

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ

**ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΩΝ ΓΝΩΣΕΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΠΑΝΩ ΣΤΟ ΘΕΣΜΟ ΤΟΥ ΙΑΤΡΕΙΟΥ ΔΙΑΚΟΠΗΣ
ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ**

ΓΚΟΥΒΑΝΗ ΑΝΤΩΝΙΑ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ
ΛΑΡΙΣΑ 2011

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

ΧΑΤΖΟΓΛΟΥ ΧΡΥΣΑ

ΕΠΙΚΟΥΡΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑΣ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ
ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ

(ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ)

ΓΟΥΡΓΟΥΛΙΑΝΗΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ

ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΑΣ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ

ΠΡΥΤΑΝΗΣ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ

(ΜΕΛΟΣ)

ΚΑΡΕΤΣΗ ΕΛΕΝΗ

ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΟΣ, ΕΠΙΜΕΛΗΤΡΙΑ Β΄ ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ

(ΜΕΛΟΣ)

Γενικό μέρος	3-17
Εισαγωγή	3
1. Κάπνισμα	
1.1 Επιπτώσεις	4-6
1.2 Επιδημιολογία	6-9
1.3 Παθητικό κάπνισμα	9-11.
1.4 Τριτογενές κάπνισμα	11-12
1.5 Μέθοδοι διακοπής	12-14
1.5.1 Ωφέλη διακοπής	14-17
2. Ιατρεία διακοπής καπνίσματος	
2.1 Γενικά	18-19
2.2 Αποτελεσματικότητα των ιατρικών διακοπής καπνίσματος	19-30
2.2.1 Στην Ελλάδα	19-25
2.2.2 Διεθνώς	25-30
 Ειδικό Μέρος	 32-56
 1. Πληθυσμός μελέτης και μέθοδος	 32-35
2. Αποτελέσματα	36-50
3. Συζήτηση - Συμπεράσματα	51-56
 Βιβλιογραφία	 57-62
Περίληψη	63
Abstract	64

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Εισαγωγή

Παγκοσμίως, το κάπνισμα αποτελεί ίσως το σημαντικότερο παράγοντα κινδύνου για την υγεία, που μπορεί να προληφθεί. Ο πειραματισμός για την έναρξη του καπνίσματος, νωρίς στην εφηβική ηλικία., καθοδηγείται κυρίως από κοινωνικά μοντέλα και τη διαφήμιση. Η διακοπή του καπνίσματος είναι δύσκολη, εξαιτίας του μηχανισμού της εξάρτησης από τον καπνό, των νευροβιολογικών επιπτώσεων της χρήσης του και της εξάρτησης, των συμπτωμάτων στέρησης και της συμπεριφοράς που υιοθετεί ο καπνιστής. Το 70% των καπνιστών δηλώνει ότι θέλει να διακόψει το κάπνισμα και το 35% κάνει τουλάχιστον μια σοβαρή προσπάθεια το χρόνο. Τελικά, ετησίως, μόνο το 2-3% των καπνιστών κατορθώνει να περάσει στην κατηγορία των πρώην καπνιστών. Παρ' όλο που τα προγράμματα διακοπής του καπνίσματος και οι φαρμακολογικές θεραπείες έχουν σαν αποτέλεσμα πολύ υψηλότερα ποσοστά διακοπής του καπνίσματος, το ποσοστό συμμετοχής είναι μικρό¹.

Οι αποτελεσματικές μέθοδοι, οι οποίες βιβλιογραφικά φαίνεται ότι αυξάνουν το ποσοστό διακοπής, είναι η υποστηρικτική, η συμβουλευτική αγωγή, η φαρμακοθεραπεία και ο συνδυασμός τους. Στην υποστηρικτική θεραπεία συμβάλλουν επαγγελματίες της υγείας και όχι απαραίτητα ψυχολόγοι ή ψυχίατροι¹.

Στον καπνό του τσιγάρου υπάρχουν περισσότερες από 4.000 τοξικές ουσίες και καρκινογόνα, αλλά η νικοτίνη είναι η ουσία που φαίνεται να συμβάλλει περισσότερο στην εξάρτηση. Η απορρόφησή της από τους πνεύμονες είναι ταχύτατη. Με κάθε εισπνοή, υψηλή συγκέντρωση νικοτίνης φτάνει στο αρτηριακό αίμα και μέσα σε 10-16'' φτάνει στον εγκέφαλο, ταχύτερα από την ενδοφλέβια έγχυσή της. Εκεί ενεργοποιεί τους νικοτινικούς υποδοχείς της ακετυλοχολίνης και επάγει την απελευθέρωση ντοπαμίνης, που πιστεύεται ότι προκαλεί το αρχικό αίσθημα ευφορίας του καπνιστή. Η νικοτίνη αποτελεί έναν ψυχοκινητικό διεγέρτη και γι' αυτό στους νέους καπνιστές αυξάνει τα αντανακλαστικά και βελτιώνει το επίπεδο συγκέντρωσης και χαλάρωσης. Όμως, σύντομα αναπτύσσεται ανοχή^{2,3}. Τα πιο συχνά συμπτώματα στέρησης (4-12 ώρες από το τελευταίο τσιγάρο) είναι: ευερεθιστότητα, ανησυχία, καταθλιπτική διάθεση, αδυναμία συγκέντρωσης, αυξημένη όρεξη, διαταραχές του ύπνου και έντονη επιθυμία για κάπνισμα. Συνήθως λύνονται μέσα σε 3-4 εβδομάδες, όμως η έντονη επιθυμία για κάπνισμα παραμένει για μήνες. Το αναμενόμενο ποσοστό επιτυχούς διακοπής του καπνίσματος μετά από ένα χρόνο είναι 15-35%, αντίστοιχο δηλαδή με αυτό άλλων εξαρτήσεων².

1. Κάπνισμα

1.1 Επιπτώσεις

Από τις περισσότερες από 4000 χημικές ουσίες που περιέχει ο καπνός του τσιγάρου, τουλάχιστον 60 είναι καρκινογόνες. Επιπλέον, πολλές από αυτές τις ουσίες όπως το μονοξειδίο του άνθρακα, η νικοτίνη, η πίσσα, η αμμωνία, η ακετόνη, το κάδμιο και η φορμαλδεΰδη είναι δηλητηριώδεις και τοξικές για τον ανθρώπινο οργανισμό. Πολλές μελέτες έδειξαν ότι η νικοτίνη, ουσία που αποτελεί φυσικό συστατικό του καπνού, προκαλεί εθισμό με παρόμοιους τρόπους όπως η ηρωίνη, η κοκαΐνη και το αλκοόλ. Κι τη διάρκεια του καπνίσματος, η νικοτίνη εισέρχεται γρήγορα στο αίμα και φτάνει στον εγκέφαλο μέσω σε λίγα δευτερόλεπτα⁴.

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHO), στην αρχή του 2002, το 30% των ενηλίκων Ευρωπαίων ήταν καπνιστές, με τα μεγαλύτερα ποσοστά να καταγράφονται στην Ελλάδα και τα μικρότερα στη Σουηδία. (στην Ελλάδα το 48% των ανδρών και το 29% των γυναικών ήταν καπνιστές την προαναφερθείσα περίοδο)⁴.

Το κάπνισμα που αποτελεί τη μόνη αιτία θανάτου που μπορεί να προληφθεί, προκαλεί βλάβες σχεδόν σε όλα τα βασικά όργανα του σώματος. Με βάση επιδημιολογικά δεδομένα, το κάπνισμα σκοτώνει πολύ περισσότερα άτομα το χρόνο από όσα το Σύνδρομο Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας (AIDS) και τα τροχαία ατυχήματα. Ο κίνδυνος εμφάνισης νοσημάτων που οφείλονται στο κάπνισμα, είναι ανάλογος της έκθεσης στον καπνό σε όλη τη διάρκεια ζωής. Αυτό περιλαμβάνει τον αριθμό των τσιγάρων ημερησίως, το βαθμό καπνίσματος (π.χ. βάθος και συχνότητα των puffs), την ηλικία έναρξης του καπνίσματος, καθώς και την έκθεση σε παθητικό κάπνισμα. Οι βλαβερές επιπτώσεις του καπνίσματος στον πνεύμονα κυμαίνονται από τον καθημερινό πρωινό βήχα έως τη χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια (ΧΑΠ)⁴.

- *Κάπνισμα και χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια:* περίπου το 90% των ασθενών με ΧΑΠ είναι νυν ή πρώην καπνιστές, αν και μόνο το 25% των καπνιστών παρουσιάζουν τελικά ΧΑΠ^{4,5}.

- *Καρδιαγγειακή νόσος:* Η επίδραση του καπνίσματος στο καρδιαγγειακό σύστημα είναι καλά τεκμηριωμένη. Το κάπνισμα του τσιγάρου προκαλεί την αθηρωματική νόσο και αποτελεί μείζονα προδιαθεσικό παράγοντα για στεφανιαία νόσο μαζί με την υπέρταση και τις διαταραχές των λιπιδίων (αύξηση της LDL και

των τριγλυκεριδίων, ενώ μειώνεται η HDL). Αυτό το εύρημα είναι πολύ σημαντικό, δεδομένου ότι η στεφανιαία νόσος αποτελεί την πρώτη αιτία θανάτου στις ΗΠΑ και στις περισσότερες βιομηχανοποιημένες χώρες^{5,6}. Στην καρδιαγγειακή νόσο περιλαμβάνονται επίσης η ισχαιμική αγγειακή εγκεφαλική νόσος, η περιφερική αγγειοπάθεια, τα αορτικά ανευρύσματα και όλα έχουν συσχετιστεί με το κάπνισμα. Η αύξηση των θανάτων από καρδιαγγειακή νόσο ήταν σταθερή μέχρι το μέσο της δεκαετίας του 1960, ωστόσο παρατηρήθηκε αναστροφή αυτής της τάσης. Η μείωση των θανάτων από καρδιαγγειακή νόσο κατά 24% στις ΗΠΑ, συνδέθηκε άμεσα με μείωση του καπνίσματος⁶.

- *Κακοήθειες*: το κάπνισμα αδιαμφισβήτητα έχει συνδεθεί με την καρκινογένεση σε πολλά όργανα, με μεγαλύτερο κίνδυνο αυτών που έρχονται σε άμεση επαφή με τα προϊόντα του καπνού. Ο κίνδυνος της καρκινογένεσης αυξάνει στους βαρύτερους καπνιστές, ενώ η διακοπή του καπνίσματος μειώνει την πιθανότητα κινδύνου, σε διαφορετικό όμως ποσοστό για κάθε είδος καρκίνου⁶.

Ο καρκίνος του πνεύμονα αποτελεί κύρια επίπτωση του καπνίσματος (ενδεικτικά, εμφανίζονται μεταλλάξεις του ογκογονιδίου K-ras στο 10-30% των ασθενών με μη μικροκυτταρικό καρκίνο του πνεύμονα, συχνότερα στο αδενοκαρκίνωμα και σχεδόν πάντα σε καπνιστές), αλλά και τον καρκίνο του λάρυγγα, τον καρκίνο της στοματικής κοιλότητας και του φάρυγγα, καρκίνο του οισοφάγου (ιδιαίτερα επιθετικό νεόπλασμα με διάμεση επιβίωση που δεν ξεπερνά του 12 μήνες μετά την διάγνωση), τον καρκίνο του παγκρέατος, τις κακοήθειες του ουροποιητικού (καρκίνου ουροδόχου κύστεως, νεφρού, νεφρικής πυέλου και ουρητήρων), τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας (από τους σημαντικότερους παράγοντες της γυναικείας νοσηρότητας και θνητότητας) και τον καρκίνο του στομάχου^{4,7}.

Το κάπνισμα έχει συσχετιστεί με οχτώ τουλάχιστον διαφορετικά είδη καρκίνου: πνεύμονα, λάρυγγα, ρινο- και υποφάρυγγα, οισοφάγου, κύστης, νεφρικής πυέλου και παγκρέατος. Έχει ακόμη συσχετιστεί με τον καρκίνο του στομάχου, του σώματος του νεφρού, του ήπατος και τη μυελοειδή λευχαιμία⁶.

Το 30% όλων των θανάτων από καρκίνο αποδίδεται στο κάπνισμα. Οι καπνιστές έχουν διπλάσια πιθανότητα να πεθάνουν από καρκίνο, σε σύγκριση με τους μη καπνιστές και τετραπλασιάζεται στους βαρείς καπνιστές. Η καπνισματική συνήθεια έχει ενοχοποιηθεί για την αύξηση των θανάτων από καρκίνο τα τελευταία

35 χρόνια. Ο καρκίνος του πνεύμονα, η πιο κοινή αιτία καρκινικής θνησιμότητας και στα δύο φύλα, έχει αυξηθεί κατά 250% μετά το 1950⁶.

- *Οστεοπόρωση*: έχει βρεθεί συσχέτιση μεταξύ καπνίσματος και μειωμένης οστικής μάζας⁶. Πιο συγκεκριμένα αυξάνεται ο ρυθμός απώλειας της οστικής μάζας και μειώνεται η απορρόφηση του ασβεστίου από το έντερο⁵.

- *Γαστρεντερικές διαταραχές*: το γαστρικό και δωδεκακτυλικό έλκος είναι περισσότερο συχνό στους καπνιστές. Η γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση είναι πιο συχνή στους καπνιστές και αποδίδεται στη μείωση του τόνου του οισοφαγικού σφιγκτήρα^{5,6}.

- Αναφέρονται ακόμη βλαβερές επιδράσεις σε όλα τα συστήματα του οργανισμού: αυτόματος πνευμοθώρακας, άσθμα και λοιμώξεις (πνευμονιοκοκκική λοίμωξη, ιός της κοινής γρίπης λοίμωξεις από το μυκοβακτηρίδιο της φυματίωσης στις αναπτυσσόμενες χώρες).

1.2 Επιδημιολογία

Το κάπνισμα εξακολουθεί να αποτελεί μια από τις πρωταρχικές παγκόσμιες ανησυχίες στην υγειονομική περίθαλψη και συνεχίζει να είναι η κύρια αιτία νοσηρότητας και θνησιμότητας στον κόσμο.

Οι συνέπειες του καπνού έγιναν γνωστές στις αρχές του 20ού αιώνα στις αναπτυγμένες χώρες. Περίπου 2 εκατομμύρια άνθρωποι πεθαίνουν κάθε χρόνο από το κάπνισμα, οι μισοί από αυτούς πριν τα 70 έτη τους. Το 1990 ο καπνός ευθύνονταν για το 24% των θανάτων στους άντρες και το 7% των θανάτων στις γυναίκες, φθάνοντας το 40% στους άνδρες σε κάποιες πρώην σοσιαλιστικές χώρες και το 17% των θανάτων των γυναικών στις ΗΠΑ. Εκτιμάται πως η ετήσια θνητότητα από την καπνισματική συνήθεια θα φθάσει τα 10 εκατομμύρια το 2020 ή στις αρχές του 2030⁶.

Σήμερα υπάρχουν 1,1 δισεκατομμύρια καπνιστές παγκοσμίως. Κάθε μέρα, περίπου 80-100.000 νέοι άνθρωποι παγκοσμίως αρχίζουν το κάπνισμα. Εάν οι τρέχουσες τάσεις συνεχιστούν ο αριθμός αυτός θα αυξηθεί σε 1,6 δισεκατομμύρια έως το έτος 2025. Οι επιπτώσεις του καπνίσματος στην υγεία ευθύνονται για 2.000.000 θανάτους τον χρόνο στις αναπτυγμένες χώρες και για 1.000.000 θανάτους στις αναπτυσσόμενες. Περισσότεροι από 500.000 θάνατοι παρουσιάζονται ετησίως σε ολόκληρη την Ευρωπαϊκή Ένωση ως αποτέλεσμα του καπνίσματος. Έχει υπολογιστεί, ότι κάθε τσιγάρο που καπνίζεται αφαιρεί κατά μέσο όρο πέντε λεπτά

από τη ζωή του καπνιστή. Έχει επίσης υπολογιστεί, ότι κάθε 10 δευτερόλεπτα ένας άνθρωπος πεθαίνει εξαιτίας του τσιγάρου. Ο αριθμός αυτός συνεχώς αυξάνει, κυρίως επειδή αυξάνονται οι θάνατοι μεταξύ των γυναικών καπνιστριών παγκοσμίως και ο αριθμός των καπνιστών στις αναπτυσσόμενες χώρες. Στην Ευρώπη 100.000.000 άνθρωποι πεθαίνουν 20 χρόνια νωρίτερα από τον μέσο όρο ζωής, εξαιτίας του καπνίσματος. Υπολογίζεται ότι ο ετήσιος αριθμός θανάτων παγκοσμίως εξαιτίας του καπνίσματος θα είναι το 2025 περίπου 10.000.000⁸.

Το 2011, πέντε εκατομμύρια άνθρωποι πεθαίνουν ετησίως παγκοσμίως, εξαιτίας ασθενειών που σχετίζονται με το κάπνισμα. Αν συνεχιστούν οι σημερινές τάσεις, ο καπνός θα σκοτώσει ένα δισεκατομμύριο ανθρώπους πρόωρα κατά τη διάρκεια αυτού του αιώνα⁹.

Μεταξύ όλων των ευρωπαϊκών κρατών, η Ελλάδα έχει το υψηλότερο ποσοστό καπνιστών στη Δυτική Ευρώπη και ένα από τα υψηλότερα ποσοστά στον κόσμο. Σύμφωνα με έρευνα του Ινστιτούτου Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής το έτος 2006, το 40% των Ελλήνων ανδρών και γυναικών, είναι καπνιστές. Συγκεκριμένα, το 49,9% των ανδρών και το 30,8% των γυναικών άνω των 18 ετών καπνίζουν σε καθημερινή βάση. Για τις υπόλοιπες ηλικιακές ομάδες, τα ποσοστά ανέρχονται στο 44,3% για τα έτη 18 έως 24, στο 50,8% για τα έτη 25 έως 34, στο 53,9% για τα έτη 35-44, στο 47% για τα έτη 45 έως 54, στο 34,7% για τα έτη 55 έως 64 και στο 16,5% για τα έτη 65 και άνω⁸.

Αρκετές μελέτες αναφέρουν ότι το 60-70% των καπνιστών θέλουν να σταματήσουν το κάπνισμα, αλλά μόνο το 3-5% από αυτούς παραμένουν εγκρατείς για ένα χρόνο μετά, χωρίς βοήθεια. Η προσφορά βοήθειας για να σταματήσει η χρήση του καπνού από άτομα εθισμένα στη νικοτίνη, είναι μία από τις έξι πολιτικές που προσδιορίστηκαν από την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (ΠΟΥ), για την επέκταση του αγώνα κατά της επιδημίας του καπνού⁹.

Ιδιαίτερα ανησυχητική είναι η εικόνα που παρουσιάζει η καπνισματική συμπεριφορά στα νεαρά άτομα, ιδίως στην εφηβική ηλικία. Σύμφωνα με στοιχεία του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας που αφορούν τη χρονική περίοδο 2002-2005, ένα ποσοστό 13,5% των αγοριών και ένα ποσοστό 14,1% των κοριτσιών ηλικίας 15 ετών καπνίζει, τουλάχιστον περιστασιακά⁸.

Όσον αφορά τη γεωγραφική εξάπλωση της καπνισματικής συμπεριφοράς στην Ελλάδα, μεγαλύτερο ποσοστό καθημερινών καπνιστών παρατηρείται στα αστικά κέντρα (42,5%) σε σύγκριση με τα αγροτικά κέντρα (32,5%). Όσον αφορά την

οικογενειακή κατάσταση των καθημερινών καπνιστών το 38,2% είναι έγγαμοι και το 50,8% άγαμοι.

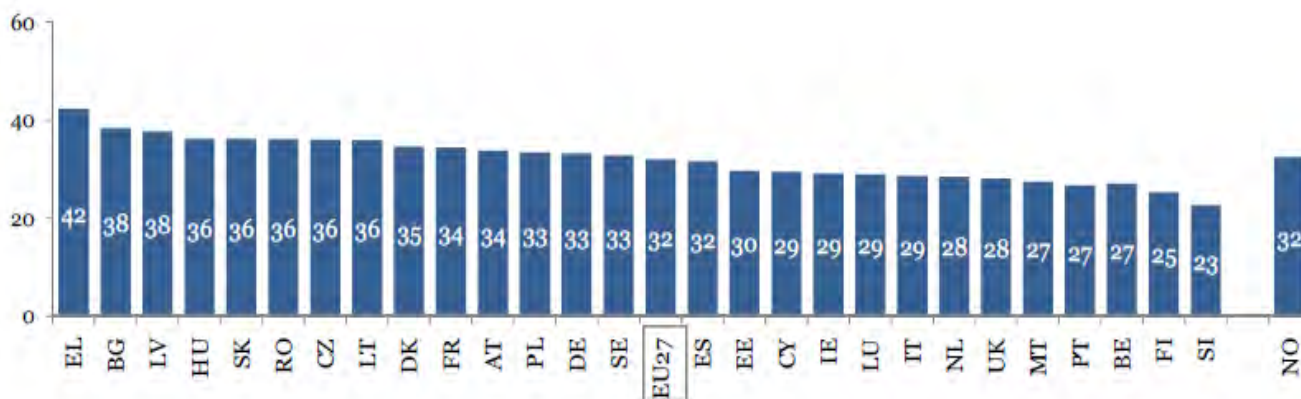
Σύμφωνα με στοιχεία που αφορούν την ημερήσια κατανάλωση καπνού των Ελλήνων, το 21,1% των συστηματικών καπνιστών καταναλώνει έως 10 τσιγάρα την ημέρα, το 38,6% καταναλώνει 10-20 τσιγάρα την ημέρα, ενώ το 40% καταναλώνει πάνω από 20 τσιγάρα ημερησίως (περίπου το 16% του πληθυσμού). Άρα 4 στους 10 καθημερινούς καπνιστές καπνίζουν πάνω από 20 τσιγάρα ημερησίως⁸.

Το κάπνισμα, τόσο στους άνδρες, όσο και στις γυναίκες, αυξάνεται στο κεντρικό και το ανατολικό τμήμα της Ευρώπης, ενώ μειώνεται ή είναι σταθερό στις υπόλοιπες περιοχές της Ευρώπης. Λαμβάνοντας υπ' όψιν το γεγονός, ότι σε πολλές ευρωπαϊκές χώρες οι νέες γυναίκες καπνίζουν ήδη περισσότερο απ' ότι οι νεαροί άνδρες, είναι πιθανό στο προσεχές μέλλον το ποσοστό των γυναικών που καπνίζουν να είναι μεγαλύτερο από το αντίστοιχο ποσοστό των ανδρών. Αυτό συνδέεται με την μεταβαλλόμενη κοινωνική και οικονομική κατάσταση των γυναικών, τη διαφήμιση και την προώθηση των τσιγάρων⁸.

Στην Ελλάδα, διαπιστώνεται, γενικότερα, μια αύξηση του αριθμού της κατά κεφαλήν κατανάλωσης τσιγάρων από 2,573 το 1970 σε 3,772 το 1995, ενώ μείωση παρουσιάζεται στο αριθμό αυτό (2,977) το έτος 2000⁸.

Η διερεύνηση της στάσης απέναντι στο ενδεχόμενο της διακοπής, φανερώνει πως δύο στους 3 συστηματικούς καπνιστές (64,5%) σκοπεύουν ή σκέπτονται να κόψουν το κάπνισμα. Από αυτούς το μεγαλύτερο ποσοστό παρατηρείται στις ηλικίες 18-24 (70,9%) και στις ηλικίες 45-54 (69,5%) ενώ μικρές είναι οι διαφορές που παρουσιάζονται για τις υπόλοιπες ηλικιακές ομάδες, με το μικρότερο ποσοστό να εμφανίζεται σε ηλικία από 65 έτη+ (50%)⁸.

Μεγάλος είναι ο αριθμός θανάτων που αποδίδεται σε νοσήματα που σχετίζονται με το κάπνισμα. Στη δεκαετία του 1950, το 10% των θανάτων στους άνδρες όλων των ηλικιών και το 2% των θανάτων στις γυναίκες οφείλονταν στο κάπνισμα. Στη δεκαετία του 1990, τα αντίστοιχα ποσοστά ήταν 21% των θανάτων για τους άνδρες και 3% των θανάτων για τις γυναίκες, ενώ στη δεκαετία του 2000, τα ποσοστά αυτά εκτιμώνται σε 22% των θανάτων για τους άνδρες και 3% των θανάτων για τις γυναίκες⁸.



Διάγραμμα 1. Επιπολασμός καπνίσματος στην Ευρώπη το 2009. Κανονική ή σποραδική χρήση καύσιμου και/ή μη καύσιμου καπνού. Η Ελλάδα έρχεται πρώτη.

Στις απαντήσεις των ερωτηθέντων στο διάγραμμα 1, το ποσοστό όσων δηλώνουν ότι καπνίζουν ή / και χρησιμοποιούν μη-καύσιμα προϊόντα καπνού, είτε κάθε μέρα, είτε περιστασιακά, είναι υψηλότερο στην Ελλάδα (42%), την οποία ακολουθούν η Βουλγαρία (39%), η Λετονία (38%), η Ουγγαρία, η Σλοβακία, η Ρουμανία, η Τσεχία και η Λιθουανία (36% σε όλες). Οι ερωτηθέντες στη Σλοβενία (23%), ακολουθούμενοι από εκείνους στη Φινλανδία (25%), την Εσθονία (26%), την Πορτογαλία και τη Μάλτα (και οι δύο 27%), έχουν τις λιγότερες πιθανότητες να είναι χρήστες καπνού¹⁰.

Ακόμη, πρέπει να γίνει μια αναφορά στα ποσοστά καπνίσματος σε ανθρώπους με κοινές ψυχικές διαταραχές όπως άγχος, ή καταθλιπτικές διαταραχές, γιατί φαίνεται ότι είναι πολύ υψηλότερα από ό,τι σε άτομα χωρίς αυτές. Είναι λιγότερο σαφές το κατά πόσον τα άτομα με αυτές τις διαταραχές θέλουν ή προσπαθούν να σταματήσουν το κάπνισμα ή το διακόπτουν επιτυχώς, με τον ίδιο ρυθμό όπως οι άνθρωποι που δεν έχουν τέτοιου είδους διαταραχές¹¹.

1.3 Παθητικό κάπνισμα

Παθητικό κάπνισμα ονομάζεται η έκθεση σε καπνό τσιγάρου, που είναι μείγμα άμεσα εκπνεόμενου καπνού από τον καπνιστή και καπνού που απελευθερώνεται έμμεσα από το αναμμένο τσιγάρο. Το παθητικό κάπνισμα αποτελεί την κυριότερη πηγή ρύπανσης του εσωτερικού περιβάλλοντος.

Ο εκπνεόμενος καπνός αποτελείται από μια αέρια και μια σωματιδιακή φάση. Καθώς περνά η ώρα, αλλάζει φύση κατά τη διάρκεια της διάλυσης και της κατανομής

του στο περιβάλλον. Οι συγκεντρώσεις των σωματιδίων που εισπνέονται, αυξάνονται σημαντικά σε κλειστούς χώρους που είναι γεμάτοι με καπνό. Η σύνθεση του καπνού που εισπνέουμε παθητικά ποικίλει σημαντικά ανάλογα με τον τρόπο που καπνίζει ο καπνιστής, τη σύνθεση των τσιγάρων, καθώς και από το είδος του καπνού που καταναλώνεται. Ο καπνός του τσιγάρου που καίγεται περιέχει 2–3 φορές περισσότερο επιβλαβείς χημικές ουσίες από τον καπνό της εκπνοής του καπνιστή λόγω του γεγονότος ότι δεν φιλτράρεται από το φίλτρο του τσιγάρου. Ο καπνός που εισπνέουμε παθητικά, εκτός των άλλων ερεθιστικών ή τοξικών ουσιών, περιέχει και νικοτίνη. Τα επίπεδα νικοτίνης στον αέρα σπιτιών ή εργασιακών χώρων καπνιστών, ποικίλουν μεταξύ 1 και 10 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ ^{2, 12}.

Ο σχετικός κίνδυνος στεφανιαίας νόσου μεταξύ των καπνιστών που εκτίθενται για οποιοδήποτε χρονικό διάστημα στον καπνό του περιβάλλοντος (ETS), σε σύγκριση με μη καπνιστές που δεν εκτίθενται στον καπνό του περιβάλλοντος, είναι περίπου 1,2 και βασίζεται σε περισσότερες από δώδεκα επιδημιολογικές μελέτες¹³.

Ιστορικά, ο όρος παθητικό κάπνισμα (passive smoking) πρωτοαναφέρεται το 1939 σε βιβλίο του Γερμανού F. Flickint, ενώ οι όροι “secondhand smoking” (δευτερογενές κάπνισμα) και “environmental smoke exposure” (έκθεση στον καπνό του περιβάλλοντος) εμφανίζονται αργότερα. Τη δεκαετία 1960-70 διεξάγονται οι πρώτες επιδημιολογικές μελέτες για την επίδραση του παθητικού καπνίσματος στην υγεία και το 1986, εθνικοί και διεθνείς φορείς όπως ο ‘General Surgeon’ (Γενικός Χειρουργός) στην ετήσια αναφορά του (ένα είδος επιτηρητή-συμβούλου σε θέματα δημόσιας υγείας) και το ‘International Agency for Research on Cancer’ (Διεθνής Αντιπροσωπεία για την Έρευνα στον Καρκίνο) στην Αμερική, υποστηρίζουν την αιτιολογική του σχέση με τον καρκίνο του πνεύμονα, καθώς και με αναπνευστικές διαταραχές σε παιδιά. Το ίδιο υποστηρίζουν και πολλές ακόμη δημοσιεύσεις, εδώ και αρκετά χρόνια:^{14, 15, 16, 17}.

Ακολουθούν πλήθος μελετών που τεκμηριώνουν τη συσχέτισή του με σημαντικό αριθμό παθολογικών καταστάσεων, ιδιαίτερα με καρκίνο του πνεύμονα, καρκίνο άλλων οργάνων, ισχαιμική καρδιοπάθεια, αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια και χρόνιες αναπνευστικές παθήσεις και τον καθιστούν σημαντικό παράγοντα νοσηρότητας και θνησιμότητας, τόσο στον ενήλικο, όσο και στον παιδιατρικό πληθυσμό. Ενδεικτικά, 79.000 θάνατοι στην Ευρώπη και 2.500 θάνατοι στην Ελλάδα αποδόθηκαν το 2002 στο παθητικό κάπνισμα. Μεταξύ αυτών, 19.000 και 550 αντίστοιχα αφορούσαν σε μη καπνιστές¹⁸.

Το τριτογενές κάπνισμα πρέπει να διακρίνεται από το παθητικό κάπνισμα. Το παθητικό κάπνισμα αναφέρεται στην έκθεση ενός μη καπνιστή σε εναέρια προϊόντα της καύσης του καπνού, κατά κανόνα σε στενή χρονική και φυσική εγγύτητα με το κάπνισμα τσιγάρων¹⁹.

1.4 Τριτογενές κάπνισμα

Ο όρος τριτογενές κάπνισμα εμφανίστηκε για πρώτη φορά στην ιατρική βιβλιογραφία το 2009, όταν οι ερευνητές το όρισαν ως υπολειμματική μόλυνση του καπνού που απομένει μετά την καύση του τσιγάρου. Η νικοτίνη -ένα μόνο συστατικό του καπνού- μπορεί να παραμείνει σε πλακίδια (τοίχου) έως και 30 χρόνια. Μια πρόσφατη μελέτη έδειξε ότι η νικοτίνη εξακολουθεί να υφίσταται σε σπίτια στα οποία έμεναν καπνιστές και ότι οι μη καπνιστές που μετακομίζουν στη συνέχεια σε αυτά τα σπίτια, έχουν αυξημένα επίπεδα νικοτίνης στο δέρμα τους και στα σωματικά υγρά.

Αυτός ο όρος λοιπόν χρησιμοποιείται για να περιγραφεί το αόρατο και τοξικό μείγμα αερίων και μορίων που επικάθεται στα μαλλιά και στα ρούχα των καπνιστών, αλλά και στα έπιπλα και στο δάπεδο. Το μείγμα παραμένει εκεί αφότου ο χώρος έχει καθαριστεί από τον καπνό. Στα κατάλοιπα περιλαμβάνονται βαρέα μέταλλα, καρκινογόνα, ακόμα και ραδιενεργά υλικά, τα οποία μπορούν να αγγίξουν τα παιδιά, να τα μεταφέρουν στο στόμα τους και να τα καταπιούν, ειδικά εάν «μπουσουλάνε» ή παίζουν στο πάτωμα¹⁹.

Η τριτογενής έκθεση στον καπνό μπορεί να συμβεί πολύ καιρό μετά τη διακοπή του καπνίσματος. Σωματίδια από τον καπνό του τσιγάρου εναποτίθενται σε εσωτερικές επιφάνειες και επιμένουν, οδηγώντας σε έκθεση που μπορεί να συμβεί και στο μέλλον. Δεν υπάρχουν αποδείξεις ότι η έκθεση στον τριτογενή καπνό μπορεί να μειωθεί ή να εξαιρεθεί με την αύξηση του ρυθμού ανανέωσης του αέρα σε ένα κλειστό περιβάλλον μέσω ανεμιστήρων, ανοιχτών παραθύρων ή κλιματιστικών, αφού έχουν εναποτεθεί οι προσμείξεις στις επιφάνειες¹⁹.

Το υπόλειμμα του καπνού των τσιγάρων, το οποίο παραμένει στις επιφάνειες, μπορεί να είναι τοξικό. Η νικοτίνη, η οποία δεν είναι καρκινογόνος, μπορεί να εναποτεθεί σε επιφάνειες και στη συνέχεια να αντιδράσει με το ατμοσφαιρικό νιτρώδες οξύ για την παραγωγή ειδικών του καπνού νιτροζαμινών (TSNAs), οι

οποίες περιλαμβάνουν καρκινογόνες ενώσεις. Η κύρια πηγή στο εσωτερικό περιβάλλον για υποξείδιο του αζώτου, είναι μη αεριζόμενες συσκευές¹⁹.

Σε νεότερη μελέτη, διαπιστώθηκε ότι το 75% των σωματιδίων που προστέθηκε στον αέρα εσωτερικών χώρων ήταν πολύ λεπτών μεγεθών και είχε χρόνο ημιζωής στον αέρα, 18 λεπτών, στους 25°C. Αυτά τα σωματίδια μετά την εναπόθεσή τους στις επιφάνειες, θα μπορούσαν αργότερα να μετατεθούν σε αιώρηση και να αποτελέσουν τον τριτογενή τοξικό καπνό^{20, 21}.

Στην ίδια μελέτη, διαπιστώθηκε ότι η συγκέντρωσή τους διαιρούνταν δια 100 στις πρώτες 4 ώρες και πάλι δια 100 στις επόμενες 24 ώρες. Μετά από επαναιώρηση, η συγκέντρωση πολλαπλασιαζόταν με το 100, επιστρέφοντας σε εκείνη που παρατηρήθηκε 4 ώρες μετά το κάπνισμα. Αυτή η αύξηση μπορεί να αποδοθεί μόνο σε σωματίδια μικρότερα από 0,3 mm. Αυτά τα ποσοτικά δεδομένα υποστηρίζουν την υπόθεση της επαναιώρησης από τον καπνό των τσιγάρων που μολύνει επιφάνειες. Ωστόσο, αυτός ο αέριος ρύπος μέσω επαναιώρησης παραμένει πολύ χαμηλότερος (100 φορές) από αυτόν του παθητικού καπνίσματος. Το υπόλοιπο της μάζας αερολύματος που παράγεται αρχικά από τα τσιγάρα, θα μπορούσε να είναι σταθερά στερεωμένο σε επιφάνειες, οδηγώντας σε κινδύνους κατάποσης και μεταβίβασης στο δέρμα ή την οικιακή σκόνη και στη συνέχεια σε εισπνοή^{21, 22, 23}. Οι Ueta et al. (2010)²⁴ μέτρησαν και αυτοί τον τριτογενή καπνό και όντως βρήκαν ίχνη πάνω σε ρούχα και στην αναπνοή των καπνιστών, στην οποία τα ίχνη αυτά ήταν περισσότερα από ότι στην αναπνοή των μη καπνιστών.

1.5 Μέθοδοι διακοπής

Η εξάρτηση από τον καπνό είναι μία χρόνια κατάσταση, που συχνά απαιτεί επανειλημμένες παρεμβάσεις. Σήμερα υπάρχουν αποτελεσματικές θεραπείες, οι οποίες μπορεί να οδηγήσουν σε μακροχρόνια ή μόνιμη αποχή από το κάπνισμα και όλοι οι καπνιστές θα πρέπει να ενημερώνονται για αυτές και να παροτρύνονται να προσπαθήσουν. Δύο προσεγγίσεις φαίνονται αποτελεσματικές για τη διακοπή του καπνίσματος: η φαρμακοθεραπεία και η συμβουλευτική παραίνεση. Ο συνδυασμός και των δύο επιτυγχάνει υψηλότερα ποσοστά διακοπής του καπνίσματος^{1, 25, 26}.

Για τους περισσότερους καπνιστές, μια προσπάθεια για την επίτευξη μακροπρόθεσμων αποτελεσμάτων αποχής, οδηγείται σε αποτυχία. Για τη βελτίωση των αποτελεσμάτων, τα φάρμακα, η συμβουλευτική και η εκπαίδευση έχουν γίνει το

πρότυπο φροντίδας για τη θεραπεία διακοπής του καπνίσματος. Φάρμακα που έχουν αποδειχθεί ότι βελτιώνουν τα ποσοστά διακοπής του καπνίσματος, περιλαμβάνουν θεραπείες υποκατάστασης της νικοτίνης, που διατίθεται ως κόμμι (τσίγλα), επίθεμα, ως συσκευή εισπνοής, ρινικό σπρέι, συστατικό σε φαρμακευτική καραμέλα, η βαρενικλίνη και η υδροχλωρική βουπροπιόνη. Τα μέτρα δημόσιας πολιτικής για την προώθηση της διακοπής του καπνίσματος και παράλληλα τα μέτρα για τη μείωση της μύησης στο κάπνισμα, δείχνουν να έχουν σημαντικές θετικές επιδράσεις στη δημόσια υγεία. Οι οργανισμοί φροντίδας υγείας παρέχουν διαρθρωμένες υπηρεσίες διακοπής του καπνίσματος, αναγνωρίζοντας την αξία αυτής της παρέμβασης για τη διατήρηση της υγείας¹⁹.

Λεπτομερέστερα, η βαρενικλίνη είναι μερικός αγωνιστής των νικοτινικών υποδοχέων (nAChR) και συνθετικό ανάλογο της κυτισίνης, αλκαλοειδές του φυτού *Sophora chrysophylla*. Η πρόσδεση της βαρενικλίνης με τους $\alpha 4\beta 2$ -nAChR υποδοχείς (προσυναπτικοί υποδοχείς σε ντοπαμινεργικούς νευρώνες στον επικληνή πυρήνα του διαφράγματος) οδηγεί σε μερική διέγερση της απελευθέρωσης της ντοπαμίνης στα κέντρα ανταμοιβής, αλλά η διέγερση αυτή είναι μικρότερη από αυτή της νικοτίνης (32-40%). Το αποτέλεσμα αυτής της δράσης είναι η ανακούφιση των συμπτωμάτων της έντονης επιθυμίας και του στερητικού συνδρόμου. Επίσης, επειδή έχει αυξημένη συγγένεια, μικρότερη δραστηριότητα και μεγαλύτερο χρόνο ημισείας ζωής σε σύγκριση με τη νικοτίνη, η βαρενικλίνη εμποδίζει τη νικοτίνη να συνδεθεί και να διεγείρει τους $\alpha 4\beta 2$ -nAChR υποδοχείς. Με αυτή την έννοια δρα και ως ανταγωνιστής στους ίδιους υποδοχείς και έτσι μειώνει την αντίληψη της ευχαρίστησης από το κάπνισμα²⁷.

Η μέχρι πρόσφατα διαθέσιμη βιβλιογραφία τόσο για την αποτελεσματικότητα όσο και για την ασφάλεια του φαρμάκου, προερχόταν κυρίως από μελέτες που χρηματοδοτήθηκαν από φαρμακευτικές εταιρείες. Μετά την κυκλοφορία του φαρμάκου υπήρξαν κάποιες αναφορές για πιθανό παροξυσμό ψυχονοητικών νοσημάτων με την χορήγηση βαρενικλίνης. Μια ανεξάρτητη μελέτη απέδειξε ότι δεν υπάρχει κίνδυνος περισσότερων παρενεργειών στους ψυχιατρικούς ασθενείς ενώ μια πολύ πρόσφατη, επίσης ανεξάρτητη μελέτη προσδιορισμού του ερωτήματος συσχετισμού της βαρενικλίνης με ιδέες αυτοκτονίας, έδειξε ότι δεν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ της χορήγησης βαρενικλίνης και της αυτοκτονικής ιδεοληψίας. Το ενδεχόμενο ελάττωσης της δόσης πρέπει να εξετάζεται όταν αναφέρονται παρενέργειες²⁸.

Η συνιστώμενη δόση της υδροχλωρικής βουπροπιόνης για τη διακοπή του καπνίσματος είναι 150mg, δύο φορές την ημέρα. Η θεραπεία ξεκινά με δόση 150mg την ημέρα για τις πρώτες 6 ημέρες, με αύξηση στα 300mg την ημέρα (150mg δύο φορές την ημέρα) από την 7η ημέρα και μετά. Οι καπνιστές που λαμβάνουν υδροχλωρική βουπροπιόνη συμβουλεύονται να συνεχίζουν το κάπνισμα μέχρι την ημερομηνία διακοπής του καπνίσματος, που ορίζεται μέσα στις πρώτες δύο εβδομάδες θεραπείας. Μειωμένη δόση (μία ταμπλέτα την ημέρα) προτείνεται στους ηλικιωμένους ασθενείς και σε αυτούς με ηπατική ή νεφρική βλάβη. Η προτεινόμενη διάρκεια θεραπείας είναι οι 7 έως 12 εβδομάδες. Αντίθετα με τα NRT, η θεραπεία με υδροχλωρική βουπροπιόνη ξεκινά αμέσως με την προσπάθεια διακοπής του καπνίσματος..

Η θεραπεία με υδροχλωρική βουπροπιόνη καλό θα είναι να συνδυάζεται με πρόγραμμα ψυχολογικής υποστήριξης και η αγωγή να δίνεται από ειδική ομάδα γιατρών και νοσηλευτών, που να στηρίζουν την ανεύρεση κινήτρων για την επιτυχία της διακοπής, να έχουν τη γνώση να προσφέρουν επιπρόσθετες πληροφορίες για τη διακοπή του καπνίσματος και να προλαμβάνουν τις υποτροπές²⁹.

Σε άλλες μελέτες, αξιολογείται ο αντίκτυπος των οδηγιών για την κανονική χρήση του ρινικού εκνεφώματος νικοτίνης (nicotin nasal spray, NNS) (με τις οποίες περιγράφεται η καλύτερη δυνατή χρήση του NNS), σε σύγκριση με την πραγματική χρήση του NNS, κατά τις τρεις πρώτες εβδομάδες της διακοπής του καπνίσματος, για τους καπνιστές που καταναλώνουν πολλά τσιγάρα και είναι πρόθυμοι να σταματήσουν το κάπνισμα. Το συμπέρασμα είναι ότι χρησιμοποιούν συχνά NNS, ανεξαρτήτως των οδηγιών που δόθηκαν. Φαίνεται λοιπόν ότι η σύσταση της χρήσης NNS μόνο όταν εμφανίζεται η πολύ έντονη επιθυμία στους καπνιστές που επιθυμούν να σταματήσουν, γίνεται αποδεκτή, σε σύγκριση με τη συνταγογράφηση ωριαίας χορήγησης³⁰.

1.4.1 Ωφέλη διακοπής

Η διακοπή του καπνίσματος ελαττώνει τον κίνδυνο για ανάπτυξη καρκίνου. Ο κίνδυνος συνεχίζει να μειώνεται σταδιακά για 10 με 15 χρόνια (ενώ κανείς απέχει από το κάπνισμα) καθώς οι πνεύμονες αναρρώνουν. Η διακοπή του καπνίσματος είναι ευεργετική για όλες τις ηλικίες και τα οφέλη είναι μεγαλύτερα όσο νωρίτερα κανείς διακόπτει το κάπνισμα. Η διακοπή του καπνίσματος ελαττώνει κατά 30-50% τον κίνδυνο για καρκίνο του πνεύμονα μετά από 10 χρόνια συγκριτικά με αυτούς που

συνεχίζουν να καπνίζουν και κατά 50% τον κίνδυνο για καρκίνο του οισοφάγου και της στοματικής κοιλότητας 5 χρόνια μετά την διακοπή. Δεκαπέντε έτη μετά την διακοπή του καπνίσματος ο κίνδυνος του καρκίνου του πνεύμονα ελαττώνεται σχεδόν στο επίπεδο εκείνων των ατόμων που δεν κάπνισαν ποτέ⁸.

Ο κίνδυνος για καρκίνο του πνεύμονα και λοιπούς σχετικούς καρκίνους, εξαρτάται από τη συνολική έκθεση στον καπνό, όπως υπολογίζεται από αριθμό τσιγάρων την ημέρα, ηλικία έναρξης και έτη καπνίσματος. Άτομα που εγκαταλείπουν το κάπνισμα σε μικρότερη ηλικία βιώνουν το μεγαλύτερο όφελος. Οι <35 ετών αποφεύγουν το 90% του κινδύνου από τον καπνό³¹.

Ακόμα και η καθυστερημένη διακοπή του καπνίσματος, μετά την ηλικία των 65 ετών, αυξάνει το προσδόκιμο επιβίωσης κατά 1,4 χρόνια για τους άνδρες και κατά 2,7 για τις γυναίκες. Η διακοπή σε μικρότερη ηλικία, για παράδειγμα στα 35, αυξάνει ακόμα περισσότερο το προσδόκιμο επιβίωσης, φθάνοντας τα 6,9 χρόνια για τους άνδρες και τα 6,1 χρόνια για τις γυναίκες.

Η διακοπή του καπνίσματος έχει οφέλη από τα πρώτα 20 λεπτά μετά την διακοπή του καπνίσματος. Η αρτηριακή πίεση και η καρδιακή συχνότητα επανέρχονται στο φυσιολογικό και η κυκλοφορία βελτιώνεται στα πόδια και τα χέρια, διατηρώντας τα ζεστά. Σε 24 ώρες μετά τη διακοπή του καπνίσματος, τα επίπεδα μονοξειδίου του άνθρακα μειώνονται, φτάνοντας εκείνα των μη καπνιστών, ενώ οι πνεύμονες αρχίζουν να αποβάλλουν τη βλέννα και άλλα υπολείμματα του ουσιών που εμπεριέχονται στον καπνό. Δύο με 12 εβδομάδες μετά από τη διακοπή του καπνίσματος, η κυκλοφορία του αίματος βελτιώνεται σε ολόκληρο το σώμα, διευκολύνοντας το βάδισμα. Τρεις με εννέα μήνες μετά τη διακοπή του καπνίσματος, τα αναπνευστικά συμπτώματα, όπως ο βήχας, η δύσπνοια και ο συριγμός βελτιώνονται. Συνολικά, η πνευμονική λειτουργία αυξάνεται κατά 5-10%. Ένα χρόνο μετά τη διακοπή του καπνίσματος, ο κίνδυνος καρδιακής προσβολής ή και θανάτου, στα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας, μειώνεται κατά 50% σε σχέση με τον κίνδυνο που αντιμετωπίζει ένας καπνιστής, ενώ μειώνεται κατά 50% ο κίνδυνος θανάτου από έμφραγμα ή θάνατο κατά την πορεία των ετών που έπονται ενός οξέος εμφράγματος του μυοκαρδίου. Δέκα χρόνια μετά τη διακοπή του καπνίσματος, ο κίνδυνος εμφάνισης καρκίνου του πνεύμονα μειώνεται κατά 50% σε σχέση με τον κίνδυνο που αντιμετωπίζει ένας καπνιστής.

Δεκαπέντε χρόνια μετά τη διακοπή του καπνίσματος ο κίνδυνος θανάτου, από ασθένειες που σχετίζονται με το κάπνισμα, μειώνεται και ισοδυναμεί με τον κίνδυνο

που αντιμετωπίζει ένας άνθρωπος, ο οποίος δεν έχει καπνίσει ποτέ. Μακροπρόθεσμα, μειώνεται ο κίνδυνος αρτηριοσκλήρωσης και συσχετιζόμενων ασθενειών, ο κίνδυνος οστεοπόρωσης, καθώς και ο κίνδυνος περιπλοκών σε ασθενείς που πάσχουν από σακχαρώδη διαβήτη⁸.

Η διακοπή του καπνίσματος αποδεδειγμένα συντελεί στην αντιστροφή της μείωσης του βάρους γέννησης και της προωρότητας του τοκετού, ενώ καθιστά τα παιδιά υγιέστερα (με μικρότερη ανάγκη για φροντίδα υγείας). Οι παρεμβάσεις διακοπής του καπνίσματος θεωρούνται και οικονομικά συμφέρουσες, γιατί, όσο εντατικές και αν είναι, το κόστος είναι ελάχιστο συγκριτικά με το όφελος που προκύπτει από τα αποτελέσματά τους³².

Η διακοπή του καπνίσματος είναι το πλέον αποτελεσματικό μέσο για την πρόληψη της ΧΑΠ και τη μείωση του ρυθμού εξέλιξης σε άτομα με αυτή τη διάγνωση. Πράγματι, εδώ και καιρό αποδείχθηκε ότι η διακοπή του καπνίσματος μειώνει τον ρυθμό έκπτωσης της πνευμονικής λειτουργίας σε άτομα με ΧΑΠ, σε σύγκριση με εκείνη ενός μη καπνιστή. Επιπλέον, τα άτομα με ΧΑΠ που διακόπτουν το κάπνισμα έχουν επίσης ουσιαστική βελτίωση της συνολικής υγείας, της λειτουργικής κατάστασης και της επιβίωσης, πέρα από τη μειωμένη συχνότητα εμφάνισης πολλών μορφών καρκίνου και καρδιαγγειακών παθήσεων. Οι παροξύνσεις της ΧΑΠ είναι ιδιαίτερα σημαντικά γεγονότα στη ζωή ενός ασθενούς. Έχουν συνδεθεί με μια ταχεία μείωση της πνευμονικής λειτουργίας, μειωμένη ποιότητα ζωής και περιορισμό της καθημερινής δραστηριότητας. Είναι εύλογο λοιπόν ότι η πρόληψη του καπνίσματος (πρωτογενής πρόληψη) και η ενθάρρυνση των καπνιστών να σταματήσουν το κάπνισμα είναι ένα από τα πιο σημαντικά μέτρα δημόσιας υγείας που χρειάζονται άμεση εφαρμογή, στις περισσότερες αναπτυγμένες και αναπτυσσόμενες χώρες³³.

Σε κοινωνικό επίπεδο, τα οφέλη αφορούν κυρίως τη Δημόσια Υγεία και τη μείωση του οικονομικού κόστους εξαιτίας του καπνίσματος. Είναι δε σημαντικό το ότι οι παρεμβάσεις διακοπής καπνίσματος εμφανίζονται να είναι από τις πιο συμφέρουσες από άποψη κόστους-αποτελεσματικότητας, ειδικά αν συγκριθούν με άλλες προληπτικές παρεμβάσεις κατά του καρκίνου.

Σε καθαρά εργασιακά πλαίσια, οι παρεμβάσεις διακοπής του καπνίσματος επιφέρουν ελάττωση της συχνότητας των απουσιών και αύξηση της παραγωγικότητας, μειώνοντας ταυτόχρονα τη νοσηρότητα (λιγότεροι τραυματισμοί

και ατυχήματα εν ώρα εργασίας), τη θνησιμότητα και το οικονομικό κόστος λόγω χαμένων εργατοωρών⁸.

Παρόλο που η διακοπή του καπνίσματος έχει σαν αποτέλεσμα ουσιώδη οφέλη για την υγεία, συχνά συνοδεύεται από αύξηση του σωματικού βάρους, η οποία μπορεί να έχει αρνητικές επιπτώσεις. Η αύξηση του βάρους των περισσότερων πρώην καπνιστών, είναι κατά μέσο όρο επτά κιλά, μέσα σε ένα ή περισσότερα έτη μετά τη διακοπή του καπνίσματος. Σε μελέτη των Χατζόγλου και συν. (2009)¹ η μέση πρόσληψη σωματικού βάρους, στο 59% των πρώην καπνιστών, ήταν 5 κιλά.

2. Ιατρεία διακοπής καπνίσματος

2.1 Γενικά

Σήμερα, το ποσοστό των γυναικών που καπνίζουν είναι μεγαλύτερο από ότι στο παρελθόν και οι γυναίκες συνήθως εκδηλώνουν εντονότερα συμπτώματα στέρησης νικοτίνης και μεγαλύτερη καταθλιπτική διάθεση κατά τη διάρκεια των προσπαθειών διακοπής του καπνίσματος. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα να ανταποκρίνονται λιγότερο στις θεραπείες, με μικρότερα ποσοστά διακοπής, όπως φάνηκε από σχετική μελέτη. Έχει παρατηρηθεί ότι οι καπνιστές που δεν καταφέρνουν να διακόψουν το κάπνισμα, συνήθως έχουν ορισμένα κοινά χαρακτηριστικά, όπως είναι το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο. Η σύνδεση του χαμηλού μορφωτικού επιπέδου με χαμηλότερα ποσοστά διακοπής, είναι πιθανό να οφείλεται στην δυσκολότερη πρόσβαση στην πληροφόρηση και στη μικρότερη συμμόρφωση στα προγράμματα διακοπής. Η διακοπή του καπνίσματος σχετίζεται αντιστρόφως ανάλογα με τη βαρύτητα του καπνίσματος και το βαθμό εξάρτησης νικοτίνης, όπως φάνηκε από την ίδια έρευνα¹.

Η υψηλή κατανάλωση τσιγάρων στην Ελλάδα οδήγησε στην οργάνωση και λειτουργία Ιατρείων Διακοπής Καπνίσματος στα Νοσοκομεία και στα Κέντρα Υγείας της χώρας. Από τα δημογραφικά στοιχεία αυτών των ιατρείων, σε σύνολο 13000 καπνιστών, φαίνεται ότι τα έχουν επισκεφτεί καπνιστές ηλικίας 16-75 ετών, 60% άνδρες, 40% γυναίκες, οι περισσότεροι με υψηλό μορφωτικό επίπεδο (το 45% περίπου είναι απόφοιτοι πανεπιστημίου) και εκτιμώνται στο 7-10 της κλίμακας Fagerström. Το ποσοστό διακοπής που καταγράφηκε στο τέλος της αγωγής ήταν 40-60% και ένα χρόνο μετά τη διακοπή 20-35%. Το σημείο στο οποίο διαφέρει η Ελλάδα από τις άλλες χώρες, σε σχέση με τα παραπάνω στοιχεία, είναι ο υψηλός βαθμός εξάρτησης κατά Fagerström, σε σχέση με την μέτρια εξάρτηση που παρατηρείται στην πλειοψηφία των βιβλιογραφικών αναφορών. Στην παρούσα μελέτη βρέθηκαν παρόμοια αποτελέσματα. Οι περισσότεροι που επισκέφτηκαν το ιατρείο ήταν άντρες, απόφοιτοι πανεπιστημίου, με υψηλό βαθμό εξάρτησης από τη νικοτίνη. Το ποσοστό διακοπής ήταν 38% και είναι παραπλήσιο με τα Ελληνικά και διεθνή ποσοστά, που βρίσκονται στο 30- 40%¹.

Η συνολική προσέγγιση του προβλήματος της απεξάρτησης από το τσιγάρο, είναι η φιλοσοφία που διέπει τη λειτουργία των ιατρείων διακοπής καπνίσματος. Οι καπνιστές που έχουν αποφασίσει ότι δε θέλουν να είναι πια δέσμιοι του τσιγάρου και

προσέρχονται στα συγκεκριμένα ιατρεία, ακολουθούν κάποια σταδιακά βήματα για την ολοκλήρωση του στόχου τους, προκειμένου να απεξαρτηθούν σωματικά, αλλά και ψυχικά, από τη συνήθειά τους³⁴.

Στην Ελλάδα υπάρχουν πλέον πολλά οργανωμένα ιατρεία διακοπής καπνίσματος, τόσο στο δημόσιο όσο και στον ιδιωτικό τομέα, που εφαρμόζουν διάφορες στρατηγικές προσέγγισης, ώστε να βοηθηθούν οι καπνιστές να διακόψουν το κάπνισμα. Είναι κατά βάση ενταγμένα στο τμήμα των τακτικών εξωτερικών ιατρείων και οι καπνιστές προσέρχονται έπειτα από ραντεβού, μέσω της γραμματείας των τακτικών εξωτερικών ιατρείων. Στελεχώνονται από πνευμονολόγους, ψυχολόγους ή ψυχιάτρους, νοσηλευτές και κοινωνικούς λειτουργούς.

Όπως εξηγεί ο αναπληρωτής Καθηγητής κοινωνικής ιατρικής της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών και Διευθυντής του Ινστιτούτου Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής, Γιάννης Τούντας (2009)³⁴, στόχος των ιατρείων διακοπής καπνίσματος είναι η ενημέρωση για τους κινδύνους από την καπνιστική συμπεριφορά και η κινητοποίηση των καπνιστών για τη διακοπή του καπνίσματος. Συγχρόνως, στόχο των ιατρείων αυτών αποτελεί η ενημέρωση για τους τρόπους θεραπευτικής παρέμβασης που διατίθενται σήμερα και η εφαρμογή του χρονοδιαγράμματος ενός προγράμματος διακοπής καπνίσματος.

2.2 Αποτελεσματικότητα των ιατρείων διακοπής καπνίσματος

2.2.1 Στην Ελλάδα

Σύμφωνα με το Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Δημόσια Υγεία και το Εθνικό Σχέδιο Δράσης για το Κάπνισμα, για το διάστημα 2008-2012, ενισχύθηκαν τα υπάρχοντα αντικαπνιστικά ιατρεία και επεκτάθηκε η λειτουργία τους στα νοσοκομεία και τα κέντρα υγείας του ΕΣΥ, στο πλαίσιο της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Αναπτύχθηκε και εφαρμόστηκε από το Εθνικό Κέντρο Αντιμετώπισης των Εξαρτήσεων, σύστημα διαρκούς παρακολούθησης και αξιολόγησης των προγραμμάτων διακοπής του καπνίσματος³⁵.

Προβλέφθηκε ακόμη η εκπαίδευση στελεχών υγείας στις μεθόδους και τις τεχνικές για τη διακοπή του καπνίσματος και την απεξάρτηση από τη νικοτίνη, αλλά και σε θέματα επικοινωνίας, προβολής και ενημέρωσης σχετικά με το κάπνισμα.

Το Εθνικό Κέντρο Αντιμετώπισης των Εξαρτήσεων, σε συνεργασία με τα αντικαπνιστικά ιατρεία και την Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας (ΕΣΔΥ), αλλά και πανεπιστημιακές σχολές, κατάρτισαν πρόγραμμα εκπαίδευσης διάρκειας έξι μηνών, για επαγγελματίες υγείας της πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας φροντίδας που εμπλέκονται σε υπηρεσίες και προγράμματα πρόληψης, διακοπής του καπνίσματος και απεξάρτησης. Οργανώθηκε η ειδική θεωρητική και πρακτική εκπαίδευση σε συγκεκριμένες μεθόδους και χορηγείται πιστοποιητικό εξειδίκευσης στελεχών από την ΕΣΔΥ, το οποίο υπολογίζεται ως βασικό κριτήριο και προϋπόθεση απασχόλησης των εργαζομένων στα αντικαπνιστικά ιατρεία³⁵.

Η συνήθης τακτική προσέγγισης και εκτίμησης του καπνιστή που ακολουθείται είναι η εξής:

Αρχικά, γίνεται αξιολόγηση και καταγραφή των ιδιαίτερων χαρακτηριστικών της καπνισματικής συνήθειας (αριθμός τσιγάρων, έτη καπνίσματος, βαθμός εξάρτησης με βάση το ερωτηματολόγιο Fagerstrom, καθώς και αξιολόγηση της διάθεσης για διακοπή καπνίσματος με τη βοήθεια ενός ερωτηματολογίου εκτίμησης των κινήτρων³⁴.

Έπειτα, πραγματοποιείται λήψη λεπτομερούς ιατρικού ιστορικού, το οποίο πιθανώς να υπαγορεύει και το είδος της θεραπείας που πρέπει να ακολουθηθεί (π.χ. αν υπάρχουν προβλήματα υγείας ή λαμβάνονται φάρμακα που αποτελούν αντένδειξη για τη χορήγηση μιας συγκεκριμένης θεραπείας)³⁴.

Αν ο καπνιστής δεν έχει τόσο ισχυρή διάθεση ή ακόμα και αρνητική για να διακόψει το κάπνισμα, καταβάλλεται προσπάθεια ενίσχυσης των κινήτρων με λεπτομερή ενημέρωση για τις βλαπτικές επιδράσεις του καπνίσματος και τα ευεργετικά αποτελέσματα από τη διακοπή του και συστήνεται επανεξέταση μετά από ένα εύλογο χρονικό διάστημα³⁴.

Όταν ο καπνιστής έχει θετική διάθεση για διακοπή, αναλύονται οι λόγοι επιθυμίας διακοπής του καπνίσματος, πραγματοποιείται ενημέρωση σχετικά με τις βλαπτικές επιδράσεις του καπνίσματος και τα ευεργετικά αποτελέσματα από τη διακοπή του και καθορίζεται από τον ίδιο τον καπνιστή η ημερομηνία διακοπής του καπνίσματος. Ο καπνιστής δεσμεύεται να σταματήσει το κάπνισμα σε μια συγκεκριμένη ημερομηνία και παροτρύνεται για την κοινοποίηση της συγκεκριμένης ημερομηνίας στο οικείο του περιβάλλον, προκειμένου να του παρασχεθεί υποστήριξη στην υλοποίηση της προσπάθειάς του³⁴.

Οι μέθοδοι που εφαρμόζονται στα ειδικά ιατρεία διακοπής καπνίσματος είναι η ψυχολογική υποστήριξη και/ή η συμβουλευτική παραίνεση, σε συνδυασμό με τη φαρμακευτική θεραπεία. Η πρώτη, που είναι και ιδιαίτερα σύνθετη, γίνεται από ειδικούς ψυχολόγους, ενώ η δεύτερη συνήθως από πνευμονολόγους³⁶.

Ο καπνιστής, έπειτα από ενημέρωση σχετικά με τις καταστάσεις που πιθανώς να αποτελέσουν εμπόδιο ή να τον διευκολύνουν στην προσπάθεια διακοπής, παροτρύνεται για τη συνειδητή προετοιμασία του μέχρι την ημερομηνία διακοπής του καπνίσματος (που ο ίδιος έχει ορίσει). Παράλληλα, παρέχεται στον καπνιστή ενημέρωση σχετικά με τα στερητικά συμπτώματα αποχής από το κάπνισμα, την αναμενόμενη ένταση και τη διάρκειά τους.

Η παροχή φαρμακευτικής αγωγής πραγματοποιείται με γνώμονα το βαθμό εξάρτησης, τις αντενδείξεις των φαρμάκων και τις προτιμήσεις των καπνιστών. Συνηθέστερα χορηγούνται υποκατάστατα νικοτίνης και υδροχλωρική βουπροπιόνη, ενώ ως προς την απόφαση για το ποια θεραπεία θα χρησιμοποιηθεί, λαμβάνεται υπόψη η πρόθεση και η δυνατότητα συμμόρφωσης του καπνιστή, η προηγούμενη χρήση βοηθημάτων για τη διακοπή του καπνίσματος, οι αντενδείξεις, η πιθανότητα παρενεργειών, καθώς επίσης και η προσωπική προτίμηση του καπνιστή.

Η φαρμακευτική αγωγή μπορεί να συνδυάζεται ανάλογα με την επιθυμία ή και την ανάγκη του καπνιστή, με ψυχολογική υποστήριξη που παρέχεται από εξειδικευμένο ψυχολόγο.

Τέλος, καθορίζεται ο τρόπος παρακολούθησης και η συχνότητα της επανεξέτασης του καπνιστή, στον οποίο παρέχεται εγχειρίδιο με ενημερωτικό και συμβουλευτικό περιεχόμενο σχετικά με το κάπνισμα και τη διακοπή του.

Σε κάποια ιατρεία διακοπής καπνίσματος, κατά την έναρξη της θεραπείας γίνεται ένας πλήρης λειτουργικός έλεγχος της αναπνοής, ο οποίος επαναλαμβάνεται ανά 3μηνο και για διάστημα ενός έτους, καθώς και μέτρηση του εκπνεόμενου μονοξειδίου του άνθρακα (CO), καταγραφή της αρτηριακής πίεσης και του βάρους, μετρήσεις που επαναλαμβάνονται στις εβδομαδιαίες επισκέψεις των καπνιστών και στη συνέχεια ανά 3μηνο, μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας³⁴.

Πολλοί ασθενείς που νοσηλεύονται για οξύ ισχαιμικό επεισόδιο, σταμάτησαν το κάπνισμα. Ωστόσο, πολλοί υποτροπίασαν και επανέλαβαν το κάπνισμα εντός τριών μηνών από τη νοσηλεία τους. Οι καπνιστές με οξέα στεφανιαία σύνδρομα θα πρέπει λοιπόν να ενθαρρύνονται να συμμετέχουν σε ειδικά προγράμματα δευτερογενούς

πρόληψης. Τα ιατρεία διακοπής του καπνίσματος συμβάλλουν σημαντικά στη μείωση του καπνίσματος σε αυτή την ομάδα ασθενών³⁷.

Μετά τη διακοπή του καπνίσματος, οι ασθενείς έχουν την τάση να υποτιμούν τις δυσκολίες της απεξάρτησής τους από τη νικοτίνη και συνεπώς, υπερεκτιμούν τη δική τους ικανότητα. Οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να γνωρίζουν τις δυσκολίες αυτές και να τους βοηθούν περισσότερο. Θα μπορούσε να δημιουργηθεί μια διαστρωμάτωση των στεφανιαίων ασθενών ανάλογα με τον κίνδυνο επανάληψης του καπνίσματος και η προσφορά σε αυτούς τους ασθενείς καλύτερης πρόσβασης στις κλινικές διακοπής του καπνίσματος³⁴.

Ο συνδυασμός της συμπεριφορικής παρέμβασης με βουπροπιόνη SR είναι αποτελεσματική όταν εφαρμοστεί στο πλαίσιο σύνθετων προγραμμάτων διακοπής του καπνίσματος, που ενσωματώνουν τη στήριξη αυτή στην καθημερινή κλινική πρακτική και, επιπλέον, ότι επιτυγχάνει υψηλότερα μακροπρόθεσμα ποσοστά αποχής από αυτά που αναφέρονται στη συμπεριφορική θεραπεία μόνον, ή χωρίς καμία παρέμβαση³⁸. Αυτό το συμπέρασμα υποστηρίζεται και από μελέτες των Holmes et al. (2004)³⁹, Johnstone et al. (2004)⁴⁰, Jack et al. (2003)⁴¹, Molyneux et al. (2003)⁴², Swan et al. (2003a,b)⁴³, Anderson et al. (2002)⁴⁴, Vaillancourt et al. (2002)⁴⁵ και Vazquez and Becoña, (1996)⁴⁶.

Δεν πρέπει να παραμελείται το γεγονός ότι η φαρμακοθεραπεία και η συμπεριφορική θεραπεία έχουν διαφορετικούς, αλλά συμπληρωματικούς ρόλους στην ενίσχυση της πιθανότητας επιτυχίας της διακοπής του καπνίσματος. Ως εκ τούτου, οι επαγγελματίες υγείας που έχουν ιδιαίτερη ευθύνη και δέσμευση στη θεραπευτική αντιμετώπιση των καπνιστών, θα πρέπει να είναι καλά εκπαιδευμένοι για να αναλάβουν την παροχή συμβουλών σε καθημερινή βάση και να χειρίζονται άνετα την εφαρμογή των διαφόρων φαρμακοθεραπειών για τη διακοπή του καπνίσματος στην πράξη, ενώ συνιστάται να περιλαμβάνονται ψυχολόγοι σε όλες τις κλινικές απεξάρτησης από το κάπνισμα.

Τελικά, είναι σημαντικό να ιδρύονται οργανωμένες εγκαταστάσεις φροντίδας, όπως εξειδικευμένες κλινικές, με έμπειρους επαγγελματίες και εντατικά προγράμματα επισκέψεων επανελέγχου. Αναμφίβολα, η διαθεσιμότητα της φαρμακοθεραπείας αυξάνει τα ποσοστά διακοπής του καπνίσματος και διαδραματίζει καίριο ρόλο στη στρατηγική διακοπής του καπνίσματος. Ωστόσο, τα ισχυρά κίνητρα κατά την έναρξη της προσπάθειας διακοπής του καπνίσματος αλλά και κατά τη διάρκεια του διαστήματος επανελέγχου, φαίνεται να αποτελούν έναν επιπλέον

παράγοντα για την επιτυχή εγκατάλειψη και διατήρηση της αποχής. Έτσι, εντατικές παρεμβάσεις από έμπειρους και κατάλληλα εκπαιδευμένους επαγγελματίες του τομέα υγείας μέσω καλά οργανωμένων κλινικών διακοπής του καπνίσματος, πρέπει να είναι εγκατεστημένες σε κάθε χώρο υγειονομικής περίθαλψης, προκειμένου να προσφέρουν μία ευρεία πολιτική διακοπής του καπνίσματος που πρέπει να προωθηθεί σε παγκόσμιο επίπεδο⁴⁷.

Στάδια διαδικασίας διακοπής καπνίσματος

Τα στάδια αυτά είναι πιο γνωστά με τη συντομογραφία «τα 5 Άλφα» (the 5 A's), από τα αρχικά των λέξεων ask (ρωτώ), advise (συμβουλεύω), assess (προσδιορίζω), assist (βοηθώ), arrange (καθορίζω) και πρέπει να εφαρμόζονται με τη σειρά που αναφέρθηκαν.

Στάδιο 1ο : Ask (ρωτώ με σκοπό να εντοπίσω τους καπνιστές)

Κατά τη λήψη κάθε ιατρικού ιστορικού, ο ιατρός οφείλει να θέσει τις παρακάτω δύο ερωτήσεις: α) καπνίζετε; β) αν ναι, θέλετε να κόψετε το κάπνισμα;

Οι ερωτήσεις αυτές πρέπει να γίνονται σε κάθε ασθενή και σε κάθε επίσκεψή του στον ιατρό. Με τον τρόπο αυτό, αφενός εντοπίζεται το σύνολο των καπνιστών ασθενών και αφετέρου γίνεται μια πρώτη προσέγγιση προς τον καπνιστή, που διατυπώνεται ευθέως. Δηλώνεται επαναληπτικά η θέση του επαγγελματία υγείας για το αναγκαίο της διακοπής, χωρίς να ακολουθεί εκφραστικά πρότυπα ψυχολογικής πίεσης και εξαναγκασμού⁴⁸.

Στάδιο 2ο : Advise (συμβουλεύω και ενημερώνω)

Το δεύτερο στάδιο αποσκοπεί στην ενημέρωση του ασθενή για τις βλαπτικές συνέπειες του καπνίσματος αλλά και για τα οφέλη που θα προκύψουν από τη διακοπή του⁴⁸.

Στάδιο 3ο : Assess (προσδιορίζω τα κίνητρα διακοπής)

Στο τρίτο στάδιο, του προσδιορισμού των κινήτρων, που διαφέρουν σημαντικά μεταξύ των ασθενών, πρέπει να τίθενται τρεις ερωτήσεις :

α) Επιθυμείτε να κόψετε το κάπνισμα ;

β) Πόσο σημαντικό είναι για σας να πετύχετε στην προσπάθειά σας;

γ) Μπορείτε να ξεκινήσετε την προσπάθεια άμεσα (πχ μέσα στις επόμενες δύο εβδομάδες);

Μέσω των τριών αυτών ερωτήσεων εντοπίζονται οι υποψήφιοι διακοπής και η ισχύς των κινήτρων τους και γίνεται ένα πρώτο βήμα για την κατάστροφη ενός σχεδίου διακοπής, προσαρμοσμένου στις ιδιαιτερότητες του υποψηφίου⁴⁸.

Στάδιο 4ο : Assist (βοηθώ στη διακοπή)

Για τον καπνιστή που έχει συγκατατεθεί στην προσπάθεια διακοπής, ακολουθούνται τα παρακάτω βήματα :

Ορίζεται συγκεκριμένη ημερομηνία έναρξης της προσπάθειας.

Επισημαίνεται η αναγκαιότητα της απόλυτης αποχής (ούτε μια «ρουφηξιά» μετά την ημερομηνία διακοπής).

Γίνεται αναφορά στα συμπτώματα έλλειψης νικοτίνης και στο πως μπορούν να αντιμετωπιστούν.

Επισημαίνεται η κρίσιμη περίοδος υποτροπής (4-12 εβδομάδες από την έναρξη της προσπάθειας).

Δίνονται πρακτικές συμβουλές και οδηγίες για ενίσχυση των προσωπικών κινήτρων και αποφυγή αντικινήτρων που είναι συχνά γνωστά στον ασθενή από προηγούμενες προσπάθειες διακοπής. Συνιστάται ο περιορισμός της χρήσης αλκοόλ, η κατανάλωση του οποίου συνδέεται θετικά με την κατανάλωση καπνού.

Ζητείται η ενεργός συμμετοχή του οικογενειακού και φιλικού περιβάλλοντος. Στο σημείο αυτό θα επισημανθεί το πόσο αρνητικό ρόλο παίζει η παρουσία άλλων καπνιστών στο σπίτι, ή στο άμεσο φιλικό περιβάλλον, σε κάθε προσπάθεια διακοπής.

Δίνονται αναλυτικές πληροφορίες, συχνά γραπτώς, για τις φαρμακευτικές θεραπείες, όπως τα υποκατάστατα νικοτίνης, τη βουπροπιόνη, τη βαρενικλίνη κ.λπ. Πρέπει να επισημάνουμε στον ασθενή το βαθμό αποτελεσματικότητας και τις παρενέργειες της κάθε φαρμακευτικής θεραπείας, αλλά και τη θετική δράση τους στη μείωση των συμπτωμάτων έλλειψης νικοτίνης⁴⁸.

Στάδιο 5ο : Arrange (καθορίζω ένα πλάνο τακτικής παρακολούθησης)

Η διαδικασία παρακολούθησης της προόδου των προσπαθειών του ασθενή (επισκέψεις επανελέγχου) έχει πολύ μεγάλη σημασία και πρέπει να σχεδιάζεται προσεκτικά, είτε διατηρώντας μια επαφή πρόσωπο με πρόσωπο, ειδικά τις πρώτες εβδομάδες, είτε μέσω τηλεφωνικής επικοινωνίας αργότερα⁴⁸.

Πρακτικά, η πρώτη επανεκτίμηση πρέπει να γίνεται κοντά στην προκαθορισμένη ημερομηνία διακοπής, ενώ τον πρώτο μήνα καλό είναι να γίνεται και μια δεύτερη εκτίμηση. Σε περίπτωση φαρμακευτικής θεραπείας είναι σκόπιμη η παρακολούθηση ανά δεκαπενθήμερο για να εκτιμηθεί και το ενδεχόμενο των

παρενεργειών. Θεωρείται ότι ένα επαρκές σχέδιο παρακολούθησης προλαμβάνει και μειώνει τις υποτροπές και πρέπει να ακολουθείται, μετά την πρώτη μηνιαία επίσκεψη, στους 3, 6 και 12 μήνες από την ημερομηνία διακοπής. Σε όλες τις περιπτώσεις πρέπει να συζητάμε αναλυτικά με τον ασθενή τόσο την πρόοδό του, επαινώντας μάλιστα την επιτυχία του προσπάθειας, όσο και τα προβλήματα που αντιμετωπίζει, είτε λόγω της έλλειψης νικοτίνης, είτε λόγω των φαρμάκων⁴⁸.

Ακόμη, οι Boutou et al. (2008)⁴⁹, με βάση τη σχετική εμπειρία από ιατρείο διακοπής καπνίσματος, συμφωνούν ότι η βουπροπιόνη SR είναι αποτελεσματική και μάλιστα προσθέτουν έναν ακόμη παράγοντα επιτυχούς πρόγνωσης: ένα διάστημα ίσο ή μεγαλύτερο των 30' μεταξύ αφύπνισης και καπνίσματος του πρώτου τσιγάρου της ημέρας, που δείχνει ότι ο καπνιστής έχει αρχίσει να απαλάσσεται από τη συνήθειά του. Βρήκαν όμως και το ότι οι καπνιστές που παρακολουθούνται και εφαρμόζουν το πρόγραμμα, ενδέχεται να ξυπνούν στη διάρκεια της νύχτας για να καπνίσουν, εύρημα που ασφαλώς είναι δυσμενές για την πρόγνωση.

2.2.2 Διεθνώς

Τα ποσοστά υποτροπής σε διεθνές επίπεδο, στους 6 μήνες, είναι 30-50%. Οι επισκέψεις παρακολούθησης είναι εξαιρετικά σημαντικές και βοηθούν στην πρόληψη της υποτροπής. Η τήρηση των επισκέψεων επανελέγχου του προγράμματος διακοπής αύξησε στατιστικώς σημαντικά τη διατήρηση του ποσοστού αποχής από το κάπνισμα^{1, 50, 51}.

Σε εξωτερικά ιατρεία, ο σύμβουλος TTS (tobacco treatment specialist, ειδικός στη θεραπευτική αντιμετώπιση της χρήσης καπνού) βλέπει τον ασθενή (είτε έχει παραπεμφθεί από άλλο γιατρό, είτε ήρθε μόνος του) για μια αρχική αξιολόγηση 45 έως 60', κατά την οποία γίνεται απολογισμός του επιπέδου εξάρτησης του ασθενούς από τη νικοτίνη, πριν από τις προσπάθειες για να σταματήσει, τα ιατρικά προβλήματα που προκαλούνται από τον καπνό, καθώς και κάθε ψυχιατρική συννοσηρότητα ή ουσία της οποίας γίνεται κατάχρηση³.

Ο σύμβουλος του νοσοκομείου είναι ενδιάμεσου επιπέδου επαγγελματίας (νοσηλεύτης/-εύτρια ή άλλος βοηθός του γιατρού), οι οποίοι έχουν ανάλογη κατάρτιση και πιστοποίηση. Αυτοί οι επαγγελματίες μπορούν να παρέχουν την αρχική συμβουλευτική στο νοσοκομείο καθώς και τη συνέχεια της, να καθορίζουν το εύρος των φαρμάκων που χρησιμοποιούνται και παρέχουν υπηρεσίες στους εξωτερικούς ασθενείς με ελάχιστη άμεση επίβλεψη γιατρού. Ο σύμβουλος

χρησιμοποιεί κλιμακωτές ερωτήσεις για να αξιολογηθεί το επίπεδο των κινήτρων του ασθενούς και της εμπιστοσύνης του στην ικανότητά τους να σταματήσουν το κάπνισμα. Αναπτύσσεται ένα σχέδιο θεραπείας, συμπεριλαμβανομένων συστάσεων για τη φαρμακοθεραπεία, το σύνολο των οποίων καταγράφεται στον ιατρικό φάκελο. Για τους νοσηλευόμενους καπνιστές, παρέχεται ιατρική περίθαλψη μέσω νοσηλευτικού πρωτοκόλλου παρέμβασης στη χρήση του καπνού. Οι ασθενείς, οι οποίοι κάπνιζαν 6 μήνες πριν την εισαγωγή στο νοσοκομείο, λαμβάνουν σύντομη συμπεριφορική παρέμβαση από το νοσηλεύτη/-εύτρια του θαλάμου. Σύμφωνα με το πρωτόκολλο, η νοσηλεύτρια του θαλάμου μπορεί να διατάξει έμπλαστρο νικοτίνης και μπορεί επίσης να παραπέμψει για μια διαβούλευση με τον TTS. Τέλος, ένα μικρό ποσοστό των ασθενών θα πρέπει και μπορούν να αντιμετωπίζονται με πρόγραμμα θεραπείας κατ' οίκον. Αυτό είναι ημερο πρόγραμμα και είναι η πιο εντακτική θεραπεία που είναι διαθέσιμη. Ένας γιατρός επιβλέπει το πρόγραμμα, εκτελεί μια αρχική εξέταση σε κάθε ασθενή και προσφέρει προσαρμοσμένη φαρμακοθεραπεία³.

Η επιτυχία στη διακοπή του καπνίσματος σχετίζεται επίσης με την κοινωνική θέση και την εκπαίδευση του καπνιστή. Η φτώχεια και το χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης αποτελούν παράγοντες που μειώνουν τις πιθανότητες διακοπής του καπνίσματος, ενώ τα άτομα με υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο ενδιαφέρονται περισσότερο για θέματα υγείας και είναι πρόθυμα να αλλάξουν τη συμπεριφορά τους. Οι περισσότεροι από τους ασθενείς που παρουσιάζονται σε μια κλινική διακοπής καπνίσματος (σημείωση: τα ιατρεία διακοπής καπνίσματος στις ΗΠΑ και την Ευρώπη αναφέρονται στις μελέτες ως κλινικές διακοπής καπνίσματος), είχαν τριτοβάθμια ή δευτεροβάθμια εκπαίδευση, γεγονός που υποδηλώνει ότι είχαν μεγαλύτερο ενδιαφέρον για την υγεία τους. Αυτό διαπιστώθηκε από ομάδα μελέτης, στην οποία οι γυναίκες και οι άνδρες δε διαφέρουν ως προς το επίπεδο εκπαίδευσής τους. Οι περισσότεροι ήταν μεσήλικες ή ηλικιωμένοι και ορισμένοι είχαν ήδη προσβληθεί από συναφείς με το κάπνισμα διαταραχές. Η πιο κοινή συννοσηρότητα ήταν οι καρδιαγγειακές παθήσεις, που ακολουθούνται από αναπνευστικές παθήσεις και στη συνέχεια από ψυχιατρικές διαταραχές⁵². Όμως, η ετοιμότητα για την προσπάθεια διακοπής του καπνίσματος, όπως εμμέσως αξιολογείται από τη δηλωμένη προθεσμία για να ξεκινήσει η προσπάθεια, δεν συσχετίστηκε με το επίπεδο των κινήτρων για την διακοπή του καπνίσματος στην έρευνα των Stoklosa et al. (2010)⁵².

Στις ΗΠΑ, το κάπνισμα είναι η κύρια αποτρέψιμη αιτία νοσηρότητας και θνησιμότητας και η μείωση του επιπολασμού του καπνίσματος αποτελεί προτεραιότητα της δημόσιας υγείας. Οι ασθενείς έχουν τη μεγαλύτερη επιτυχία όταν η προσπάθεια αυτή συνεπάγεται συμπεριφορική θεραπεία, σε συνδυασμό με φαρμακοθεραπεία. Όπως έχει ήδη ειπωθεί, η βαρενικλίνη είναι η πιο πρόσφατη προσθήκη στο φαρμακευτικό οπλοστάσιο για τη θεραπεία της εξάρτησης από τον καπνό. Η βαρενικλίνη είναι αποτελεσματική και οικονομικά αποδοτική. Η υποτροπή και οι ανεπιθύμητες ενέργειες που σχετίζονται με την αγωγή, μπορεί να μειώσουν την τήρηση της φαρμακοθεραπείας και την ικανοποίηση των ασθενών από αυτό το φάρμακο. Στο κλινικό περιβάλλον, η θεραπεία με βαρενικλίνη μπορεί να βελτιστοποιηθεί με τη μείωση των δόσεων σε ασθενείς που εμφανίζουν αόρητες ανεπιθύμητες ενέργειες, αυξάνοντας τη δόση σε μερική ανταπόκριση, και παρέχοντας μακροχρόνια θεραπεία συντήρησης για την πρόληψη των υποτροπών⁵³.

Για τη μεγιστοποίηση της αποτελεσματικότητας του φαρμακευτικού προϊόντος, οι ασθενείς πρέπει να τηρούν τις δοσολογικές οδηγίες. Έχοντας αυτό υπόψη τους, οι γιατροί θα πρέπει να εξετάζουν τους παράγοντες που επηρεάζουν την συμμόρφωση των ασθενών, όπως το κόστος του φαρμάκου, τη συχνότητα λήψης του και τις παρενέργειες. Θα πρέπει επίσης να εκπαιδεύσουν τους ασθενείς σχετικά με το σκεπτικό για τη θεραπεία και τις πιθανές παρενέργειες και να ενισχύσουν τη σημασία της τήρησης της θεραπείας⁵³.

Το κόστος της φαρμακευτικής αγωγής φαίνεται να επηρεάζει τον ασθενή τόσο στην χρησιμοποίηση των παρεμβάσεων για τη διακοπή του καπνίσματος, όσο και στην αποχή. Η κάλυψη από το 'Medicaid' (το δημόσιο πρόγραμμα ασφαλιστικής κάλυψης των ΗΠΑ) για τη θεραπεία της εξάρτησης από τον καπνό, ήταν άμεσα συνδεδεμένη με μεγαλύτερα ποσοστά αποχής από το κάπνισμα⁵³.

Ακόμη, στις ΗΠΑ, υπάρχουν ορισμένες νεότερες ιδέες για τη λειτουργία αυτών των κλινικών. Ενδεικτικά αναφέρεται μια κλινική στο Ρότσεστερ της Μινεσότα, με πολύ καλές επιδόσεις απεξάρτησης από τον καπνό, το προσωπικό του οποίου αποτελείται αποκλειστικά από φοιτητές επιστημών υγείας. Το μεγάλο πλεονέκτημα εδώ είναι ότι μπορούν να εξυπηρετηθούν άτομα που δε μπορούν να παρακολουθήσουν συμβατικά προγράμματα διακοπής του καπνίσματος, λόγω υψηλού κόστους ή έλλειψης ασφάλισης⁵⁴.

Σε άλλη έρευνα στη Βρετανία, έχει διαπιστωθεί ότι στα πλαίσια ενός προγράμματος απεξάρτησης 6 έως 7 εβδομάδων, έχει σημασία να συστήνεται στους ενδιαφερόμενους η σωματική άσκηση⁵⁵.

Άλλη έρευνα, από το πανεπιστήμιο του Rhode Island στις ΗΠΑ, βρήκε μια διαφορά μεταξύ ανδρών και γυναικών: οι περισσότεροι από τους άνδρες σκέπτονταν απλώς να κάνουν το βήμα και να ζητήσουν βοήθεια, ενώ οι γυναίκες είχαν ήδη προσπαθήσει να σταματήσουν το κάπνισμα, με περισσότερες από μία προσπάθειες, αλλά ταυτόχρονα παρουσίαζαν ένα υψηλότερο επίπεδο εξάρτησης από τη νικοτίνη. Επομένως, ο ρόλος των επαγγελματιών υγείας στην προσέγγιση για την διακοπή του καπνίσματος είναι πολύ σημαντικός και οι παρεμβάσεις τους πρέπει να είναι πιο στοχευμένες, λαμβανομένων υπόψη των διαφορών μεταξύ ανδρών και γυναικών⁵⁶.

Επίσης, είναι γνωστό ότι οι καθημερινοί καπνιστές είναι ασθενείς υψηλού κινδύνου, καθώς αναπτύσσουν 2-4 φορές περισσότερες επιπλοκές μετά από μια χειρουργική επέμβαση. Το προεγχειρητικό κάπνισμα πρέπει να διακόπτεται για τέσσερις έως οκτώ εβδομάδες πριν τη χειρουργική επέμβαση, με αποτέλεσμα να μειώνεται στο μισό το ποσοστό των επιπλοκών. Γι' αυτό, ίσως χρειάζεται μια παραπομπή για το κάπνισμα, στην πορεία προς το χειρουργείο.

Προτείνεται η εξής διαδικασία:

Συνομιλία με το γιατρό (<5 λεπτά):

- Προσδιορίζει το καθημερινό κάπνισμα και την επικίνδυνη κατανάλωση.
- Συνιστά. αλλαγή στον τρόπο ζωής, προεγχειρητικά.
- Παραδίδει τον σχετικό φάκελο.
- Παραπέμπει τον ασθενή στο πρόγραμμα (κλινική διακοπής).

Στην κλινική διακοπής καπνίσματος του νοσοκομείου:

- Λαμβάνεται λεπτομερές ιστορικό του τρόπου ζωής και του εθισμού.
- Δίνονται κίνητρα, παρέχονται συμβουλές και υποστήριξη.
- Παρέχεται πρόγραμμα διακοπής του καπνίσματος πάνω από 6 εβδομάδες (20 λεπτά x 5), μεμονωμένα ή σε ομάδες, με δωρεάν θεραπεία υποκατάστασης της νικοτίνης.

- Συντονίζεται η παρέμβαση με την ημερομηνία της επέμβασης, ιδίως σε περίπτωση λίστας αναμονής.

- Παρακολουθείται ο ασθενής μετά από τη χειρουργική επέμβαση, ακόμη και μακροχρόνια⁵⁷.

Στη Σουηδία, ένα αποτελεσματικό μοντέλο για τη στήριξη της διακοπής του καπνίσματος θεωρείται η προθυμία να διακοπεί το κάπνισμα εντός του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης και η στήριξη που προσφέρεται για διακοπή του καπνίσματος από τους οδοντιάτρους⁵⁸.

Σε ότι αφορά την ψυχολογική υποστήριξη, οι αναλύσεις έδειξαν ότι με παρατεταμένη γνωσιακή συμπεριφορική θεραπεία, αυξήθηκε η αποχή των συμμετεχόντων από το κάπνισμα σε όλη τη διάρκεια της θεραπείας και ότι το αποτέλεσμα αυτό συσχετίστηκε θετικά με τη μεταθεραπευτική αποχή⁵⁹.

Η κατευθυντήρια οδηγία της Υπηρεσίας Δημόσιας Υγείας των ΗΠΑ για την αντιμετώπιση της χρήσης και εξάρτησης καπνού του 2008, τονίζει ότι η χρήση του καπνού είναι χρόνια ιατρική διαταραχή. Υπογραμμίζει την παροχή συμπεριφορικών συμβουλών και τη χρήση ενός ή περισσότερων από τα επτά εγκεκριμένα φάρμακα. Και επισημαίνει τη χρησιμότητα, την αποτελεσματικότητα και την πρόσβαση στις ειδικές τηλεφωνικές γραμμές³.

Η εκτεταμένη γνωσιακή συμπεριφορική θεραπεία (CBT) μπορεί να παράγει υψηλά και σταθερά ποσοστά αποχής από το τσιγάρο για τους άνδρες και τις γυναίκες. Η NRT δεν προσθέτει στην αποτελεσματικότητα της εκτεταμένης CBT και μπορεί να εμποδίσει την αποτελεσματικότητα της δεύτερης. Χρειάζεται έρευνα για να καθοριστεί εάν αυτά τα αποτελέσματα μπορούν να αναπαραχθούν σε ένα δείγμα με μεγαλύτερο φάσμα ηλικιών και να βελτιωθούν με την προσθήκη φαρμάκων, εκτός από την NRT⁶⁰.

Τα προγράμματα θεραπείας μπορούν να εφαρμόζονται σε κλινικό περιβάλλον, στην εργασία, μέσω τηλεφωνικών γραμμών, ή μέσω διαδικτύου. Λίγα συγκριτικά στοιχεία υπάρχουν, όσον αφορά την πραγματική αποτελεσματικότητα των εν λόγω προγραμμάτων. Οι διαφορετικές μορφές εφαρμογής, διαφέρουν στην εμβέλεια, την αποτελεσματικότητά τους και το εκτιμώμενο κόστος ανά άτομο που διακόπτει το κάπνισμα. Κάθε πρόγραμμα διαδραματίζει ρόλο στην παροχή βοήθειας σε πληθυσμούς χρηστών καπνού που εγκαταλείπουν τη χρήση⁶¹.

Παράλληλα όμως με όλες αυτές τις προσπάθειες περιορισμού του προβλήματος, υπάρχουν και άλλες απόψεις. Για παράδειγμα, μια συστηματική ανασκόπηση τυχαιοποιημένων ελεγχόμενων μελετών (randomised controlled trials), κατέληξε στο συμπέρασμα ότι δεν υπάρχουν σήμερα αποτελεσματικές ψυχολογικές παρεμβάσεις για την πρόληψη της υποτροπής μετά από αρχική αποχή λίγων εβδομάδων. Η επέκταση της χρήσης της βουπροπιόνης για ένα χρόνο, καθυστερεί αλλά δεν

προλαμβάνει τις υποτροπές, αλλά για ορισμένους καπνιστές, η εκτεταμένη χρήση της νικοτίνης αντικατάστασης θα μπορούσε να είναι αποτελεσματική. Μία τυχαίοποιημένη μελέτη έδειξε ότι το να χορηγηθεί μια πρόσθετη σειρά βαρενικλίνης, 12 εβδομάδων ακόμη, σε ανθρώπους που ήταν εγκρατείς στο τέλος των πρώτων 12 εβδομάδων, μειώνει την υποτροπή κατά 30%, έως και έξι μήνες μετά το τέλος του συνόλου της θεραπείας, σε σύγκριση με εικονικό φάρμακο⁶².

Καθώς η εξάρτηση από τη νικοτίνη συνιστά μια απειλητική για τη ζωή διαταραχή, οι περισσότερες από τις επιπλοκές μπορούν να αποφευχθούν εάν ξεπεραστούν πριν την ηλικία των 40 ετών. Τώρα που υπάρχουν ισχυρές ενδείξεις για την αποτελεσματικότητα των διαφόρων φαρμάκων και της συμπεριφορικής υποστήριξης από ειδικούς, όλοι οι γιατροί θα πρέπει να διασφαλίζουν ότι γνωρίζουν αυτές τις επιλογές θεραπείας και τις προσφέρουν στους ασθενείς τους, καθώς αυτό μπορεί να κάνει τη διαφορά στην πραγματικότητα. Στη Βρετανία, για παράδειγμα, τουλάχιστον το ήμισυ του συνόλου των προσπαθειών διακοπής γίνεται χωρίς θεραπευτική αντιμετώπιση, και μόνο μια στις 20 γίνονται με τη βέλτιστη θεραπευτική αντιμετώπιση. Οι κλινικοί γιατροί έχουν βασικό ρόλο στη βελτίωση αυτού του ζητήματος⁶².

Είναι βέβαια θετικό ότι η βαρενικλίνη, η βουπροπιόνη και οι 5 θεραπείες υποκατάστασης της νικοτίνης που μελετήθηκαν [κόμμι (τσίχλα), αναπνευστήρας, ρινικό σπρέι, δισκία και διαδερμικά επιθέματα] είναι πιο αποτελεσματικές από το εικονικό φάρμακο στη διακοπή του καπνίσματος. Επιπλέον, τα ευρήματά υποδεικνύουν ότι η βαρενικλίνη μπορεί να έχει καλύτερο αποτέλεσμα από τη βουπροπιόνη. Παρά την τεκμηριωμένη αποτελεσματικότητα αυτών των παραγόντων, ο απόλυτος αριθμός των ασθενών που απέχει από το κάπνισμα για 12 μήνες, είναι χαμηλός. Κατά συνέπεια, εξακολουθεί να υπάρχει ανάγκη να αναπτυχθούν βελτιωμένοι φαρμακευτικοί παράγοντες διακοπής του καπνίσματος και να προσδιοριστούν οι βέλτιστες στρατηγικές διακοπής, συμπεριλαμβανομένων των εναλλακτικών τρόπων για τη χρήση των υφιστάμενων φαρμακευτικών παραγόντων⁶³.

ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ΜΕΛΕΤΗΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Κύριος στόχος της μελέτης που εκπονήθηκε ήταν η καταγραφή και η εκτίμηση της γνώσης και των απόψεων ενός δείγματος 290 νοσηλευτών από τη Λάρισα, πάνω στο θέμα που αφορά την λειτουργία, την υποδομή και τις ανάγκες των ιατρικών διακοπής καπνίσματος στο Νομό.

Η εκπόνηση της έρευνας επιτεύχθηκε με την δημιουργία και διανομή ερωτηματολογίου το οποίο περιελάμβανε 20 ερωτήσεις. Το ερωτηματολόγιο που συμπληρώθηκε αφορούσε την ηλικιακή ομάδα και το φύλο των ατόμων, το ιστορικό του καπνίσματος και την καπνισματική συνήθεια του καθενός καθώς και την γνώση που αφορά την λειτουργία των ιατρικών διακοπής καπνίσματος. Η συλλογή στοιχείων έγινε με την συμπλήρωση ερωτηματολογίου από 290 συνολικά νοσηλευτές.

Η πρώτη ομάδα ερωτηθέντων αποτελούνταν από 190 νοσηλευτές που εργάζονται στο ΠΠΓΝΛ οι οποίοι υποβλήθηκαν στις ερωτήσεις κατά χρονικό διάστημα 3/2011 έως 4/2011. Η δεύτερη ομάδα ερωτηθέντων αποτελούνταν από 100 νοσηλευτές που εργάζονται στο ΓΝΛ και οι οποίοι υποβλήθηκαν στις ερωτήσεις κατά το ίδιο χρονικό διάστημα.

Τα ερωτηματολόγια παραδόθηκαν προσωπικά σε κάθε έναν από τους νοσηλευτές των προαναφερθέντων νοσοκομείων. Κατεβλήθη προσπάθεια ώστε η μορφή των ερωτηματολογίων να είναι όσο το δυνατόν απλούστερη και να συμπληρωθεί ανώνυμα. Στο ερωτηματολόγιο περιλαμβάνονται οι ακόλουθες ερωτήσεις:

Ερωτηματολόγιο

1. Φύλο: Άνδρας Γυναίκα:
2. Σε ποια ηλικιακή ομάδα ανήκετε;
20 - 29 30 - 39 40 - 49 > 50
3. Σε ποιο νοσοκομείο εργάζεσθε;
ΠΠΓΝΛ ΓΝΛ
4. Είστε καπνιστής – στρια; NAI OXI
5. Πόσα τσιγάρα καπνίζετε την ημέρα;
01 – 10
11 – 20

21 30

>30

6. Πόσα χρόνια καπνίζετε; 0 – 20 21 – 40 > 40

7. Πιστεύετε ότι το κάπνισμα επιδρά αρνητικά στην υγεία;

ΝΑΙ ΟΧΙ

8. Έχετε κάνει προσπάθεια να διακόψετε το τσιγάρο;

ΝΑΙ ΟΧΙ

9. Έχετε ακούσει ποτέ για τα ιατρεία διακοπής καπνίσματος;

ΝΑΙ ΟΧΙ

10. Ποια ή ποιες ιατρικές ειδικότητες νομίζετε ότι ασχολούνται με την διακοπή καπνίσματος;

Παθολόγος

Πνευμονολόγος

Γενικός ιατρός

Καρδιολόγος

Ψυχίατρος

Χειρουργός

11. Οι μελέτες διακοπής καπνίσματος που εφαρμόζονται στα ιατρεία διακοπής καπνίσματος είναι:

1. Φαρμακευτική αγωγή

2. Συμβουλευτική παρέμβαση

3. Ψυχολογική υποστήριξη

4. Τηλεφωνική υποστήριξη

5. Συνδυασμός των παραπάνω

12. Σε ένα ιατρείο διακοπής καπνίσματος παρέχουν τις υπηρεσίες τους:

Ιατροί

Νοσηλεύτές

Επισκέπτες υγείας

Διατροφολόγοι

Ψυχολόγοι

Κοινωνικοί λειτουργοί

13. Αν θέλατε να διακόψετε το κάπνισμα θα πηγαίνατε στο ιατρείο διακοπής καπνίσματος;

ΝΑΙ ΟΧΙ

14. Λειτουργεί στον χώρο εργασίας σας ιατρείο Διακοπής Καπνίσματος;

ΝΑΙ ΟΧΙ

15. Πιστεύετε ότι η διακοπή καπνίσματος αντιμετωπίζεται ικανοποιητικά στην χώρα μας;

ΝΑΙ ΟΧΙ

16. Θα έπρεπε να λειτουργούν σε όλα τα νοσοκομεία Ιατρεία Διακοπής Καπνίσματος;

ΝΑΙ ΟΧΙ

17. Οι στόχοι των Ιατρείων Διακοπής Καπνίσματος είναι:

- Ενημέρωση για τους κινδύνους του καπνίσματος
- Ενημέρωση για τα οφέλη της διακοπής καπνίσματος
- Κινητοποίηση των καπνιστών για διακοπή του καπνίσματος
- Εφαρμογή της κατάλληλης θεραπευτικής παρέμβασης για κάθε καπνιστή

18. Υπάρχουν άλλοι τρόποι διακοπής του καπνίσματος;

ΝΑΙ ΟΧΙ

19. Γνωρίζετε ή έχετε ακούσει για κάποιες από τις παρακάτω μεθόδους διακοπής καπνίσματος:

Βελονισμός

Ηλεκτρονικό τσιγάρο

Antismoking center / ύπνωση

20. Θα συστήνατε στους καπνιστές να επισκεφθούν ένα Ιατρείο Διακοπής Καπνίσματος;

ΝΑΙ ΟΧΙ

Στατιστική Ανάλυση:

Τα αποτελέσματα των ερωτηματολογίων εισήχθησαν σε πακέτο φύλλων εργασίας του λογισμικού στατιστικής ανάλυσης SPSS v. 13. Πριν πραγματοποιηθεί οποιαδήποτε στατιστική διαδικασία έγινε χρήση των μεταβλητών Dummy σε ερωτήσεις με παραπάνω από δύο κατηγορίες. Για την μελέτη του προβλεπτικής αξίας κάθε μεταβλητής στο ερώτημα «γνωρίζεται για τα ιατρεία διακοπής καπνίσματος;» χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό μοντέλο logistic regression το οποίο βασίζεται στην μαθηματική συνάρτηση:

$$f(z) = \frac{e^z}{e^z + 1} = \frac{1}{1 + e^{-z}}$$

Όπου $f(z)$ είναι η πιθανότητα να γνωρίζει κάποιος για τα ιατρεία διακοπής καπνίσματος όταν λαμβάνεται υπόψη η μεταβλητή z (πχ. Ηλικία)

Υπολογίστηκαν οι συντελεστές συσχέτισης (Phi Correlation Coefficients) για δυαδικές μεταβλητές ελέγχοντας κάθε φορά την στατιστική σημαντικότητα των αποτελεσμάτων.

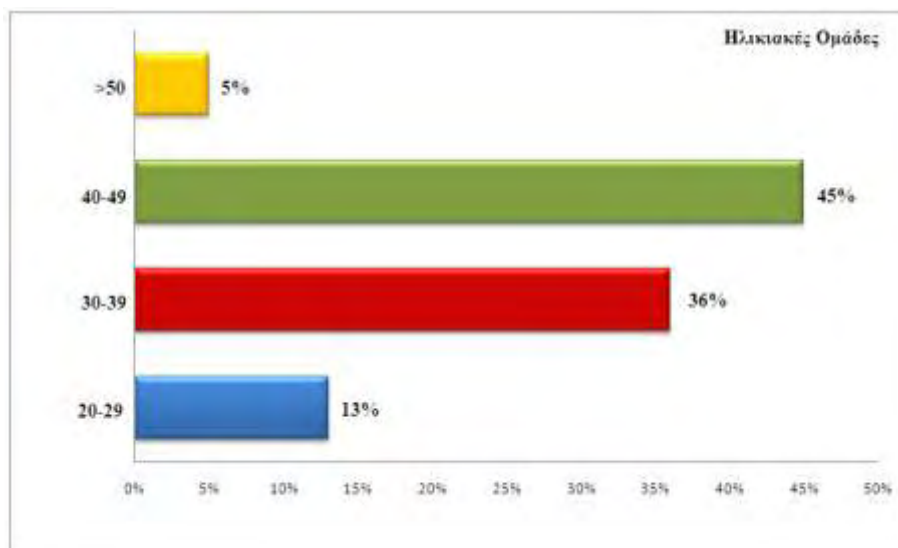
$\phi = \sqrt{\frac{\chi^2}{N}}$
Phi (ϕ)

Ο συντελεστής ϕ εκφράζει την συσχέτιση δύο ομαδοποιημένων μεταβλητών. Όπου N είναι το μέγεθος του δείγματος και χ^2 είναι η δοκιμασία Chi-square.

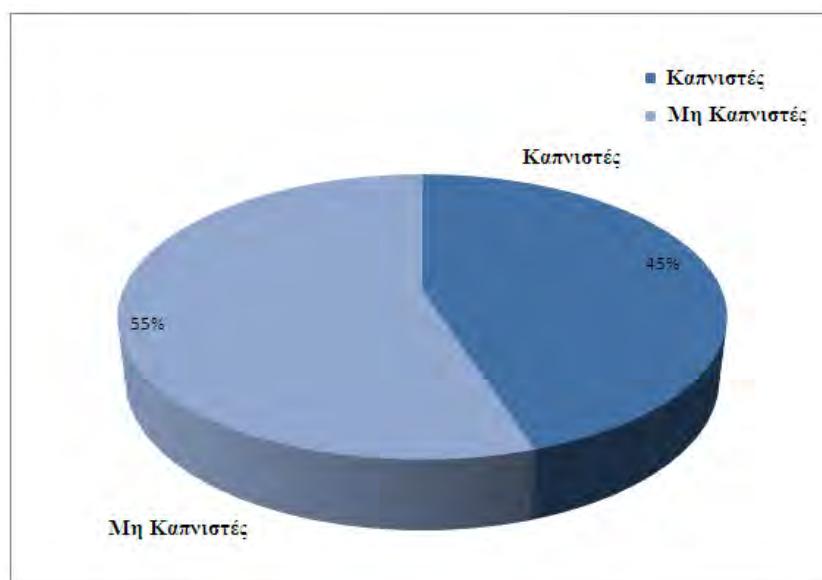
Για την στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση μεταξύ διχοτομημένων μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε το διωνυμικό τεστ (binomial test). Ως όριο στατιστικής σημαντικότητας για όλες τις στατιστικές δοκιμασίες τίθεται το $p < 0,05$. Όλα τα διαγράμματα πραγματοποιήθηκαν χρησιμοποιώντας το λογισμικό Office Microsoft Excel 2007.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Στις γενικές ερωτήσεις που αφορούν την ηλικιακή ομάδα και την καπνισματική συνήθεια, το μεγαλύτερο ποσοστό των ατόμων που ερωτήθηκαν ανήκε στην ηλικιακή ομάδα 40-49 (45%) ενώ το μικρότερο ήταν ηλικίας μεγαλύτερης των 50 ετών (5%) όπως διαφαίνεται στο γράφημα 1, ενώ η καπνιστική συνήθεια σχεδόν ισοκατανεμήθηκε μεταξύ των νοσηλευτών (45 και 55% αντίστοιχα) (γράφημα 2).



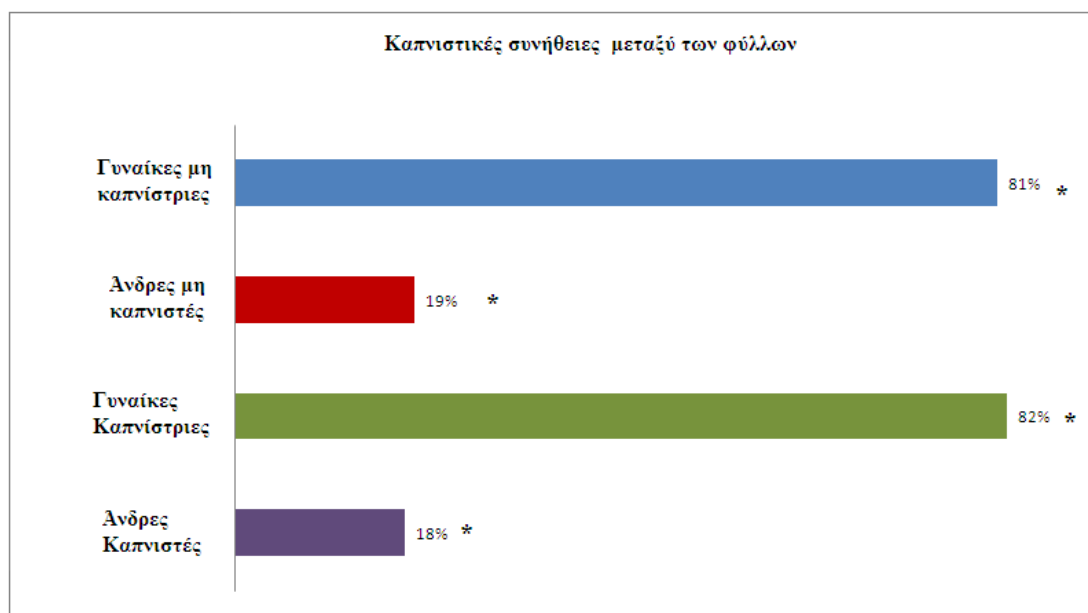
Γράφημα 1: Κατανομή των διαφόρων ηλικιακών ομάδων των ερωτηθέντων



Γράφημα 2: Κατανομή της καπνιστικής συνήθειας μεταξύ των ερωτηθέντων (δεν παρατηρείται στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση της καπνιστικής συνήθειας)

Από τους καπνιστές το 82% ήταν γυναίκες και το 18% άνδρες. Ομοίως από τους μη καπνιστές το 19% ήταν άνδρες και το 81% γυναίκες. Από το γράφημα 3

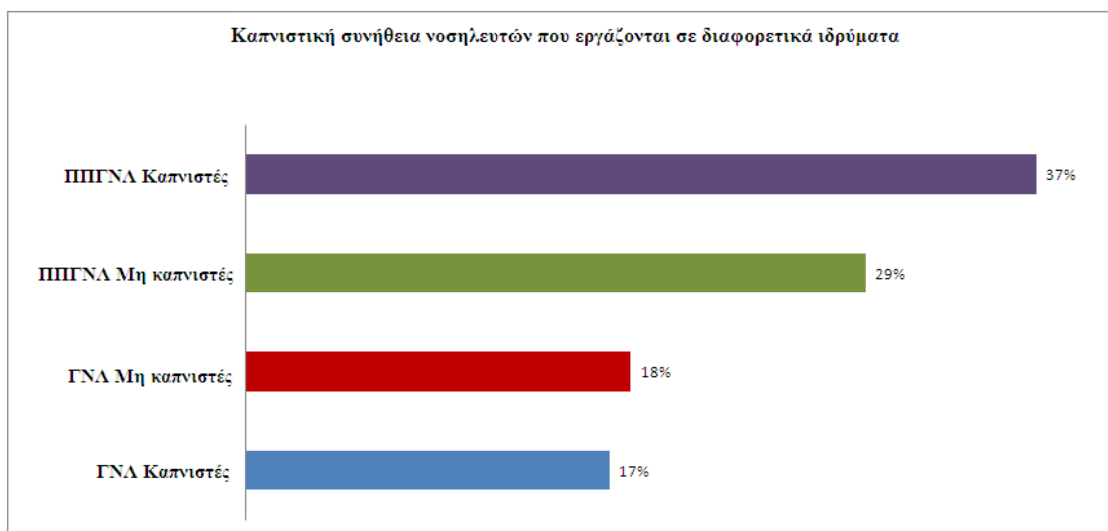
παρατηρείται στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση μεταξύ ανδρών και γυναικών είτε αυτοί είναι καπνιστές είτε όχι.



Γράφημα 3: Συσχέτιση του φύλου των ερωτηθέντων με την καπνιστική τους συνήθεια ($p < 0.01$).

Ωστόσο θα πρέπει να αναφερθεί ότι το δείγμα αποτελούνταν στην πλειονότητα του από γυναίκες.

Ειδικότερα, τα άτομα με θετική καπνισματική συνήθεια αποτέλεσαν την πλειονότητα και στα δύο ιδρύματα έναντι εκείνων που δεν καπνίζουν όπως παρατηρείται στο γράφημα 4. Επιπλέον, δεν παρατηρείται στατιστικά σημαντική διαφορά στην κατανομή καπνιστών και μη καπνιστών για τα διαφορετικά ιδρύματα ξεχωριστά.



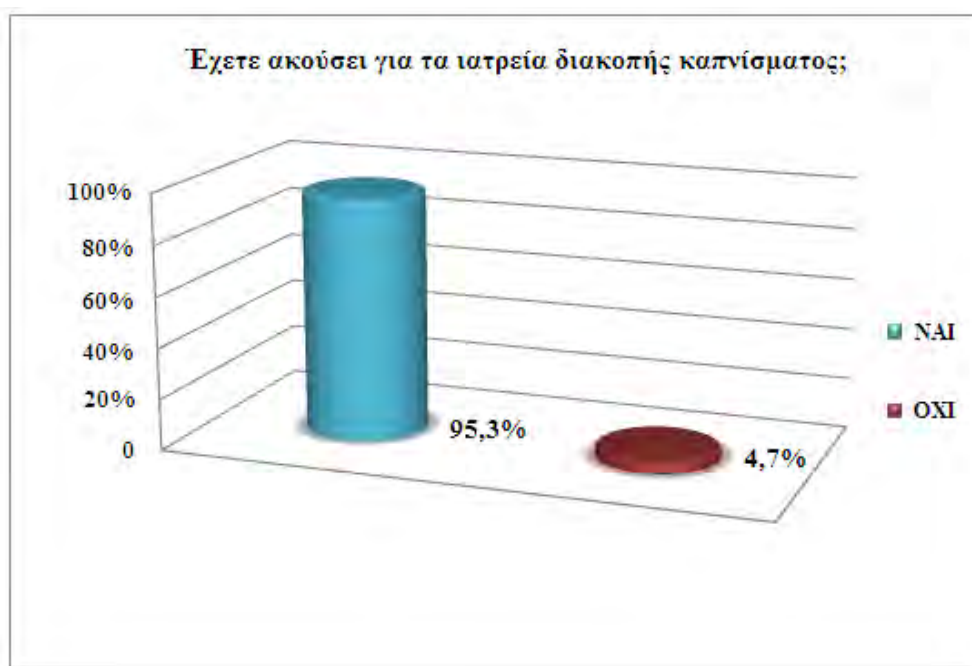
Γράφημα 4: Κατανομή καπνιστών και μη καπνιστών μεταξύ διαφορετικών ιδρυμάτων ($p < 0.05$)

Σχετικά με το εάν το κάπνισμα επιδρά αρνητικά στην υγεία, η συντριπτική πλειονότητα των ερωτηθέντων απάντησε θετικά σε ποσοστό 98% (γράφημα 5).



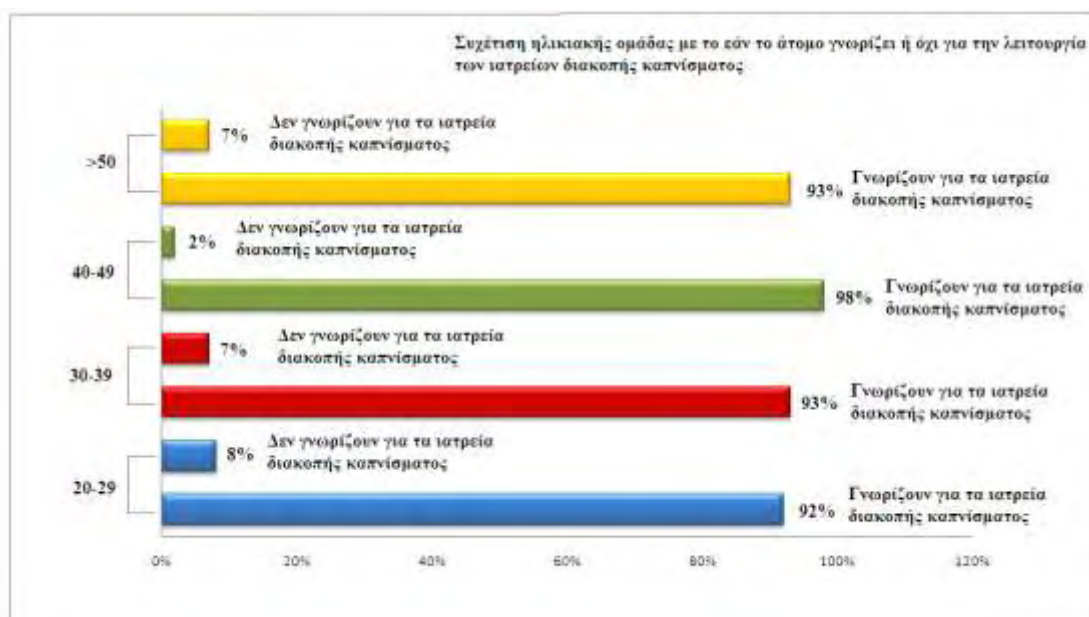
Γράφημα 5: Κατανομή ερωτηθέντων που πιστεύουν ότι το κάπνισμα επιδρά αρνητικά στην υγεία έναντι των υπολοίπων ($p < 0.001$)

Όσον αφορά την ερώτηση για τον εάν είναι γνωστά τα ιατρικά διακοπής καπνίσματος το 95,3% απάντησε θετικά ενώ ένα 4,7% όχι, γεγονός που σημαίνει ότι το νοσηλευτικό προσωπικό είναι ενημερωμένο πάνω στο θέμα αυτό.



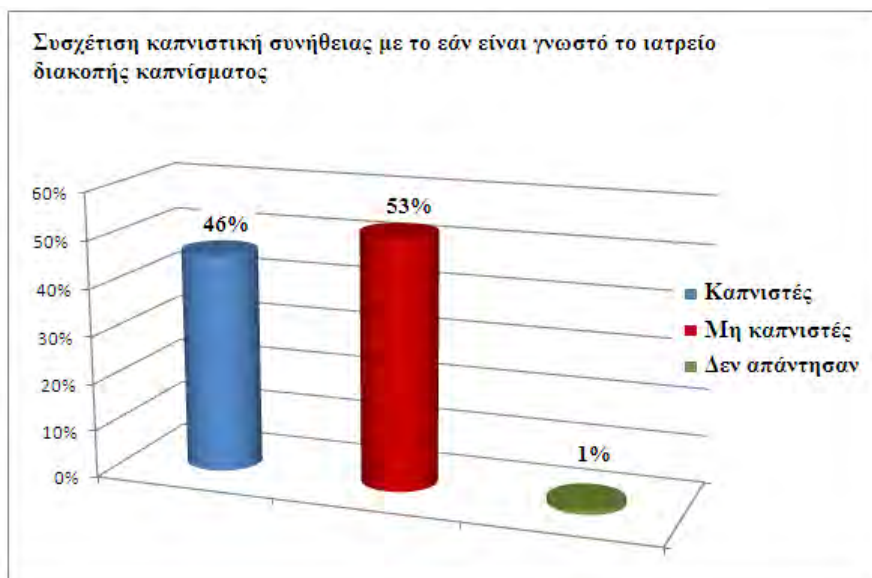
Γράφημα 6: Κατανομή ερωτηθέντων που έχουν ακούσει για τα ιατρικά διακοπής καπνίσματος ($p < 0.001$)

Επιπροσθέτως, μεγάλο ποσοστό των ερωτηθέντων όλων των ηλικιακών ομάδων είναι ενήμερο για την λειτουργία των ιατρικών διακοπής καπνίσματος. Ωστόσο το μεγαλύτερο ποσοστό εκείνων που γνωρίζουν απαντάται στην ομάδα 40-49 και εκείνων που δεν γνωρίζουν στην ομάδα 20-29 (γράφημα 7).



Γράφημα 7: Συσχέτιση της ηλικιακής ομάδας με το εάν το άτομο γνωρίζει ή όχι για την λειτουργία των ιατρικών διακοπής καπνίσματος. ($p < 0.001$)

Συσχετίζοντας την καπνισματική συνήθεια με την γνώση της λειτουργίας του ιατρείου διακοπής καπνίσματος παρατηρείται ότι δεν υπάρχει μεγάλη απόκλιση του αποτελέσματος μεταξύ καπνιστών και μη καπνιστών (γράφημα 8). Επιπλέον παρατηρείται ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων ανεξάρτητα από το ίδρυμα στο οποίο εργάζονται είναι ενήμερο για τα ιατρεία διακοπής καπνίσματος (γράφημα 9).



Γράφημα 8: Συσχέτιση της καπνιστικής συνήθειας με το εάν είναι γνωστή η λειτουργία των ιατρείων διακοπής καπνίσματος. Δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντικής διαφορά μεταξύ καπνιστών και μη καπνιστών



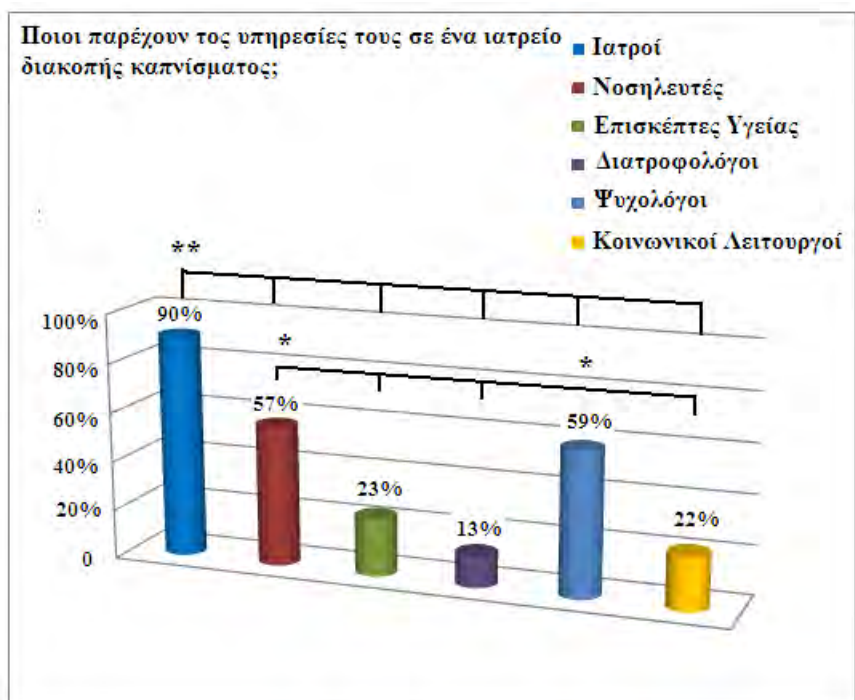
Γράφημα 9: Συσχέτιση ατόμων που εργάζονται σε διαφορετικά ιδρύματα με το εάν είναι γνωστή η λειτουργία των ιατρείων διακοπής καπνίσματος ($p < 0.001$)

Ο ιατρός που ασχολείται συστηματικά με τα ιατρεία διακοπής καπνίσματος είναι κατά κύριο λόγο ο πνευμονολόγος (94%), ενώ σημαντικά ποσοστά σημείωσαν και οι ειδικοί του Παθολόγου (36%), Ψυχιάτρου (32%) και Καρδιολόγου (31%). Ενώ ένα πιο μικρό ποσοστό επέλεξε τον Γενικό Ιατρό (23%) και τον Χειρουργό (4%).



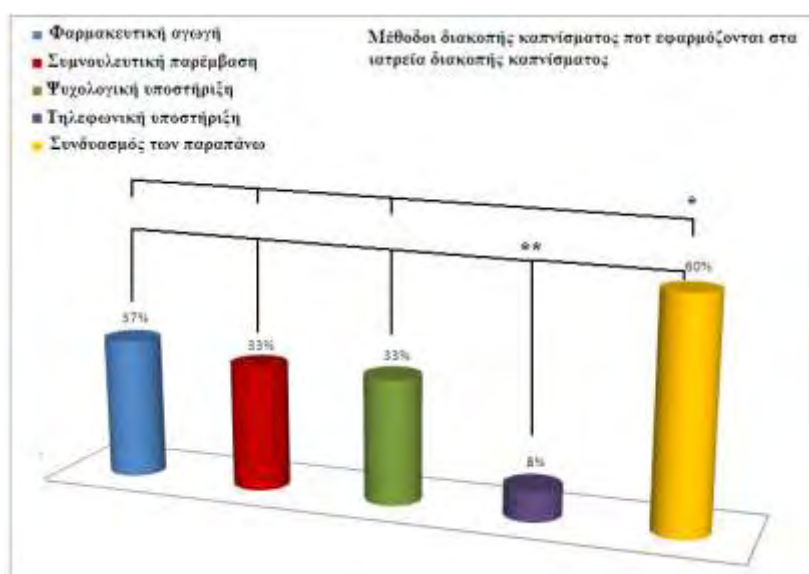
Γράφημα 10: Κατανομή ιατρικών ειδικοτήτων που πιστεύετε ασχολούνται με τα ιατρεία διακοπής καπνίσματος. * $p < 0.01$, ** $p < 0.001$

Η πλειονότητα των ερωτηθέντων απάντησαν ότι για τη στελέχωση και λειτουργία ενός ιατρείου διακοπής καπνίσματος απαραίτητη είναι η παρουσία ιατρικού προσωπικού. Σημαντικά ποσοστά συγκέντρωσαν οι Νοσηλεύτες (57%) και οι Ψυχολόγοι (59%). Ενώ παρατηρείται μεγάλο ποσοστό νοσηλευτών που αγνοεί την δραστηριότητα διατροφολόγων, Επισκεπτών Υγείας και Κοινωνικών Λειτουργών σε ένα ιατρείο διακοπής καπνίσματος όπως διαφαίνεται στο διάγραμμα 11.



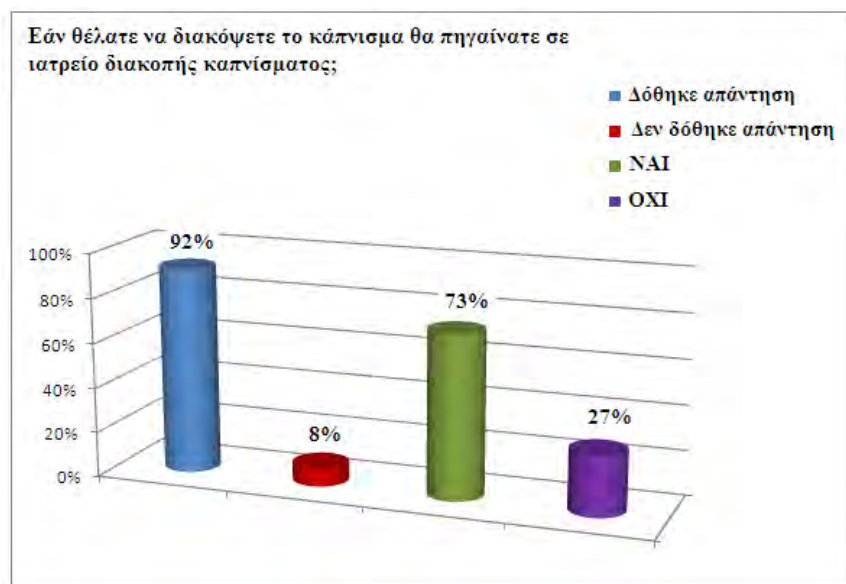
Γράφημα 11: Κατανομή ειδικοτήτων που πιστεύετε ασχολούνται με τα ιατρεία διακοπής καπνίσματος. * $p < 0.001$, ** $p < 0.05$

Συχνότερα αναφέρετε ότι οι μελέτες που εφαρμόζονται στα ιατρεία διακοπής καπνίσματος αφορούν τον συνδυασμό της φαρμακευτικής αγωγής, της συμβουλευτικής παρέμβασης, της ψυχολογικής και τηλεφωνικής υποστήριξης. Το μικρότερο ποσοστό συγκέντρωσε η τηλεφωνική υποστήριξη συγκριτικά με τις υπόλοιπες μελέτες (γράφημα 12).



Γράφημα 12: Κατανομή μεθόδων που πιστεύετε ότι παρέχονται στα ιατρεία διακοπής καπνίσματος. * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$

Στην ερώτηση εάν θα επέλεγαν ένα τέτοιο ιατρείο για την διακοπή του καπνίσματος η πλειονότητα έδωσε θετική απάντηση. Ωστόσο, ένα αρκετά μεγάλο ποσοστό της τάξεως του 27% υποστηρίζει ότι δεν θα επισκεπτόταν ιατρείο διακοπής καπνίσματος.



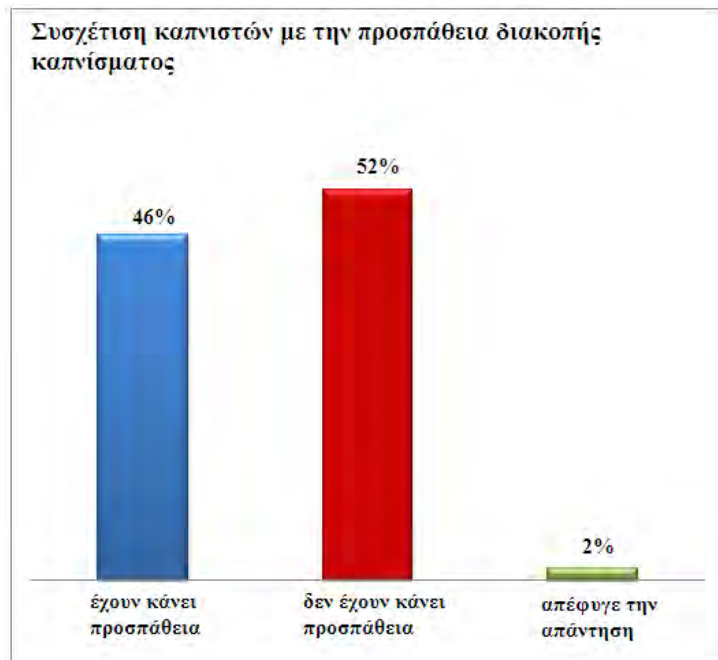
Γράφημα 13: Συσχέτιση επιθυμίας διακοπής καπνίσματος με την γνώση της λειτουργίας των ιατρείων διακοπής καπνίσματος. ($p < 0.01$)

Από τους νοσηλευτές που απάντησαν θετικά στη παραπάνω ερώτηση για το εάν θα επισκέπτονταν ιατρείο διακοπής καπνίσματος, το 40% είναι καπνιστές ενώ το υπόλοιπο 58% όχι. Οι δύο ομάδες δεν παρουσίασαν σημαντική στατιστική διαφορά μεταξύ τους.



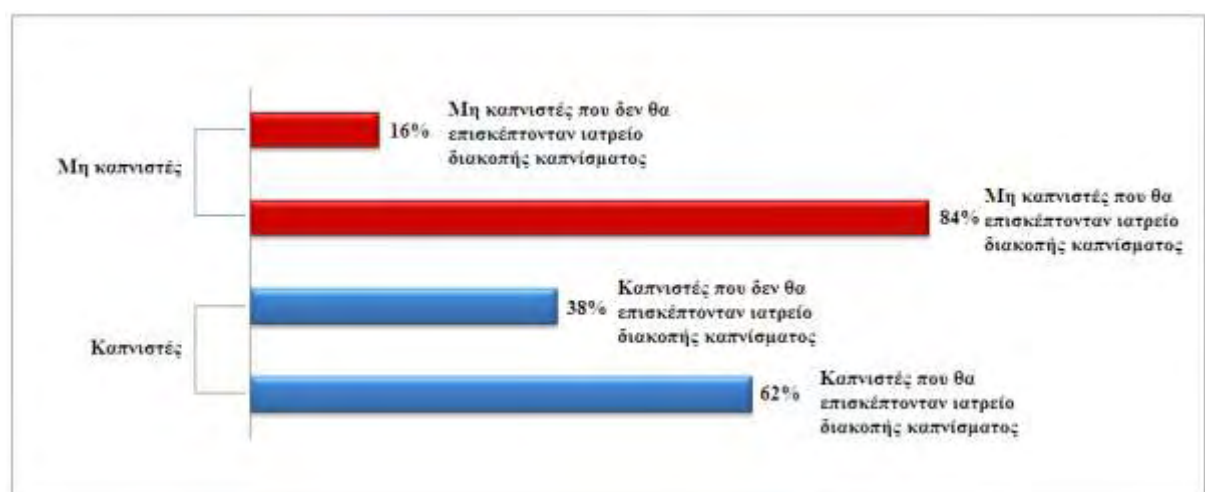
Γράφημα 14: Συσχέτιση καπνιστικής συνήθειας με την πρόθεση του ατόμου να επισκεφτεί ένα ιατρείο διακοπής καπνίσματος.

Γενικά, το 46% των καπνιστών, έχουν κάνει προσπάθεια στο παρελθόν να κόψουν την καπνισματική τους συνήθεια ενώ οι υπόλοιποι όχι.



Γράφημα 15: Κατανομή της προσπάθειας διακοπής καπνίσματος μεταξύ καπνιζόντων ατόμων.

Ενδιαφέρον αποτελεί το γεγονός ότι η πλειονότητα των καπνιστών είναι διατεθειμένη να επισκεφθεί ιατρείο διακοπής καπνίσματος. Από τους μη καπνιστές που απάντησαν στην ερώτηση, το 84% θα επισκέπτονταν ιατρείο διακοπής καπνίσματος εάν χρειαζόταν, γεγονός που σημαίνει ότι η μη καπνιστές είναι ιδιαίτερα ευαισθητοποιημένοι.



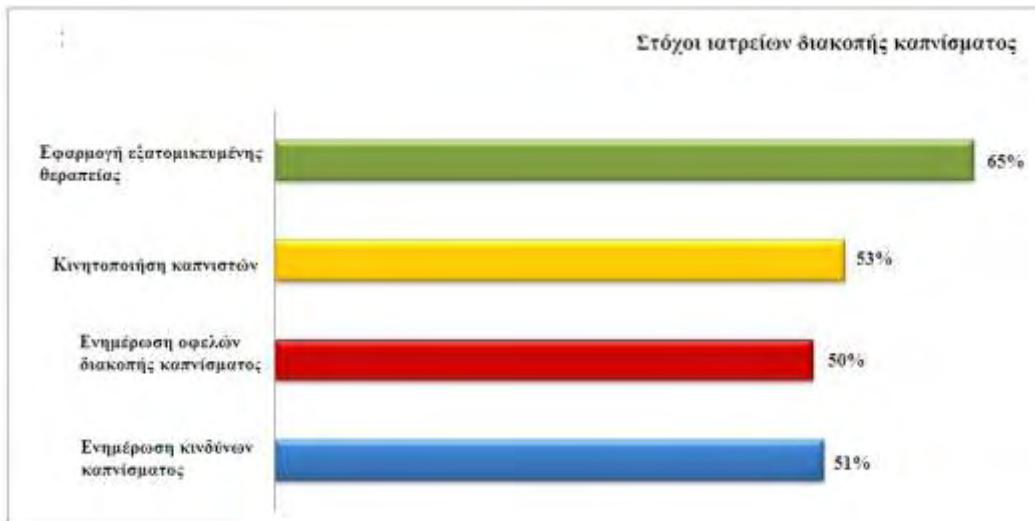
Γράφημα 16: Συσχέτιση καπνιστικής συνήθειας με την πρόθεση του ατόμου να επισκεφτεί ένα ιατρείο διακοπής καπνίσματος.

Στο ερώτημα εάν στο χώρο εργασίας λειτουργεί ιατρείο διακοπής καπνίσματος το 63% απάντησε θετικά ενώ το 37% αρνητικά, αποτέλεσμα που δείχνει ότι ένα σημαντικό ποσοστό δεν γνωρίζει την λειτουργία ιατρείου στον εργασιακό του χώρο (γράφημα 17).



Γράφημα 17: Ποσοστό ερωτηθέντων που γνωρίζουν ή όχι για την λειτουργία ιατρείων διακοπής καπνίσματος στον χώρο εργασίας τους. ($p < 0.05$)

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων θεωρεί ότι κάθε θεραπεία στα ιατρεία διακοπής καπνίσματος θα πρέπει να είναι εξατομικευμένη και προσαρμοσμένη στις ανάγκες κάθε ασθενούς (γράφημα 18). Παρόμοια ποσοστά συγκέντρωσαν οι στόχοι που αφορούν στην κινητοποίηση των καπνιστών, στην ενημέρωση τόσο των κινδύνων του καπνίσματος όσο και των οφελών που συνοδεύουν την διακοπή του.

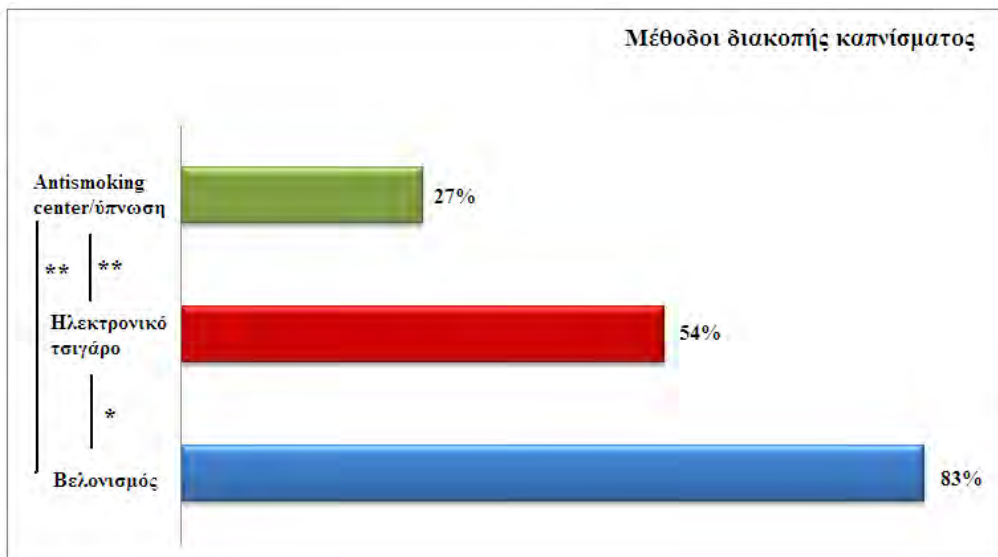


Γράφημα 18: Στόχοι Ιατρείων διακοπής καπνίσματος

Το 93% των ερωτηθέντων γνωρίζει εναλλακτικούς τρόπους διακοπής καπνίσματος με πιο διαδομένη το βελονισμό (83%) και λιγότερο διαδεδομένη την ύπνωση όπως φαίνεται στο διάγραμμα 20.



Γράφημα 19: Κατανομή ερωτηθέντων που γνωρίζουν εναλλακτικές μεθόδους διακοπής καπνίσματος ($p < 0.001$)



Γράφημα 20: Κατανομή εναλλακτικών μεθόδων διακοπής καπνίσματος. * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$

Όπου σύνολο αποτελεί το συνολικό ποσοστό όλων των ερωτηθέντων ανεξάρτητα από το ίδρυμα στο οποίο εργάζονται. Από τους 290 ερωτηθέντες οι 100 (34%) προέρχονταν από το Γ.Ν.Λ. και οι 190 (66%) από το Π.Π.Γ.Ν.Λ. (γράφημα 21).



Γράφημα 21: Ποσοστό ερωτηθέντων ($p < 0.001$)

Στο πίνακα 1 φαίνονται οι στατιστικά σημαντικές διαφορές των δύο ομάδων, του Γ.Ν.Λ. και του Π.Π.Γ.Ν.Λ. σχετικά με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά και την καπνισματική συνήθεια. Το πλήθος των γυναικών νοσηλευτριών διαφοροποιήθηκε

σημαντικά μεταξύ των δύο ιδρυμάτων. Μεταξύ των δύο ιδρυμάτων μόνο οι ηλικίες 30-39 ετών των νοσηλευτών διαφοροποιήθηκαν σημαντικά. Οι ομάδες των καπνιστών και μη καπνιστών ανεξαρτήτως ιδρύματος σχεδόν ισοκατανέμονται. Ο αριθμός των καπνιστών και μη, μεταξύ των δύο ιδρυμάτων, διαφοροποιούνται σημαντικά. Σχετικά με τη βαρύτητα του καπνίσματος στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση υπήρξε στις ομάδες 21-30 τσιγάρα, 1-10 τσιγάρα και 0-20 έτη καπνίσματος μεταξύ Γ.Ν.Α. και Π.Π.Γ.Ν.Α.. Επιπλέον τα άτομα που στο παρελθόν έχουν κάνει προσπάθεια για να κόψουν την καπνισματική τους συνήθεια ισοκατανεμήθηκαν έναντι εκείνων που δεν έχουν κάνει καμία προσπάθεια στο Π.Π.Γ.Ν.Α. Σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ιδρυμάτων παρουσιάζεται στο ποσοστό των ατόμων που έχουν κάνει προσπάθεια στο παρελθόν να διακόψουν το κάπνισμα.

Πίνακας 1: Διαφορές μεταξύ των ομάδων του Γ.Ν.Α. και του Π.Π.Γ.Ν.Α.

	Π.Π.Γ.Ν.Α.	Γ.Ν.Α.	Σύνολο	p
Φύλλο	8% Άνδρες	10% Άνδρες	18%	P<0.583
	26% Γυναίκες	56% Γυναίκες	82%	*P<0.001
Ηλικία	8% 20-29	5% 20-29	13%	P<0.143
	29% 30-39	7% 30-39	36%	*P<0.001
	26% 40-49	20% 40-49	46%	P<0.162
	2% >50	3% >50	5%	P<0.991
Κάπνισμα	39% Καπνιστές	17% Καπνιστές	45% Καπνιστές	*P<0.001
	37% Μη καπνιστές	18% Μη καπνιστές	55% Μη καπνιστές	*P<0.004
Αριθμός τσιγάρων	18% 1-10	6% 1-10	24% 1-10	*P<0.034
	25% 11-20	18% 11-20	43% 11-20	P<0.281
	17% 21-30	6% 21-30	23% 21-30	*P<0.016
	2% 30+	4% 30+	6% 30+	P<0.727
Έτη καπνίσματος	48% 0-20	25% 0-20	73% 0-20	*P<0.003
	16% 21-40	10% 21-40	26% 21-40	P<0.392
	0% >40	1% >40	1% >40	Μη αξιολογήσιμο
Προηγούμενη προσπάθεια διακοπής	19% Ναι	32% Ναι	51% Ναι	*P<0.037
	19% Όχι	30% Ναι	49% Όχι	P<0.06

Στον πίνακα 2 φαίνονται οι ερωτήσεις που σχετίζονται σημαντικά και αποτελούν στατιστικό σημαντικό προβλεπτικό παράγοντα για το αν το άτομο γνωρίζει ή όχι για τα ιατρεία διακοπής καπνίσματος είναι οι: «Αν θέλατε να διακόψετε το κάπνισμα θα πηγαίνατε σε ιατρείο διακοπής καπνίσματος;» (p<0,011), η ερώτηση «Θα συστήνατε στους καπνιστές να επισκεφθούν ιατρείο διακοπής καπνίσματος;» (p<0,027) και η ερώτηση «λειτουργεί στο

χώρο εργασίας σας ιατρείο διακοπής καπνίσματος?» ($p < 0,025$). Οι υπόλοιπες δεν έδειξαν κάποια σημαντική τάση.

Πίνακας 2: Προβλεπτικοί παράγοντες σχετικά με τη γνώση για την ύπαρξη ιατρείου διακοπής καπνίσματος

Προβλεπτικοί παράγοντες	P
Φύλο	0,210
Νοσοκομείο	0,218
Είστε καπνιστής;	0,339
Το κάπνισμα επιδρά αρνητικά;	0,208
Έχετε κάνει προσπάθεια να διακόψετε το τσιγάρο;	0,281
Θα πηγαίνατε σε ιατρείο διακοπής καπνίσματος;	0,011
Λειτουργεί στο χώρο σας;	0,025
Η διακοπή αντιμετωπίζεται ικανοποιητικά στη χώρα μας;	0,334
Θα έπρεπε να λειτουργούν σε όλα τα νοσοκομεία ιατρεία διακοπής;	0,069
Υπάρχουν άλλοι τρόποι διακοπής;	0,633
Θα συστήνατε σε καπνιστές να επισκεφθούν ένα ιατρείο διακοπής;	0,027

ΣΥΖΗΤΗΣΗ-ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Τα Ιατρεία Διακοπής Καπνίσματος προσφέρουν στον καπνιστή μια ουσιαστική βοήθεια προς αυτή την κατεύθυνση της οριστικής διακοπής του καπνίσματος, καθώς εκεί, η αντιμετώπιση του καπνιστή είναι συστηματική και πολύπλευρη και περιλαμβάνει, εκτός από υποστηρικτική και φαρμακευτική αγωγή, ψυχολογική υποστήριξη και διαιτολογική καθοδήγηση.

Στην παρούσα μελέτη βρέθηκε ότι οι μη καπνιστές αποτέλεσαν το μεγαλύτερο ποσοστό μεταξύ των ερωτηθέντων χωρίς όμως να υπάρχει σημαντική στατιστική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων (καπνιστές και μη καπνιστές). Ανεξαρτήτως φύλου οι καπνιστές αποτέλεσαν το 45% του συνολικού δείγματος, αποτέλεσμα που δεν διαφοροποιείται σημαντικά από το ποσοστό των καπνιστών στην Ελλάδα (40%)⁸.

Χωρίζοντας τις δύο προαναφερθείσες ομάδες σε άνδρες και γυναίκες απεδείχθη ότι το μεγαλύτερο ποσοστό καπνιστών ήταν γυναίκες. Το αποτέλεσμα αυτό έρχεται σε αντίθεση με την αναφορά του Ινστιτούτου Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής όπου το μεγαλύτερο ποσοστό καπνιστών είναι άνδρες⁸. Θα πρέπει ωστόσο να επισημασθεί ότι το αποτέλεσμα έχει επηρεασθεί από το γεγονός ότι οι ερωτηθέντες στην πλειονότητα τους ήταν γυναίκες.

Ανεξάρτητα από την καπνισματική συνήθεια, η συντριπτική πλειονότητα των ερωτηθέντων κατανοεί τις βλαβερές επιδράσεις του καπνίσματος^{4,5,6,7} και γνωρίζει για την λειτουργία των ιατρείων διακοπής του καπνίσματος, χαρακτηριστικό της ορθής ενημέρωσης του νοσηλευτικού προσωπικού σχετικά με το θέμα αυτό.

Επιπροσθέτως, συσχετίζοντας την καπνισματική συνήθεια με την γνώση της λειτουργίας του ιατρείου διακοπής καπνίσματος παρατηρείται ότι οι μη καπνιστές είναι περισσότερο ενημερωμένοι σχετικά με τα την λειτουργία των ιατρείων διακοπής καπνίσματος συγκριτικά με την ομάδα των καπνιστών.

Διαχωρίζοντας τα άτομα σε ηλικιακές ομάδες παρατηρήθηκε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό εκείνων που γνωρίζουν για την λειτουργία των ιατρείων διακοπής καπνίσματος, απαντάται στην ομάδα 40-49 έτη και εκείνων που δεν γνωρίζουν στην ομάδα 20-29 έτη. Μια πιθανή εξήγηση που μπορεί να δοθεί είναι ότι τα νεαρά άτομα είναι λιγότερο κινητοποιημένα σε θέματα που άπτονται της υγείας αφού ακόμα δεν τους έχουν απασχολήσει σε προσωπικό επίπεδο.

Ο ιατρός που ασχολείται συστηματικά με τα ιατρεία διακοπής καπνίσματος είναι κατά κύριο λόγο ο πνευμονολόγος, ενώ πιο μικρά ποσοστά σημείωσαν οι ειδικοί του Παθολόγου, Ψυχιάτρου και Καρδιολόγου. Αυτό αποδεικνύει ότι ενώ είναι γνωστή η λειτουργία των ιατρείων διακοπής καπνίσματος στην πλειονότητα των

νοσηλευτών, ένα μεγάλο ποσοστό αυτών δεν γνωρίζει ότι εκτός από τον πνευμονολόγο με τα ιατρεία διακοπής καπνίσματος ασχολούνται και οι προαναφερθείσες ειδικότητες. Επιπλέον, ένα μικρό ποσοστό δεν γνωρίζει την λειτουργία ιατρείου στον εργασιακό του χώρο.

Όσον αφορά την παροχή υπηρεσιών σε ένα ιατρείο διακοπής καπνίσματος, όλες οι μελέτες αναδεικνύουν την ανάγκη διεπιστημονικής συνεργασίας για την αντιμετώπιση του θέματος, αφού πρωταρχικός στόχος αποτελεί η ολιστική αντιμετώπιση του ατόμου³⁶. Στην Ελλάδα υπάρχουν πλέον πολλά οργανωμένα ιατρεία διακοπής καπνίσματος, τόσο στο δημόσιο όσο και στον ιδιωτικό τομέα, που εφαρμόζουν διάφορες στρατηγικές προσέγγισης, ώστε να βοηθηθούν οι καπνιστές να διακόψουν το κάπνισμα. Είναι κατά βάση ενταγμένα στο τμήμα των τακτικών εξωτερικών ιατρείων και οι καπνιστές προσέρχονται έπειτα από ραντεβού, μέσω της γραμματείας των τακτικών εξωτερικών ιατρείων. Στελεχώνονται από ιατρούς, ψυχολόγους, νοσηλευτές και κοινωνικούς λειτουργούς.

Η πλειονότητα των ερωτηθέντων απάντησαν ότι για τη στελέχωση και λειτουργία ενός ιατρείου διακοπής καπνίσματος απαραίτητη είναι η παρουσία ιατρικού προσωπικού. Σημαντικά ποσοστά συγκέντρωσαν οι Νοσηλευτές και οι Ψυχολόγοι. Ενώ παρατηρείται μεγάλο ποσοστό νοσηλευτών που αγνοεί την δραστηριότητα διατροφολόγων, Επισκεπτών Υγείας και Κοινωνικών Λειτουργών σε ένα ιατρείο διακοπής καπνίσματος.

Στην παρούσα μελέτη, συχνότερα αναφέρετε ότι οι μέθοδοι που εφαρμόζονται στα ιατρεία διακοπής καπνίσματος αφορούν τον συνδυασμό της φαρμακευτικής αγωγής, της συμβουλευτικής παρέμβασης, της ψυχολογικής και τηλεφωνικής υποστήριξης. Το μικρότερο ποσοστό συγκέντρωσε η τηλεφωνική υποστήριξη συγκριτικά με τις υπόλοιπες μεθόδους. Η παροχή φαρμακευτικής αγωγής πραγματοποιείται με γνώμονα το βαθμό εξάρτησης, τις αντενδείξεις των φαρμάκων και τις προτιμήσεις των καπνιστών. Συνηθέστερα χορηγούνται υποκατάστατα νικοτίνης, βαρενικλίνη και υδροχλωρική βουπροπιόνη, ενώ ως προς την απόφαση για το ποια θεραπεία θα χρησιμοποιηθεί, λαμβάνεται υπόψη η πρόθεση και η δυνατότητα συμμόρφωσης του καπνιστή, η προηγούμενη χρήση βοηθημάτων για τη διακοπή του καπνίσματος, οι αντενδείξεις, η πιθανότητα παρενεργειών, καθώς επίσης και η προσωπική προτίμηση του καπνιστή.

Δεν πρέπει να παραμελείται το γεγονός ότι η φαρμακοθεραπεία και η συμπεριφορική θεραπεία έχουν διαφορετικούς, αλλά συμπληρωματικούς ρόλους στην

ενίσχυση της πιθανότητας επιτυχίας της διακοπής του καπνίσματος. Ως εκ τούτου, οι επαγγελματίες υγείας που έχουν ιδιαίτερη ευθύνη και δέσμευση στη θεραπευτική αντιμετώπιση των καπνιστών, θα πρέπει να είναι καλά εκπαιδευμένοι για να αναλάβουν την παροχή συμβουλών σε καθημερινή βάση και να χειρίζονται άνετα την εφαρμογή των διαφόρων φαρμακοθεραπειών για τη διακοπή του καπνίσματος στην πράξη, ενώ συνιστάται να περιλαμβάνονται ψυχολόγοι σε όλες τις κλινικές απεξάρτησης από το κάπνισμα.³⁴ Από την μελέτη αυτή αποδεικνύεται ότι οι νοσηλευτές κατανοούν την ανάγκη συνδυαστικής προσέγγισης του προβλήματος με ταυτόχρονη φαρμακευτική και ψυχολογική υποστήριξη. Επίσης, το μεγαλύτερο ποσοστό αυτών θεωρεί ότι κάθε θεραπεία στα ιατρεία διακοπής καπνίσματος θα πρέπει να είναι εξατομικευμένη και προσαρμοσμένη στις ανάγκες κάθε ασθενούς, περιλαμβάνοντας στόχους που αφορούν την κινητοποίηση των καπνιστών, την ενημέρωση τόσο των κινδύνων του καπνίσματος όσο και των οφελών που συνοδεύουν την διακοπή του.

Ενοποιώντας τις δύο ομάδες (καπνιστές, μη καπνιστές), η πλειονότητα έδωσε θετική απάντηση στο εάν θα επέλεγαν ένα τέτοιο ιατρείο για την διακοπή του καπνίσματος. Ωστόσο, ένα αρκετά σημαντικό ποσοστό υποστηρίζει ότι δεν θα επισκεπτόταν ιατρείο διακοπής καπνίσματος. Από τους νοσηλευτές που απάντησαν θετικά στην πλειονότητα τους ήταν μη καπνιστές, γεγονός που δείχνει ότι η ομάδα των μη καπνιστών είναι περισσότερο ευαισθητοποιημένοι σε θέματα διακοπής καπνίσματος. Επιπροσθέτως, το αποτέλεσμα αυτό εκφράζει το φόβο που προκαλεί στους καπνιστές η ιδέα να ζητήσουν τέτοιου είδους βοήθεια.

Ενναλακτικές θεραπείες όπως ο βελονισμός, το ηλεκτρονικό τσιγάρο και η ύπνωση χρησιμοποιούνται επίσης για την διακοπή του καπνίσματος, με συχνότερα επιλεγόμενη το βελονισμό. Η πλειονότητα των ερωτηθέντων θεωρεί ότι η φαρμακευτική αγωγή δεν είναι η μόνη μέθοδος διακοπής του καπνίσματος με το βελονισμό να συγκεντρώνει το μεγαλύτερο ποσοστό.

Προβλεπτικός παράγοντας της γνώσης της λειτουργίας ιατρείων διακοπής καπνίσματος αποτελεί η προηγούμενη προσπάθειά του να διακόψει το κάπνισμα καθώς και η ύπαρξη τέτοιου ιατρείου στο χώρο εργασίας του.

Σύμφωνα με στοιχεία που αφορούν την ημερήσια κατανάλωση καπνού των Ελλήνων, το 21,1% των καθημερινών καπνιστών καταναλώνει έως 10 τσιγάρα την ημέρα, το 38,6% καταναλώνει 10-20 τσιγάρα την ημέρα, ενώ το 40% καταναλώνει πάνω από 20 τσιγάρα ημερησίως (περίπου το 16% του πληθυσμού). Αρα 4 στους 10

καθημερινούς καπνιστές καπνίζουν πάνω από 20 τσιγάρα ημερησίως⁸. Επεκτείνοντας την μελέτη μεταξύ των δύο ιδρυμάτων, από τους νοσηλευτές του Γ.Ν.Α. που καπνίζουν το 6% κάνει 1-10 τσιγάρα ημερησίως, το 18% 11-20 τσιγάρα, το 6% 21-30 και 1% των νοσηλευτών του Γ.Ν.Α. καπνίζει παραπάνω από 30 τσιγάρα ημερησίως. Αντιστοίχως, από τους νοσηλευτές του Π.Π.Γ.Ν.Α. που καπνίζουν το 18% κάνει 1-10 τσιγάρα ημερησίως, το 25% 11-20 τσιγάρα, το 17% 21-30 και 2% των νοσηλευτών του Π.Π.Γ.Ν.Α. καπνίζει παραπάνω από 30 τσιγάρα ημερησίως. Παρατηρείται ότι τα ποσοστά που εξήχθησαν από το Π.Π.Γ.Ν.Α. βρίσκονται πιο κοντά με τα προαναφερθέντα ποσοστά που αφορούν την ημερήσια κατανάλωση καπνού των Ελλήνων συγκριτικά με τα αντίστοιχα ποσοστά του Γ.Ν.Α. Η μεγάλη απόκλιση μεταξύ των δύο ιδρυμάτων οφείλεται στο μικρότερο δείγμα ερωτηθέντων από το Γ.Ν.Α.

Κατά τη συσχέτιση των ιδρυμάτων με τα έτη καπνίσματος των νοσηλευτών, βρέθηκε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ Γ.Ν.Α. και Π.Π.Γ.Ν.Α. για τα έτη καπνίσματος 0-20. Ενώ πολύ μικρό ποσοστό και από τα δύο ιδρύματα καπνίζει παραπάνω από 40 έτη.

Τέλος, τα άτομα που στο παρελθόν έχουν κάνει προσπάθεια για να κόψουν την καπνισματική τους συνήθεια ισοκατανεμήθηκαν έναντι εκείνων που δεν έχουν κάνει καμία προσπάθεια στο Π.Π.Γ.Ν.Α. Σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ιδρυμάτων παρουσιάζεται στο ποσοστό των ατόμων που έχουν κάνει προσπάθεια στο παρελθόν να διακόψουν το κάπνισμα.

Συμπερασματικά, η μελέτη που εκπονήθηκε αποδεικνύει πως το επίπεδο κατάρτισης των νοσηλευτών, υπολείπεται σε βασικές παραμέτρους που αφορούν τη δομή των ιατρικών διακοπής καπνίσματος. Αν και σε επίπεδο λειτουργίας των ιατρικών φαίνεται πως είναι ενήμεροι, οι γνώσεις τους είναι ελλιπείς όσον αφορά τη στελέχωσή τους. Η λειτουργία των ιατρικών 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-οφέλους, 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 νοσημάτων αλλά και

δαπανηρών καταστάσεων που σχετίζονται με το κάπνισμα. Τέλος το σημαντικότερο όλων είναι η εντατική εκπαίδευση του ιατρικού και παραϊατρικού προσωπικού στο θέμα της διακοπής του καπνίσματος από έμπειρους εκπαιδευτές καθώς και συνεχιζόμενη εκπαίδευση. Είναι αναγκαία επίσης η διαρκής ενημέρωση των ιατρών σχετικά με τις εξελίξεις και τις νέες μεθόδους στον τομέα της διακοπής του καπνίσματος. Η έρευνα σχετικά με τις νέες μεθόδους είναι συνεχής και ελπιδοφόρα.

Βιβλιογραφία

1. Χατζόγλου Χ., Κατσάνου Κ., Αποστολίδου Ε., Γώγου Ε., Μακρής Η., Ζαρογιάννης Σ., Γουργουλιάνης Κ. (2009). Κάπνισμα και μέθοδοι αντιμετώπισης. Εμπειρία Ιατρείου Διακοπής Καπνίσματος ΙΠΠΓΝ Λάρισας. *Interscientific Health Care* 1, 21-27.
2. Ροβίνα Ν. (2007). Η διακοπή του καπνίσματος από το Α ως το Ω. Γιατί καπνίζουν οι άνθρωποι; *Info Respiratory & Internal Medicine*.
Διαθέσιμο από: http://www.iatrikionline.gr/Respiratory_46/7.pdf
3. Hurt D. R., Ebbert O. J., Hays J. T., McFadden D. D. (2009). Treating Tobacco Dependence in a Medical Setting. *CA CANCER J CLIN* 2009;59:314–326.
4. Καρέτση Ε. (2009). Respiratory effects of smoking (Επιπτώσεις του καπνίσματος στο αναπνευστικό σύστημα). Round table. The clinical significance of smoking. Εισηγήσεις. Σελ. 9-10.
5. Τσαγκούλη Σοφία. (2010). Κλινική σημασία του καπνίσματος. Διαθέσιμο από: www.eoncology.gr/site/pd/dk/eishghseis.pdf
6. Gerogianni I. (2009). Non respiratory effects of smoking. Round table. The clinical significance of smoking. Εισηγήσεις. Σελ. 14-17.
7. Ράλλη Β. Μαρία, Χαρτίδου Γ. Ανδριανή (2010). Καρκινογόνες συνέπειες του καπνίσματος. Διαθέσιμο από: www.eoncology.gr/site/pd/dk/eishghseis.pdf
8. Ινστιτούτο Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής (2008). Διακοπή καπνίσματος. Διαθέσιμο από: http://www.eoncology.gr/site/?page_id=896
http://www.sotiria-telecare.gr/files/DIAKOPH_KAPNISMATOS.pdf
9. Prado G.F., Lombardi E.M.S., Bussacos M.A., Arrabal-Fernandes F.L., Terra-Filho M., Santos U.P. (2011). A real-life study of the effectiveness of different pharmacological approaches to the treatment of smoking cessation: re-discussing the predictors of success. *Clinics*; 66(1):65-71.
10. Eurobarometer, Survey on Tobacco. Analytical Report, Brussels: European Commission, 2009. Διαθέσιμο από:
http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/Tobacco/Documents/eb_253_en.pdf
11. Lawrence D., Mitrou F., Zubrick R S. (2011). Non-specific psychological distress, smoking status and smoking cessation: United States National Health Interview Survey 2005. *BMC Public Health*, 11:256 doi:10.1186/1471-2458-11-256.

12. Μάτζιου – Μεγαπάνου Β. (2009). Παθητικό Κάπνισμα των Παιδιών: Πόσο Απαραίτητη είναι η Ενεργός δράση; Νοσηλευτική, 48(3): 245–247.
13. Steenland K., Sieber K., Etzel A. Ruth, Pechacek T., and Maurer K. (1998). Exposure to Environmental Tobacco Smoke and Risk Factors for Heart Disease among Never Smokers in the Third National Health and Nutrition. *Am J Epidemiol* Vol. 147, No. 10.
14. US Department of Health and Human Services (USDHHS) (1986). The health consequences of involuntary smoking: A report of the Surgeon General.; DHHS Publication No. (CDC) 87-8398:.
15. Hirayama, T. (1981). Non-smoking wives of heavy smokers have a higher risk of lung cancer: a study from Japan. *Br Med J (Clin Res Ed)*; 282:183.
16. Trichopoulos, D, Kalandidi, A, Sparros, L, MacMahon, B. (1981). Lung cancer and passive smoking. *Int J Cancer*; 27:1.
17. International Agency for Research on Cancer (IARC). IARC Monographs on the Evaluation of the Carcinogenic Risk of Chemicals to Humans: Tobacco Smoking. 1986.
18. Χονδρού Α. Ε. (2010). Κλινική σημασία παθητικού καπνίσματος. Διακοπή καπνίσματος. Τελικό πρόγραμμα. Εισηγήσεις.
Διαθέσιμο από: www.eoncology.gr/site/pd/dk/eishghseis.pdf
19. Kuschner G. W., Reddy S., Mehrotra N., Paintal S H. (2011). Electronic cigarettes and thirdhand tobacco smoke: two emerging health care challenges for the primary care provider. *International Journal of General Medicine International Journal of General Medicine*:4 Dovepress. DOI: 10.2147/IJGM.S16908
20. Winickoff J. P., Friebely J., Tanski E., et al. (2009). Beliefs about health effects of “thirdhand” smoke and home smoking bans. *Pediatrics*;123:e74e9.
21. Becquemin H. M., Bertholon F. J., Bentayeb M., Attoui M., Ledur D., Roy F., Roy M., Annesi-Maesano I., Dautzenberg B. (2010). Third-hand smoking: indoor measurements of concentration and sizes of cigarette smoke particles after resuspension. *Tobacco Control*;19:347e348.
22. Matt G. E., Quintana PJE, Hovell MF, et al. (2004). Households contaminated by environmental tobacco smoke: sources of infant exposures. *Tob Control*;13:29e37.
23. Matt G. E., Quintana PJE, Hovell, et al. (2008). Residual tobacco smoke pollution in used cars for sale: air, dust, and surfaces. *Nicotine Tob Res*;10:1467e75.

24. Ueta I., Saito Y., Teraoka K., Miura T., and Jinno K. (2010). Determination of Volatile Organic Compounds for a Systematic Evaluation of Third-Hand Smoking. *Analytical Sciences* May, Vol. 26.
25. Ροβίνα Ν., Γκράτζιου Χ. (2005). Στρατηγικές διακοπής καπνίσματος. *Πνεύμων*, 18(3):245-262.
26. Thomas S. (2007). *Nurs Stand*. Smoking cessation part 1: brief interventions.;22:47-9.
27. Παπαδοπούλου-Νταϊφώτη Ζ. (2010). Φαρμακολογική προσέγγιση της εξάρτησης στη νικοτίνη και φάρμακα για τη διακοπή καπνίσματος.
Διαθέσιμο από: www.eoncology.gr/site/pd/dk/eishghseis.pdf
28. Μητρούσκα Ι., Πρόκλου Α. (2010). Νεότερες στρατηγικές διακοπής καπνίσματος. Διαθέσιμο από: www.eoncology.gr/site/pd/dk/eishghseis.pdf
29. Ροβίνα Ν. (2010). Υδροχλωρική βουπροπιόνη για τη διακοπή του καπνίσματος. Νεότερες θεραπείες.
Διαθέσιμο από: www.eoncology.gr/site/pd/dk/eishghseis.pdf
30. Rey L., Vaucher P., Secretan F., Zellweger J.-P. and Bodenmann P. (2009). Use of nicotine substitute prescribed at hourly plus ab libitum intake or ad libitum for heavy smokers willing to quit: a randomized controlled trial. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 4:12.
31. Αρδαβάνης Α., Τρυφονόπουλος Δ. (2007). Κεφάλαιο 4. Παράγοντες του τρόπου ζωής και καρκίνος, στο: *Κλινική Ογκολογία Τόμος Α' Γενικό μέρος*. Επαγγελματική Ένωση Παθολόγων Ογκολόγων Ελλάδος. Πρώτη έκδοση: Αθήνα Μάρτιος 2007. http://www.onco.gr/documents/Ardavanis_Tryfonopoulos.pdf
32. Λουκοπούλου Ν. Α., Βασιλείου Π. Μ., Μπεχράκης Κ. Π. (2011). Παρεμβάσεις διακοπής καπνίσματος κατά την κύηση. *Πνεύμων*, 24(1):375-384.
33. Currie P. G. (2010). Should multifaceted smoking cessation programmes be more widespread? *Q J Med*; 103:275–276.
34. Τούντας Γ. 30/06/2009. Το χρονοδιάγραμμα ενός καπνιστή στα Ιατρεία Διακοπής Καπνίσματος. Διαθέσιμο από: www.healthview.gr/.../το-χρονοδιαγραμμα-ενός-καπνιστή-στα-ιατρεία-διακοπής-καπνίσματος
35. Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Δημόσια Υγεία
Εθνικό Σχέδιο Δράσης για το Κάπνισμα 2008-2012, Αθήνα, 2008

Μονάδα Στρατηγικής και Πολιτικών Υγείας, Συντονιστής Μονάδας: Αλέξης Ζορμπάς, Συντονίστρια Εθνικού Σχεδίου Δράσης για τη Δημόσια Υγεία- Επιμέλεια: Έφη Σίμου

36. Ροβίνα Ν. (2007). Παθητικό κάπνισμα. *Info Respiratory & Internal Medicine*. Διαθέσιμο από: http://www.iatrikionline.gr/Respiratory_46/9.pdf

37. Vogiatzis I., Tsikrika E., Sachpekidis V., Pittas S., Kotsani A. (2010). Factors Affecting Smoking Resumption After Acute Coronary Syndromes. *Hellenic J Cardiol*; 51: 294-300.

38. Rovina N., Nikoloutsou I., Katsani G., Dima E., Fransis K., Roussos C. and Gratziou C. (2009). Effectiveness of pharmacotherapy and behavioral interventions for smoking cessation in actual clinical practice. *Ther Adv Respir Dis* 3: 279.

39. Holmes, S., Zwar, N., Jimenez-Ruiz, C. A., Ryan, P. J., Browning, D., Bergmann, L. and Johnston, J. A. (2004) Bupropion as an aid to smoking cessation: a review of real-life effectiveness. *Int J Clin Pract* 58: 285-291.

40. Johnstone, E., Hey, K., Drury, M., Roberts, S., Welch, S., Walton, R. and Murphy, M. (2004) Zyban for smoking cessation in a general practice setting: the response to an invitation to make a quit attempt. *Addiction Biology* 9: 227-232.

41. Jack, L. M., Swan, G. E., Thompson, E., Curry, S. J., McAfee, T., Dacey, S. and Bergman K. (2003) Bupropion SR and smoking cessation in actual practice: methods for recruitment, screening, and exclusion for a field trial in a managed-care setting. *Prev Med* 36: 585-593.

42. Molyneux, A., Lewis, S., Leivers, U., Anderton, A., Antoniak, M., Brackenridge, A. et al. (2003) Clinical trial comparing nicotine replacement therapy (NRT) plus brief counseling, brief counseling alone, and minimal intervention on smoking cessation in hospital inpatients. *Thorax* 58: 484-488.

43. Swan, G.E., Jac, L.M., Curry, S., Chorost, M., Javitz, H., McAfee, T. and Dacey, S. (2003a) Bupropion SR and counseling for smoking cessation in actual practice: Predictors of outcome. *Nicotine Tob Res* 5: 911-921.

44. Anderson, J.E., Douglas, M.S., Jorenby, E., Scott, W.J. and Fiore, M.C. (2002) Treating tobacco use and dependence: An evidence-based clinical practice guideline for tobacco cessation. *Chest* 121: 932-941.

45. Vaillancourt, R., Wagenaar, H., Fischer, C., Conway, R. and Plemel, J. (2002) A retrospective survey of the use of bupropion slow release by members of the Canadian Armed Forces. *Can J Clin Pharmacol* 9: 205-213.

46. Vazquez, F. L. and Becoña, E. (1996) Los programas conductuales para dejar de fumar. Eficacia a los 2-6 anos de seguimiento (Behavioural programs for smoking cessation. Efficacy at 2-6 year follow-up). *Adicciones* 8: 369-392.
47. Rovina N., Nikoloutsou I., Dima E., Michailidou M., Roussos C. and Gratziou C. (2007). Smoking cessation treatment in a real-life setting: the Greek experience. *Ther Adv Respir Dis* 1: 93.
48. Βασιιάς Δ. Α. (2010). Επιλέγοντας τον υποψήφιο για διακοπή καπνίσματος. Διακοπή καπνίσματος. Τελικό πρόγραμμα. Εισηγήσεις.
Διαθέσιμο από: www.eoncology.gr/site/pd/dk/eishghseis.pdf
49. Boutou K. A., Tsiata A E., Pataka A., Kontou K. P., Pitsiou G. G., Argyropoulou P. (2008). Smoking cessation in clinical practice: predictors of six-month continuous abstinence in a sample of Greek smokers. *Primary Care Respiratory Journal*; 17(1):32-38.
50. Jeffries Th. (c2007). Progress in smoking and health research. New York: Nova Biomedical Books.
51. Koplan KE, David SP, Rigotti NA. (2008). Smoking cessation. *BMJ*; 336:217.
52. Stokłosa A., Skoczylas A., Rudnicka A., Bednarek M., Krzyżanowski K., Górecka D. (2010). Evaluation of the motivation to quit smoking in outpatients attending a smoking cessation clinic. *Pneumonologia i Alergologia Polska*, vol. 78, no 3, pages 211–215.
53. Ebbert O. J., Wyatt D. K., Hays J. T., Klee W. E., Hurt D. R. (2010). Varenicline for smoking cessation: efficacy, safety, and treatment recommendations. *Patient Preference and Adherence*:4 355–362.
54. Lough E. Lindsay, Ebbert O. Jon, McLeod G. Thomas (2011). Evaluation of a student-run smoking cessation clinic for a medically underserved population. *BMC Research Notes*, 4:55.
55. Taylor H. A., Everson-Hock S E., Ussher M. (2010). Integrating the promotion of physical activity within a smoking cessation programme: Findings from collaborative action research in UK Stop Smoking Services. *BMC Health Services Research*, 10:317.
56. Russo A.C., de Azevedo R.C. (2010). Factors that motivate smokers to seek outpatient smoking cessation treatment at a university general hospital. *J Bras Pneumol*. Oct;36(5):603-11.

57. Tønnesen H., Faurschou P., Ralov H., Mølgaard-Nielsen D., Thomas G. and Backer V. (2010). Risk Reduction before surgery. The role of the primary care provider in preoperative smoking and alcohol cessation. *BMC Health Services Research*, 10:121.

58. Nohlert E., Tegelberg Å., Tillgren P., Johansson P., Rosenblad A. and Helgason R. Á. (2009). Comparison of a high and a low intensity smoking cessation intervention in a dentistry setting in Sweden – a randomized trial. *BMC Public Health*, 9:121.

59. Hendricks S. P., Delucchi L. K., and Hall M. S. (2010). Mechanisms of change in extended cognitive behavioral treatment for tobacco dependence. *Drug Alcohol Depend.* June 1; 109(1-3): 114–119.

60. Hall M. S., Humfleet L. G., Muñoz F. R., Reus I. V., Robbins A. J., and Prochaska J. J. (2009). Extended treatment of older cigarette smokers. *Addiction*. June; 104(6): 1043–1052.

61. Lawrence C. A., Betzner A., Schillo B., Luxenberg G. M., Christenson M., Wendling A., Saul E. J., & Kavanaugh A., (2010). The comparative effectiveness of clinic, work-site, phone, and Web-based tobacco treatment programs. *Nicotine & Tobacco Research*, Volume 12, Number 10 989–996.

62. Aveyard P. and West R.. (2007). Managing smoking cessation. *BMJ*;335;37-41.

63. Eisenberg J. M., Filion B. K., Yavin D., Bélisle P., Mottillo S., Lawrence J., Gervais A., O’Loughlin J., Paradis G., Rinfret S., Pilote L. (2008). Pharmacotherapies for smoking cessation: a meta-analysis of randomized controlled trials. *CMAJ*;179(2):135-44.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός: Η καταγραφή και εκτίμηση του επιπέδου των γνώσεων των νοσηλευτών της δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας φροντίδας υγείας όσον αφορά την λειτουργία και τη δομή των Ιατρείων Διακοπής Καπνίσματος και το ακριβές αντικείμενό τους.

Υλικό-Μέθοδος: Δημιουργία και διανομή ερωτηματολογίων στο Γενικό Νοσοκομείο και στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Λάρισας. Το ερωτηματολόγιο περιελάμβανε είκοσι (20) ερωτήσεις οι οποίες χωρίστηκαν σε δύο μεγάλες κατηγορίες, Α) στις ερωτήσεις γενικών γνώσεων και Β) στις εξειδικευμένες ερωτήσεις. Συνολικά τυπώθηκαν και διανεμήθηκαν 290 ερωτηματολόγια (100 στο Γ.Ν.Λ. και 190 στο Π.Π.Γ.Ν.Λ.) τα οποία παραδόθηκαν στα δύο προαναφερθέντα νοσοκομεία.

Αποτελέσματα: Από τα 290 ερωτηματολόγια που διανεμήθηκαν απαντήθηκαν και τα 290 δηλαδή ποσοστό 100%. Στις γενικές ερωτήσεις, δόθηκε απάντηση από όλους τους νοσηλευτές, ενώ στις εξειδικευμένες ερωτήσεις ένα μικρό ποσοστό απέφυγε να δώσει απάντηση. Επιπροσθέτως παρατηρήθηκε ότι ένα μεγάλο ποσοστό των ερωτηθέντων είναι ενημερωμένο για την λειτουργία των ιατρείων διακοπής καπνίσματος, ωστόσο παρατηρήθηκε ελλειπής ενημέρωση σε ότι αφορά τη δομή και το σκοπό των ιατρείων αυτών.

Συζήτηση-Συμπεράσματα: Η μελέτη που εκπονήθηκε αποδεικνύει πως το επίπεδο κατάρτισης των νοσηλευτών, υπολείπεται σε βασικές παραμέτρους που αφορούν τη δομή των ιατρείων διακοπής καπνίσματος. Αν και σε επίπεδο λειτουργίας των ιατρείων φαίνεται πως είναι ενήμεροι, οι γνώσεις τους είναι ελλειπείς όσον αφορά τη στελέχωσή τους. Ανεξάρτητα από την καπνισματική συνήθεια, η συντριπτική πλειονότητα των ερωτηθέντων κατανοεί τις βλαβερές επιδράσεις του καπνίσματος και γνωρίζει για την λειτουργία των ιατρείων διακοπής του καπνίσματος, χαρακτηριστικό της ορθής ενημέρωσης του νοσηλευτικού προσωπικού σχετικά με το θέμα αυτό. Επιπροσθέτως, συσχετίζοντας την καπνισματική συνήθεια με την γνώση της λειτουργίας του ιατρείου διακοπής καπνίσματος παρατηρείται ότι οι μη καπνιστές είναι περισσότερο ενημερωμένοι σχετικά με την λειτουργία των ιατρείων διακοπής καπνίσματος συγκριτικά με την ομάδα των καπνιστών.

Λέξεις κλειδιά: Ιατρεία διακοπής καπνίσματος, Κάπνισμα, Νοσηλευτές, Δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας, Τριτοβάθμια φροντίδα υγείας.

ABSTRACT

Purpose: To record and evaluate the level of knowledge of nurses working in secondary and tertiary health care, regarding the function and structure of antismoking clinics as well as their purpose.

Methods and Materials: Questionnaires were developed and delivered at the General Hospital and the University Hospital of Larissa. Each questionnaire was consisted of 20 questions which were classified in two main categories, A) questions of definition and B) specific questions. Overall, 290 questionnaires were printed and delivered to the aforementioned clinical institutes (100 at the General Hospital and 190 at the University Hospital).

Results: From the 290 questionnaires, all 290 were answered (100%). Regarding the questions of definition, all nurses gave an answer, while few nurses avoid answering at the definition questions. Additionally, the vast majority of nurses were adequately informed about the antismoking clinics function; however, it was observed insufficient knowledge with regard to the structure and the purpose of such clinics.

Discussion-Conclusion: The present study proves that the level of knowledge of the nurses is low regarding basic parameters which are concerned with the structure of the antismoking clinics. Although the majority of the nurses is informed about the antismoking clinics function, their knowledge is also restricted concerning the staffing. Independently of the smoking habit, the vast majority of the responders, knows about the harmful effects of smoking, as a result of the adequate informing about those clinics. Additionally, by correlating the smoking habit with the knowledge of antismoking center function, interestingly it was observed that the non smoking responders are more informed when compared with the smoking group.

Keywords: Antismoking Clinics, Smoking, Nurses, Secondary Health Care, Tertiary Health Care.