αποδόθηκε στη χαμηλή κοινωνικοοικονομική

θέση, το φύλο (κυρίως γυναίκες), τη σοβαρή εξάρτηση από νικοτίνη, τη χαμηλή ποιότητα ζωής και διαβίωσης όπως αποδείχθηκε σε μεγάλη επιδημιολογική έρευνα που έλαβε χώρα στο Ηνωμένο Βασίλειο⁷⁵.

Σημαντικό επίσης είναι ότι πολλές μελέτες έδειξαν, η αύξηση βάρους που εμφανίζεται και στα δύο φύλα, ανεξαρτήτως ποσοστού ή συχνότητας, είχε σαν αποτέλεσμα τη μικρότερη εναπόθεση λίπους στο άνω μέρος του σώματος, κατάσταση που χαρακτηρίζει και την παθολογική ή σπλαχνική παχυσαρκία και η οποία σχετίζεται με αυξημένα επίπεδα στεφανιαίας νόσου, εμφράγματος, σακχαρώδους διαβήτη και δυσλιπιδαιμιών. Στο πλαίσιο λοιπόν αυτό, τα αποτελέσματα των ερευνών αυτών καταδεικνύουν ότι η αύξηση του βάρους που συχνά συνοδεύει την παύση της καπνισματικής συνήθειας δεν πρέπει να εκλαμβάνεται ως συνέπεια ενάντια στην υγεία επειδή το πρόσθετα αποθηκευμένο λίπος δεν εναποτίθεται σε περιοχές που σχετίζονται με αυξημένο κυρίως καρδιαγγειακό κίνδυνο^{76,77}.

Όμως το σύνολο των ερευνών έχει αρκετούς περιορισμούς αλλά και προβλήματα κατά το διάστημα παρακολούθησης των ατόμων (π.χ οι συμμετέχοντες ίσως να ενδιαφέρονται περισσότερο για προβλήματα υγείας και έτσι οι ανησυχίες για το βάρος να μην είναι αντιπροσωπευτικές του γενικού πληθυσμού)⁷⁸.

3.5 ΔΕΙΚΤΗΣ ΜΑΖΑΣ ΣΩΜΑΤΟΣ –ΔΙΑΚΟΠΗ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Πολλές διεθνείς μελέτες δείχνουν ότι ο κίνδυνος ασθένειας και πρόιμου θανάτου ποικίλλει ανάλογα με την κοινωνική τάξη και το μορφωτικό επίπεδο και είναι υψηλότερος στις ομάδες κατώτατης κοινωνικής τάξης. Οι ασθένειες και οι αιτίες θανάτου περιλαμβάνουν τη στεφανιαία νόσο, το αιμορραγικό εγκεφαλικό

επεισόδιο, το σακχαρώδη διαβήτη, τη χρόνια βρογχίτιδα, την κίρρωση του ήπατος και ορισμένες μορφές καρκίνου όπως του πνεύμονα και του εντέρου⁷⁹.

Πολλές από αυτές τις ασθένειες συνδέονται με παράγοντες κινδύνου που μπορούν να εξετασθούν με την προσωπική συμπεριφορά υγείας του ασθενούς. Επομένως δίνεται μεγάλη σημασία στις διαφορές της στάσης υγείας που έχουν σχέση με την κοινωνική και μορφωτική θέση για την ερμηνεία άνισων βαθμών ασθένειας και θανάτου⁷⁹.

Για παράδειγμα ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (WHO) θεωρεί ότι σε περισσότερες από τις μισές βιομηχανικές χώρες μπορούν να αποδοθούν αυξημένα ποσοστά καπνίσματος σε άνδρες της κατώτερης κοινωνικής τάξης. Άλλοι παράγοντες που θεωρούνται ότι ευθύνονται για τον αυξημένο κίνδυνο ασθένειας και θανάτου σε δείγματα πληθυσμού χαμηλής κοινωνικής τάξης είναι τα χαμηλότερα ποσοστά συμμετοχής σε αθλήματα και φυσική δραστηριότητα γενικά καθώς και η υψηλότερη συχνότητα υπερβολικού βάρους σώματος και παχυσαρκίας λόγω κακών διατροφικών συνηθειών και επιλογών⁷⁹.

Διαφορές αυτού του είδους παρατηρούνται στο σύνολο της βιβλιογραφίας και μεταξύ αστών και ανθρώπων της επαρχίας όπου τα διαφορετικά πρότυπα και οι συνθήκες καθημερινής διαβίωσης επηρεάζουν την καπνισματική συνήθεια αλλά και τη φιλοσοφία για τον παράγοντα υγεία⁸⁰.

Στη Γερμανία αποδείχθηκε κατά τη δεκαετία του 1980 ότι άτομα χαμηλής κοινωνικής θέσης κάπνιζαν περισσότερο, είχαν χαμηλότερα επίπεδα σωματικής και αθλητικής δραστηριότητας και ήταν συχνότερα υπέρβαρα ή παχύσαρκα. Αυτές οι κοινωνικές διαφορές μπορούν να περιγραφούν με μια κλίση: όσο χαμηλότερη η κοινωνική θέση, τόσο υψηλότερη η πιθανότητα του να είναι κάποιος καπνιστής, σωματικά αδρανής ή παχύσαρκος. Αυτή η κλίση είναι πιο απότομη στη μέση ηλικία, αλλά επίσης εμφανής στους νέους ενήλικες και στους ηλικιωμένους⁸¹.

Το αλκοόλ επίσης, όπως έχει αναφερθεί, σχετίζεται και με τους δύο παράγοντες δηλαδή τόσο με την αύξηση του βάρους αλλά και με την έναρξη της

καπνισματικής συνήθειας. Το ποσοστό επιβαρύνει κυρίως τους άνδρες και πιο συγκεκριμένα τους βαρείς καπνιστές οι οποίοι σε μεγάλο μέρος αυτών είναι και βαρείς πότες. Άλλωστε το σωματικό βάρος, η καπνισματική συνήθεια και το αλκοόλ ως εξάρτηση έχουν γεννητικές καταβολές αλλά ταυτόχρονα υποδεικνύουν κακές και φτωχότερες επιλογές ποιότητας ζωής⁸².

Ιδιαίτερα εντυπωσιακά είναι επίσης τα ευρήματα σε Σουηδία, Φινλανδία, Δανία, Ιταλία και Ισπανία που συγκλίνουν στη θέση αυτή.

Εκτενής μελέτη που έγινε στην Εθνική Φρουρά της Νορβηγίας παρουσίασε τη συσχέτιση μεταξύ του μορφωτικού και κοινωνικού επιπέδου των γονιών και κυρίως του πατέρα σε σχέση με το ΔΜΣ, το λιπιδικό προφίλ, τη φυσική δραστηριότητα και την καπνισματική συνήθεια σε ενήλικες νεαρούς και απέδειξε ότι η χαμηλού επιπέδου κοινωνικές και οικονομικές τάξεις έδιναν μικρότερη σημασία στη διαπαιδαγώγηση των παιδιών όσον αφορά ένα υγιές διατροφικό μοντέλο, την ενεργό συμμετοχή σε δραστηριότητες και αθλήματα και αντιλήψεις που σχετίζονται με τον παράγοντα υγεία. Πιο συγκεκριμένα οι νέοι που προέρχονταν από τις υποδεέστερες κοινωνικές τάξεις ήταν σε συχνότητα περισσότερο υπέρβαροι με κακό ημερήσιο διατροφικό μοντέλο, αθλούνταν σπάνια έως καθόλου και είχαν γενικευμένη υπερλιπιδαιμία, δηλαδή ο ΔΜΣ εμφάνιζε θετική συσχέτιση με την οξειδωμένη LDL-χοληστερόλη και αρνητική συσχέτιση με την HDL-χοληστερόλη και τη φυσική δραστηριότητα ενώ σχετιζόταν θετικά με την πρόωμη ηλικιακή έναρξη της καπνισματικής συνήθειας⁸³.

3.6 ΔΕΙΚΤΗΣ ΜΑΖΑΣ ΣΩΜΑΤΟΣ –ΔΙΑΚΟΠΗ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΗΛΙΚΙΑ

Ο έλεγχος διαταραχής του βάρους κατά την εφηβεία και ο συσχετισμός με περαιτέρω εκδήλωση προβλημάτων βάρους αλλά και πρόωμο πειραματισμό

καπνίσματος αποτέλεσε σημείο ελέγχου κατά τη διεξαγωγή της παρούσας μελέτης βασιζόμενοι σε μεγάλη έρευνα που αναφέρει ότι γυναίκες με προβλήματα αυξημένου βάρους κατά την παιδική ή εφηβική ηλικία δοκίμασαν για πρώτη φορά καπνό σε σημαντικά νεαρότερη ηλικία από εκείνες με κανονικό βάρος σώματος και ανέφεραν σοβαρότερη συμπτωματολογία λόγω αποχής από το κάπνισμα όπως περισσότερο αυξημένο θυμό/ευερεθιστότητα, προβλήματα συγκέντρωσης και αυξημένη μελαγχολία/ θλίψη⁸⁴.

Επίσης η συχνή κατανάλωση λιπαρών τροφών κατά την εφηβεία κυρίως πλούσιων σε trans –λιπαρά οξέα αποτέλεσε παράγοντα πρώιμης καπνισματικής συνήθειας λόγω της πρώιμης εγκατάστασης κακών διατροφικών συνηθειών και γενικότερα φτωχότερων αντιλήψεων και συνηθειών υγείας. Παρόλα τα προβλήματα στην αναδρομική αξιολόγηση η μελέτη αυτή ήταν ίσως η σημαντικότερη που συσχέτισε τη διαταραχή βάρους κατά την παιδική ηλικία σε σχέση με μελλοντικές διατροφικές διαταραχές και την έναρξη της καπνισματικής συνήθειας αλλά και των συμπτωμάτων στέρησης⁸⁵.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

4. ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ

4.1 Υλικό – Πληθυσμός Μελέτης

Η έρευνά μας προέκυψε από τη συλλογή στοιχείων με τη συμπλήρωση ερωτηματολογίου από 139 συνολικά ασθενείς οι οποίοι χωρίστηκαν σε δύο ομάδες.

Η πρώτη ομάδα αφορούσε ασθενείς που προσήλθαν σε διαιτολογικό γραφείο για το χρονικό διάστημα 1/2/2010 έως 30/05/2010, με σκοπό τον έλεγχο του βάρους τους όντας καπνιστές καθώς και από άτομα που προσήλθαν για σπιρομέτρηση κατά την εκπόνηση προγράμματος Ελέγχου της Αναπνευστικής Λειτουργίας υπό την αιγίδα της Πανεπιστημιακής Πνευμονολογικής Κλινικής και αφορούσε πόλεις και χωριά της Θεσσαλίας.

Η δεύτερη ομάδα αφορούσε ασθενείς από την περιοχή της Θεσσαλίας που προσήλθαν στο Εξωτερικό Ιατρείο Διακοπής Καπνίσματος της Πνευμονολογικής Κλινικής στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Λάρισας κατά το ίδιο χρονικό διάστημα με σκοπό την ενημέρωση αλλά και τη διακοπή της καπνισματικής τους συνήθειας.

Οι συμμετέχοντες ήταν αρτιμελείς άνδρες και γυναίκες ηλικίας 18-69 χρόνων προερχόμενοι από τις πρωτεύουσες και τα χωριά των τεσσάρων νομών της Θεσσαλίας. Από τη μελέτη αποκλείστηκαν οι έγκυες γυναίκες, θηλάζουσες, διαβητικοί, άτομα με καρδιαγγειακή νόσο, νεφροπαθείς ασθενείς, άτομα με αλλεργίες, αρθρίτιδες, ψυχωσικά σύνδρομα καθώς και ακραίες διατροφικές διαταραχές, δηλαδή με $\Delta\text{ΜΣ} < 18$ και $\Delta\text{ΜΣ} > 41$.

Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου έγινε από τους ειδικούς, δηλαδή το διαιτολόγο και ιατρικό προσωπικό αντίστοιχα.

Στην **ομάδα 1** (διαιτολογικό γραφείο και σπιρομετρήσεις) συμμετείχαν συνολικά 63 άτομα εκ των οποίων οι 41 ήταν άνδρες και 22 γυναίκες.

Στην **ομάδα 2** (εξωτερικό ιατρείο διακοπής καπνίσματος) συμμετείχαν 76 άτομα εκ των οποίων οι 52 ήταν άνδρες και οι 24 γυναίκες.

4.2 Μέθοδοι - Υπολογισμοί

Το ερωτηματολόγιο που συμπληρώθηκε αφορούσε την ηλικία των ατόμων, το φύλο, το μορφωτικό τους επίπεδο, τον τόπο διαμονής καθώς και ερωτήσεις που αφορούσαν το ιστορικό του καπνίσματος.

► Ηλικιακή ταξινόμηση συμμετεχόντων

Οι συμμετέχοντες ταξινομήθηκαν στις παρακάτω ηλικιακές ομάδες :
18-29 χρόνων, 30-39, 40-49, 50-59 και 60-69.

► Φύλο

Το φύλο διαχωριζόταν από την επιλογή άνδρας – γυναίκα.

► Μορφωτικό επίπεδο

Το μορφωτικό επίπεδο υπολογίσθηκε κατηγοριοποιώντας τους ασθενείς σε πέντε υποομάδες :

α) χωρίς εκπαίδευση β) δημοτικό γ) γυμνάσιο δ) λύκειο και ε) ΤΕΙ/ΑΕΙ (τεχνολογικά και ανώτερα ιδρύματα).

► Τόπος διαμονής (δημογραφικά χαρακτηριστικά)

Ο τόπος διαμονής ήταν με αναφορά στην ερώτηση πρωτεύουσα του νομού ή χωριό/κωμόπολη

► Ιστορικό καπνίσματος

Το ιστορικό του καπνίσματος αφορούσε την ηλικία έναρξης της καπνισματικής συνήθειας, τα έτη καπνίσματος, των αριθμό των τσιγάρων την ημέρα κατά το τελευταίο έτος και τα πακέτα έτη. Στις ερωτήσεις αυτές οι απαντήσεις ήταν αριθμητικές και εν συνεχεία ομαδοποιήθηκαν ως εξής :

α) ομάδα ηλικίας έναρξης :

≤ 14 ετών

15-20

21-26

≥ 27

β) έτη καπνίσματος :

1-20

21- 40

>40

γ) τσιγάρα / ημέρα :

≤ 10

11- 20

21- 30

≥ 31

δ) πακέτα έτη :

ο υπολογισμός πακέτα έτη έγινε με βάση τον ορισμό του :

πακέτα έτη = αριθμός τσιγάρων την ημέρα x έτη καπνίσματος / 20

όπου 20 = ο αριθμός των τσιγάρων που αντιστοιχεί σε ένα συμβατικό πακέτο

Η ομαδοποίηση στα πακέτα έτη έχει ως εξής :

1- 20

21- 40

> 40

Στις ερωτήσεις εάν κάπνιζε κάποιος άλλος στο σπίτι τους ή στο εργασιακό τους περιβάλλον οι απαντήσεις δινόταν με ναι και όχι.

► Βαθμός Εξάρτησης

Ο υπολογισμός του βαθμού εξάρτησης έγινε βασιζόμενος στην κλίμακα **Fagerstrom**: Σύμφωνα και με τα βιβλιογραφικά δεδομένα η βαθμολογία 0-3 αναφέρεται στον λίγο εξαρτημένο ασθενή, 4-6 στον μέτρια εξαρτημένο και 7-10 στον πολύ εξαρτημένο ασθενή.

► Ερωτηματολόγιο κινήτρων

Στο ερωτηματολόγιο των κινήτρων οι απαντήσεις συγκεντρώθηκαν ως περισσότερα Α (καπνιστής έτοιμος να διακόψει το κάπνισμα), περισσότερα Β (καλά κινητοποιημένος) και περισσότερα Γ (χρειάζεται κινητοποίηση) και βαθμολογήθηκαν με 1,2,3 αντίστοιχα. Για τις συγκρίσεις χρησιμοποιήθηκε ο μέσος όρος των βαθμολογιών.

► Κατανάλωση Αλκοόλ

Η κατανάλωση αλκοόλ υπολογίστηκε χωρίζοντας τους ασθενείς σε 4 υποομάδες. Ασθενείς με καθόλου ή περιστασιακή χρήση αλκοόλ, ήπιους πότες με κατανάλωση 1-15 μερίδες ποτού/ εβδομάδα, μέτριους πότες για 16-42 ποτά/εβδομάδα και βαρείς πότες για κατανάλωση >42 ποτά / εβδομάδα.

► Ανθρωπομετρικές Μετρήσεις

Υπολογισμός ΔΜΣ (Δείκτη Μάζας Σώματος)

Ο υπολογισμός του ΔΜΣ έγινε με τη γνωστή εξίσωση :

$\Delta\text{Μ}\Sigma = B / Y^2$, όπου B = βάρος σώματος σε kg και Y = ύψος σώματος σε m

Υπολογισμός βάρους

Ο υπολογισμός βάρους έγινε και στις δύο ομάδες με ζυγό ίδιας τεχνολογίας και υποδιαίρεσεις γραμμαρίων (ψηφιακό, της ίδιας εταιρείας με απόκλιση 200 γραμμαρίων μεταξύ τους). Η ζύγιση των ασθενών γινόταν με ελαφρύ ρουχισμό χωρίς ζώνη και παπούτσια.

Υπολογισμός ύψους

Ο υπολογισμός ύψους γινόταν με αναστημόμετρο προσαρμοσμένο στο ζυγό και υποδιαίρεσεων χιλιοστού. Το ύψος υπολογίσθηκε χωρίς τα παπούτσια των ασθενών.

► Βάρος σώματος πριν την ηλικία των 18 χρόνων

Στην προκειμένη περίπτωση οι απαντήσεις δινόταν με επιλογή σε τρεις υποομάδες

- κανονικό βάρος σώματος
- αυξημένο βάρος σώματος
- κάτω του φυσιολογικού

4.3 Στατιστική Ανάλυση

Τα αποτελέσματα των ερωτηματολογίων εισήχθησαν σε πακέτο φύλλων εργασίας (spreadsheet) του λογισμικού Microsoft Excel Office 10 for Windows XP. Για τη βιοστατιστική ανάλυση των στοιχείων χρησιμοποιήθηκε το πρόγραμμα στατιστικής ανάλυσης και επεξεργασίας δεδομένων (statistical package) SPSS 16.0 edition (SPSS for Windows). Ακολούθως, έγινε έλεγχος της κανονικότητας των κατανομών (normal distribution), όλων των ποσοτικών μεταβλητών (quantitative variables), με τη χρήση της μη παραμετρικής δοκιμασίας Kolmogorov-Smirnov.

Για την περιγραφή του υλικού χρησιμοποιήθηκαν ο μέσος όρος (mean) για το δείγμα (sample) και η αντίστοιχη δειγματική έκφραση για την τυπική απόκλιση (standard deviation). Από την τυπική απόκλιση υπολογίστηκε το τυπικό σφάλμα (standard error) το οποίο και απεικονίζεται στις γραφικές παραστάσεις κατά υποομάδα περιστατικών.

Ο μέσος όρος (mean) για δείγμα (sample) υπολογίστηκε σύμφωνα με τη

$$\bar{x} = \frac{\sum x_i}{n}$$

γνωστή μαθηματική διατύπωση :

Όπου Σ=άθροισμα, x_i =τιμές της μεταβλητής, n =σύνολο των περιστατικών κατά μεταβλητή, ενώ η αντίστοιχη δειγματική έκφραση για την *τυπική απόκλιση* (standard deviation) ορίζεται ως εξής :

$$s = \sqrt{\frac{\sum n_i (x_i - \bar{x})^2}{n-1}}$$

Ο τύπος για το τυπικό σφάλμα $s_{\bar{x}}$ είναι ο παρακάτω:

$$s_{\bar{x}} = \frac{s}{\sqrt{n}}$$

Για τον έλεγχο βιοστατιστικών υποθέσεων (hypothesis tests) εφαρμόσθηκε, ανάλογα με τη φύση των συγκρίσεων, η παραμετρική μέθοδος student t-test για ανεξάρτητα δείγματα (t-test for independent samples), με

$$t = \frac{\bar{x} - \mu}{\frac{s}{\sqrt{n}}} = \frac{\bar{x}_1 - \bar{x}_2}{\sqrt{\frac{s_1^2}{n_1} + \frac{s_2^2}{n_2}}}$$

υπολογισμό της τιμής

όπου t = τιμή του στατιστικού student t-test και η δοκιμασία χ^2 .

Επιπλέον, υπολογίσθηκαν οι συντελεστές μεταβλητότητας (correlation coefficients) σύμφωνα με τον τύπο :

$$r = \frac{\sum (x - \bar{x})(y - \bar{y})}{\sqrt{[\sum (x - \bar{x})^2] \cdot [\sum (y - \bar{y})^2]}} = \frac{\sum xy - \frac{(\sum x)(\sum y)}{n}}{\sqrt{[\sum x^2 - \frac{(\sum x)^2}{n}] \cdot [\sum y^2 - \frac{(\sum y)^2}{n}]}}$$

όπου x, y μεταβλητές.

Ακόμη, ελέγχθηκε η στατιστική σημαντικότητα των συντελεστών r , κατά

$$t = \frac{r}{\sqrt{1 - r^2}} \cdot \sqrt{n - 2}$$

περίπτωση, με βάση την αντίστοιχη διατύπωση :

Επιπρόσθετα, υπολογίσθηκαν οι συντελεστές μεταβλητότητας (correlation coefficients) και ελέγχθηκε η στατιστική σημαντικότητα των συντελεστών r κατά περίπτωση.

Για τα παραμετρικά δεδομένα χρησιμοποιήθηκαν οι δοκιμασίες Student's t-test καθώς και η δοκιμασία ανάλυσης διακύμανσης ANOVA (Analysis of Variance). Η στατιστική επεξεργασία των μη παραμετρικών αποτελεσμάτων πραγματοποιήθηκε με την κατά Friedman ανάλυση διακύμανσης σε συνδυασμό με τις δοκιμασίες signed rank Wilcoxon και Kruskal Wallis. Η σύγκριση μεταξύ των ομάδων έγινε χρησιμοποιώντας τη δοκιμασία Mann Whitney U καθώς και των ποσοστών με τη δοκιμασία χ^2 .

Όπου βρέθηκε στατιστικώς σημαντική διαφορά έγινε πολλαπλή σύγκριση με Dunett post hoc analysis. Τα αποτελέσματα εκφράζονται ως Μέσος όρος \pm Τυπικό Σφάλμα. Ως όριο στατιστικής σημαντικότητας τίθεται το $p < 0,05$.

5. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

5.1. Περιγραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος των ασθενών

Τα παραμετρικά χαρακτηριστικά των ασθενών που συμμετείχαν στη μελέτη καθώς και οι τιμές στις ομάδες 1 (διαιτολογικό γραφείο-σπироμετρήσεις) και 2 (Ιατρείο Διακοπής Καπνίσματος) εμφανίζονται στον Πίνακα 2.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2. ΠΑΡΑΜΕΤΡΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

ΠΑΡΑΜΕΤΡΟΣ	ΟΜΑΔΑ 1	ΟΜΑΔΑ 2	P	ΣΥΝΟΛΟ
ΗΛΙΚΙΑ	45.33±4.41	43.13±3.61	NS	44.13±1.02
ΥΨΟΣ	170.84±2.62	172.97±2.6	NS	1.72±0.66
ΒΑΡΟΣ	83.11±4.79	82.05±5.35	NS	82.53±1.29
ΗΛΙΚΙΑ ΕΝΑΡΞΗΣ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ	19.73±1.81	17.72±1.25	0.021	18.6±0.43
ΕΤΗ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ	25.09±4.39	24.47±3.54	NS	24.7±1.01
ΠΑΚΕΤΑ ΕΤΗ	37.27±11.44	37.75±8.49	NS	37.5±2.5
ΑΡΙΘΜΟΣ ΤΣΙΓΑΡΩΝ ΗΜΕΡΗΣΙΩΣ	26.17±4.96	30.06±4.83	NS	28.3±1.25

Από τα αποτελέσματα του Πίνακα 2 προκύπτει ότι όσον αφορά στην ηλικία έναρξης καπνίσματος, οι ασθενείς της ομάδας 1 (διαιτολογικό γραφείο-σπироμετρήσεις) είχαν μεγαλύτερη ηλικία έναρξης καπνίσματος από τους ασθενείς της ομάδας 2 (Ιατρείο διακοπής καπνίσματος). (Ομάδα 1=19,73±1,81 έτη και Ομάδα 2=17.72±1,25 έτη, p=0,021).

Όσον αφορά στα σωματομετρικά χαρακτηριστικά, δεν βρέθηκε στατιστικώς σημαντική διαφορά στο βάρος, το ύψος και την ηλικία των ασθενών μεταξύ των δύο ομάδων. Επίσης, η στατιστική επεξεργασία των αποτελεσμάτων δεν απέδειξε στατιστικώς σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων όσον αφορά τον αριθμό τσιγάρων ημερησίως, τα πακέτα έτη καθώς και τα έτη καπνίσματος.

Από τον Πίνακα 3 προκύπτει ότι οι ασθενείς της ομάδας 1 είχαν χαμηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης. Συγκεκριμένα, ενώ στις υπόλοιπες βαθμίδες εκπαίδευσης δεν υπήρχε στατιστικώς σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων, οι ασθενείς της ομάδας 1 είχαν μικρότερο ποσοστό πανεπιστημιακής εκπαίδευσης (25,4%) από εκείνους της ομάδας 2 (47,3%) ($p=0,05$). Επιπρόσθετα, οι ασθενείς της ομάδας 1 κατοικούσαν περισσότεροι σε χωριό (76,19%) από τους ασθενείς της ομάδας 2 (30,26%) ($p=0,0001$).

Η στατιστική ανάλυση του φύλου αλλά και της ηλικιακής ομάδας μεταξύ των δύο ομάδων δεν απέδειξε στατιστικώς σημαντική διαφορά. Επιπλέον ο δείκτης μάζας σώματος (ΔΜΣ) των ασθενών κατά τη στιγμή διεξαγωγής της έρευνας αλλά και πριν την ηλικία των 18 δεν είχε στατιστικώς σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων. Τέλος, από τη σύγκριση της κατανάλωσης αλκοόλ για τις δύο ομάδες ασθενών, δεν προέκυψε στατιστικώς σημαντική διαφορά.

ΠΙΝΑΚΑΣ 3. ΜΗ ΠΑΡΑΜΕΤΡΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ ΑΣΘΕΝΩΝ

ΗΛΙΚΙΑΚΗ ΟΜΑΔΑ	ΟΜΑΔΑ 1 N (%)	ΟΜΑΔΑ 2 N (%)	P	ΣΥΝΟΛΟ N(%)
18-29	10 (15.87%)	6(7.89%)	NS	16(11,51%)
30-39	14(22.22%)	26(34.21%)	NS	40(28,78%)
40-49	10(15.87%)	21(27.63%)	NS	31(22,3%)
50-59	20(31.75%)	17(22.37%)	NS	37(26,62%)
60-69	9(14.29%)	6(7.89%)	NS	15(10,79%)
ΦΥΛΟ				
ΑΝΔΡΕΣ	41(65.08%)	52(68.42%)	NS	93(66,9%)
ΓΥΝΑΙΚΕΣ	22(34.92%)	24(31.58%)	NS	46(33,1%)
ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΔΜΣ				
18-24.9 ΒΜΙ	20(31.75%)	26(34.21%)	NS	46(33,09%)
25-29.9 ΒΜΙ	17(26.98%)	29(38.16%)	NS	46(33,09%)
30-34.9 ΒΜΙ	20(31.75%)	16(21.05%)	NS	36(25,9%)
35-39.9 ΒΜΙ	6(9.52%)	5(6.58%)	NS	11(7,91%)
>40				0(0%)
ΔΜΣ ΠΡΙΝ ΤΑ 18				
ΥΠΕΡΒΑΡΟΙ	7(11.11%)	2(2.63%)	NS	9(6,47%)
ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟΙ	47(74.6%)	61(80.26%)	NS	108(77,7%)
ΕΛΛΙΠΟΒΑΡΕΙΣ	9(14.29%)	1(1.32%)	NS	10 (7,19%)
ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ				
ΚΑΜΙΑ	0(0%)	0(0%)	NS	0(0%)
ΔΗΜΟΤΙΚΟ	17(26.98%)	8(10.53%)	NS	25(17,99%)
ΓΥΜΝΑΣΙΟ	8(12.7%)	3(3.95%)	NS	11(7,91%)
ΛΥΚΕΙΟ	22(34.92%)	28(36.84%)	NS	50(35,97%)
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ	16(25.4%)	36(47.37%)	0.05	52(37,41%)
ΚΑΤΟΙΚΙΑ				
ΠΟΛΗ	15(23.81%)	53(69.74%)	0.004	68(48,92%)
ΧΩΡΙΟ	48(76.19%)	23(30.26%)	0.0001	71(51,08%)
ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗ ΑΛΚΟΟΛ				
ΚΑΘΟΛΟΥ	22(34.92%)	21(27.63%)	NS	43(30,94%)
ΕΛΑΦΡΙΑ	30(47.62%)	46(60.53%)	NS	76(54,68%)
ΜΕΤΡΙΑ	8(12.7%)	7(9.21%)	NS	15(10,79%)
ΒΑΡΙΑ	3(4.76%)	2(2.63%)	NS	5(3,59%)

ΠΙΝΑΚΑΣ 4. ΜΗ ΠΑΡΑΜΕΤΡΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ ΑΣΘΕΝΩΝ

	ΟΜΑΔΑ 1 Ν(%)	ΟΜΑΔΑ 2 Ν(%)	P	ΣΥΝΟΛΟ Ν(%)
ΗΛΙΚΙΑΚΗ ΟΜΑΔΑ				
ΕΝΑΡΞΗΣ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ				
<14	9(14.29%)	13(17.11%)	NS	22(15,83%)
15-20	34(53.97%)	51(67.11%)	NS	85(61,15%)
21-26	10(15.87%)	11(14.47%)	NS	21(15,11%)
>27	10(15.87%)	1(1.32%)	NS	11(7,91%)
ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΕΤΩΝ				
ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ				
1-20	26(41.27%)	31(40.79%)	NS	57(41,01%)
21-40	28(44.44%)	38(50%)	NS	66(47,48%)
>40	9(14.29%)	7(9.21%)	NS	16(11,51%)
ΠΑΚΕΤΑ ΕΤΗ				
1-20	27(42.86%)	19(25%)	NS	46(33,09%)
21-40	13(20.63%)	31(40.79%)	NS	44(31,65%)
>40	23(36.51%)	26(34.21%)	NS	49(35,25%)
ΚΑΠΝΙΣΜΑ – ΕΡΓΑΣΙΑ				
ΝΑΙ	37(58.73%)	36(47.37%)	NS	73(52,52%)
ΟΧΙ	26 (41.27%)	39(51.32%)	NS	65(46,76%)
ΚΑΠΝΙΣΜΑ – ΣΠΙΤΙ				
ΝΑΙ	28(44.44%)	28(36.84%)	NS	56(40,28%)
ΟΧΙ	35(55.56%)	47(61.84%)	NS	82(58,99%)
ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΤΣΙΓΑΡΩΝ				
ΗΜΕΡΗΣΙΩΣ				
<10	11(17.46%)	2(2.63%)	NS	13(9,35%)
11-20	22(34.92%)	27(35.53%)	NS	49(35,25%)
21-30	13(20.63%)	25(32.89%)	NS	38(27,34%)
31-39	17(26.98%)	22(28.95%)	NS	38(27,34%)
>40				39(28,06)
FAGERSTROM ΕΞΑΡΤΗΣΗ				
ΧΩΡΙΣ ΕΞΑΡΤΗΣΗ	21(33.33%)	7(9.21%)	NS	28(20,14%)
ΜΕΤΡΙΑ ΕΞΑΡΤΗΣΗ	23(36.51%)	29(38.16%)	NS	52(37,41%)
ΣΟΒΑΡΗ ΕΞΑΡΤΗΣΗ	19(30.16%)	40(52.63%)	NS	59(42,45%)
ΚΙΝΗΤΟΠΟΙΗΣΗ				
ΕΤΟΙΜΟΣ ΝΑ ΤΟ ΚΟΨΕΙ	22(34.92%)	66(86.84%)	0.0001	88(63,31%)
ΚΑΛΑ ΚΙΝΗΤΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ	23(36.51%)	8(10.53%)	NS	31(22,3%)
ΧΡΕΙΑΖΕΤΑΙ ΚΙΝΗΤΟΠΟΙΗΣΗ	18(28.57%)	2(2.63%)	NS	20(14,38%)

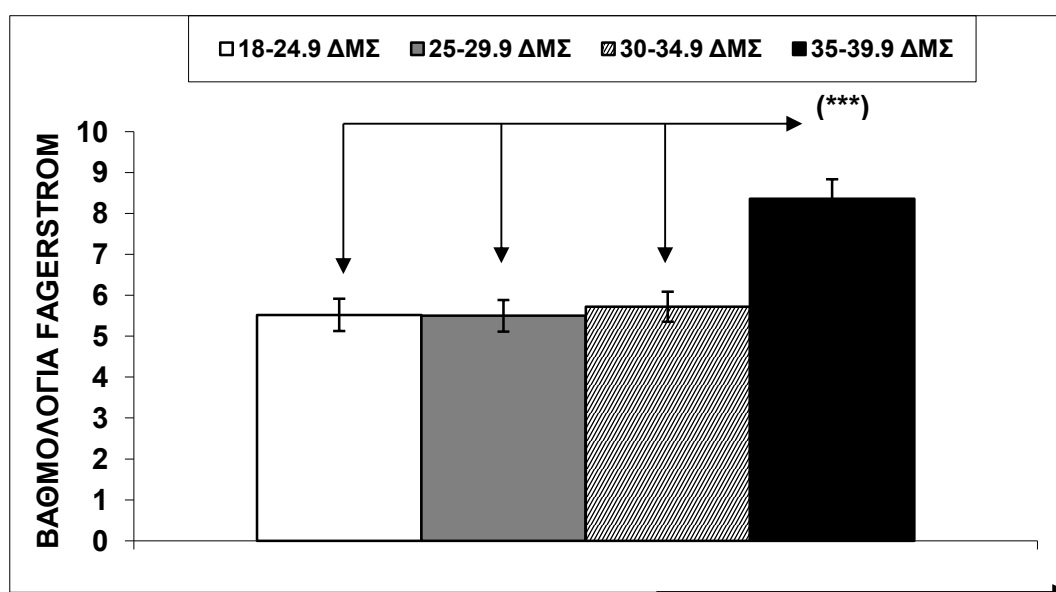
Η σύγκριση της κινητοποίησης των ασθενών των δύο ομάδων με κριτήριο τη βαθμολογία τους στο ερωτηματολόγιο του κινήτρου που είχαν για τη διακοπή καπνίσματος έδειξε ότι υπήρχαν στατιστικώς σημαντικές διαφορές. Συγκεκριμένα, οι ασθενείς της ομάδας 2 (Ιατρείο Διακοπής Καπνίσματος) ήταν περισσότερο κινητοποιημένοι από εκείνους της ομάδας 1 (διαιτολογικό γραφείο-σπιρομετρήσεις), καθώς εμφάνιζαν μεγαλύτερο ποσοστό ατόμων που ήταν «έτοιμοι να κόψουν το κάπνισμα» (86,84% για την ομάδα 2 έναντι 34,92% για την ομάδα 1) ($p=0.0001$).

Η επεξεργασία των αποτελεσμάτων για τα μη παραμετρικά χαρακτηριστικά των ασθενών του Πίνακα 4 έδειξε ότι οι δύο ομάδες ασθενών δεν διέφεραν στατιστικώς σημαντικά ως προς στην ηλικιακή ομάδα έναρξης καπνίσματος, τα έτη καπνίσματος, τον αριθμό τσιγάρων ημερησίως και τα πακέτα έτη. Επίσης, όσον αφορά στο κάπνισμα στην εργασία ή στο σπίτι, δεν υπήρχε στατιστικώς σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων. Από τη σύγκριση της κατηγορίας εξάρτησης ανάμεσα στις δύο ομάδες δεν προέκυψε στατιστικώς σημαντική διαφορά.

5.2. Χαρακτηριστικά καπνισματικής συνήθειας των ασθενών

5.2.α. Εξάρτηση

Κατά τη συσχέτιση του δείκτη μάζας σώματος (ΔΜΣ) με την εξάρτηση, βρέθηκε ότι οι ασθενείς με μεγαλύτερο ΔΜΣ είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία στην κλίμακα fagerstrom σε σύγκριση με τις 3 άλλες ομάδες με μικρότερο ΔΜΣ, με στατιστικώς σημαντική διαφορά. ($p=0,001$), Διάγραμμα 1.

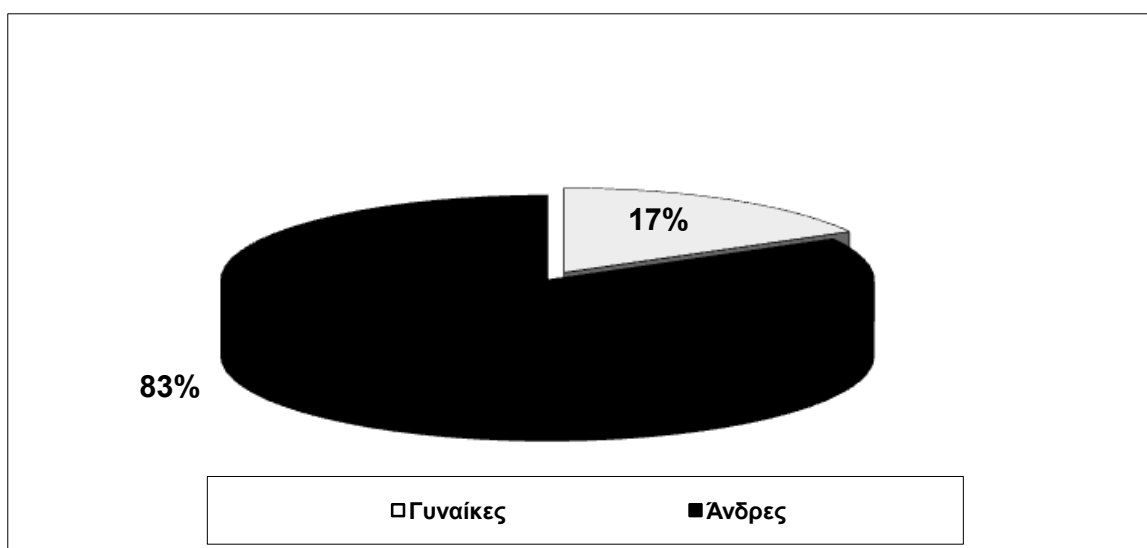


Διάγραμμα 1. Σύγκριση της βαθμολογίας εξάρτησης μεταξύ των ομάδων ΔΜΣ, *** $p<0.001$.

Στη συσχέτιση του δείκτη μάζας σώματος (ΔΜΣ) πριν τα 18 έτη με την εξάρτηση και τη βαθμολογία στην κλίμακα fagerstrom, βρέθηκε ότι δεν υπήρχε στατιστικώς σημαντική διαφορά μεταξύ των τριών κατηγοριών των ασθενών (ελλιποβαρείς, φυσιολογικοί και υπέρβαροι), $p=0.289$. Το ίδιο μη στατιστικώς σημαντικό αποτέλεσμα βρέθηκε και για τις παραμέτρους του αριθμού τσιγάρων

ημερησίως και τα έτη καπνίσματος των ασθενών. (Τα αποτελέσματα δε φαίνονται).

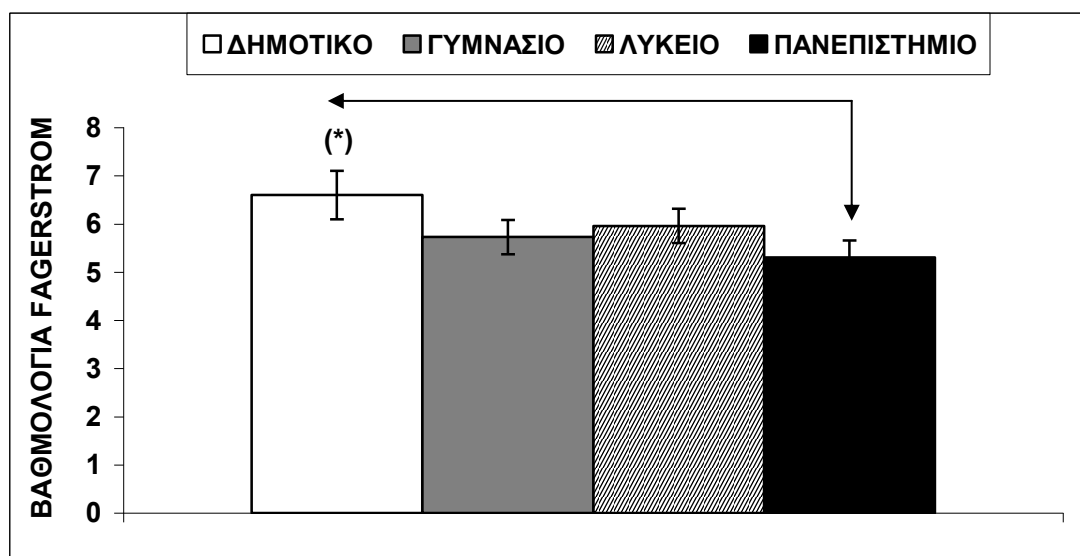
Σύμφωνα με τη στατιστική επεξεργασία των αποτελεσμάτων για τα επιμέρους χαρακτηριστικά του δείγματος των ασθενών σε ότι αφορά την εξάρτησή τους από το κάπνισμα, από τους 28 ασθενείς που ήταν ήπια εξαρτημένοι οι 16 (57%) ήταν άνδρες και οι 12 (43%) γυναίκες. Επιπλέον, στους 52 ασθενείς που βρέθηκαν μετρίως εξαρτημένοι οι 28 (53%) ήταν άνδρες και οι 24 (47%) γυναίκες ενώ σε εκείνους που ήταν σοβαρά εξαρτημένοι οι 49 (83%) ήταν άνδρες και οι 10 (17%) γυναίκες ($p=0,0018$), Διάγραμμα 2.



Διάγραμμα 2. Κατανομή φύλου στους ασθενείς με σοβαρή εξάρτηση, ** $p<0.01$.

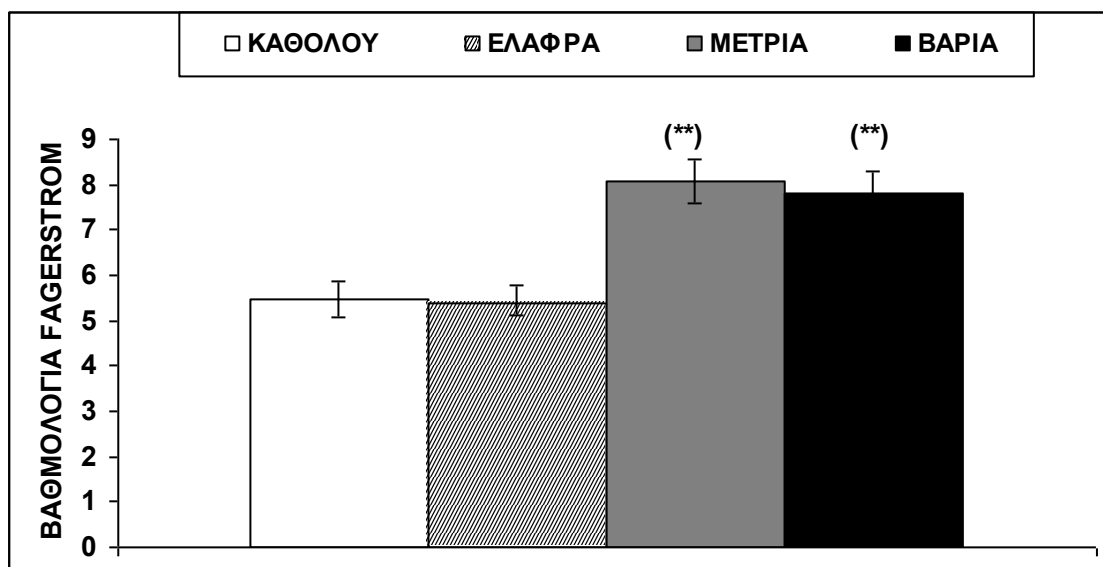
Επιπλέον, στη συσχέτιση της μόρφωσης με την εξάρτηση, βρέθηκε ότι οι ασθενείς με μικρότερη εκπαίδευση είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία στην κλίμακα fagerstrom σε σύγκριση με τις 3 άλλες ομάδες με περισσότερα έτη εκπαίδευσης, με στατιστικώς σημαντική διαφορά. Το συγκεκριμένο αποτέλεσμα συσχετίζει τη

μόρφωση με την ανάπτυξη εξάρτησης στο κάπνισμα. ($p=0.039$), Διάγραμμα 3 .



Διάγραμμα 3. Σύγκριση της βαθμολογίας εξάρτησης μεταξύ των ομάδων διαφορετικής μόρφωσης, * $p<0.05$.

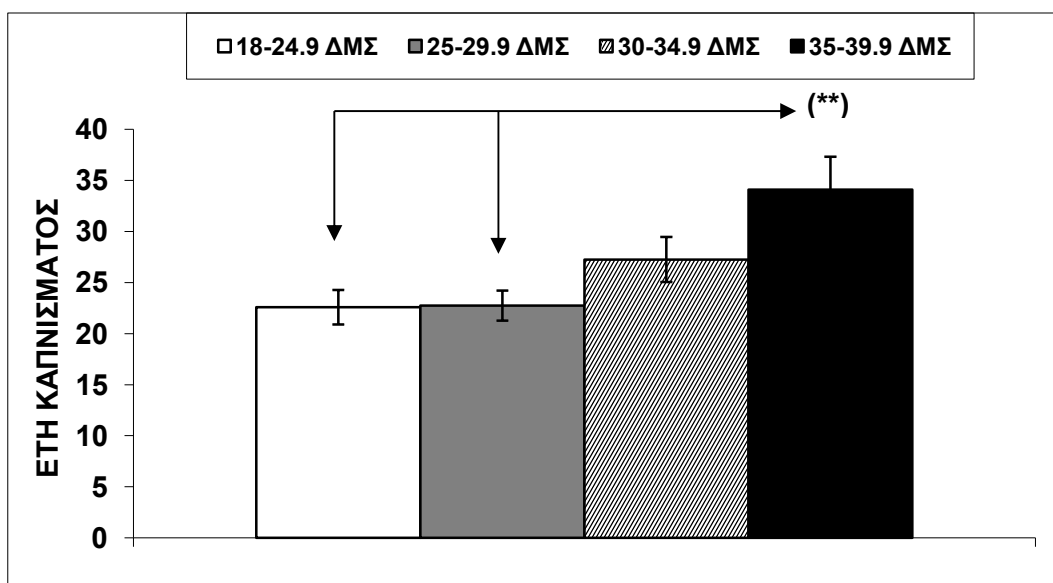
Συγκρίνοντας τη βαθμολογία εξάρτησης μεταξύ των ομάδων διαφορετικής κατανάλωσης αλκοόλ, προκύπτει ότι υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφορά. Συγκεκριμένα, οι ομάδες με μέτρια και βαριά κατανάλωση αλκοόλ είχαν υψηλότερη βαθμολογία εξάρτησης από εκείνες με καθόλου ή ελαφριά κατανάλωση ($p=0,004$ και $p=0,008$ αντίστοιχα), Διάγραμμα 4.



Διάγραμμα 4. Σύγκριση της βαθμολογίας εξάρτησης μεταξύ των ομάδων διαφορετικής κατανάλωσης αλκοόλ, ** $p < 0.01$.

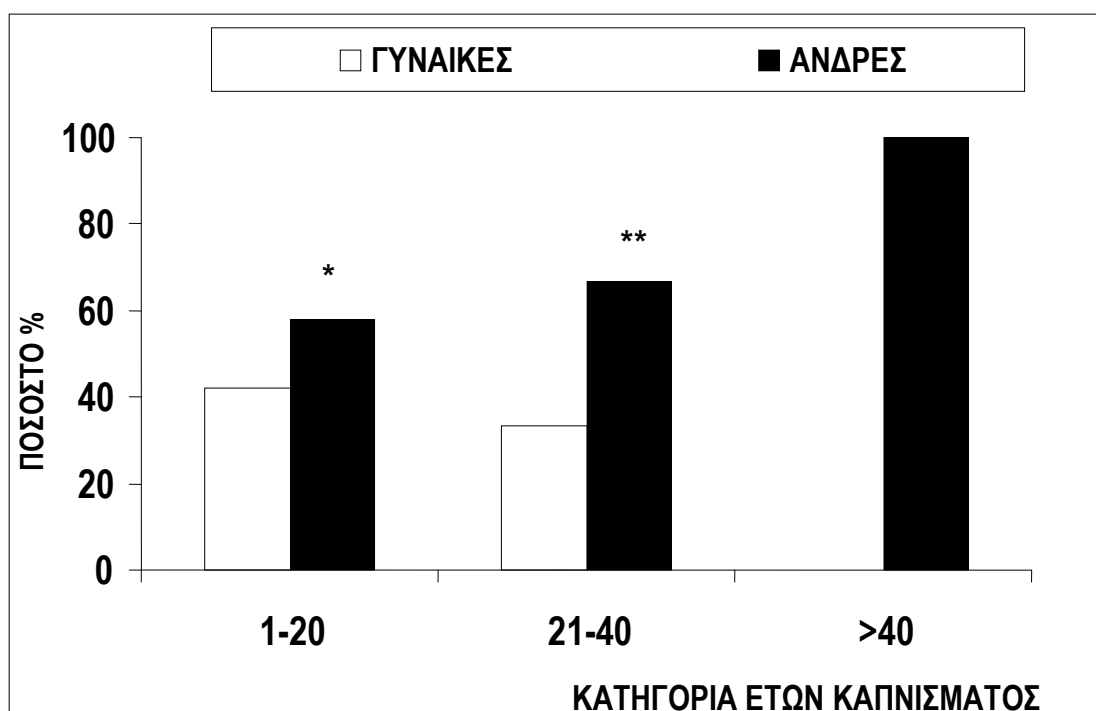
5.2.β. Έτη Καπνίσματος

Στη συσχέτιση του δείκτη μάζας σώματος (ΔΜΣ) με τα έτη καπνίσματος, βρέθηκε ότι οι 2 ομάδες ασθενών με μεγαλύτερο ΔΜΣ είχαν περισσότερα έτη σε σύγκριση με τις 2 άλλες ομάδες με μικρότερο ΔΜΣ, με στατιστικώς σημαντική διαφορά. Το συγκεκριμένο αποτέλεσμα συσχετίζει το δείκτη μάζας σώματος με το μακροχρόνιο κάπνισμα, Διάγραμμα 5.



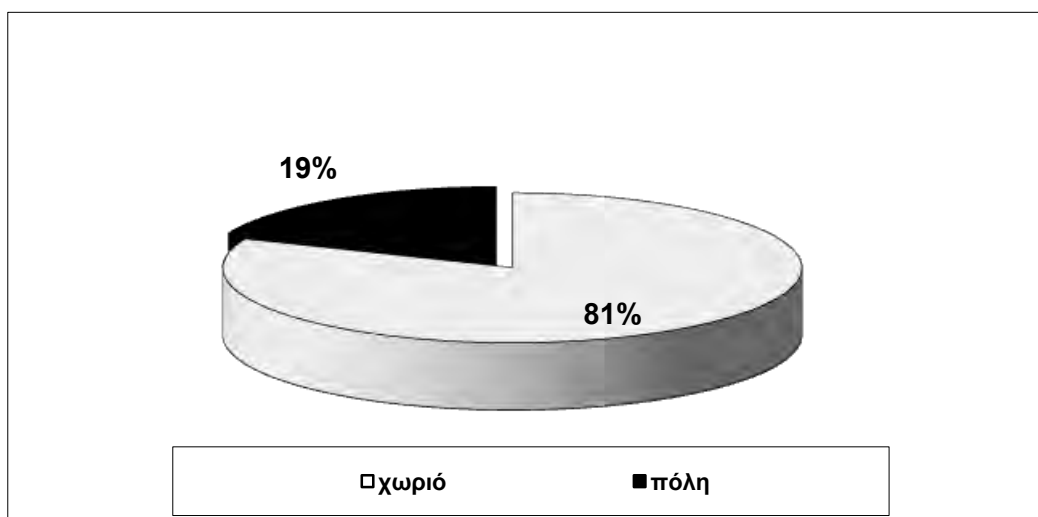
Διάγραμμα 5. Σύγκριση των ετών καπνίσματος μεταξύ των ομάδων διαφορετικού BMI, ** $p < 0.01$.

Όσον αφορά τα έτη καπνίσματος, από τους 57 ασθενείς που κάπνιζαν από 1 έως 20 έτη, οι 33 (58%) ήταν άνδρες και οι 24 (42%) γυναίκες. Επιπλέον, στους 66 ασθενείς που κάπνιζαν από 21 έως 40 έτη, οι 44 (67%) ήταν άνδρες και οι 22 (33%) γυναίκες ενώ, εκείνοι που κάπνιζαν πάνω από 40 έτη ήταν στο σύνολό τους άνδρες, Διάγραμμα 6.



Διάγραμμα 6. Κατανομή του φύλου στις κατηγορίες ετών καπνίσματος των ασθενών, * $p < 0.05$, ** $p < 0.001$.

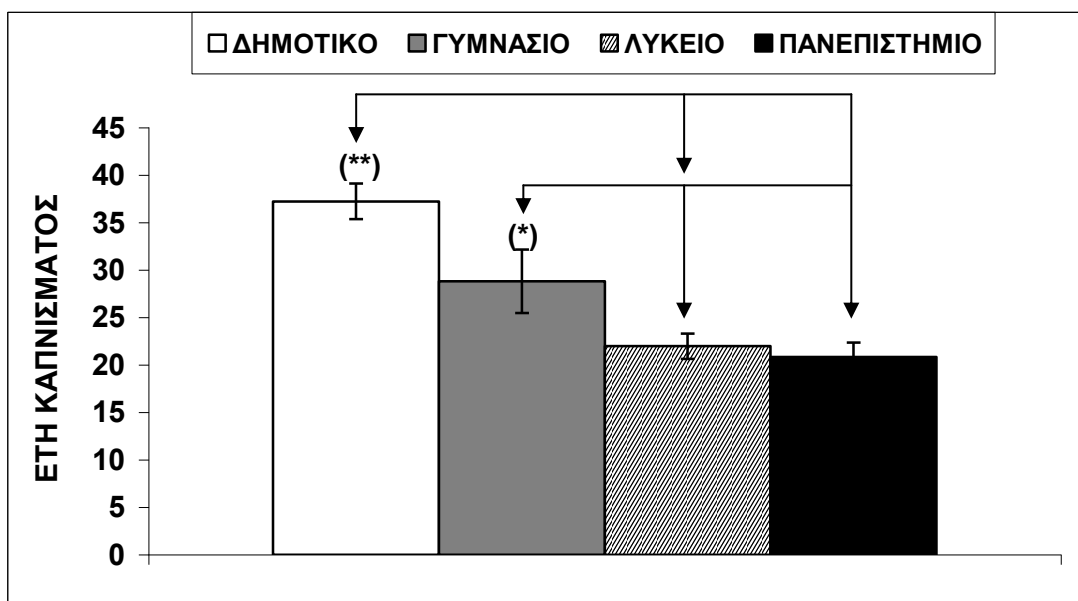
Στο Διάγραμμα 7, σε ότι αφορά τον τόπο κατοικίας και τα έτη καπνίσματος, από τους 57 ασθενείς που κάπνιζαν από 1 έως 20 έτη, οι 34 (60%) κατοικούσαν σε πόλη και οι 23 (40%) σε χωριό. Επιπλέον, στους 66 ασθενείς που κάπνιζαν από 21 έως 40 έτη, οι 31 (47%) κατοικούσαν σε πόλη και οι 35 (53%) σε χωριό. Τέλος για εκείνους που κάπνιζαν πάνω από 40 έτη βρέθηκε ότι σε ποσοστό 81% (13 ασθενείς) κατοικούσαν σε χωριό ενώ εκείνοι που διέμεναν σε πόλη ήταν μόλις 19% (3 ασθενείς), ($p=0,05$).



Διάγραμμα 7. Κατανομή του τόπου κατοικίας στους μακροχρόνιους καπνιστές,

* $p < 0.05$.

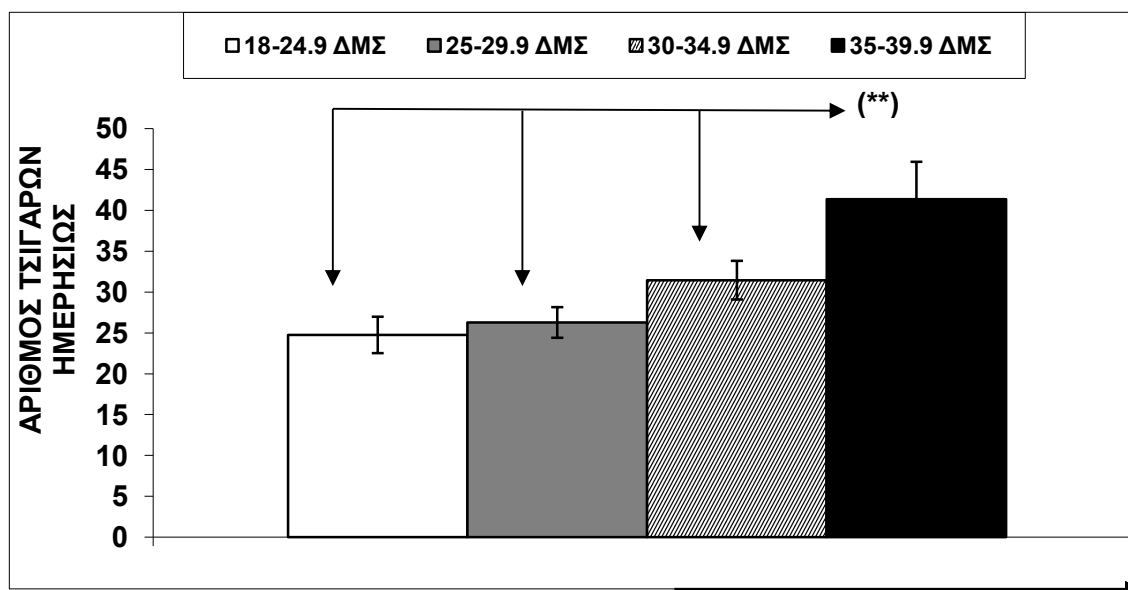
Στο Διάγραμμα 8, στη συσχέτιση της μόρφωσης με τα έτη καπνίσματος, βρέθηκε ότι οι ασθενείς με μικρότερη εκπαίδευση κάπνιζαν για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα σε σύγκριση με τις 3 άλλες ομάδες με περισσότερα έτη εκπαίδευσης, με στατιστικώς σημαντική διαφορά. Το συγκεκριμένο αποτέλεσμα συσχετίζει τη μόρφωση με το μακροχρόνιο κάπνισμα. Η περαιτέρω ανάλυση έδειξε ότι η διαφορά της ομάδας ασθενών που είχαν σπουδάσει στο πανεπιστήμιο και εκείνων που είχαν τελειώσει το λύκειο με τους ασθενείς που είχαν μόρφωση δημοτικού σχολείου ήταν $p=0.009$, ενώ με τους ασθενείς με γυμνασιακή εκπαίδευση ήταν $p=0.045$, Διάγραμμα 8.



Διάγραμμα 8. Σύγκριση των ετών καπνίσματος μεταξύ των ομάδων διαφορετικού επιπέδου εκπαίδευσης, ** $p < 0.01$, * $p < 0.05$.

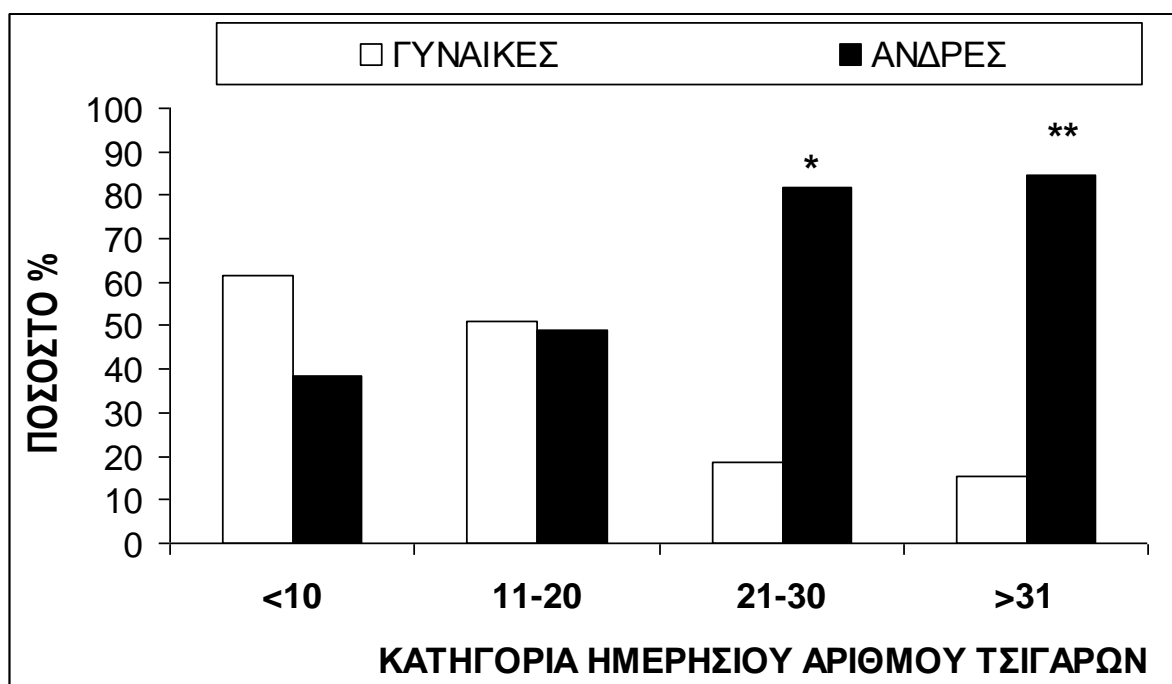
5.2.γ. Αριθμός τσιγάρων ημερησίως

Στη συσχέτιση του δείκτη μάζας σώματος (ΔΜΣ) με τον ημερήσιο αριθμό τσιγάρων, βρέθηκε ότι οι ασθενείς με μεγαλύτερο ΔΜΣ είχαν περισσότερα τσιγάρα ημερησίως σε σύγκριση με τις 3 άλλες ομάδες με μικρότερο ΔΜΣ, με στατιστικώς σημαντική διαφορά. Η περαιτέρω ανάλυση έδειξε ότι η ομάδα με το ΔΜΣ 35-39,9 είχε στατιστικώς σημαντική διαφορά ως προς τα έτη καπνίσματος με τις ομάδες ΔΜΣ 18-24,9 και 25-29,9 ($p=0,003$, $p=0,004$ αντίστοιχα) καθώς και με την ομάδα 30-34,9 ($p=0,008$), Διάγραμμα 9.



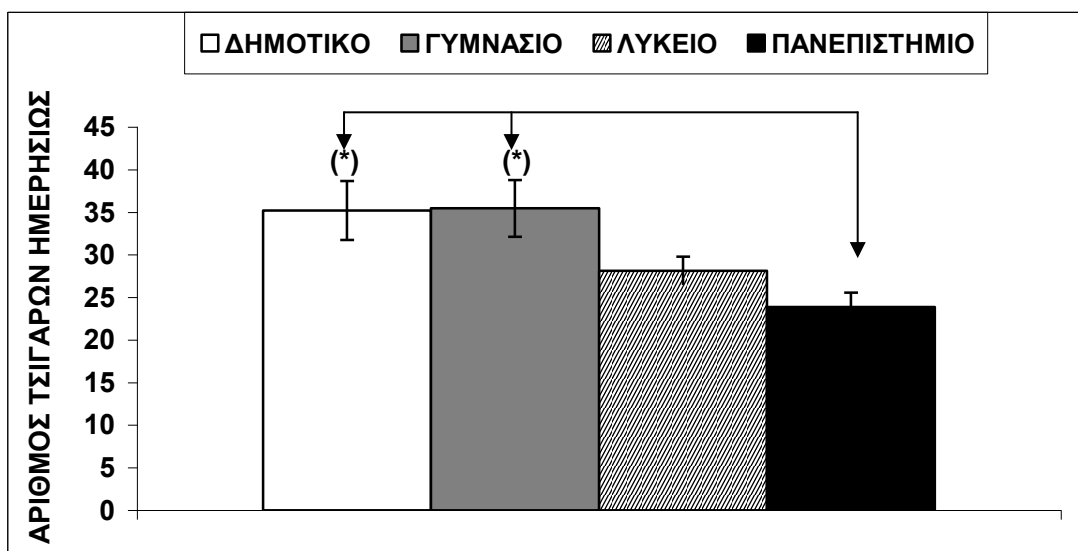
Διάγραμμα 9. Σύγκριση του αριθμού τσιγάρων ημερησίως μεταξύ των ομάδων διαφορετικού ΔΜΣ, $**p<0.01$.

Σε ότι αφορά τον αριθμό των τσιγάρων που κάπνιζαν ημερησίως, από τους 13 ασθενείς που κάπνιζαν λιγότερα από 10 τσιγάρα, οι 5 (38%) ήταν άνδρες και οι 8 (62%) γυναίκες. Επιπλέον, στους 66 ασθενείς που κάπνιζαν από 11 έως 20 τσιγάρα, οι 24 (49%) ήταν άνδρες και οι 25 (51%) γυναίκες ενώ εκείνοι που κάπνιζαν από 21 έως 30 τσιγάρα, οι 31 (81%) ήταν άνδρες και οι 7 (19%) γυναίκες. Η συγκεκριμένη διαφορά εντοπίζεται και σε όσους κάπνιζαν πάνω από 31 τσιγάρα ημερησίως που ήταν κατά 85% (33 ασθενείς) άνδρες ενώ μόλις 6 ήταν γυναίκες (15%). Συγκρίνοντας τα δύο ποσοστά βρέθηκε ότι υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφορά ($p=0.019$) στα ποσοστά μεταξύ των δύο φύλων για την κατηγορία 21-30 και ακόμη μεγαλύτερη στατιστική διαφορά ($p=0.004$) για την κατηγορία άνω των 31 τσιγάρων ημερησίως, Διάγραμμα 10.



Διάγραμμα 10. Κατανομή του φύλου στις κατηγορίες αριθμού τσιγάρων ημερησίως * $p<0.05$, ** $p<0.01$.

Στη συσχέτιση της μόρφωσης με τον αριθμό τσιγάρων ημερησίως, βρέθηκε ότι οι 2 ομάδες ασθενείς με μικρότερη εκπαίδευση κάπνιζαν περισσότερα τσιγάρα σε σύγκριση με τις 2 άλλες ομάδες με περισσότερα έτη εκπαίδευσης, με στατιστικώς σημαντική διαφορά. Το συγκεκριμένο αποτέλεσμα συσχετίζει τη μόρφωση με τον μεγάλο αριθμό τσιγάρων ημερησίως. Η περαιτέρω ανάλυση έδειξε ότι η διαφορά της ομάδας ασθενών που είχαν σπουδάσει στο πανεπιστήμιο με τους ασθενείς που είχαν μόρφωση δημοτικού σχολείου ήταν $p=0.024$, ενώ με τους ασθενείς με γυμνασιακή εκπαίδευση ήταν $p=0.018$, Διάγραμμα 11.

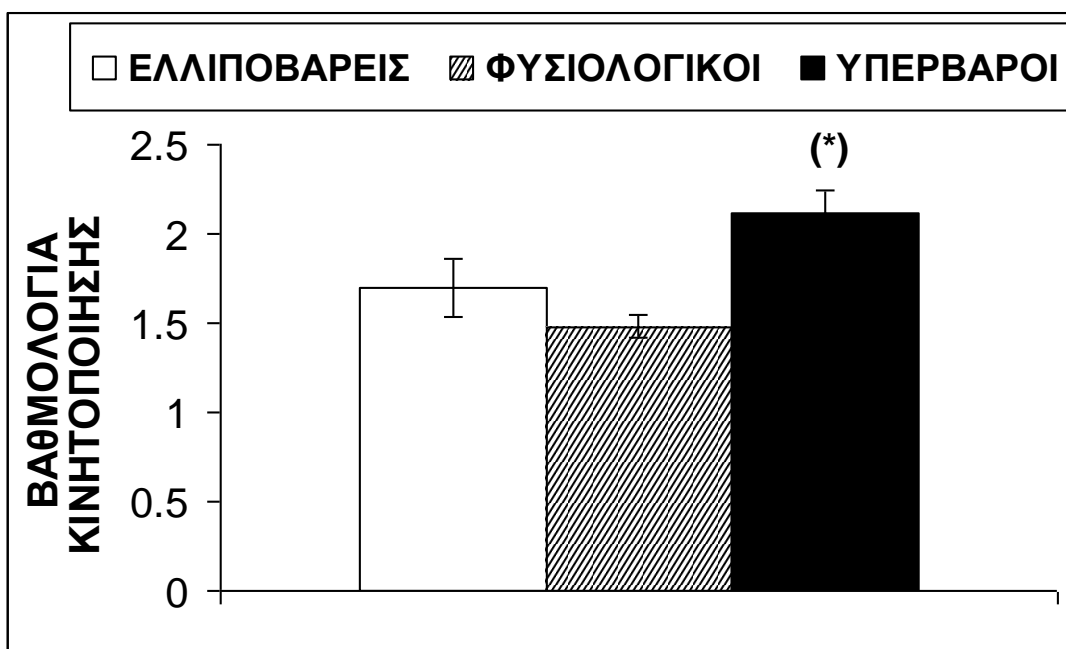


Διάγραμμα 11. Σύγκριση του αριθμού τσιγάρων ημερησίως μεταξύ των διαφορετικών επιπέδων εκπαίδευσης, * $p < 0.05$

5.3. Κινητοποίηση των ασθενών

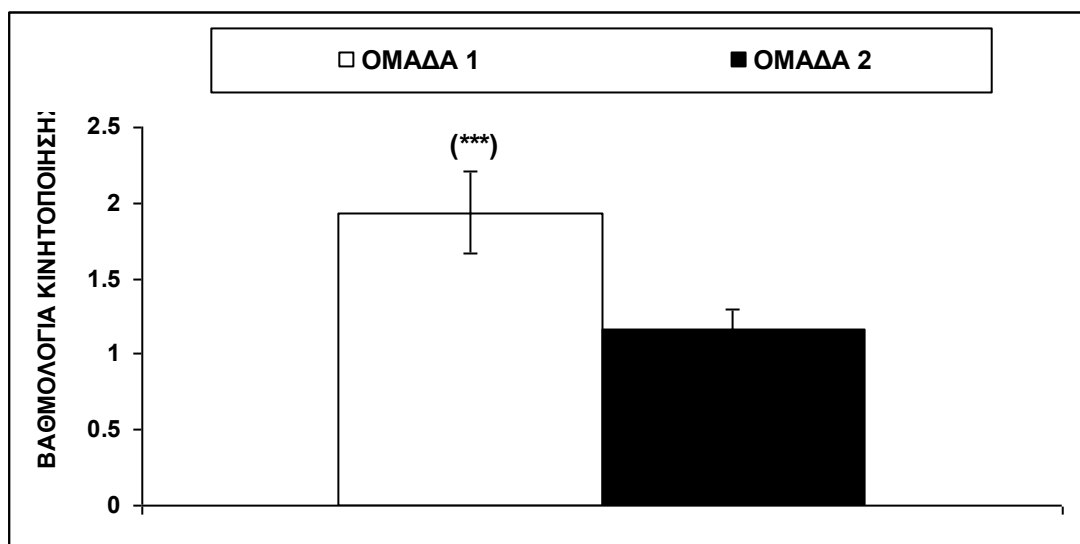
Όσον αφορά στη βαθμολογία κινητοποίησης, οι ασθενείς διαχωρίστηκαν σε τρεις κατηγορίες, τους «έτοιμους να διακόψουν το κάπνισμα» που βαθμολογήθηκαν με 1, τους «καλά κινητοποιημένους» που βαθμολογήθηκαν με 2 και «εκείνους που χρειάζονται κινητοποίηση» και βαθμολογήθηκαν με 3. Επομένως όσο μεγαλύτερη βαθμολογία είχε ένας ασθενής στην τόσο μεγαλύτερη ανάγκη είχε για κινητοποίηση.

Συγκρίνοντας το μέσο όρο στη βαθμολογία κινητοποίησης μεταξύ των ομάδων διαφορετικού ΔΜΣ πριν την ηλικία των 18 ετών, προκύπτει ότι υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφορά. Συγκεκριμένα, οι υπέρβαροι ασθενείς εμφανίζονται να έχουν υψηλότερη βαθμολογία κινητοποίησης από τους φυσιολογικούς ($p=0,014$), Διάγραμμα 12.



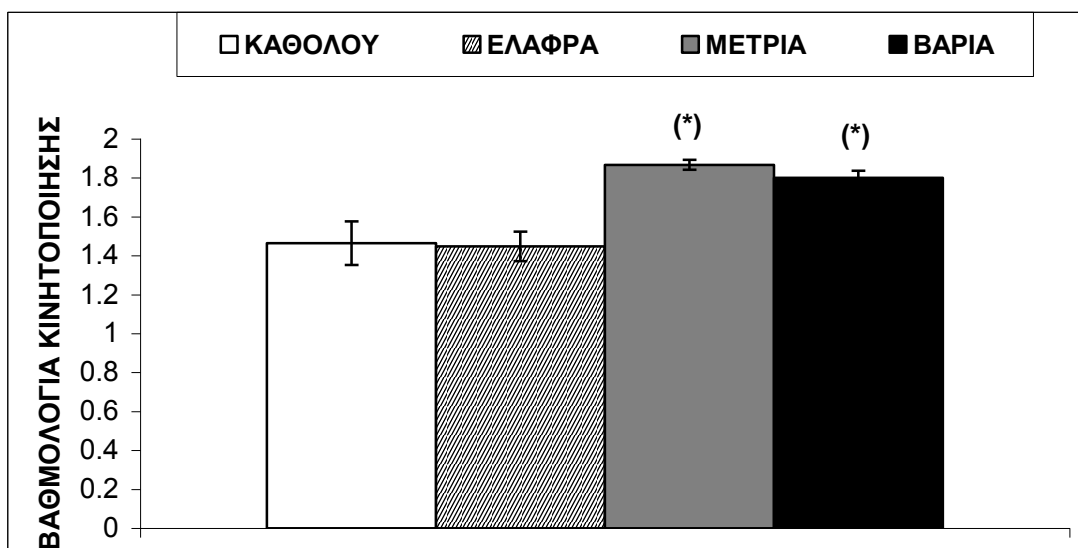
Διάγραμμα 12. Συσχέτιση της βαθμολογίας κινητοποίησης με ΔΜΣ πριν την ηλικία των 18 ετών, * $p < 0,05$.

Συγκρίνοντας το μέσο όρο της βαθμολογίας κινητοποίησης μεταξύ των δύο ομάδων με βάση τον παραπάνω διαχωρισμό, προκύπτει ότι υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων. Συγκεκριμένα, η ομάδα 1 (διαιτολογικό γραφείο-σπироμετρήσεις) είχε βαθμολογία $1,93 \pm 0,26$, ενώ η ομάδα 2 (Ιατρείο Διακοπής καπνίσματος) ήταν καλύτερα κινητοποιημένη διότι συγκέντρωσε $1,15 \pm 0,14$, ($p < 0,001$), **Διάγραμμα 13**. Το συγκεκριμένο αποτέλεσμα οφείλεται στο γεγονός ότι η ομάδα 2 είχε ποσοστό ασθενών στην κατηγορία των έτοιμων να διακόψουν το κάπνισμα 86,84%, έναντι της ομάδας 1 που είχε μόλις 34,92% των ασθενών της στη συγκεκριμένη κατηγορία.



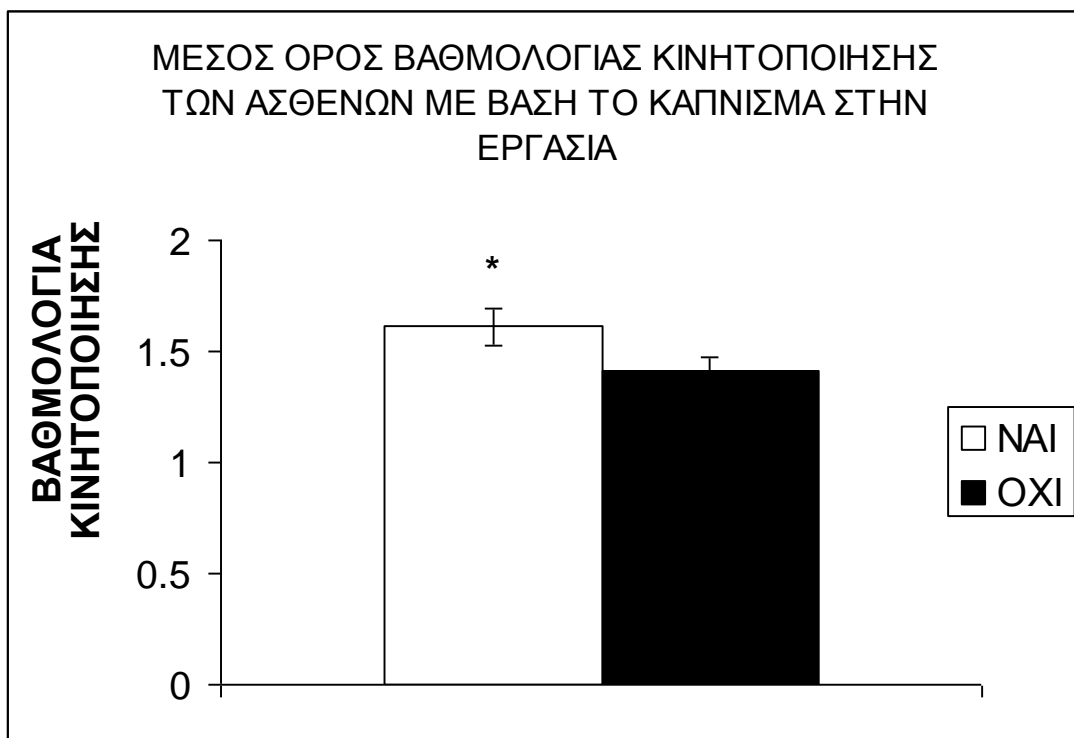
Διάγραμμα 13. Σύγκριση της βαθμολογίας κινητοποίησης μεταξύ των δύο ομάδων ασθενών,*** $p<0,001$.

Συγκρίνοντας τη βαθμολογία κινητοποίησης μεταξύ των ομάδων διαφορετικής κατανάλωσης αλκοόλ, προκύπτει ότι υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφορά. Συγκεκριμένα, οι ομάδες με μέτρια και βαριά κατανάλωση αλκοόλ είχαν υψηλότερο μέσο όρο στη βαθμολογία κινητοποίησης ($1,86 \pm 0,25$ και $1,8 \pm 0,37$ αντίστοιχα) από εκείνες με καθόλου ή ελαφριά κατανάλωση ($1,46 \pm 0,11$ και $1,44 \pm 0,075$ αντίστοιχα), ($p=0,044$), **Διάγραμμα14**. Το γεγονός αυτό σημαίνει ότι όσο περισσότερο αλκοόλ κατανάλωναν οι ασθενείς τόσο περισσότερο είχαν ανάγκη από κινητοποίηση για να διακόψουν το κάπνισμα.



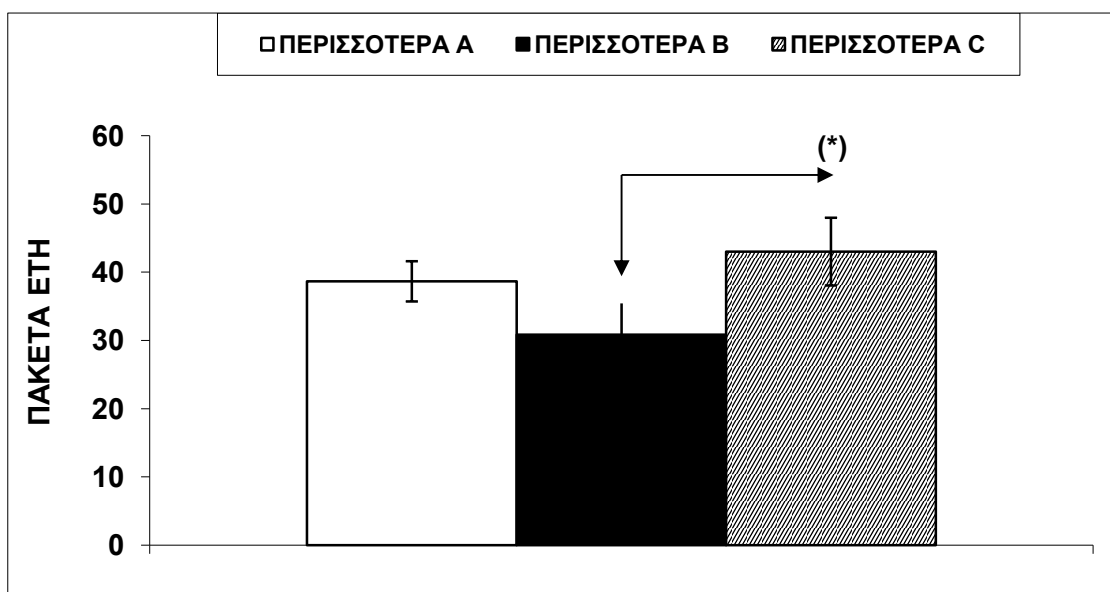
Διάγραμμα 14. Συσχέτιση της βαθμολογίας κινητοποίησης με την κατανάλωση αλκοόλ, * $p < 0,05$.

Συγκρίνοντας τη βαθμολογία κινητοποίησης μεταξύ των ασθενών που καπνίζουν ή όχι στην εργασία τους, προκύπτει ότι υπάρχει συσχέτιση με στατιστικώς σημαντική διαφορά. Συγκεκριμένα, η ομάδα των ασθενών που κάπνιζαν στην εργασία τους είχαν υψηλότερο μέσο όρο βαθμολογίας κινητοποίησης από εκείνους που δεν κάπνιζαν ($1,61 \pm 0,08$ και $1,41 \pm 0,06$ αντίστοιχα) ($p = 0,034$), Διάγραμμα 15. Το γεγονός αυτό σημαίνει ότι οι ασθενείς που κάπνιζαν στην εργασία τους δεν ήταν τόσο καλά κινητοποιημένοι όσο εκείνοι που δεν κάπνιζαν.



Διάγραμμα 15. Συσχέτιση του μέσου όρου βαθμολογίας κινητοποίησης με το κάπνισμα ή όχι στην εργασία, $*p<0,05$.

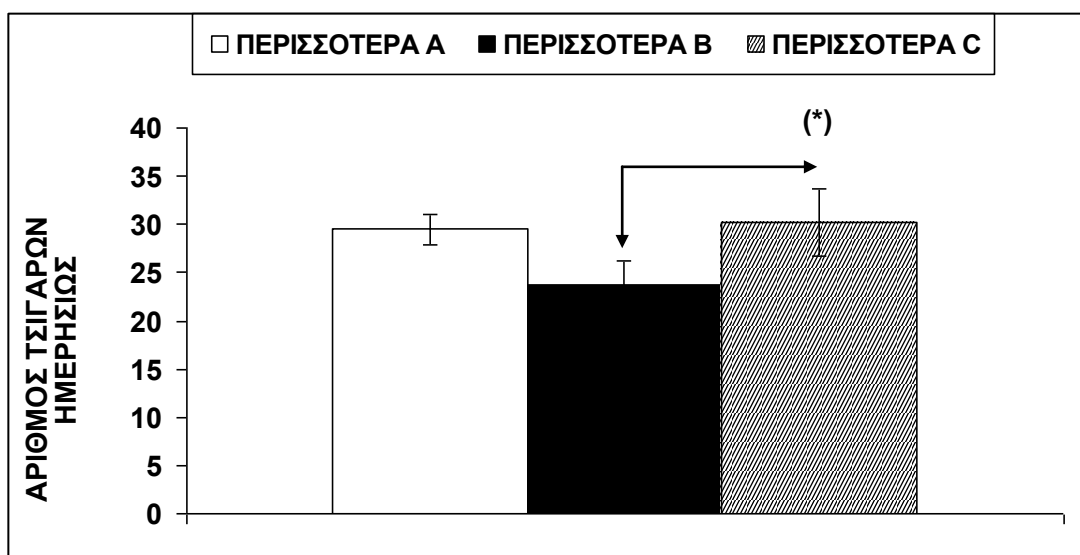
Συγκρίνοντας τη βαθμολογία κινητοποίησης μεταξύ των ασθενών ανάλογα με τα πακέτα έτη, προκύπτει ότι υπάρχει συσχέτιση με στατιστικώς σημαντική διαφορά. Συγκεκριμένα, η ομάδα των ασθενών που είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία κινητοποίησης ανήκαν και στη μεγαλύτερη κατηγορία πακέτα έτη σύγκριση με εκείνους με μεσαία βαθμολογία ($p=0,018$), Διάγραμμα 15. Το γεγονός αυτό σημαίνει ότι οι ασθενείς με μεγαλύτερη κατανάλωση τσιγάρων είχαν μεγαλύτερη ανάγκη κινητοποίησης.



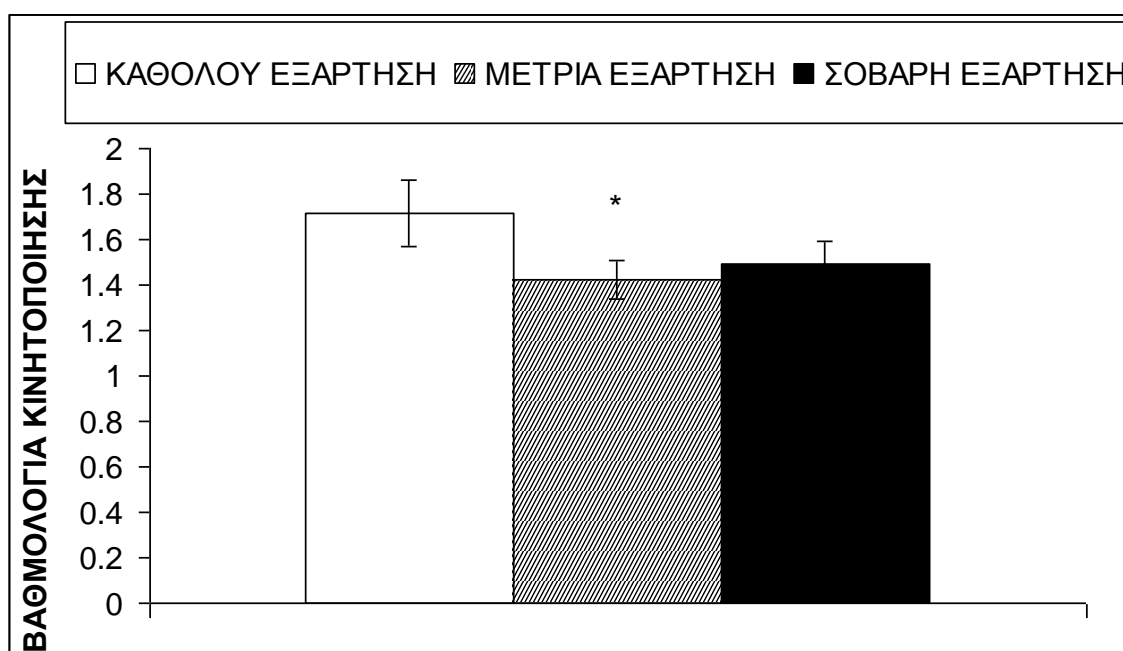
Διάγραμμα 15. Συσχέτιση της βαθμολογίας κινητοποίησης με τα πακέτα έτη, * $p < 0,05$.

Στο Διάγραμμα 16, βρέθηκε ότι υπάρχει συσχέτιση μεταξύ του ημερήσιου αριθμού τσιγάρων που καπνίζονται και των απαντήσεων που έδωσαν οι ασθενείς στο ερωτηματολόγιο κινήτρων, αφού οι καλά κινητοποιημένοι άρρωστοι που συγκέντρωναν μεσαία βαθμολογία κινητοποίησης κάπνιζαν και λιγότερα τσιγάρα ημερησίως ($p = 0,05$).

Παρόμοια συσχέτιση βρέθηκε και στη βαθμολογία fagerstrom, στους ασθενείς με μεσαία βαθμολογία κινητοποίησης. Δηλαδή, οι ασθενείς που είχαν μέτρια εξάρτηση ανήκουν στην ομάδα μεσαίας κινητοποίησης, ενώ οι ασθενείς της ομάδας που δεν ήταν εξαρτημένοι δεν εμφάνιζαν και υψηλή κινητοποίηση ($p = 0,012$), Διάγραμμα 17.



Διάγραμμα 16. Συσχέτιση των απαντήσεων στο ερωτηματολόγιο κινήτρων με τον αριθμό τσιγάρων ημερησίως, * $p < 0,05$.



Διάγραμμα 17. Συσχέτιση της βαθμολογίας κινητοποίησης με τον αριθμό τσιγάρων ημερησίως, * $p < 0,05$.

Απουσία στατιστικώς σημαντικής διαφοράς βρέθηκε και στη συσχέτιση μεταξύ των διαφορετικών ομάδων ΔΜΣ με τη βαθμολογία κινητοποίησης των ασθενών, ($p>0,05$). (Τα αποτελέσματα δεν απεικονίζονται)

Όσον αφορά στη σύγκριση μεταξύ του διαφορετικού επιπέδου μόρφωσης, δεν προέκυψε στατιστικώς σημαντική διαφορά στη βαθμολογία κινητοποίησης που εμφάνισαν ($p>0,05$). (Τα αποτελέσματα δεν απεικονίζονται)

Η ίδια απουσία στατιστικώς σημαντικής διαφοράς προέκυψε κατά τη συσχέτιση μεταξύ των ηλικιακών ομάδων και της βαθμολογία κινητοποίησης ($p>0,05$). (Τα αποτελέσματα δεν απεικονίζονται)

Κατά τη σύγκριση μεταξύ των δύο φύλων, δεν προέκυψε στατιστικώς σημαντική διαφορά στη βαθμολογία κινητοποίησης που εμφάνισαν ($p>0,05$). (Τα αποτελέσματα δεν απεικονίζονται)

Μη στατιστικά σημαντική διαφορά βρέθηκε και στη συσχέτιση μεταξύ των τόπων κατοικίας με τη βαθμολογία κινητοποίησης των ασθενών, ($p>0,05$). (Τα αποτελέσματα δεν απεικονίζονται)

6. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Παρόλο που η αύξηση του βάρους σώματος, που ακολουθεί τη διακοπή του καπνίσματος, έχει διερευνηθεί βιβλιογραφικά εκτενώς και έχει εδραιωθεί, εντούτοις, ελάχιστα δεδομένα έχουμε για τη σχέση μεταξύ του δείκτη μάζας σώματος (ΔΜΣ) και της εξάρτησης από τη νικοτίνη αλλά και του βαθμού κινητοποίησης για τη διακοπή από την εθιστική αυτή διαδικασία.

Στην παρούσα μελέτη βρέθηκε ότι τα άτομα της ομάδας 1 (διαιτολογικό γραφείο και δείγμα από σπιρομετρήσεις) είχαν μικρότερο ποσοστό πανεπιστημιακής μόρφωσης και κατοικούσαν σε χωριό περισσότεροι από εκείνους της ομάδας 2 (εξωτερικό ιατρείο νοσοκομείου), είχαν μεγαλύτερη ηλικία έναρξης της καπνισματικής συνήθειας ενώ δε βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές για τα υπόλοιπα παραμετρικά και μη παραμετρικά χαρακτηριστικά.

Κατά τη σύγκριση της κινητοποίησης των ατόμων των δύο ομάδων απεδείχθη ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά καθώς οι εκπρόσωποι της ομάδας 2 ήταν περισσότερο κινητοποιημένοι από εκείνους της ομάδας 1.

Ενοποιώντας τις δύο ομάδες βρέθηκε ότι ως προς το βαθμό εξάρτησης από τη νικοτίνη, οι περισσότεροι «σοβαρά» εξαρτημένοι είναι άνδρες, ενώ η ίδια κατηγορία «σοβαρής» εξάρτησης σχετίζεται θετικά με το χαμηλό επίπεδο μόρφωσης, το αυξημένο βάρος και τη μέτρια και βαριά κατανάλωση αλκοόλ.

Όσοι κατοικούν σε χωριά είναι περισσότεροι μακροχρόνιοι καπνιστές από τους αστούς ενώ, η αύξηση του βάρους σχετίζεται θετικά τόσο με τον αριθμό τσιγάρων /ημέρα όσο και με τα έτη καπνίσματος καθώς και το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο.

Τα άτομα που είχαν αυξημένο βάρος κατά την παιδική και εφηβική ηλικία ή έκαναν μέτρια ή βαριά κατανάλωση αλκοόλ, κάπνιζαν στο εργασιακό τους περιβάλλον και είχαν μεγαλύτερο αριθμό σε πακέτα έτη ήταν και εκείνα που έχρηζαν μεγαλύτερης κινητοποίησης για την παύση του εθισμού στο τσιγάρο.

Η δημογραφική κατανομή έχει επηρεασθεί από το γεγονός ότι το δείγμα που συλλέχθηκε από τη διαδικασία των σπιρομετρήσεων προερχόταν από χωριά και κωμοπόλεις. Επιπλέον στα άτομα της ομάδας 1 παρατηρήθηκε μεγαλύτερη ηλικία έναρξης όσον αφορά το κάπνισμα, γεγονός που μπορεί να αποδοθεί στην επιρροή των ατόμων από διαφορετικά πρότυπα, από τη μικρότερη επιρροή των μέσων μαζικής ενημέρωσης, των συνομηλίκων αλλά και στον αυστηρότερο έλεγχο που ασκείται από τις κλειστές κοινωνίες με αποτέλεσμα χαμηλότερα επίπεδα παραβατικότητας και έναρξης κακών συνηθειών.

Όσον αφορά ότι το ανδρικό φύλο αναπτύσσει σοβαρότερη εξάρτηση από ότι το γυναικείο, το αποτέλεσμα αυτό θα μπορούσε να αποδοθεί στην επιρροή των ανδρών από διαφορετικά κοινωνικά πρότυπα αλλά και από το γεγονός ότι η ελληνική κοινωνία εξακολουθεί να είναι πατριαρχική με αποτέλεσμα οι άνδρες να βιώνουν καθημερινά περισσότερο αγχωτικά γεγονότα που αφορούν το εργασιακό περιβάλλον, το κοινωνικό status και τις οικονομικές υποχρεώσεις απέναντι στην οικογένεια, στοιχεία που επιδρούν στη διαμόρφωση μεγαλύτερης εξάρτησης.

Παρατηρήθηκε επίσης ότι η εξάρτηση σχετίζεται θετικά με τον ΔΜΣ και μάλιστα με σημαντικά στατιστική διαφορά. Η παχυσαρκία σχετίζεται από μόνη της με μια φτωχή αντίληψη για τον παράγοντα υγεία που πρακτικά σημαίνει κακές διατροφικές συνήθειες και απουσία φυσικής δραστηριότητας. Η συσχέτιση δε αυτή είναι γραμμική, που σημαίνει ότι αυξάνοντας το βάρος αυξάνει και η επιμονή στις φτωχές επιλογές υγείας, ενισχύεται η χαμηλή αυτοπεποίθηση αντιμετώπισης του προβλήματος η οποία στις περισσότερες των περιπτώσεων μεταφράζεται με άρνηση να αποδεχθούν και να αντιμετωπίσουν το πρόβλημα και έτσι μέσα από ένα φαύλο κύκλο τα παχύσαρκα άτομα μετατρέπονται σε άτομα εξαρτώμενα από εθισμούς, ένας από τους οποίους είναι και η εξάρτηση στο κάπνισμα⁷⁵.

Στη σύγκριση του ΔΜΣ πριν την ηλικία των 18 ετών, δηλαδή, κατά την παιδική ηλικία και την εφηβεία παρατηρήθηκε ότι μεταξύ των τριών κατηγοριών

ελλειποβαρή άτομα, άτομα με φυσιολογικό βάρος σώματος και υπέρβαρα άτομα δεν υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφορά ως προς το βαθμό εξάρτησης καθώς και για τον αριθμό των τσιγάρων ανά ημέρα και τα έτη καπνίσματος. Η παρατήρηση αυτή συμφωνεί απόλυτα με τα διεθνή βιβλιογραφικά ευρήματα όπου υπέρβαρες καπνίστριες με προβλήματα βάρους κατά την παιδική και εφηβική ηλικία πειραματίστηκαν με το κάπνισμα σε πιο πρόωρη ηλικία από εκείνες που είχαν φυσιολογικό βάρος σώματος ή απέκτησαν αυξημένο βάρος μεταγενέστερα αλλά, δε διέφεραν ως προς το βαθμό εξάρτησης από τη νικοτίνη σε σχέση με εκείνες με φυσιολογικό βάρος σώματος και ανέφεραν σοβαρότερη συμπτωματολογία λόγω αποχής όπως μεγαλύτερο θυμό/ευερεθιστότητα, ανυπομονησία, προβλήματα αυτοσυγκέντρωσης και αυξημένη μελαγχολία/θλίψη. Η κραιπάλη στο φαγητό και η έλλειψη μέτρου ή ελέγχου αποτέλεσε σημαντικό προγνωστικό δείκτη για την έναρξη της καπνισματικής συνήθειας χωρίς όμως να επηρεάζει το βαθμό εξάρτησης από τη νικοτίνη στην πορεία ⁸⁰.

Βεβαίως υπάρχει επιφύλαξη για το αποτέλεσμα εξαιτίας του μικρού δείγματος της μελέτης μας και γιατί ο παράγοντας αυτός δεν έχει διερευνηθεί εκτενώς και βιβλιογραφικά. Προφανώς, μια περισσότερο λεπτομερής αξιολόγηση των προβλημάτων βάρους κατά την παιδική και εφηβική ηλικία μπορεί να είναι χρήσιμη στον προσδιορισμό του βαθμού στον οποίο, η εμφάνιση προβλημάτων βάρους στις ηλικίες αυτές, περιπλέκει τις μετέπειτα προσπάθειες διακοπής καπνίσματος εξαιτίας του συσχετισμού με αυξημένη συμπτωματολογία λόγω αποχής.

Στη μελέτη βρέθηκε ότι τα άτομα που είχαν χαμηλότερο μορφωτικό επίπεδο είχαν τη μεγαλύτερη βαθμολογία στην κλίμακα Fagerstrom, δηλαδή μεγαλύτερο βαθμό εξάρτησης. Σε αυτή τη διαπίστωση συμφωνούν και μελέτες από τη βιβλιογραφική ανασκόπηση όπου αναφέρουν τη συμμετοχή πολλών κοινωνικοοικονομικών παραμέτρων όσον αφορά την ανάπτυξη και εξέλιξη της καπνισματικής συνήθειας συμπεριλαμβανομένου της γεωγραφικής θέσης αλλά

και του μορφωτικού επιπέδου. Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία τα άτομα με χαμηλότερη εκπαίδευση αναπτύσσουν ευκολότερα ανθυγιεινές στάσεις και συμπεριφορές όπως το κάπνισμα καθώς και μεγαλύτερο βαθμό εξάρτησης από αυτές ή έχουν μια αρνητική θέση ως προς την αντιμετώπιση αυτών⁷⁹.

Συσχετίζοντας την εξάρτηση με το αλκοόλ παρατηρήθηκε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά κυρίως για τις ομάδες με μέτρια και υψηλή κατανάλωση αλκοόλ σε σύγκριση με εκείνες με περιστασιακή ή ελαφρά κατανάλωση. Στην ίδια διαπίστωση συγκλίνουν και το σύνολο των μελετών όπου θέτουν το αλκοόλ και το κάπνισμα ως ζευγαρωτές δραστηριότητες όπου η χρήση του αλκοόλ έχει οριστεί ως παράγοντας κινδύνου για την εμφάνιση εξάρτησης από τη νικοτίνη αλλά και το αντίστροφο δηλαδή η νικοτίνη από μόνη της μπορεί να δράσει σαν «νευροχημική πύλη» για την κατάχρηση νικοτίνης αλλά και πιο σοβαρών ναρκωτικών ουσιών^{26,29}.

Στατιστικά σημαντική διαφορά βρέθηκε μεταξύ των δύο φύλων σε ότι αφορά τα έτη καπνίσματος, δηλαδή οι άνδρες καπνίζουν μεγαλύτερο χρονικό διάστημα από ότι οι γυναίκες, γεγονός που σηματοδοτεί το σημαντικό ρόλο του φύλου στο κάπνισμα, παρόλο που βιβλιογραφικά παρατηρείται ότι οι γυναίκες σταματούν το κάπνισμα λιγότερο συχνά και /ή το αρχίζουν περισσότερο συχνά από τους άνδρες χρησιμοποιώντας το κυρίως ως μέσο για τον έλεγχο του βάρους σώματός τους⁷¹.

Μια πιθανή εξήγηση που μπορεί να δοθεί είναι ότι οι γυναίκες κινητοποιούνται πιο εύκολα από ότι οι άνδρες σε θέματα που άπτονται της υγείας καθώς και τις περιόδους της εγκυμοσύνης και του θηλασμού.

Επίσης κατά τη συσχέτιση του τόπου κατοικίας με τα έτη καπνίσματος βρέθηκε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στα ποσοστά μεταξύ των δύο τόπων κατοικίας δηλαδή χωριού-πόλης. Οι κάτοικοι που διέμεναν σε χωριό κάπνιζαν για περισσότερα χρόνια από ότι οι αστοί. Πιθανή εξήγηση του γεγονότος είναι ότι οι κάτοικοι της επαρχίας έχουν πλημμελή ενημέρωση σε θέματα που άπτονται της υγείας αλλά και έλλειψη πρόσβασης όσον αφορά την

ιατροφαρμακευτική φροντίδα. Η άγνοια αλλά και η δυσμενής δημογραφική και κοινωνική θέση δικαιολογεί τα περισσότερα έτη καπνίσματος.

Θετική συσχέτιση παρατηρήθηκε και μεταξύ του ΔΜΣ με τα έτη καπνίσματος. Η αύξηση του βαθμού παχυσαρκίας που ουσιαστικά σημαίνει κακές διατροφικές επιλογές και απουσία φυσικής δραστηριότητας συνοδεύεται τις περισσότερες φορές και με άλλες μακροχρόνιες έξεις όπως το κάπνισμα σαν μια ακόμη συνιστώσα των επικίνδυνων για την υγεία συμπεριφορών.

Στη συσχέτιση του μορφωτικού επιπέδου με το μακροχρόνιο κάπνισμα, η περαιτέρω ανάλυση έδειξε στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των ατόμων πανεπιστημιακής και τεχνολογικής εκπαίδευσης σε σχέση με εκείνους που ήταν απόφοιτοι δημοτικού ή γυμνασίου, γεγονός που σηματοδοτεί το σημαντικό ρόλο της εκπαίδευσης στην υιοθέτηση ή αντίστοιχα την αποφυγή μακροχρόνιων φτωχών παραμέτρων υγείας⁷⁹.

Ως προς τη διερεύνηση του ημερήσιου αριθμού κατανάλωσης τσιγάρων σε σχέση με το φύλο βρέθηκε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο φύλων, όπου παρατηρείται οι άνδρες να έχουν περισσότερη κατανάλωση τσιγάρων την ημέρα, για την κατηγορία >21 τσιγάρα/ημέρα και ακόμη μεγαλύτερη στατιστική διαφορά για την κατηγορία >31 τσιγάρα ημερησίως. Τα συγκεκριμένα δεδομένα δεν καταδεικνύουν εάν το αποτέλεσμα αυτό είναι συνάρτηση ψυχοκοινωνικών και περιβαλλοντικών παραγόντων ή συνηγορούν προς αυτό και γενετικές επιδράσεις, σίγουρα όμως χρήζει περαιτέρω διερεύνησης. Βιβλιογραφικά διαπιστώνεται ότι οι γυναίκες χρησιμοποιούν το κάπνισμα με μεγαλύτερη ευκολία από τους άνδρες, κυρίως ως μέσο ελέγχου του βάρους σώματος τους⁸⁰.

Η μελέτη καταδεικνύει ότι οι άνδρες είναι περισσότερο «βαρείς» καπνιστές από ότι οι γυναίκες. Ενδεχομένως λοιπόν οι λόγοι για τους οποίους οι άνδρες να παραμένουν καπνιστές και μάλιστα μανιώδεις να είναι σοβαρότεροι από την ανησυχία του ελέγχου του βάρους σώματος. Το εργασιακό στρες, η ευθύνη των οικογενειακών υποχρεώσεων που βαρύνει τον άνδρα μέσα στην ελληνική

οικογένεια αλλά και οι προσωπικές επιδιώξεις και φιλοδοξίες είναι πιθανά αίτια της μεγαλύτερης βαρύτητας καπνισματικής συνήθειας που αναπτύσσουν.

Στη μεγαλύτερη κατηγορία κατανάλωσης τσιγάρων την ημέρα παρατηρήθηκε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό απευθύνεται στους κατοίκους που διαμένουν σε χωριό. Λαμβάνοντας υπόψη και τις προηγούμενες διαπιστώσεις, φαίνεται ότι οι ασθενείς που κατοικούν στα χωριά καπνίζουν περισσότερα τσιγάρα /ημέρα και για περισσότερα έτη. Αιτιολογία της διαπίστωσης, όπως ήδη έχει αναφερθεί, οι κοινωνικές επιδράσεις, τα διαφορετικά πρότυπα, η ιδιαιτερότητα των συνθηκών διαβίωσης, το εργασιακό περιβάλλον αλλά και η δυσκολία προσέγγισης μονάδων υγείας για ενημέρωση σε αντίστοιχα θέματα.

Στατιστικά σημαντική διαφορά υπάρχει και στη σύγκριση μεταξύ μορφωτικού επιπέδου και αριθμού τσιγάρων/ημέρα όπου τα άτομα των δύο μικρότερων βαθμίδων εκπαίδευσης καταναλώνουν σημαντικά μεγαλύτερο αριθμό τσιγάρων/ημέρα από ότι οι απόφοιτοι πανεπιστημιακής και τεχνολογικής εκπαίδευσης.

Πολλή σημαντική διαπίστωση είναι η θετική συσχέτιση του ΔΜΣ με τον αριθμό τσιγάρων ημερησίως. Στο συμπέρασμα αυτό συνηγορεί και το σύνολο των ερευνών όπου αναφέρουν ότι άτομα με υψηλό ΔΜΣ ήταν υπερ-αντιπροσωπευτικά ανάμεσα στους «μανιώδεις» καπνιστές, καταδεικνύοντας ότι οι φτωχές επιλογές ποιότητας ζωής αφορούν ένα μεγάλο αριθμό συνιστωσών υγείας^{61,62,68}.

Ως προς τη σύγκριση των δύο ομάδων για το βαθμό κινητοποίησης παρατηρήθηκε ότι τα άτομα που επισκέπτονταν οικειωθελώς το Ιατρείο Διακοπής Καπνίσματος ήταν περισσότερο κινητοποιημένα από ότι η ομάδα 1.

Το φαινόμενο πιθανόν αποδίδεται στο γεγονός ότι τα συγκεκριμένα άτομα, για να επισκεφθούν ένα τέτοιο εξειδικευμένο ιατρείο, έχουν ήδη αποφασίσει ή έχουν «αναγκασθεί» από κάποιες ανεπιθύμητες καταστάσεις υγείας για τη διαδικασία παύσης του καπνίσματος και έχουν προετοιμασθεί περισσότερο ψυχολογικά. Επίσης θα πρέπει να αναφερθεί ότι οι απαντήσεις πολλές φορές

είναι αυθόρμητες και επηρεάζονται από το ίδιο το γεγονός της λήψης του ερωτηματολογίου όπως και από το περιβάλλον, βασικό εμπόδιο που συναντούν συχνά και άλλοι ερευνητές^{29,75}.

Άλλωστε ο χώρος του νοσοκομείου πάντα υπενθυμίζει στον ασθενή τον παράγοντα υγεία και τον κινητοποιεί έστω και για σύντομα χρονικά διαστήματα να κάνει καινοτόμες αλλαγές στην υγεία του. Ακόμη τα άτομα που επισκέφθηκαν το εξειδικευμένο ιατρείο προσήλθαν με αιματολογικές εξετάσεις ή υποχρεώθηκαν να κάνουν ενδεδειγμένη αιματολογική έλεγχο καθώς και έλεγχο αναπνευστικής λειτουργίας εντός του νοσοκομείου. Είναι λοιπόν πολύ πιθανό, τα αποτελέσματα των παραπάνω ελέγχων να κινητοποιούν περισσότερο τους ασθενείς για μια ριζικότερη αλλαγή στάσης και συμπεριφοράς ως προς την υγεία τους.

Συγκρίνοντας το βαθμό κινητοποίησης, μεταξύ των δύο φύλων δεν προκύπτει ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά καθώς και ως προς τη συσχέτιση μεταξύ των κατηγοριών του ΔΜΣ με τη βαθμολογία κινητοποίησης. Το γεγονός αυτό καταδεικνύει ότι η κινητοποίηση για τη διακοπή του καπνίσματος είναι ανεξάρτητη τόσο του φύλου όσο και της σχέσης με το βάρος σώματος σε αντιδιαστολή με το βαθμό εξάρτησης όπου παρατηρήσαμε το ανδρικό φύλο να αναπτύσσει μεγαλύτερο βαθμό εξάρτησης και τα περισσότερα παχύσαρκα άτομα να ανήκουν στους μανιώδεις καπνιστές.

Τα άτομα που ανέφεραν αυξημένο βάρος κατά την παιδική και εφηβική ηλικία είχαν την υψηλότερη βαθμολογία στο ερωτηματολόγιο κινήτρων και άρα ανήκουν στην κατηγορία που χρειάζεται κινητοποίηση. Πιθανή αιτιολόγηση αυτού του αποτελέσματος είναι ότι υιοθετώντας κακές διατροφικές συνήθειες από νεαρή ηλικία έχουν αδιαφορήσει για την εικόνα τους και έχουν αναπτύξει μια αρνητική στάση ως προς το σύνολο των συνιστωσών που πλαισιώνουν την ευρεία έννοια της υγείας.

Στατιστικά σημαντική διαφορά όμως παρατηρήθηκε κατά τη σύγκριση της βαθμολογίας κινήτρου διακοπής τσιγάρου με τις διαφορετικές ομάδες κατανάλωσης αλκοόλ. Οι ομάδες με μέτρια και βαριά κατανάλωση αλκοόλ είχαν

και την υψηλότερη βαθμολογία κινητοποίησης δηλαδή έχουν ανάγκη κινητοποίησης σε σχέση με τους περιστασιακούς πότες ή εκείνους με χαμηλή κατανάλωση αλκοόλ.

Το ίδιο φαινόμενο παρατηρήθηκε και στη συσχέτιση του βαθμού κινητοποίησης με τα πακέτα έτη. Η ομάδα ασθενών με περισσότερα πακέτα έτη είχε και τη μεγαλύτερη βαθμολογία στο ερωτηματολόγιο κινήτρου και άρα είναι η ομάδα που χρειάζεται περισσότερη κινητοποίηση. Ενδεχομένως, τα συγκεκριμένα άτομα μέσα από μακροχρόνιες φτωχές αντιλήψεις και επιλογές υγείας, αδιαφορούν όλο και περισσότερο για την οριακή κατάσταση στην οποία έχουν επιφέρει τον οργανισμό τους ή έχουν άρνηση στο να αποδεχθούν την πραγματικότητα που δυστυχώς είναι η σταθερή αποδιοργάνωση του παράγοντα υγεία.

Συσχέτιση υπάρχει και μεταξύ του βαθμού κινητοποίησης και του αριθμού τσιγάρων ημερησίως καθώς βρέθηκε ότι οι ασθενείς με μεσαία βαθμολογία κινητοποίησης (καλά κινητοποιημένοι) κάπνιζαν και λιγότερα τσιγάρα ημερησίως.

Η ίδια συσχέτιση βρέθηκε και ως προς την εξάρτηση όπου οι ασθενείς που είχαν μέτριο βαθμό εξάρτησης ανήκαν στη μεσαία κατηγορία κινητοποίησης ενώ, οι ασθενείς που ήταν ήπια εξαρτημένοι δεν ήταν και κινητοποιημένοι.

Το μορφωτικό επίπεδο δεν επηρεάζει το κίνητρο για τη διακοπή καπνίσματος και άρα η απόφαση για μια τέτοια αλλαγή στάσης και συμπεριφοράς απέναντι στο κάπνισμα είναι ανεξάρτητη του επιπέδου γνώσεων και πληροφοριών για τις βλαπτικές επιπτώσεις του καπνίσματος .

Τα ευρήματα της μελέτης μας πιθανόν να έχουν επηρεασθεί από περιορισμούς όπως το μικρό δείγμα ασθενών. Επίσης η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων έλαβε χώρα κάτω από διαφορετικές συνθήκες. Οι απαντήσεις των ασθενών που προσήλθαν στο Ιατρείο Διακοπής Καπνίσματος ενδεχομένως να επηρεάστηκαν και από τα αποτελέσματα των εξετάσεων που προηγήθηκαν και την ιδιαιτερότητα του χώρου, ενώ οι απαντήσεις των ατόμων που

συμμετείχαν στη διαδικασία των σπироμετρήσεων και όσων επισκέφθηκαν το διαιτολογικό γραφείο να επηρεάσθηκαν από διαφορετικούς σκοπούς και από κοινωνικές προσδοκίες όπως η έντονη επιθυμία για απώλεια βάρους και το γεγονός ότι η πλειονότητα των σπироμετρήσεων έγινε σε χωριά όπου υπάρχει απομόνωση και δυσκολία πρόσβασης σε ποιοτική φροντίδα και αγωγή υγείας. Άλλωστε, όπως έχει ήδη αναφερθεί, ο έλεγχος υγείας δημιουργεί συχνά φόβο και προσωρινή κινητοποίηση. Ουσιαστικά δεν υπήρξε επανέλεγχος του δείγματος για να διαπιστωθεί εάν οι περισσότεροι κινητοποιημένοι ασθενείς προέβησαν σε κάποια διαδικασία διακοπής καπνίσματος.

Είναι αντιληπτό λοιπόν ότι η προσπάθεια διακοπής του καπνίσματος δεν εξαρτάται μόνο από προσωπικές παραμέτρους όπως ο βαθμός εξάρτησης, κινητοποίησης και οι γενετικές καταβολές αλλά και περιβαλλοντικούς και κοινωνικοοικονομικούς που τις περισσότερες φορές διαμορφώνουν αντιλήψεις και συμπεριφορές που αποτελούν τροχοπέδη ή αντίστοιχα το έναυσμα για περισσότερο επιτυχείς παρεμβάσεις.

Έτσι λοιπόν, κατά τις παρεμβάσεις διακοπής καπνίσματος είτε σε μεμονωμένα ιδιωτικά ιατρεία είτε από οργανωμένους φορείς, οι συστάσεις για τη διαμόρφωση συμπεριφοράς και οι ενδεχόμενες θεραπευτικές προσεγγίσεις για τη διακοπή του καπνίσματος θα πρέπει να λαμβάνουν σοβαρά υπόψη τις ατομικές συνήθειες, τις διαπροσωπικές σχέσεις, το εργασιακό, κοινωνικό και οικονομικό περιβάλλον όπου ζει και δραστηριοποιείται καθημερινά ο εκάστοτε ασθενής. Είναι επίσης κρίσιμο, για την επιτυχή έκβαση οποιωνδήποτε ιατρικών συστάσεων, η μελέτη της στάσης και της συμπεριφοράς του ασθενούς, τα κίνητρα που του παρέχονται και οι διέξοδοι αλλαγής χρόνιων αντιλήψεων, συνιστώσες που συνδέονται άμεσα με τις συνθήκες ζωής και την κοινωνική θέση.

Οι κλινικοί γιατροί θα ήταν χρήσιμο να εκπαιδευτούν σε αποτελεσματικές στρατηγικές προσέγγισης προκειμένου να βοηθήσουν τους καπνιστές να σταματήσουν το κάπνισμα και να υιοθετήσουν την ίδια στάση όπως με τις

υπόλοιπες χρόνιες παθήσεις π.χ σακχαρώδη διαβήτη, υπέρταση κτ.λ. και να κατανοήσουν τόσο την υποτροπιάζουσα φύση της ασθένειας όσο και την ανάγκη συνεχούς φροντίδας, κινητοποίησης και ενίσχυσης της προσπάθειας του χρόνια πάσχοντος ασθενούς.

Η λειτουργία των Ιατρείων Διακοπής Καπνίσματος ξεκίνησε με σκοπό να συνδράμει και να ενισχύσει τις διαδικασίες εντοπισμού, κινητοποίησης, θεραπευτικής προσέγγισης και υποστήριξης του ασθενούς-καπνιστή. Οι θεραπευτικές παρεμβάσεις οι οποίες μπορεί να είναι από απλές πληροφορίες ή συμβουλές μέχρι ειδικά φαρμακευτικά προγράμματα καθώς και προγράμματα ψυχολογικής και κοινωνικής υποστήριξης δεν έχουν μόνο κλινική αποτελεσματικότητα αλλά και μια εξαιρετική σχέση κόστους-αποτελεσματικότητας αφού η επιτυχής παύση του καπνίσματος όχι μόνο βελτιώνει την υγεία αλλά μειώνει τόσο τα ιατρικά έξοδα όσο και τις μελλοντικές εισαγωγές στα νοσοκομεία εξαιτίας χρόνιων νοσηρών αλλά και δαπανηρών καταστάσεων που σχετίζονται με το κάπνισμα⁴⁰.

Τέλος, η αποτελεσματική μείωση της ανισότητας στην υγεία μπορεί να επιτευχθεί μέσω μιας πολιτικής στρατηγικής που θα περιλαμβάνει όχι μόνο την πολιτική υγείας αλλά και άλλες συνισταμένες όπως οικογενειακές, κοινωνικές, εκπαιδευτικές και εργασιακές σχέσεις.

7. ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός-Το κάπνισμα θεωρείται ισχυρός εθισμός και έχει τα τυπικά χαρακτηριστικά μιας χρόνιας νόσου. Απαραίτητο στοιχείο για τη διακοπή του καπνίσματος αποτελεί η κινητοποίηση των καπνιστών. Η γνώση των παραγόντων που διαμορφώνουν την κινητοποίηση διευκολύνουν το έργο των επαγγελματιών υγείας. Αντικείμενο της παρούσας μελέτης ήταν να ερευνηθούν οι παράγοντες που επιδρούν στο βαθμό κινητοποίησης των καπνιστών για τη διακοπή του καπνίσματος.

Μέθοδος-Τα δεδομένα συλλέχθηκαν από τη συμπλήρωση ερωτηματολογίων 139 ασθενών ηλικίας 18-69 ετών από 01/02/2010 έως 30/05/2010.Ο πληθυσμός χωρίστηκε σε δύο ομάδες γιατί προήλθε από δύο διαφορετικές πηγές (ομάδα 1: διαιτολογικό γραφείο και σπιρομετρήσεις, ομάδα 2: Ιατρείο Διακοπής Καπνίσματος). Λήφθηκαν δημογραφικά στοιχεία (φύλο, ηλικία, τόπος διαμονής), το καπνισματικό ιστορικό, ανθρωπομετρικά χαρακτηριστικά (ύψος, τωρινό βάρος σώματος, ο Δείκτης Μάζας Σώματος (ΔΜΣ), το βάρος σώματος κατά την παιδική και εφηβική ηλικία),αξιολογήθηκε με τη συμπλήρωση δύο ξεχωριστών ερωτηματολογίων ο βαθμός εξάρτησης από τη νικοτίνη και ο βαθμός κινητοποίησης για τη διακοπή του καπνίσματος καθώς υπολογίσθηκε και ο βαθμός συνεθισμού στο αλκοόλ.

Αποτελέσματα- Ως προς το βαθμό εξάρτησης από τη νικοτίνη βρέθηκε ότι οι περισσότεροι «σοβαρά» εξαρτημένοι είναι άνδρες με ποσοστό 83%, ενώ η ίδια κατηγορία «σοβαρής» εξάρτησης σχετίζεται θετικά με το χαμηλό επίπεδο μόρφωσης, το αυξημένο βάρος και τη μέτρια και βαριά κατανάλωση αλκοόλ($p<0,05$).

Στο καπνισματικό ιστορικό, οι άνδρες καπνίζουν περισσότερα τσιγάρα ανά ημέρα και για περισσότερα έτη από τις γυναίκες (στην κατηγορία 21-40 έτη καπνίσματος το 67% είναι άνδρες, ενώ για >40 έτη το σύνολο αντιστοιχεί στους άνδρες). Όσοι κατοικούν σε χωριά είναι περισσότερο μακροχρόνιοι καπνιστές από τους αστούς (81%) ενώ, η αύξηση του βάρους σχετίζεται θετικά τόσο με τον αριθμό τσιγάρων /ημέρα όσο και με τα έτη καπνίσματος καθώς και το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο ($p<0.05$).

Στην κινητοποίηση βρέθηκε ότι η ομάδα 2 (άτομα που προσήλθαν στο Ιατρείο Διακοπής Καπνίσματος) ήταν περισσότερο πρόθυμοι στο να σταματήσουν το κάπνισμα ενώ, τα άτομα που είχαν αυξημένο βάρος κατά την παιδική και εφηβική ηλικία ή έκαναν μέτρια ή βαριά κατανάλωση αλκοόλ, κάπνιζαν στο εργασιακό τους περιβάλλον και είχαν μεγαλύτερο αριθμό σε πακέτα έτη ήταν και εκείνα που έχρηζαν μεγαλύτερης κινητοποίησης για την παύση του τσιγάρου. Όσοι σημείωσαν μεσαία βαθμολογία κινητοποίησης κάπνιζαν και τα λιγότερα τσιγάρα/ημέρα ενώ, όσοι είχαν μέτρια εξάρτηση στον καπνό εκδήλωσαν και

μεσαίου βαθμού κινητοποίηση, δηλαδή ήταν αρκετά κινητοποιημένοι και χρειάζονταν ενίσχυση του κινήτρου.

Συμπεράσματα- Οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να συνεκτιμούν όλες τις παραπάνω συνιστώσες για την οριστική αντιμετώπιση της διακοπής του καπνίσματος με ζητούμενο την αύξηση της κινητοποίησης των καπνιστών ώστε να αυξηθούν οι πιθανότητες για επιτυχή παύση της καπνισματικής συνήθειας και μείωση των υποτροπών.

8. ABSTRACT

Subject: Smoking is considered to be a strong addiction and it has the typical characteristics of a chronic disease. An essential element for smoking cessation is smokers's motivation. Awareness of the factors which modify motivation facilitate the task of health professionals. The subject of the present study was to investigate the factors that affect the motivation degree of smokers for smoking cessation.

Method: The data were collected from questionnaire filled in by 139 patients aged 18-69 years from 01/02/2010 till 30/05/2010. The population was divided into two groups because it came from two different sources (group1: dietician's office- spirometric measurements, and group 2: Smoking Cessation Center).

There were recorded demographic facts (sex, age, residence place), smoking history, anthropometric characteristics (height, present body weight, body mass index (BMI), body weight during childhood and adolescence), the level of dependence on nicotine and the motivation degree for smoking cessation were assessed by two separate questionnaires and the degree of co-addiction to alcohol was also evaluated.

Results: As for the level of dependence on nicotine it was found that men are more « seriously» dependent at a rate of 83 %, while the same category of «serious» dependence is positively related to low educational level, overweight and moderate and heavy consumption of alcohol ($p < 0,05$).

At the smoking history, men smoke more cigarettes per day and for more years than women (in the category of 21-40 years of smoking a percentage of 67% are men, while for > 40 years the total corresponds to men). Those who live at villages are more long- lasting smokers than townspeople (81%), while weight increase is positively related to the number of cigarettes per day as well as educational level ($p < 0,05$).

At the motivation it was found that group 2 (individuals who came to the....) were more eager to stop smoking, while individuals who were overweight during childhood and adolescence or did moderate or heavy consumption of alcohol, smoked at their working environment and had a larger number at packets years where those needed greater motivation for smoking cessation.

Those who recorded a medium degree of motivation smoked less cigarettes per day while those who had a moderate dependence on smoke showed a medium degree of motivation, that is they were enough motivated and needed an incentive reinforcement.

Conclusions: Health professionals will have to co-estimate all the above components for the definitive confrontation of smoking cessation aiming to the motivation increase of smokers so that there will be an increase of the probabilities for a successful cessation of smoking habit and for a decrease of relapse.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. World Health Organization. Targets for health for all. Copenhagen: WHO, Regional Office for Europe, 1991.
2. Mokdad AH, Marks JS, Stoup DF, et al. Actual causes of death in the United States. 2004; 291:1238-1245.
3. Πατάκα Γ, Αργυροπούλου–Πατάκα Π. Γυναίκα και Κάπνισμα. Πνεύμων. 2007; 20(1):27-34.
4. Anderson T, Alfredsson L, Kallberg H, et al. Calculating measures of biological interaction. Eur J Epidemiol. 2005; 20: 575-579.
5. Ελληνική Πνευμονολογική Εταιρεία. Κάπνισμα και Καρκίνος στην Ελλάδα: Στατιστική της Κοινωνίας. 2007 Σεπτ 6.
6. Gaur DS, Talekar MS, Pathak VP. Alcohol intake and cigarette smoking: impact of two major lifestyle factors on male fertility. Indian J Pathol Microbiol. 2010 Jan-Mar; 53(1):35-40
7. Millet C, Wen LM, Rissel C, et al. Smoking and erectile dysfunction : findings from a representative sample of Australian men. Tob Control. 2006; 15(2): 136-9.
8. Kapoor D, Jones TH. Smoking and hormones in health and endocrine disorders. Eur J Endocrinol. 2005 April; 152 (4): 491-9.

9. Pinheiro MM, dos Reis Neto ET, Machado FS. Risk factor for osteoporotic fractures and low density in pre and postmenopausal women. *Rev Saude Publica*. 2010 Jun; 44(3): 479-85.
10. Zhu JL, Obel C, Hammer Bech B, et al. Infertility, infertility treatment, and fetal growth restriction. *Obstet Gynecol*. 2007 Dec; 110(6): 1326-34.
11. Johansen AL, Dickman P, Kramer MS, et al. Maternal smoking and infant mortality: does quitting smoking reduce the risk of infant death? *Epidemiology*. 2009 Jul; 20(4): 590-7.
12. Lecacheux M, Karila L, Aubin HJ, et al. Cognitive modifications associated with tobacco smoking. *Press Med*. 2009 Sept; 38(9):1241-52. Epub 2009 Aug 7.
13. Paschoal CP, Azevedo MF. Cigarettes smoking as a risk factor for auditory problems. *Braz J Otorhinolaryngol*. 2009 Dec; 75(6): 893-902.
14. Ng DH, Roxburgh ST, Sanjay S, et al. Awareness of smoking risks and attitudes towards graphic health warning labels on cigarettes packs: a cross – cultural study of two populations in Singapore and Scotland. *Eye (Lond)*. 2010 May; 24(5):864-8. Epub 2009 Aug 21.
15. Walton R, Johnstone E, Munafo M, et al. Genetic clues to the molecular basis of tobacco addiction and progress towards personalized therapy. *Trends in Molecular Medicine*. 2001 Feb; vol 7, no2.
16. Zabetian CP, Gelernter J, Cubells JF. Functional Variants at CYP2A6: new genotyping methods, population genetics and relevance to studies of tobacco dependence. *American Journal of Medical Genetics* 2000; 96:638-645.

17. Balk E, Lynskey MT, Agrawal A. The association between DSM-IV nicotine dependence and stressful life events in the National Epidemiologic Survey on alcohol and related conditions. *Am J Drug Alcohol Abuse*.2009; 35(2): 85-90.
18. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Fourth Edition. American Psychiatric Association; Washington, D.C.:2000 Text Revision.
19. Breslau N, Johnson EO, Hiripi E, et al. Nicotine dependence in the United States: prevalence, trends, and smoking persistence. *Arch. Gen Psychiatry*.2001; 58:810-816.
20. Mc Kinney EF, Walton RT, Yudkin P, et al. Association between polymorphisms in dopamine metabolic enzymes and tobacco consumption in smokers. *Pharmacogenetics*. 2000 Aug; 10(6):483-91.
21. al'Absi M. Hypothalamic-pituitary–adrenocortical responses to psychological stress and risk for smoking relapse . *Int J Psychophysiol*.2006; 59: 218-227.
22. Wewers ME. The role of postcessation factors in tobacco abstinence: stressful events and coping responses. *Addict Behav*.1998; 13(3): 297-302.
23. Benowitz NL, Dains KM, Hall SM, et al. Progressive Commercial Cigarette Yield Reduction: Biochemical Exposure and Behavioral Assessment. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*.2009 March; 18 (3):876.
24. Benowitz NL. Compensatory smoking of low yield cigarettes. In : Shopland DR, Burns DM, Benowitz NL, Amacher RH, editors. *Risks associated with*

smoking cigarettes with low machine-measured yields of tar and nicotine. NCI Smoking and Tobacco Control Monograph No 13. Bethesda (MD): U.S. NIH, National Cancer Institute; 2001 Oct, pp.39-64 NIH Publication No 02-5074.

25. Hecht SS, Murphy SE, Carmella SG, et al. Similar uptake of lung carcinogens by smokers of regular, light, and ultra light cigarettes. *Cancer Epidemiol Biomarkers Rev.* 2005; 14: 693-8.

26. Grucza RA, Bierut LJ. Cigarette Smoking and the Risk for Alcohol Disorders Among Adolescence Drinkers. *Alcohol Clin Exp Res.* 2006 Dec; 30 (12): 2046-2054.

27. Breslau N, Peterson EL. Smoking cessation in young adults: Age at initiation of cigarette smoking and other suspected influences. *Am J Public Health* 1996; 86 (2): 214-220.

28. McMillen BA, Davis BJ, Williams HL, et al. Periadolescent nicotine exposure causes heterologous sensitization to cocaine reinforcement. *Eur J Pharmacol* 2005; 509 (23): 161-164.

29. Harrison L R E., Hinson E R, McKee A S. Experimenting and daily smokers: Episodic patterns of alcohol and cigarette use. *Addict Behav.* 2009 May; 34(5): 484-486.

30. Jefferis BJ, Lowe G DO, Welsh P, et al. Secondhand smoke (SHS) exposure is associated with circulating markers of inflammation and endothelial function in adult men and women. *Atherosclerosis.* 2010 Feb; 208(2):550-556.

31. Wilkinson JD, Lee DJ, Arherat KL. Secondhand smoke exposure and C-reactive protein levels in youth. *Nicotine Tob Res.*2007; 9: 305-307.
32. Celermajer DS, Adams MR, Richards GA. Passive smoking and impaired endothelium –dependent arterial dilatation in healthy young adults. *N Engl J Med* .1996; 334: 150-154.
33. Χατζόγλου Χρύσα. Παθητικό Κάπνισμα. Σεμινάριο Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης για τη Διακοπή του Καπνίσματος. Λάρισα 2010.
34. He J, Vupputuri S, Allen K. Passive smoking and coronary heart disease .A meta-analysis of epidemiologic studies. *N Engl J Med.*1999; 340:920-926.
35. Whincup PH, Gilg JA, Emberson JR. Passive smoking and risk of coronary heart disease and stroke: prospective study with cotinine measurement. *BMJ.* 2004; 329: 200-205.
36. Benowitz NL. Cotinine as a biomarker of environmental tobacco smoke exposure. *Epidemiol Rev.*1996; 18: 188-204.
37. Γκράτσιου Χ. Εξάρτηση από το Κάπνισμα: Πρακτικές Οδηγίες Αντιμετώπισης. Αθήνα 2003.
38. Hughes JR, Goldstein MG, Hurt RD, et al. Recent advances in the pharmacotherapy of smoking. *JAMA* 1999; 281(1):72-6.
39. Ragout NAS. Treatment of tobacco use and dependence. *N Engl J Med* 2000; 346(7): 506-12.

40. Μητρούσκα Ι. Νεότερες Θεραπευτικές Παρεμβάσεις στη διακοπή του καπνίσματος. Ιατρικές Εξελίξεις. 2007 Μάιος σελ:7-9.
41. Robert West. Assessment of dependence and motivation to stop smoking. BMJ.2004; 328; 338-339.
42. Kozlowski LT, Porter CQ, Orleans CT, et al. Predicting smoking cessation with self-reported measures of nicotine dependence : FTQ, FTND, and, HSI. Drug Alcohol Depend 1994; 34: 211-16.
43. Kandeï D B, Chen K. Extent of smoking and nicotine dependence in the United States: 1991-1993.Nicotine Tob Res 2000; 2(3): 263-274.
44. Bernstein SL, Boudreaux ED, Cabral L, et al. Nicotine dependence , motivation to quit , and diagnosis among adult emergency department patients who smoke: a national survey. Nicotine Tob Res. 2008 Aug; 10(8): 1277-82.
45. Pomerlau CS, Carton SM, Lutzke ML, et al. Reliability of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire and the Fagerstrom Test for Nicotine Dependence. Addictive Behaviors.1994; 19: 33-39.
46. Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, et al. The Fagerstrom Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. Br.J.Addiction. 1991; 86: 1119-1127.
47. Etter JF, Lazlo E, Zellweger JP, et al. Nicotine replacement to reduce cigarette consumption in smokers who are unwilling to quit: a randomized trial. J Clin. Psychopharmacol.2002; 22: 487-495.

48. Fagerstrom KO, Hughes JR. Nicotine concentrations with concurrent use of cigarettes and nicotine replacement: a review. *Nicotine Tob Res.* 2002; 4 (2): S73-S79.
49. National Institute for Clinical Excellence. Technology appraisal guidance No38. Nicotine replacement therapy (NRT) and bupropion for smoking cessation. London: NICE, 2002.
50. Sutton S. Back to the drawing board? A review of applications of the transtheoretical model to substance use. *Addiction* 2001; 96: 175-86.
51. Shiffman S. Assessing smoking patterns and motives. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1993; 61: 732-742.
52. Bernstein SL, Boudreaux ED, Cabral L et al. Nicotine dependence, motivation to quit, and diagnosis among adult emergency department patients who smoke: a national survey. *Nicotine Tob Res.* 2008 Aug; 10(8) : 1277-82.
53. Jacob N, Berny C, Boyer J C et al. Measurement of urinary free cotinine. Comparison with level of expired air carbon monoxide. *Ann Biol Clin (Paris).* 2005 Sept-Oct; 63 (5): 467-73.
54. Piper M E, Mc Cathy D E, et al. Assessing dimensions of nicotine dependence. An evaluation of the Nicotine Dependence Syndrome Scale (NDSS) and the Wisconsin Inventory of Smoking Dependence Motives (WISDM). *Nicotine Tob Res.* 2008 June: 1009-1020.
55. Carpenter MJ, Hughes JR, Keely JP. Effect of smoking reduction on later cessation: a pilot study. *Nicotine Tob Res.* 2003; 2: 155-162.

56. WHO. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation. WHO Technical Report Series 894. Geneva: World Health Organization, 2000.
57. Κατσίκης Η, Φλωράκης Δ, Πανίδης Δ. Παχυσαρκία. Αίτια, Διαγνωστική προσέγγιση και θεραπευτική αντιμετώπιση. Εκδόσεις Γράμμα. Θεσσαλονίκη 2009, σελ: 7.
58. Haftenberger M . Overweight ,Obesity and fat distribution in 50-64 year old participants in the European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition (EPIC).Public Health Nutrition .2002;5(6) : 1147-1162.
59. Caterson ID, Gill TP. Obesity: epidemiology and possible prevention . Best Pract.Res Clin.Endocrinol.Metab.2002; 16:595-610.
60. Swallen KC, Reither E N, Haas SA, et al. Overweight, obesity and health – related quality of life among adolescents : the National Longitudinal Study of Adolescent Health. Pediatrics.2005; 115: 340-347.
61. WHO (World Health Organization). Global Database on Body Mass Index. Department of Chronic Diseases and Health Promotion. Geneva, 22 Sept.2005.
62. Kahn B, Flier JS. Obesity and insulin resistance. Journal of Clinical Investigation. 2000; 106: 473-481.
63. Τούντας Γ. Η επιδημιολογία της παχυσαρκίας στην Ελλάδα. Ινστιτούτο Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής .Αθήνα. Απρίλιος 2009.

64. Peto R, Lopez AD, Boreham J, et al. Mortality from tobacco in developed countries: Indirect estimation from national vital statistics. *Lancet* 1992; 339: 1268-78.
65. Aubin HJ, Berlin I, Smadja E, et al. Factors Associated with Higher Body Mass Index, Weight Concern, and Weight Gain in a Multinational Cohort Study of Smokers Intending to Quit. *Int. J. Environ. Res. Public Health* .2009; 6: 943-957.
66. Drovak RD, Del G A L, Engdahl RM, et al. Tobacco use and body mass index: Mediated effects through physical inactivity. *J Heath Psychol.* 2009;14: 919-922.
67. Chen Y, Horne S, Dosman J. The influence of smoking cessation on boby weight may be temporary. *American Journal of Public Health.* 1993;83:1330-1332.
68. Munafo M R, Tilling K, Shlomo Y B. Smoking status and body mass index: A longitudinal study. *Nicotine and Tobacco Research* .2009; 11 (6): 765-771.
69. French SS, Jeffery R, Klesges L M, et al. Weight concerns and change in smoking behavior over two years in a working population. *Am J Public Health.* 1995; 85:720-722.
70. Ferrara CM , Kumar M, Nicklas B, et al. Weight gain and adipose tissue metabolism after smoking cessation in women. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders.*2001; 25: 1322-1326.

71. Bjorntorp P: The associations between obesity, adipose tissue distribution and disease. *Acta Med Scan.* 1987; 723(1): 121-125.
72. Bamia C, Trichopoulou A, Lenas D, et al. Tobacco smoking in relation to body fat mass and distribution in a general population sample. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders.* 2004; 28(8): 1091-1096.
73. Margetts B M, Jackson A A. Interactions between people's diet and their smoking habits: the dietary and nutritional survey of British adults. *BMJ.* 1993; 307:1381- 4.
74. Dyer AR, Elliott P, Stammer J, et al. Dietary intake in male and female smokers, ex- smokers, and never smokers: the intermap study. *Journal of Human Hypertension.* 2003;17: 641-654.
75. Lissner L, Bengtsson C, Lapidus L, et al. Smoking Initiation and Cessation in relation to body fat distribution based on data from study of Swedish women. *Am. J Public Health .*1992; 82: 273-275.
76. Shimokata H, Muller D, Andres R. Studies in the distribution of body fat, III: effect of cigarette smoking .*JAMA.* 1989; 261: 1169-1173.
77. Pisinger C, Jorgensen T .Waist circumference and weight following smoking cessation in a general population: the inter99 study. *Prev.Med.* 2007; 44:290-295.
78. Flegal KM. The effects of changes in smoking prevalence on obesity prevalence in the United States. *Am J Public Health.* 2007 Aug; 97(8): 1510-1514.

79. Lampert T. Smoking, Physical Inactivity, and Obesity Associations with Social Status. *Dtsch Arztebl Int.*2010 Jan; 107(1-2):1-7.
80. Dalstra JA, Kunst AE, Borrell C, et al. Socioeconomic differences in the prevalence of common chronic diseases: an overview of eight European countries. *International Journal of Epidemiology.*2005; 34:316-325.
81. Leyk D, Ruther T, Wunderlich M, et al. Sporting activity, prevalence of overweight ,and risk factors –cross sectional study of more than 12500 participants aged 16 to 25 years. *Dtsch Arztebl Int .* 2008; 105(46):793-800.
82. Biederman J, Monuteaux MC, Mick E, et al. Is cigarette smoking a gateway to alcohol and illicit drug use disorders? A study of youths with and without attention deficit hyperactivity disorder. *Biol. Psychiatry.*2005; 59(3):258-264.
83. Kivimaki M, Lawlor DA, Smith GD. Socioeconomic position ,co-occurrence of behavior –related risk factors , and coronary heart disease :the Finnish Public Sector Study. *Am J Public Health.*2007; 97: 874-9.
84. Karen KS, Michel DL, Marsha DM, et al. Differences in smoking patterns among women smokers with childhood versus later onset of weight problems. *Eat Behav.*2007 Aug; 8(3): 418-422.
85. Potter BK, Pederson LL, Chan SS, et al. Does a relationship exist between body weight, concerns about weight, and smoking among adolescents? An intergration of the literature with an emphasis on gender. *Nicotine Tob Res.* 2004; 6:397-425.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

με θέμα

**«Παράγοντες που επηρεάζουν το βαθμό κινητοποίησης
για τη διακοπή του καπνίσματος»**

ΕΠΙΘΕΤΟ : **ΌΝΟΜΑ :**

ΗΜΕΡ. ΓΕΝΝΗΣΗΣ :

ΦΥΛΟ : **ΑΝΔΡΑΣ** □ **ΓΥΝΑΙΚΑ** □

Τόπος κατοικίας :

Πόλη (πρωτεύουσα του νομού) ☐

Κωμόπολη / χωριό ☐

ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ :

ΧΩΡΙΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ □

ΔΗΜΟΤΙΚΟ □

ΓΥΜΝΑΣΙΟ □

ΛΥΚΕΙΟ □

ANΩΤΕΡΗ /ΑΝΩΤΑΤΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ☐

ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ

- Ηλικία Έναρξης :
- Έτη καπνίσματος :
- Πακέτα/ έτη :
- Αριθμός τσιγάρων / ημέρα τον τελευταίο χρόνο :

Στο χώρο εργασίας καπνίζει κανείς άλλος ; ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐

Στο σπίτι καπνίζει άλλος ; ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐

ΚΑΙΜΑΚΑ FAGERSTROM

1. Πόσο γρήγορα αφού ξυπνήσετε καπνίζετε το πρώτο σας τσιγάρο ;
 - ☐ Μέσα στα πρώτα 5 λεπτά (3 πόντοι)
 - ☐ Σε 6-30 λεπτά (2 πόντοι)
 - ☐ Σε 31-60 λεπτά (1 πόντος)
 - ☐ Μετά από 60 λεπτά (0 πόντοι)
2. Σας είναι δύσκολο να μην καπνίσετε σε μέρη όπου το κάπνισμα απαγορεύεται ;
 - ☐ ΝΑΙ (1 πόντος)
 - ☐ ΟΧΙ (0 πόντοι)
3. Ποιο τσιγάρο σας είναι πιο δύσκολο να μην το καπνίσετε ;
 - ☐ Το πρώτο της ημέρας (1 πόντος)
 - ☐ οποιοδήποτε άλλο (0 πόντοι)
4. Πόσα τσιγάρα την ημέρα καπνίζετε ;
 - ☐ 31 ή περισσότερα (3 πόντοι)
 - ☐ 21-30 (2 πόντοι)
 - ☐ 11-20 (1 πόντος)
 - ☐ 10 ή λιγότερα (0 πόντοι)
5. Καπνίζετε πιο πολύ το πρωί σε σχέση με το απόγευμα ;
 - ☐ ΝΑΙ (1 πόντος)
 - ☐ ΟΧΙ (0 πόντοι)
6. Καπνίζετε ακόμη και όταν μια αρρώστια σας αναγκάζει να μείνετε στο κρεβάτι ;
 - ☐ ΝΑΙ (1 πόντος)
 - ☐ ΟΧΙ (0 πόντοι)

ΣΥΝΟΛΟ ΠΟΝΤΩΝ

7-10 Καπνιστής πολύ εξαρτημένος

4-6 Καπνιστής μέτρια εξαρτημένος

0-3 Καπνιστής λίγο εξαρτημένος

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΚΙΝΗΤΡΩΝ

Είστε έτοιμοι να διακόψετε το κάπνισμα ;

Ερώτηση 1

Ανησυχείτε για τους σοβαρούς κινδύνους για την υγεία σας που συνδέονται με το κάπνισμα ;

- A. Ναι
- B. Μερικές φορές
- Γ. Ποτέ

Ερώτηση 2

Σκέφτεστε τα πλεονεκτήματα που θα έχετε κόβοντας το κάπνισμα ;

- A. Συχνά
- B. Μερικές φορές
- Γ. Ποτέ

Ερώτηση 3

Πόσα χρήματα ξοδεύετε σε τσιγάρα ;

- A. Πολλά
- B. Αρκετά
- Γ. Λίγα

Ερώτηση 4

Σας ενοχλεί να εξαρτάστε από το κάπνισμα;

- A. Ναι
- B. Κατά κάποιον τρόπο
- Γ. Όχι

Ερώτηση 5

Νιώθετε ενοχές ή αισθάνεστε άσχημα όταν καπνίζετε μπροστά στους φίλους και την οικογένειά σας ;

- A. Ναι
- B. Μερικές φορές
- Γ. Ποτέ

Ερώτηση 6

Νιώθετε ενοχές ή αισθάνεστε άσχημα με τον εαυτό σας όταν καπνίζετε ;

- A. Συνεχώς
- B. Μερικές φορές , όταν έχω καπνίσει πολύ
- Γ. Ποτέ

Ερώτηση 7

Πόσο πολύ επιθυμείτε να διακόψετε το κάπνισμα ;

- A. Πολύ
- B. Λίγο
- Γ. Δεν είμαι βέβαιος /η

Ερώτηση 8

Πόσο συχνά σκέφτεστε να διακόψετε το κάπνισμα ;

- A. Συχνά

- B. Αρκετά συχνά
- Γ. Ποτέ

Ερώτηση 9

Έχετε δοκιμάσει ποτέ να διακόψετε το κάπνισμα ;

- A. Ναι ,αρκετές φορές
- B. Μια δύο φορές
- Γ. Όχι ποτέ

Ερώτηση 10

Πόσο αποφασισμένοι είστε να διακόψετε το κάπνισμα ;

- A. Πάρα πολύ
- B. Αρκετά
- Γ. Καθόλου

Ερώτηση 11

Πόση εμπιστοσύνη έχετε στον εαυτό σας ότι θα σταματήσετε οριστικά το κάπνισμα στην επόμενη προσπάθειά σας ;

- A. Πάρα πολύ
- B. Αρκετή
- Γ. Δεν είμαι βέβαιος /η

Ερώτηση 12

Στην επόμενη προσπάθεια να διακόψετε το κάπνισμα ,αν παρεκκλίνετε ένα βράδυ ,θα το σκεφτόσασταν;

- A. Θα επιμείνω σε αυτή την προσπάθεια
- B. Δεν είμαι απόλυτα έτοιμος /η .Ίσως θα πρέπει να το διακόψω όταν θα είμαι έτοιμος /η
- Γ. Τι νόημα έχει ; Ας συνεχίζω να καπνίζω.

Ερώτηση 13

Θα σκεφτόσασταν να συμβουλευτείτε τον γιατρό σας , τον φαρμακοποιό σας ή ένα ειδικό πρόγραμμα υποστήριξης για τη διακοπή του καπνίσματος ;

- A. Ναι
- B. Μερικές φορές
- Γ. Όχι

Ερώτηση 14

Σκέφτεστε να ορίσετε μια ημερομηνία διακοπής του καπνίσματος ;

- A. Ναι
- B. Μερικές φορές
- Γ. Όχι

Ερώτηση 15

Γνωρίζετε τα ερεθίσματα που σας κάνουν να θέλετε να καπνίσετε και είστε πρόθυμοι να προσπαθήσετε να τα αποφύγετε ;

- A. Ναι
- B. Δεν είμαι βέβαιος /η
- Γ. Όχι

Ερώτηση 16

Θα εξετάσετε την πιθανότητα να χρησιμοποιήσετε κάποια τεκμηριωμένη ιατρική θεραπεία, όπως υποκατάστατα νικοτίνης ή άλλα φάρμακα για να διακόψετε το κάπνισμα ;

A. Ναι

B. Όχι ,προτιμώ να μη χρησιμοποιήσω καμία θεραπεία

Γ. Δε θέλω να διακόψω

ΣΥΝΟΛΟ Α :

ΣΥΝΟΛΟ Β :

ΣΥΝΟΛΟ Γ :

Περισσότερα Α : καπνιστής έτοιμος να διακόψει το κάπνισμα

Περισσότερα Β : καπνιστής που σκέφτεται να διακόψει το κάπνισμα

Περισσότερα Γ : καπνιστής που δεν είναι έτοιμος να διακόψει το κάπνισμα

Κατανάλωση αλκοόλ

➤ 1-2 ποτά/ ημέρα ☐

➤ 3-6 ποτά / ημέρα ☐

➤ >6 ποτά / ημέρα ☐

Όχι κατανάλωση αλκοόλ (ποτέ ή σε εξαιρετικές περιπτώσεις) ☐

ΑΝΘΡΩΠΟΜΕΤΡΙΚΟΙ ΥΠΟΛΟΓΙΣΜΟΙ

Υ.Σ =

Β.Σ =

BMIkg/ m² = ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ :

18- 25	<input type="checkbox"/>
25-30	<input type="checkbox"/>
30-35	<input type="checkbox"/>
35-40	<input type="checkbox"/>
> 40	<input type="checkbox"/>

Διαταραχές βάρους πριν την ηλικία των 18 χρόνων :

A) αυξημένο βάρος ☐

B) κάτω από το φυσιολογικό βάρος ☐

Διαταραχές βάρους μετά την ηλικία των 18 χρόνων :

A) Αυξημένο βάρος ☐

B) κάτω από το φυσιολογικό βάρος ☐