ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ

ΤΟΜΕΑΣ ΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ: ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ

ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ: ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ Ι. ΓΟΥΡΓΟΥΛΙΑΝΗΣ

# ΙΔΙΑΙΤΕΡΟΤΗΤΕΣ ΤΗΣ ΟΡΓΑΝΩΣΗΣ ΙΑΤΡΕΙΟΥ ΔΙΑΚΟΠΗΣ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΣΕ ΦΥΛΑΚΙΣΜΕΝΟΥΣ

ΜΑΚΡΗΣ ΗΛΙΑΣ

ΕΙΔΙΚΕΥΟΜΕΝΟΣ ΓΕΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ

ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ

ΛΑΡΙΣΑ 2012

Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
17/10/2023 13:09:06 EEST - 167.114.118.212

# ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

---

**ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ Ι. ΓΟΥΡΓΟΥΛΙΑΝΗΣ**

Καθηγητής Πνευμονολογίας Πανεπιστημίου Θεσσαλίας (επιβλέπων)

Πρύτανης Πανεπιστημίου Θεσσαλίας

**ΖΩΗ ΔΑΝΙΗΛ**

Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Πνευμονολογίας Πανεπιστημίου Θεσσαλίας

**ΧΡΥΣΗ ΧΑΤΖΟΓΛΟΥ**

Επίκουρος Καθηγήτρια Φυσιολογίας Πανεπιστημίου Θεσσαλίας



Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
17/10/2023 13:09:06 EEST - 167.114.118.212

# ΕΠΤΑΜΕΛΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

---

**ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ Ι. ΓΟΥΡΓΟΥΛΙΑΝΗΣ**

Καθηγητής Πνευμονολογίας Πανεπιστημίου Θεσσαλίας

Πρύτανης Πανεπιστημίου Θεσσαλίας

**ΖΩΗ ΔΑΝΙΗΛ**

Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Πνευμονολογίας Πανεπιστημίου Θεσσαλίας

**ΧΡΥΣΗ ΧΑΤΖΟΓΛΟΥ**

Επίκουρος Καθηγήτρια Φυσιολογίας Πανεπιστημίου Θεσσαλίας

**ΠΑΣΧΑΛΗΣ-ΑΔΑΜ ΜΟΛΥΒΔΑΣ**

Καθηγητής Φυσιολογίας Πανεπιστημίου Θεσσαλίας

**ΦΙΛΙΠΠΟΣ ΤΡΥΠΟΣΚΙΑΔΗΣ**

Καθηγητής Καρδιολογίας Πανεπιστημίου Θεσσαλίας

**ΞΕΝΟΦΩΝ ΠΑΠΑΡΡΗΓΟΠΟΥΛΟΣ**

Αναπληρωτής Καθηγητής Φιλοσοφίας, Ιστορίας και Θεωρίας του Δικαίου
Πανεπιστημίου Θεσσαλίας

**ΟΔΥΣΣΕΑΣ ΜΟΥΖΑΣ**

Επίκουρος Καθηγητής Ψυχιατρικής Πανεπιστημίου Θεσσαλίας



Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
17/10/2023 13:09:06 EEST - 167.114.118.212

*Στους γονείς μου, Γεώργιο και Αγγελική,*

*στη σύζυγό μου Αθηνά,*

*με όλη μου την αγάπη και τις ευχαριστίες μου*

*για την αμέριστη υπομονή και συμπαράστασή τους*

*όλα αυτά τα χρόνια*



Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
17/10/2023 13:09:06 EEST - 167.114.118.212

**ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ**

Ευχαριστώ,

- Τον Πρύτανη του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, Καθηγητή Πνευμονολογίας Κωνσταντίνο Ι. Γουργουλιάνη, επιστημονικό υπεύθυνο της διατριβής αυτής και εμπνευστή της ιδέας για τη λειτουργία ιατρείου διακοπής καπνίσματος σε φυλακές, για την πολύτιμη και καθοριστική του βοήθεια, την εμπιστοσύνη με την οποία με περιέβαλλε και την αμέριστη συμπαράσταση του.
- Την Επίκουρο Καθηγήτρια Φυσιολογίας του Ιατρικού Τμήματος του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας Χρυσή Χατζόγλου, για την επιστημονική βοήθεια και συνεχή υποστήριξη και συμπαράσταση. Η συμβολή της ήταν ιδιαιτέρως σημαντική στην εκπαίδευσή μου, εντάσσοντάς με στον «αγώνα» για τη διακοπή του καπνίσματος και στη διαδικασία της έρευνας και της συγγραφής επιστημονικών μελετών.
- Τον αείμνηστο Χρήστο Δραγούτσο, Διευθυντή των φυλακών Κασσαβέτειας, για την εξαίρετη συνεργασία και πολύπλευρη συμπαράσταση και βοήθειά του συνεισφέροντας αποφασιστικά για τη λειτουργία του ιατρείου.
- Το Τμήμα Σωφρονιστικής Πολιτικής του Υπουργείου Δικαιοσύνης που ενέκρινε άμεσα τη λειτουργία του ιατρείου.
- Το διοικητικό, φυλακτικό και νοσηλευτικό προσωπικό των φυλακών Κασσαβέτειας για την άψογη συνεργασία.



Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
17/10/2023 13:09:06 EEST - 167.114.118.212

## ΒΙΟΓΡΑΦΙΚΟ ΣΗΜΕΙΩΜΑ

**Ονοματεπώνυμο**: **Μακρής Ηλίας**

**Πατρώνυμο:** Γεώργιος

**Ημερομηνία γεννήσεως:** 01 – 07 – 1974

**Τόπος γεννήσεως:** Αμαλιάδα

**Οικογενειακή κατάσταση:** Έγγαμος

**Διεύθυνση κατοικίας:** Ιατρού Τζάνου 24, Βόλος 38222

Τηλ.: 6932512161

**e-mail** il_mak@yahoo.gr

**Ξένες γλώσσες:** Αγγλικά

**Πληροφορική**: Windows, Excel, Word, Powerpoint, Access

**ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ**

- Ειδικευόμενος Γενικός Ιατρός «Αχιλλοπούλειου» Νοσοκομείου Βόλου από το 2010 ως σήμερα.
- Μέλος επιτροπής εξετάσεων υποψηφίων ναυαγοσωστών του Λιμεναρχείου Βόλου στις 23-05-2011.
- Συνεργάτης Πνευμονολογικής Κλινικής Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, Ιατρείο Διακοπής Καπνίσματος, από τον Ιανουάριο 2008 ως τον Απρίλιο 2010.
- Εκπαιδευτής στο 2$^{ο}$ ΙΕΚ Βόλου στα μαθήματα: Ανατομία, Φυσιολογία, Φαρμακολογία, Νοσολογία, Διαιτητική από τον Φεβρουάριο 2008 ως τον Ιούνιο 2009.



Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
17/10/2023 13:09:06 EEST - 167.114.118.212

- Τρίμηνη εκπαίδευση στο Γενικό Νοσοκομείο Βόλου «Αχιλλοπούλειο» από τον Ιούνιο 2007 ως τον Σεπτέμβριο 2007.

- Υπηρεσία υπαίθρου στο Ε.Π.Ι. Φυλακών Κασσαβέτειας από τον Σεπτέβριο 2007 ως το Νοέμβριο 2008.

- Άμισθος βοηθός στη 5η Πνευμολογική Κλινική του Νοσοκομείου «Σωτηρία» από τον Οκτώβριο 2006 ως τον Απρίλιο 2007.

- Ιατρός αγώνων στην ΕΠΣΑ από τον Σεπτέμβριο 2004 ως τον Ιούνιο 2006.

- Βοηθός ιατρός σε καρδιολογικό ιατρείο από τον Οκτώβριο 2002 ως τον Νοέμβριο 2003.

- Ιατρός στο Στρατιωτικό Νοσοκομείο Λάρισας από τον Νοέμβριο 2001 ως τον Μάιο 2002 και στο ΤΥΓΕΘ Μυτιλήνης από τον Φεβρουάριο 2001 ως τον Νοέμβριο 2001.

**Βραβεία**

- **Βραβείο 1ης καλύτερης ολοκληρωμένης εργασίας «Γεώργιος Τρακόπουλος»** για την εργασία που παρουσιάστηκε στο 19ο Πανελλήνιο Συνέδριο Νοσημάτων Θώρακος, Ρόδος, 21-24 Οκτωβρίου 2010 με τίτλο: **Τι βοηθάει τους φυλακισμένους να κόψουν το κάπνισμα; Ηλίας Μακρής**, Κωνσταντίνος Ι. Γουργουλιάνης, Χρυσή Χατζόγλου. Πνευμονολογική κλινική Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Λάρισας, Εργαστήριο Φυσιολογίας του Ιατρικού τμήματος του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας.

**Δημοσιεύσεις σε Διεθνή Ιατρικά Περιοδικά**

- **Makris E.**, Gourgoulianis K.I., Hatzoglou C. **"Prisoners and cigarettes or "imprisoned in cigarettes"? What helps prisoners quit smoking?"**, BMC Public Health, 2012:12(1):508

- Minas M., Apostolidou E., Goudouva I., **Makris E.**, Gourgoulianis K.I., Hatzoglou C. **"Clinical phenotypes related to smoking cessation"**, Journal of Substance Abuse Treatment (accepted)



Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
17/10/2023 13:09:06 EEST - 167.114.118.212

**Δημοσιεύσεις σε Ελληνικά Ιατρικά Περιοδικά**

- Χ. Χατζόγλου, Κ. Κατσάνου, Ε. Αποστολίδου, Ε. Γώγου, **Η. Μακρής**, Σ. Ζαρογιάννης, Κ. Γουργουλιάνης. Πνευμονολογική κλινική Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Λάρισας και Εργαστήριο Φυσιολογίας του Ιατρικού τμήματος του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας. **Κάπνισμα και μέθοδοι αντιμετώπισης. Εμπειρία Ιατρείου Διακοπής Καπνίσματος ΠΠΓΝ Λάρισας.** Interscientific Health Care, 1:21-27, 2009

**Ανακοινώσεις σε συνέδρια**

1. Μάρκος Μηνάς, Ειρήνη Γκουντουβά, Ελένη Αποστολίδου, **Ηλίας Μακρής**, Κωνσταντίνος Ι. Γουργουλιάνης, Χρυσή Χατζόγλου. Πνευμονολογική κλινική Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Λάρισας. **Κλινικοί φαινότυποι διακοπής καπνίσματος.** 20$^{ο}$ Πανελλήνιο Συνέδριο Νοσημάτων Θώρακος, Αθήνα, 24-27 Νοεμβρίου 2011.

2. **Ηλίας Μακρής**, Κωνσταντίνος Ι. Γουργουλιάνης, Χρυσή Χατζόγλου. Πνευμονολογική κλινική Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Λάρισας, Εργαστήριο Φυσιολογίας του Ιατρικού τμήματος του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας. **Χαρακτηριστικά καπνισματικής συνήθειας που βοηθούν στη διακοπή καπνίσματος σε ειδικό πληθυσμό.** 14$^{ο}$ Πανελλήνιο Συνέδριο Επιστημόνων Φροντίδας Χρόνιων Πασχόντων, Λάρισα, 9-11 Νοεμβρίου 2010.

3. Ειρήνη Γκουντουβά, Ελένη Αποστολίδου, **Ηλίας Μακρής**, Μάρκος Μηνάς, Βασιλική Ζαρογιάννη, Κωνσταντίνος Ι. Γουργουλιάνης, Χρυσή Χατζόγλου. Πνευμονολογική κλινική Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Λάρισας, Εργαστήριο Φυσιολογίας του Ιατρικού τμήματος του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας. **Χαρακτηριστικά των καπνιστών που συμβάλουν στη διακοπή του καπνίσματος.** 4$^{ο}$ Πανελλήνιο Συνέδριο Επιστημόνων Φροντίδας Χρόνιων Πασχόντων, Λάρισα, 9-11 Νοεμβρίου 2010.

4. **Ηλίας Μακρής**, Κωνσταντίνος Ι. Γουργουλιάνης, Χρυσή Χατζόγλου. Πνευμονολογική κλινική Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Λάρισας, Εργαστήριο Φυσιολογίας του Ιατρικού τμήματος του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας. **Τι βοηθάει τους φυλακισμένους να κόψουν το κάπνισμα;** 19$^{ο}$ Πανελλήνιο Συνέδριο Νοσημάτων Θώρακος, Ρόδος, 21-24 Οκτωβρίου 2010.

5. **Ηλίας Μακρής**, Κωνσταντίνος Ι. Γουργουλιάνης, Χρυσή Χατζόγλου. Πνευμονολογική κλινική Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Λάρισας, Εργαστήριο Φυσιολογίας του Ιατρικού τμήματος του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας. **Λόγοι επιθυμίας ή μη επιθυμίας διακοπής καπνίσματος σε ειδικό πληθυσμό.** 16$^{ο}$ Πανελλήνιο Συνέδριο Εσωτερικής Παθολογίας, Αθήνα, 13-16 Οκτωβρίου 2010.



Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
17/10/2023 13:09:06 EEST - 167.114.118.212

6. **Η.Μακρής**, Κ.Ι. Γουργουλιάνης, Χρυσή Χατζόγλου. Πνευμονολογική κλινική Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Λάρισας. **Φυλακισμένος και τσιγάρο ή φυλακισμένος στο τσιγάρο;** 22$^{ο}$ Πανελλήνιο Συνέδριο Γενικής Ιατρικής, Κέρκυρα, 7-11 Απριλίου 2010.

7. Ειρήνη Γκουντουβά, Ελένη Αποστολίδου, **Ηλίας Μακρής**, Ελένη Βαβουράκη, Κ.Ι. Γουργουλιάνης, Χρυσή Χατζόγλου. Πνευμονολογική κλινική Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Λάρισας, Εργαστήριο Φυσιολογίας του Ιατρικού τμήματος του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας. **Ο ρόλος των προηγούμενων προσπαθειών διακοπής στη διακοπή του καπνίσματος.** 22$^{ο}$ Πανελλήνιο Συνέδριο Γενικής Ιατρικής, Κέρκυρα, 7-11 Απριλίου 2010.

8. **Η. Μακρής**, Κ. Γουργουλιάνης, Χ. Χατζόγλου. Πνευμονολογική κλινική Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Λάρισας και Εργαστήριο Φυσιολογίας του Ιατρικού τμήματος του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας. **Ιατρείο Διακοπής Καπνίσματος στις Φυλακές Κασσαβέτειας Βόλου.** 18$^{ο}$ Πανελλήνιο Συνέδριο Νοσημάτων Θώρακος, Θεσσαλονίκη, 26-29 Νοεμβρίου 2009.

9. **Η. Μακρής**, Ε. Αποστολίδου, Ε. Γκουντουβά, Κ. Γουργουλιάνης, Χ. Χατζόγλου. Πνευμονολογική κλινική Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Λάρισας και Εργαστήριο Φυσιολογίας του Ιατρικού τμήματος του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας. **Η επίδραση του φύλου στη διακοπή του καπνίσματος: ποιος είναι ο νικητής στη μάχη της διακοπής του καπνίσματος;** 18$^{ο}$ Πανελλήνιο Συνέδριο Νοσημάτων Θώρακος, Θεσσαλονίκη, 26-29 Νοεμβρίου 2009.

10. **Η. Μακρής**, Ε. Αποστολίδου, Ε. Γκουντουβά, Κ. Γουργουλιάνης, Χ. Χατζόγλου. Πνευμονολογική κλινική Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Λάρισας και Εργαστήριο Φυσιολογίας του Ιατρικού τμήματος του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας. **Τα αναπνευστικά συμπτώματα και οι νόσοι του αναπνευστικού ως κίνητρα για τη διακοπή του καπνίσματος.** 18$^{ο}$ Πανελλήνιο Συνέδριο Νοσημάτων Θώρακος, Θεσσαλονίκη, 26-29 Νοεμβρίου 2009.

11. **Η. Μακρής**, Ε. Αποστολίδου, Ε. Γώγου, Ε. Γκουντουβά, Κ. Γουργουλιάνης, Χ. Χατζόγλου. Πνευμονολογική κλινική Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Λάρισας και Εργαστήριο Φυσιολογίας του Ιατρικού τμήματος του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας. **Η συμβολή του ιατρείου διακοπής καπνίσματος του ΠΠΓΝ Λάρισας σε ασθενείς με συνυπάρχοντες παράγοντες κινδύνου αθηροσκλήρωσης.** 12$^{ο}$ Πανελλήνιο Συνέδριο Λιπιδιολογίας Αθηροσκλήρωσης και Αγγειακής Νόσου, Αθήνα, 8-10 Οκτωβρίου 2009.

12. **Η.Γ. Μακρής**, Ε.Θ. Αποστολίδου, Κ.Ι. Γουργουλιάνης, Χ.Α. Χατζόγλου. Πνευμονολογική κλινική Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Λάρισας και Εργαστήριο Φυσιολογίας του Ιατρικού τμήματος του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας. **Χαρακτηριστικά καπνισματικού ιστορικού των ασθενών που προσέρχονται στο ιατρείο διακοπής καπνίσματος του ΠΠΓΝ Λάρισας.** 21$^{ο}$ Πανελλήνιο Συνέδριο Γενικής Ιατρικής, Χαλκιδική, 22-26 Απριλίου 2009.



Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
17/10/2023 13:09:06 EEST - 167.114.118.212

13. **Η.Γ. Μακρής**, Ε.Θ. Αποστολίδου, Κ.Ι. Γουργουλιάνης, Χ.Α. Χατζόγλου. Πνευμονολογική κλινική Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Λάρισας και Εργαστήριο Φυσιολογίας του Ιατρικού τμήματος του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας. **Εμπειρία ιατρείου διακοπής καπνίσματος πανεπιστημιακού νοσοκομείου Λάρισας.** 21$^{ο}$ Πανελλήνιο Συνέδριο Γενικής Ιατρικής, Χαλκιδική, 22-26 Απριλίου 2009.

**Παρακολούθηση Ελληνικών συνεδρίων- σεμιναρίων**

- Εκπαιδευτικές Ημερίδες ΠΦΥ «Γ. Παπαδάκης» 2012, Αθήνα, 6-10 Φεβρουαρίου 2012.
- 12$^{ο}$ Πανελλήνιο Σεμινάριο Ρινολογίας, Βόλος, 3-5 Φεβρουαρίου 2012.
- 14$^{ο}$ Πανελλήνιο Συνέδριο Λιπιδιολογίας Αθηροσκλήρωσης και Αγγειακής Νόσου, Αθήνα, 13-15 Οκτωβρίου 2011.
- Ημερίδες Μεταβολισμού «Από την τεκμηριωμένη γνώση στην ορθή κλινική πράξη», Αθήνα, 11-14 Μαΐου 2011.
- Εκπαιδευτικές Ημερίδες ΠΦΥ «Γ. Παπαδάκης» 2011, Αθήνα, 31 Ιανουαρίου-4 Φεβρουαρίου 2011.
- 4$^{ο}$ Πανελλήνιο Συνέδριο Επιστημόνων Φροντίδας Χρόνιων Πασχόντων, Λάρισα, 9-11 Νοεμβρίου 2010.
- 19$^{ο}$ Πανελλήνιο Συνέδριο Νοσημάτων Θώρακος, Ρόδος, 21-24 Οκτωβρίου 2010.
- 2$^{ο}$ Πανθεσσαλικό Περιφερικό Συμπόσιο Γενικής Ιατρικής, Αγριά Βόλου, 15-17 Οκτωβρίου 2010.
- 16$^{ο}$ Πανελλήνιο Συνέδριο Εσωτερικής Παθολογίας, Αθήνα, 13-16 Οκτωβρίου 2010.
- 2$^{ο}$ Εκπαιδευτικό Σεμινάριο «Οι σύγχρονες εξελίξεις στη διάγνωση και αντιμετώπιση μεταβολικών νοσημάτων και συνοδών παθολογικών καταστάσεων», Βόλος, 1-3 Οκτωβρίου 2010.
- 22$^{ο}$ Πανελλήνιο Συνέδριο Γενικής Ιατρικής, Κέρκυρα, 7-11 Απριλίου 2010.
- Συνεχιζόμενη Εκπαίδευση Επαγγελματιών Υγείας για την Οργάνωση Ιατρείων Διακοπής Καπνίσματος, Λάρισα, 12-14 Μαρτίου 2010.
- Εκπαιδευτικές Ημερίδες ΠΦΥ «Γ. Παπαδάκης» 2010, Αθήνα, 1-5 Φεβρουαρίου 2010.
- 18$^{ο}$ Πανελλήνιο Συνέδριο Νοσημάτων Θώρακος, Θεσσαλονίκη, 26-29 Νοεμβρίου 2009.
- 12$^{ο}$ Πανελλήνιο Συνέδριο Λιπιδιολογίας Αθηροσκλήρωσης και Αγγειακής Νόσου, Αθήνα, 8-10 Οκτωβρίου 2009.
- Ημέρες Πνευμονολογίας 2009, Λάρισα, 18-19 Σεπτεμβρίου 2009.
- 35$^{ο}$ Ετήσιο Πανελλήνιο Ιατρικό Συνέδριο, Αθήνα, 5-9 Μαΐου 2009.
- 22$^{ο}$ Ετήσιο Προσυνεδριακό Σεμινάριο Υπέρτασης, Αθήνα, 5 Μαΐου 2009.
- 21$^{ο}$ Πανελλήνιο Συνέδριο Γενικής Ιατρικής, Χαλκιδική, 22-26 Απριλίου 2009.
- Διαγνωστική και Θεραπευτική αντιμετώπιση της καρδιαγγειακής νόσου στα πλαίσια της ΠΦΥ, Αθήνα, 21 Φεβρουαρίου 2009.
- Κλινικό Φροντιστήριο με θέμα: «ΧΑΠ», Αθήνα, 20 Φεβρουαρίου 2009.



Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
17/10/2023 13:09:06 EEST - 167.114.118.212

- Εκπαιδευτικές Ημερίδες ΠΦΥ «Γ. Παπαδάκης» 2009, Αθήνα, 16-21 Φεβρουαρίου 2009.
- 1$^{ο}$ Πανελλήνιο Συμπόσιο Γενικής Ιατρικής, Αθήνα, 23-24 Ιανουαρίου 2009.
- Ημέρες Πνευμονολογίας 2008, Καρδίτσα, 12-13 Σεπτεμβρίου 2008.
- Εαρινό Εκπαιδευτικό Σεμινάριο ΠΦΥ, Βόλος, 11-13 Απριλίου 2008.
- ΠΦΥ από τη θεωρία στη πράξη, Λάρισα, 23 Φεβρουαρίου 2008.
- Σεμινάριο Βασικής Καρδιοαναπνευστικής Αναζωογόνησης και Αυτόματης Εξωτερικής Απινίδωσης (BLS/AED), Αθήνα, 12 Φεβρουαρίου 2008.
- Εκπαιδευτικές Ημερίδες ΠΦΥ «Γ. Παπαδάκης» 2008, Αθήνα, 11-15 Φεβρουαρίου 2008.
- 2$^{η}$ Ημερίδα της Ουρολογικής Κλινικής Γ.Ν. Βόλου, Βόλος, 15 Σεπτεμβρίου 2007.
- Ημερίδες Μεταβολισμού, 12$^{η}$ χρονιά, Αθήνα, 6-8 Ιουνίου 2007.
- 4$^{ο}$ Ετήσιο Επιστημονικό Συνέδριο Ιατρικής Σχολής Αθηνών, Αθήνα, 1-2 Ιουνίου 2007.
- 5$^{ο}$ Συμπόσιο Επείγουσας και Εντατικής Ιατρικής Ενόπλων Δυνάμεων, Αθήνα, 18-19 Μαΐου 2007.
- 17$^{η}$ Συνεδριακή Επετειακή Επιστημονική Εκδήλωση της Ελληνικής Εταιρείας Εργαστηρίων Αιματολογίας και Αιμοδοσίας, Αθήνα, 4 Μαΐου 2007.
- 33$^{ο}$ Ετήσιο Πανελλήνιο Ιατρικό Συνέδριο, Αθήνα, 2-5 Μαΐου 2007.
- 20$^{ο}$ Εαρινό Προσυνεδριακό Σεμινάριο Υπέρτασης, Αθήνα, 2 Μαΐου 2007.
- 2$^{ο}$ Πανελλήνιο Συνέδριο Ιατρικής Βιοχημείας, Αθήνα, 19-22 Απριλίου 2007.
- 5$^{η}$ Παιδιατρική Ημερίδα Ευρωκλινικής Παίδων, Αθήνα, 31 Μαρτίου 2007.
- Εαρινό Συμπόσιο Κλινικής Φαρμακολογίας του Αναπνευστικού, Αθήνα, 30-31 Μαρτίου 2007.
- Εκπαιδευτικές Ημερίδες ΠΦΥ «Γ. Παπαδάκης» 2007, Αθήνα, 5-9 Φεβρουαρίου 2007.
- Κλινικές Εφαρμογές της Βασισμένης σε Ενδείξεις Ιατρικής, Αθήνα, Β' Εκπαιδευτική Σειρά 2006-2007.
- 2$^{ο}$ Συμπόσιο Εθνικής Επιτροπής Καρδιοαναπνευστικής Αναζωογόνησης, Αθήνα, 25 Νοεμβρίου 2006.

**Παρακολούθηση Διεθνών συνεδρίων**

- Athens Interventional Cardiovascular Therapeutics X, 9-10 October 2009, Athens Greece.
- 6$^{th}$ Annual International Congress of Cardiology, 22-24 November 2007, Athens Greece.
- International Meeting on Cardiovascular Medicine, 16-17 March 2007, Athens Greece.



Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
17/10/2023 13:09:06 EEST - 167.114.118.212

# ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ


| | | | |
|---|---|---|---|
| **1.** | | **ΕΙΣΑΓΩΓΗ** | **14** |
| **2.** | | **ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ** | **17** |
| 2.1 | | ΦΥΛΑΚΕΣ | 18 |
| | 2.1.1 | Η ιστορία του Αγροτικού Σωφρονιστικού καταστήματος Κασσαβέτειας | 18 |
| | 2.1.2 | Η κατάσταση από πλευράς νομοθεσίας | 21 |
| | 2.1.3 | Η κατάσταση στις Ελληνικές φυλακές | 24 |
| 2.2 | | ΚΑΠΝΙΣΜΑ | 26 |
| | 2.2.1 | Ορισμός του καπνίσματος | 26 |
| | 2.2.2 | Ιστορία του καπνού | 26 |
| | 2.2.3 | Μεταφορά και διάδοση του καπνού στην Ευρώπη | 27 |
| | 2.2.4 | Επιδημιολογία του καπνίσματος | 27 |
| | 2.2.5 | Προϊόντα καύσης καπνού | 28 |
| | 2.2.6 | Επιπτώσεις του καπνίσματος | 32 |
| | 2.2.7 | Εθισμός στη νικοτίνη | 34 |
| | 2.2.8 | Στρατηγικές Διακοπής του Καπνίσματος | 36 |
| 2.3 | | ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΑΚΟΠΗ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΣΕ ΣΩΦΡΟΝΙΣΤΙΚΑ ΚΑΤΑΣΤΗΜΑΤΑ | 56 |
| | 2.3.1 | Παραινέσεις για παρεμβάσεις | 56 |
| | 2.3.2 | Μέτρηση μονοξειδίου του άνθρακα (CO) | 57 |
| | 2.3.3 | Εφαρμογή μέτρου ολικής ή μερικής απαγόρευσης του καπνίσματος | 58 |
| | 2.3.4 | Θεραπευτικές παρεμβάσεις | 60 |
| 2.4 | | ΣΚΟΠΟΣ | 63 |
| **3.** | | **ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ** | **64** |
| 3.1 | | ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ | 65 |
| | 3.1.1 | Έγκριση και λειτουργία ιατρείου διακοπής καπνίσματος φυλακών Κασσαβέτειας | 65 |
| | 3.1.2 | Ερωτηματολόγια ιστορικού και διαβίωσης φυλακισμένων | 65 |
| | 3.1.3 | Φαρμακευτική και συμβουλευτική παρέμβαση | 69 |
| | 3.1.4 | Στατιστική επεξεργασία | 70 |
| 3.2 | | ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ | 71 |
| | 3.2.1 | Δείγμα | 71 |
| | 3.2.2 | Δημογραφικά στοιχεία | 71 |
| | 3.2.3 | Καθεστώς κράτησης | 72 |
| | 3.2.4 | Διαβίωση στη φυλακή | 73 |
| | 3.2.5 | Ιατρικό ιστορικό φυλακισμένων | 75 |




Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
17/10/2023 13:09:06 EEST - 167.114.118.212

| | | | |
|---|---|---|---|
| | 3.2.5.1 | Ατομικό ιστορικό | 75 |
| | 3.2.5.2 | Χρήση ναρκωτικών ή εξαρτησιογόνων ουσιών | 75 |
| | 3.2.5.3 | Δείκτης Μάζας Σώματος | 76 |
| | 3.2.5.4 | Συμπτώματα αναπνευστικού στους καπνιστές | 77 |
| | 3.2.6 | Καπνισματικό ιστορικό φυλακισμένων | 79 |
| | 3.2.7 | Λόγοι επιθυμίας ή μη διακοπής του καπνίσματος | 82 |
| | 3.2.8 | Παρέμβαση για τη διακοπή του καπνίσματος | 83 |
| | 3.2.9 | Χαρακτηριστικά που βοήθησαν τους φυλακισμένους να διακόψουν το κάπνισμα | 84 |
| 3.3 | | ΣΥΖΗΤΗΣΗ | 87 |
| 3.4 | | ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ | 96 |
| 3.5 | | ΠΕΡΙΛΗΨΗ | 98 |
| 3.6 | | SUMMARY | 100 |
| **4.** | | **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ** | **101** |
| **5.** | | **ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ** | **115** |



Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
17/10/2023 13:09:06 EEST - 167.114.118.212

# 1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ



Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
17/10/2023 13:09:06 EEST - 167.114.118.212

Τα ποσοστά των καπνιστών διεθνώς είναι ακόμα υψηλότερα, όταν αναφερόμαστε σε ειδικές ομάδες πληθυσμού, όπως είναι οι φυλακισμένοι, αγγίζοντας το 80% [1]. Το κάπνισμα σχετίζεται με την πρόκληση πολλών νόσων ή μπορεί να επιδεινώσει προϋπάρχουσα νόσο των κρατουμένων και εξαιρώντας ελάχιστες χώρες όπως η Αυστραλία δεν έχει προσεχθεί αρκετά [2,3]. Συγκρινόμενος με το γενικό πληθυσμό, ο πληθυσμός των φυλακών, είναι δυσανάλογα επηρεασμένος από προβλήματα υγείας συμπεριλαμβανομένης και της χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών [4,5]. Ένα από τα προβλήματα που καθιστούν πιο δύσκολες τις συνθήκες κράτησης είναι της ιατροφαρμακευτκής και νοσοκομειακής περίθαλψης είτε λόγω μη εύκολης πρόσβασης σε οποιαδήποτε βαθμίδα της υγείας είτε λόγω ελλείψεως προσωπικού [6].

Η λειτουργία ενός Ιατρείου Διακοπής Καπνίσματος σε φυλακισμένους έχει πολλές ιδιαιτερότητες κυρίως λόγω του άγχους για την έλλειψη της ελευθερίας και της οικογένειας, του υπερπληθυσμού των φυλακών με συνύπαρξη καπνιζόντων και μη στον ίδιο θάλαμο, των μεταγωγών σε άλλα καταστήματα κράτησης ή των εμφανίσεων σε δικαστήρια, της εξάρτησης από τη νικοτίνη και των αδειών που λαμβάνουν σύμφωνα με το νόμο [7-11].

Ενώ έχει πραγματοποιηθεί πλήθος παρεμβάσεων στο γενικό πληθυσμό, ο πληθυσμός των φυλακών δεν έχει ληφθεί υπόψη στις εθνικές στρατηγικές για τη διακοπή του καπνίσματος με συνέπεια ελάχιστα ή καθόλου να έχουν βοηθηθεί οι κρατούμενοι αν και μελέτες σε Αυστραλία και Η.Π.Α. έδειξαν εξαιρετικά υψηλά ποσοστά ενδιαφέροντος συμμετοχής τους σε προγράμματα διακοπής του καπνίσματος [12,13]. Το υψηλό ποσοστό των καπνιστών στις φυλακές της Κασσαβέτειας και η αυξημένη επιθυμία των κρατούμενων για διακοπή του καπνίσματος οδήγησε σε ολοκληρωμένη παρέμβαση υπέρ αυτής της ευπαθούς και



Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
17/10/2023 13:09:06 EEST - 167.114.118.212

μειονεκτούσας κοινωνικά ομάδας με τη λειτουργία Ιατρείου Διακοπής Καπνίσματος εντός του καταστήματος κράτησης σε μόνιμη βάση.



Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
17/10/2023 13:09:06 EEST - 167.114.118.212

# *2.* ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ



Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
17/10/2023 13:09:06 EEST - 167.114.118.212

## 2.1 ΦΥΛΑΚΕΣ

### 2.1.1 Η ιστορία του Αγροτικού Σωφρονιστικού Καταστήματος Κασσαβέτειας

Το χωριό Αϊδίνι της Μαγνησίας βρίσκεται στα βορειοδυτικά της επαρχίας Αλμυρού και ανήκε στην οικογένεια Κασσαβέτη, αρχοντική οικογένεια της Ζαγοράς, με επιχειρηματικές δραστηριότητες εντός και εκτός της Ελλάδας. Ήταν ένας από τους οικισμούς (χωριά) της επαρχίας Αλμυρού, παλιό Κονιαροχώρι (όπως δείχνει και το όνομά του) και ιδιοκτησία Τούρκων, ονομαζόταν Αϊντίν και την περιφέρειά του αγόρασε από τους Τούρκους ιδιοκτήτες του, λίγα χρόνια πριν από την ενσωμάτωση στην Ελλάδα, η οικογένεια των ομογενών Κασσαβέτη και ελληνοποίησε το όνομά του (Αϊδίνιον). Ιδιοκτήτης του Αϊδινίου και των κτημάτων της περιοχής ήταν ο Δημήτρης Κασσαβέτης, ο οποίος πέθανε στο Λονδίνο το 1870, αφήνοντας εντολή στη γυναίκα του Ευφροσύνη να δωρήσει στο Ελληνικό Έθνος το κτήμα στο Αϊδίνι, 20 χιλιάδων στρεμμάτων, για ίδρυση Γεωργικής Σχολής που θα έφερνε το όνομά του [14].

Η δωρεά του κτήματος προς το Δημόσιο έγινε στις 6 Ιανουαρίου 1888 [15]. Το δωρητήριο συμβόλαιο υπέγραψαν ο πρωθυπουργός Χαρίλαος Τρικούπης ως αντιπρόσωπος του Δημοσίου και ο Αλέξανδρος Κασσαβέτης, γιός του Δημήτρη Κασσαβέτη. Είχε πάντως προηγηθεί η μεγάλη δωρεά σε χρήμα, ώστε να αντιμετωπισθούν τα έξοδα της λειτουργίας τριών γεωργικών σχολείων, του ευεργέτη ομογενή Παναγιώτη Τριανταφυλλίδη, ο οποίος με διαθήκη του κληροδότησε μεγάλο ποσό σε κοινωφελείς σκοπούς, μεταξύ των οποίων και η ίδρυση γεωργικών σχολείων. Γι’αυτό το λόγο ο Τρικούπης ζήτησε από τους δωρητές να δεχθούν την αναφορά στην επωνυμία και του κληροδότη Τριανταφυλλίδη για τη λειτουργία της σχολής, οι δωρητές δέχθηκαν και έτσι προέκυψε η ονομασία «Κασσαβέτειος και



Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
17/10/2023 13:09:06 EEST - 167.114.118.212

Τριανταφυλλίδειος Γεωργική Σχολή», όπως αναφέρεται και στο σχετικό Διάταγμα της 4ης Μαΐου 1888 για τη σύσταση του Σχολείου. Είναι πάντως γνωστό ότι η ίδια περιοχή απέκτησε το 1900 την ονομασία «Κασσαβέτεια» που διατηρήθηκε ως επωνυμία της Γεωργικής Σχολής [16].

Στο πλαίσιο αυτής της πραγματικότητας η ίδρυση και η λειτουργία στο Αϊδίνιο της γεωργικής σχολής από το 1888 αποτέλεσε ένα μεμονωμένο γεγονός κρατικής μέριμνας για την κατάρτιση των αγροτών, που τελικά πολύ μικρή απήχηση βρήκε ανάμεσα στους θεσσαλικούς πληθυσμούς. Παρά τις αισιόδοξες προβλέψεις να παρασχεθούν (θεωρητικές και πρακτικές) γνώσεις σε νέους αγρότες ή ενδιαφερόμενους για το γεωργικό-κτηνοτροφικό επάγγελμα, η λειτουργία αυτής καθεαυτής της σχολής δεν προσεκόμισε στην εθνική οικονομία τα οφέλη που προσδοκούσε. Λόγω των συνθηκών (θεσμικών και εκπαιδευτικών) που επικράτησαν στη διάρκεια λειτουργίας της Κασσαβέτειας σχολής, φαίνεται ότι η γεωργική ανάπτυξη στο σχήμα των συγκεκριμένων δραστηριοτήτων δεν αποτέλεσε την πιο πετυχημένη μορφή γεωργικής εκπαίδευσης. Τούτο ήταν φανερό στους ιθύνοντες της σχολής, οφειλόμενο στις μη εκπληρωθείσες προϋποθέσεις, στις εγγενείς λειτουργικές ανεπάρκειες και στη μικρή ανταπόκριση μεταξύ των γεωργικών πληθυσμών και μάλιστα των θεσσαλικών περιοχών λόγω απροθυμίας των μαθητών να φοιτήσουν καθώς οι γονείς αρνούνταν να στείλουν τα παιδιά τους, αφού οι απόφοιτοι δεν είχαν τη δυνατότητα κατάληψης δημόσιας θέσης [17].

Το αμιγές γεωργικό σχολείο καταργήθηκε μετά το 1912, οπότε περιήλθε στη δικαιοδοσία του Υπουργείου Γεωργίας και Δικαιοσύνης, λειτουργώντας με δύο κατευθύνσεις. Η μία των αγροτικών φυλακών και η άλλη της γεωργικής εκπαίδευσης. Η δημιουργία αγροτικής φυλακής στο Αϊδίνι είχε αποφασιστεί από το 1911 με νόμο. Τελικώς, το 1925 με το διάταγμα της 18ης Ιουλίου ιδρύθηκε στο γεωργικό σχολείο



Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
17/10/2023 13:09:06 EEST - 167.114.118.212

Κασσαβέτειας αγροτική φυλακή [18] και στις 30 Οκτωβρίου του ίδιου έτους ψηφίστηκε νέο διάταγμα, σύμφωνα με το οποίο το γεωργικό σχολείο Κασσαβέτειας συγχωνεύτηκε με την αγροτική φυλακή και όλο το κινητό και ακίνητο κεφάλαιο του παραχωρήθηκε σ'αυτή, η οποία και ανέλαβε την εκμετάλλευση του κτήματος και των ζώων (άρθρο 1) [19]. Το άρθρο 2 προέβλεπε βέβαια τη λειτουργία κατώτερου πρακτικού γεωργικού σχολείου στην ιδρυθείσα αγροτική φυλακή όπου θα φυλακίζονταν κατάδικοι ηλικίας 16 ως 21 ετών, κατά προτίμηση παιδιά γεωργών, τα οποία θα μπορούσαν να παρακολουθούν τα διδασκόμενα μαθήματα και να εκτελούν πρακτικές ασκήσεις.

Από το 1925 λοιπόν στους χώρους του αγροκτήματος στο Αϊδίνιο που στέγασε την Γεωργική σχολή υπό τις ποικίλες ονομασίες και λειτουργίες της, εγκαταστάθηκε αρχικά η Αγροτική Φυλακή ενηλίκων και στη συνέχεια το Αγροτικό Σωφρονιστικό Κατάστημα ανηλίκων, υπαγόμενο στη δικαιοδοσία του Υπουργείου Δικαιοσύνης έως σήμερα. Οι εγκαταστάσεις των φυλακών Κασσαβέτειας εκτείνονται σε 3.000 στρέμματα, από τα οποία τα 2.000 καλλιεργήσιμα. Καλλιεργούνται όλα τα είδη δημητριακών και οψίμων καλλιεργειών και υπάρχουν ακόμη κτηνοτροφικές εκμεταλλεύσεις, δηλαδή ποίμνια, βουστάσιο, χοιροστάσιο, πτηνοτροφείο, καθώς και βιοτεχνικά εργαστήρια, όπως σιδηρουργείο, μηχανουργείο, ξυλουργείο, ραφείο και υποδηματοποιείο. Το Σωφρονιστικό Κατάστημα Ανηλίκων Κασσαβέτειας είναι αγροτικό-βιοτεχνικό. Κρατούνται σε αυτό ανήλικοι, εφηβικής και μετεφηβικής ηλικίας, 17-21 ετών. Επίσης κρατείται και μικρός αριθμός τροφίμων 22 έως 25 ετών, επειδή αυτοί οι νέοι έδειξαν «ασφαλή δείγματα βελτιώσεώς των» κατά την παραμονή τους στο Σωφρονιστήριο. Από το 1995 δέχεται και ενήλικες, οι οποίοι κρατούνται σε ξεχωριστές πτέρυγες [20] ή βρίσκονται σε καθεστώς ημιελεύθερης διαβίωσης [21].



Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
17/10/2023 13:09:06 EEST - 167.114.118.212

Η αναλογία ενηλίκων-ανηλίκων είναι 10:1 στο συγκεκριμένο κατάστημα κράτησης, το οποίο έχει δυναμικότητα περίπου 220 άρρενες κρατούμενους.

### 2.1.2 Η κατάσταση από πλευράς νομοθεσίας

Και στην Ελλάδα, σύμφωνα με την ισχύουσα νομοθεσία (άρθρο 1 παρ. 1 του Κώδικα Μεταχείρησης Κρατουμένων) σκοπός της στερητικής της ελευθερίας ποινής είναι η κοινωνική επανένταξη των κρατουμένων. Η Πολιτεία επίσης οφείλει, τόσο κατά την περίοδο της φυλάκισης, όσο και μετά την αποφυλάκισή τους, να φροντίζει γι'αυτήν και ειδικότερα για την προσαρμογή των κρατουμένων στο κοινωνικό και οικογενειακό τους περιβάλλον και την επαγγελματική τους αποκατάσταση (άρθρο 7 του Κώδικα Μεταχείρησης Κρατουμένων). Ωστόσο σε ό,τι αφορά την επίτευξη των παραπάνω στόχων, η κατάσταση δεν είναι αρκετά σαφής, γιατί το θεσμικό πλαίσιο λειτουργίας του σωφρονιστικού συστήματος στη χώρα μας είναι συγκεχυμένο. Πλήθος νόμων, διαταγμάτων, τροποποιήσεων συνθέτουν μια χαώδη σωφρονιστική νομοθεσία, η οποία ποτέ δεν εφαρμόστηκε πλήρως. Η θέσπιση προωθημένων νομοθετημάτων για τα οποία δεν υπάρχει η υλικοτεχνική υποδομή, αλλά ούτε και το κατάλληλο προσωπικό για να εφαρμοστούν, αποτελεί συνηθισμένη πρακτική που αφορά τόσο τον προηγούμενο όσο και τον νέο Σωφρονιστικό Κώδικα [22].

Δύο σημαντικοί θεσμοί που σχετίζονται άμεσα με την επαγγελματική ένταξη ή επανένταξη των κρατουμένων είναι αυτοί της εκπαίδευσης και της εργασίας.

Σε ό,τι αφορά την εκπαίδευση, ισχύει ο Κώδικας Μεταχείρησης Κρατουμένων. Ο τελευταίος προβλέπει την παροχή γραμματικών γνώσεων σε όσους δεν τις έχουν (υποχρεωτικά για τους νέους) με τη λειτουργία μονοτάξιου δημοτικού



Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
17/10/2023 13:09:06 EEST - 167.114.118.212

σχολείου μέσα στις φυλακές, καθώς και με την παροχή επαγγελματικών γνώσεων σε συνεργασία με αρμόδιους φορείς. Για την συνέχιση της δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, τεχνικής, επαγγελματικής ή και ανώτατης προβλέπονται εκπαιδευτικές άδειες (άρθρο 48 παρ. 2 και 52 παρ. 5) κατά τη διάρκεια των οποίων οι κρατούμενοι επιδοτούνται (άρθρο 56 παρ. 6).

Σε ό,τι αφορά την εργασία των κρατουμένων, όπως ήδη αναφέρθηκε, ισχύει ο Σωφρονιστικός Κώδικας του 1967 (άρθρα 53-68) σύμφωνα με τον οποίο εξασφαλίζεται εργασία για όλους τους κρατούμενους [23]. Οι κρατούμενοι απασχολούνται σε γεωργικές εργασίες, σε κτηνοτροφικές καθώς και σε βιοτεχνικά εργαστήρια και για την απασχόλησή τους αυτή προβλέπονται οι όροι εργασίας, αμοιβής και ασφάλισης σύμφωνα με την νομοθεσία που ισχύει και στην ελεύθερη αγορά [24]. Όλοι οι εργαζόμενοι κρατούμενοι, σε οποιαδήποτε εργασία, ωφελούνται από τον ευεργετικό υπολογισμό των ημερών εργασίας μειώνοντας τον χρόνο έκτισης ποινής που τους αναλογεί [25]. Ο βαρυσήμαντος θεσμός του ευεργετικού υπολογισμού των ημερών εργασίας (good time), ο οποίος αποτελεί μια κατά κάποιο τρόπο εναλλακτική λύση στην αμοιβή εργασίας των κρατουμένων, εφαρμόζεται και σε εφηβικής ηλικίας άτομα που έχουν καταδικαστεί σε ποινικό σωφρονισμό [26]. Ο ευεργετικός υπολογισμός των ημερών ποινής λόγω εργασίας στο ελάχιστο όριο του ποινικού σωφρονισμού επιτρέπεται, ανεξάρτητα αν ο κρατούμενος έχει πραγματικά εκτίσει το νομοθετικό κατώτατο όριο των έξι μηνών. Κάθε ημέρα αγροτικής ή κτηνοτροφικής εργασίας που εκτελείται σε Αγροτική Φυλακή ή σε Αγροτικό Σωφρονιστικό Κατάστημα Ανηλίκων υπολογίζεται το ανώτερο έως δύο ημέρες κράτησης και από το 2001 ανήλθε σε δύο και μισή ημέρες [27].

Στην ανθρωπιστικότερη έκτιση των ποινών και στην προετοιμασία της ομαλής επανένταξης του κρατούμενου στην κοινωνία μετά την απόλυσή του



Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
17/10/2023 13:09:06 EEST - 167.114.118.212

συμβάλλει ο θεσμός των τακτικών αδειών [11]. Στους κρατούμενους χορηγούνται τακτικές, εκπαιδευτικές και έκτακτες άδειες [28]. Η τακτική άδεια απουσίας διαρκεί κατά κανόνα από μία έως πέντε ημέρες. Ο κατάδικος μπορεί συνολικά να πάρει τακτική άδεια έως και σαράντα ημέρες το έτος υπό τις εξής προϋποθέσεις:

α) να έχει εκτίσει το ένα τρίτο τουλάχιστον του ορισθέντος κατωτάτου ορίου ποινής
β) να μην εκκρεμεί σε βάρος του ποινική διαδικασία για αξιόποινη πράξη σε βαθμό κακουργήματος
γ) να εκτιμάται από το αρμόδιο Συμβούλιο ότι δεν υπάρχει κίνδυνος τέλεσης, κατά τη διάρκεια της άδειας, νέων εγκλημάτων από τους κρατούμενους και
δ) να συντρέχουν λόγοι που να δικαιολογούν την προσδοκία ότι δεν υπάρχει κίνδυνος φυγής και ότι ο κρατούμενος δεν θα κάνει κακή χρήση της άδειας του

Η έκτιση της ποινής σε καθεστώς στέρησης της ελευθερίας έχει ως επακόλουθο αναπόφευκτες βλαπτικές για τον κρατούμενο παρεπόμενες συνέπειες [29]. Ο σωφρονιστικός νομοθέτης έχει πλήρη επίγνωση αυτής της κατάστασης. Γι’αυτό ορίζει ότι η τακτική και απρόσκοπτη επικοινωνία του κρατουμένου με το ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον αποσκοπεί αφενός στην ομαλή διαβίωσή του στο κατάστημα και αφετέρου στην ταχύτερη προσαρμογή του στην κοινωνική ζωή μετά την απόλυσή του. Η διατήρηση και ενίσχυση αυτής της επικοινωνίας δεν εξυπηρετεί απλώς την άμβλυνση των δυσμενών συνεπειών της κράτησης και τον σκοπό της κοινωνικής επανένταξης, αλλά κυρίως την προστασία της ανθρώπινης αξιοπρέπειας. Ο Σωφρονιστικός Κώδικας εισάγει μια σειρά μέτρων για τη διατήρηση και ενίσχυση των δεσμών του κρατούμενου με τον «έξω κόσμο». Η επικοινωνία με το ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον πραγματοποιείται, εκτός από τον θεσμό των αδειών που ήδη αναλύθηκε, ιδίως με την υποδοχή επισκεπτών, την ανταλλαγή επιστολών, την



Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
17/10/2023 13:09:06 EEST - 167.114.118.212

τηλεφωνική επικοινωνία και τους θεσμούς ημιελεύθερης διαβίωσης των κρατουμένων.

### 2.1.3 Η κατάσταση στις Ελληνικές φυλακές

Στη χώρα μας υπάρχουν 25 φυλακές εκ των οποίων οι 21 είναι κλειστές και οι 4 αγροτικές. Υπάρχουν ακόμα 3 θεραπευτικά καταστήματα.

Ο συνολικός αριθμός κρατουμένων κυμαινόταν το 1994 σε 6.500 άτομα, ενώ από την προβλεπόμενη χωρητικότητα μπορούν να στεγαστούν μόνο 3.900 από αυτούς [6].

Διαχωρισμός κρατουμένων δεν υφίσταται και έτσι υπόδικοι, τοξικομανείς και κατάδικοι για σοβαρά εγκλήματα συμβιώνουν στον ίδιο χώρο. Ο μοναδικός διαχωρισμός που γίνεται είναι μεταξύ ανηλίκων και ενηλίκων βάσει του Διεθνούς Συμφώνου για τα Ατομικά και Πολιτικά Δικαιώματα.

Οι ανάγκες για εργασία δεν καλύπτονται γιατί οι θέσεις εργασίας είναι περιορισμένες. Από τους 6.500 κρατούμενους το 1994 εργάζονταν μόνο οι 2.000 περίπου. Από αυτούς οι 1.000 στις αγροτικές φυλακές και οι υπόλοιποι 1.000 στις άλλες κλειστές φυλακές της χώρας.

Οι δυνατότητες ψυχαγωγίας και άθλησης είναι περιορισμένες λόγω ελλείψεως χώρων και κατάλληλων κτιριακών εγκαταστάσεων, ελλείψεως βιβλιοθηκών, η δε τηλεόραση αποτελεί το κυρίαρχο μέσο αναψυχής [30].

Ένα από τα προβλήματα που καθιστούν πιο δύσκολες τις συνθήκες κράτησης είναι της ιατροφαρμακευτκής και νοσοκομειακής περίθαλψης είτε λόγω μη εύκολης



Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
17/10/2023 13:09:06 EEST - 167.114.118.212

πρόσβασης σε οποιαδήποτε βαθμίδα της υγείας είτε λόγω ελλείψεως προσωπικού [4]. Συγκρινόμενος με το γενικό πληθυσμό, ο πληθυσμός των φυλακών είναι δυσανάλογα επηρεασμένος από προβλήματα υγείας συμπεριλαμβανομένης και της χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών [4,31]. Το κάπνισμα είναι μία παράμετρος που προκαλεί παθήσεις ή μπορεί να επιδεινώσει την υπάρχουσα επιβαρυμένη κατάσταση της υγείας των κρατουμένων και εξαιρώντας ελάχιστες χώρες δεν έχει προσεχθεί αρκετά [2,3]. Τα ποσοστά των καπνιστών διεθνώς είναι ακόμα υψηλότερα, όταν αναφερόμαστε σε ειδικές ομάδες πληθυσμού, όπως είναι οι φυλακισμένοι, αγγίζοντας το 80% [1].

Κοινωνιολογικά σύμφωνα με εμπειρικές έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί στην Ελλάδα και διεθνώς, οι κρατούμενοι χαρακτηρίζονται από μία δέσμη υπαρξιακών προβλημάτων, όπως εξάρτησης από ναρκωτικά, ανεργίας, έλλειψης στέγης, υπερχρέωσης, ζουν σε πιεστικές συνθήκες σε υποβαθμισμένες συνοικίες των μεγαλουπόλεων, έχουν χαμηλό τυπικό μορφωτικό επίπεδο και συνακόλουθα ασθενή οικονομική κατάσταση και γενικότερα έχουν μηδαμινές προοπτικές για μία αυτοδύναμη αντιμετώπιση των βιοτικών συνθηκών. Αισίως ένας στους τέσσερις κρατούμενους ήταν αγράμματος, τρεις στους τέσσερις δεν διέθεταν επαγγελματικά προσόντα και δύο στους πέντε κατάγονταν από δομικά ή και λειτουργικά αποδιοργανωμένες οικογένειες ή από διαταραγμένες οικογενειακές σχέσεις [32,33].

Οι κρατούμενοι, η λεγόμενη πελατεία των σωφρονιστικών καταστημάτων, έχουν βιώσει πολλαπλώς και ποικιλοτρόπως απορριπτικές εμπειρίες και καταστάσεις στέρησης και κοινωνικού αποκλεισμού. Γι’αυτό χρειάζονται συντονισμένες, μακρόπνοες και εντατικές προσπάθειες σε όλα τα επίπεδα, καθώς και πολυσχιδείς δραστηριότητες για την επιτυχία της κοινωνικής τους ένταξης και για την διασφάλιση της υγείας τους.



Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
17/10/2023 13:09:06 EEST - 167.114.118.212

## 2.2 ΚΑΠΝΙΣΜΑ

### 2.2.1 Ορισμός του καπνίσματος

Κάπνισμα είναι η εισπνοή του καπνού που βγαίνει από καιγόμενα φύλλα ή τρίμματα καπνού. Είναι μια πολύ παλιά συνήθεια του ανθρώπου, διαδεδομένη αρχικά στους ιθαγενείς της Κεντρικής Αμερικής.

### 2.2.2 Ιστορία του καπνού

Μια βραδιά του Νοεμβρίου του 1492, ο Χριστόφορος Κολόμβος υποδέχθηκε στο καράβι του Santa Maria, δυο κατάκοπους ναύτες του, που τους είχε στείλει πριν από μήνες να βρουν τη Κίνα, μέσα στα πυκνά δάση της Κούβας. Στη διάρκεια των περιπλανήσεών τους, ο Luis de Torres και ο Rodrigo de Jerrez παρακολούθησαν έκθαμβοι τους ιθαγενείς του νησιού, να ρουφάνε καπνό από κάτι που έκαιγαν μέσα από ένα είδος «τυλιγμένου χαρτιού». Ο πιο γενναίος από τους δυο, ο De Jerrez, τόλμησε και συμμετείχε στη παράξενη τελετή, με αποτέλεσμα να θεωρείται ως ο πρώτος Ευρωπαίος που κάπνισε, έβηξε και που επέμενε να θεωρεί τη συνήθεια αυτή ως ευχάριστη. Όταν όμως επέστρεψε στη πατρίδα του, στο χωριό Ayamonte της Ισπανίας, η Ιερά Εξέταση θεώρησε τη συνήθειά του ως δαιμονική, πιστεύοντας πως ο καπνός που έβγαινε από τα ρουθούνια του ήταν προϊόν του σατανά και έκρινε πως έπρεπε να τον φυλακίσει για 3 χρόνια.



Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
17/10/2023 13:09:06 EEST - 167.114.118.212

### 2.2.3 Μεταφορά και διάδοση του καπνού στην Ευρώπη

Πρώτοι οι Ισπανοί μετέφεραν τον καπνό στην Ευρώπη το 1519 ως βασιλικό δώρο στο Κάρολο [34]. Στη Γαλλία, η καλλιέργεια του καπνού εισήχθηκε το 1560, στη Γερμανία το 1565 και στην Αυστρία το 1560 για σκοπούς θεραπευτικούς. Οι Σάξονες καλλιέργησαν τον καπνό στα 1613 και στην Ολλανδία καλλιεργήθηκε το 1615. Το 1636 Ισπανοί έφεραν τη συνήθεια της εισπνοής καπνού στην Ιταλία, που αμέσως ο Πάπας Ουρβάνος Η' απαγόρευσε με εγκύκλιο για ένα περίπου αιώνα, έως το 1724. Στη Βαλκανική ο καπνός καλλιεργούταν από το 1636, ενώ ο Φρακίσκος Πουκεβίλ στο βιβλίο του «Περιηγήσεις στην Ελλάδα» που εκδόθηκε το 1820, γράφει πως εισαγωγείς στην Ελλάδα φέρονται δύο Γάλλοι εμπόροι που καλλιέργησαν τα πρώτα φυτά στα περίχωρα της Θεσσαλονίκης μεταξύ 1573 και 1589. Τις πρώτες σιγαροποιητικές μηχανές στην Ελλάδα εισήγαγαν το 1909 οι βιομήχανοι Βάρκας και Καραβασίλης.

Ετυμολογικές ερμηνείες της ευρωπαϊκής ονομασίας tobacco που δόθηκε στο νεόφερτο φυτό υπήρξαν πολλές. Επικρατέστερη φέρεται αυτή που παραπέμπει στο όνομα του νησιού των Αντιλλών Ταμπάγκο.

### 2.2.4 Επιδημιολογία του καπνίσματος

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας εκτιμά ότι υπάρχουν περίπου 1,5 δισεκατομμύριο καπνιστές παγκοσμίως [35], ενώ σχεδόν κάθε δευτερόλεπτο ένα νέο άτομο αρχίζει να εθίζεται στη νικοτίνη [36] και παγκοσμίως 80.000-100.000 νεαρά άτομα ξεκινούν το κάπνισμα καθημερινά. Η πλειονότητα των καπνιστών ζει στις αναπτυγμένες χώρες (800 εκατομμύρια) και είναι κυρίως άνδρες (700 εκατομμύρια). Μόνο στη Κίνα, υπάρχουν περίπου 300 εκατομμύρια καπνιστές (90% άνδρες και



Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
17/10/2023 13:09:06 EEST - 167.114.118.212

10% γυναίκες), περίπου όσοι είναι συνολικά και σε όλες τις υπόλοιπες βιομηχανικές χώρες. Το κάπνισμα σκοτώνει περίπου το μισό του συνόλου των διά βίου καπνιστών, οπότε μια τεράστια παγκόσμια επιδημία θανάτου και αναπηρίας από το κάπνισμα, κυρίως στον αναπτυσσόμενο κόσμο, είναι αναπόφευκτη. Ήδη περίπου 5 εκατομμύρια άνθρωποι πεθαίνουν από το κάπνισμα κάθε χρόνο, περισσότερους από το HIV/AIDS, την ελονοσία και η φυματίωση μαζί και αυτό το ποσοστό προβλέπεται να ανέλθει σε 8 εκατομμύρια ετησίως έως το 2030 [37]. Το 50% όσων καπνίζουν σήμερα, θα πεθάνουν από νοσήματα που σχετίζονται με το κάπνισμα αν δεν το διακόψουν. Το 90-95% του καρκίνου του πνεύμονος, το 40-45% άλλων μορφών καρκίνου και το 20-25% των καρδιαγγειακών παθήσεων οφείλεται στο κάπνισμα [38,39]. Ο επιπολασμός του καπνίσματος στα κράτη μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Ε.Ε.) ανέρχεται στο 31% του πληθυσμού. Γενικά, στις μεσογειακές χώρες το ποσοστό των καπνιστών είναι υψηλότερο από αυτό στις χώρες του βορρά. Στις περισσότερες χώρες, η αναλογία καπνιστών έχει μεταβληθεί κατά τα τελευταία 20 χρόνια, με μείωση των ανδρών καπνιστών και αύξηση των γυναικών. Στην Ελλάδα δύο στους τρεις Έλληνες (58%) και μία στις τρεις Ελληνίδες (32,2%) καπνίζουν κάθε μέρα. Συνολικά το 44,9% του πληθυσμού της χώρας είναι καπνιστές [38,40,41].

### 2.2.5 Προϊόντα καύσης καπνού

Όταν καίγεται ένα τσιγάρο παράγονται περίπου 4.000 ουσίες – ενώσεις υπό στερεά, υγρή και αέρια μορφή, εκ των οποίων ≥250 είναι τοξικές ή καρκινογόνες [42]. Ως καρκινογόνος ορίζεται κάθε παράγοντας (χημικός ή φυσικός, ιός) που συνδέεται με την εμφάνιση του καρκίνου. Το κύριο ρεύμα του καπνού που αναδύεται από την καιόμενη άκρη του τσιγάρου περιέχει περίπου $10^{10}$ σωματίδια/ml [43]. Το 95% περίπου του καπνού αποτελείται από αέρια, όπως άζωτο (59%), οξυγόνο



Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
17/10/2023 13:09:06 EEST - 167.114.118.212

(13%), διοξείδιο (14%) και μονοξείδιο του άνθρακα (3%) [44]. Πρόκειται για την αέρια φάση, η οποία περιέχει ουσίες με ασθενή καρκινογόνο δράση, όπως οξείδια του αζώτου και υδραζίνη. Στη σωματιδιακή φάση του καπνού περιλαμβάνονται οι περισσότεροι καρκινογόνοι παράγοντες. Η φάση αυτή διακρίνεται σε 4 κλάσματα:

1) το ουδέτερο κλάσμα, όπου ανήκουν οι αρωματικοί υδρογονάνθρακες, οι πλέον μελετημένοι καρκινογόνοι παράγοντες του καπνού,
2) το βασικό κλάσμα, που περιλαμβάνει την κύρια εξαρτησιογόνο ουσία του καπνού, τη νικοτίνη και τα καρκινογόνα παράγωγά της, τις νιτροζαμίνες,
3) το όξινο κλάσμα, όπου ανήκουν ουσίες με βοηθητική δράση στη καρκινογένεση, όπως οι φενόλες και οι κατεχόλες και
4) το αδιάλυτο κλάσμα, που περιέχει μέταλλα όπως το νικέλιο, το κάδμιο και το ραδιενεργό πολώνιο, με τεκμηριωμένη καρκινογόνο δράση

Μερικές από τις χημικές ουσίες που υπάρχουν στο καπνό του τσιγάρου [45] και αποτελούν και συστατικά άλλων προϊόντων, παρατίθενται στον Πίνακα 1:

Πίνακας 1. Χημικές ουσίες του καπνού του τσιγάρου

| | |
|---|---|
| **Πίσσα** | προκαλεί καρκίνο |
| **Νικοτίνη** | προκαλεί εθισμό |
| **Μονοξείδιο του άνθρακα** | βασικό συστατικό των καυσαερίων |
| **Ακετόνη** | υπάρχει στα καθαριστικά των νυχιών |
| **Αμμωνία** | χρησιμοποιείται στα καθαριστικά πατωμάτων και προστίθεται στα τσιγάρα για να αυξήσει την απορρόφηση της νικοτίνης |
| **Αρσενικό** | το γνωστό δηλητήριο που χρησιμοποιείται για τα ποντικοφάρμακα και για τα εντομοκτόνα |
| **Ανιλίνη** | βασικό χημικό συστατικό χρωμάτων |
| **Ναφθαλίνη** | χρησιμοποιείται για την προστασία των ρούχων από το σκώρο |
| **Κάδμιο** | υπάρχει στις μπαταρίες αυτοκινήτων |
| **Φορμαλδεΰδη** | υγρό βαλσάμωσης |
| **Βουτάνιο** | υπάρχει στο υγρό των αναπτήρων |
| **Ραδόνιο** | ραδιενεργό αέριο |



Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
17/10/2023 13:09:06 EEST - 167.114.118.212

Οι τρεις κύριες ουσίες, στις οποίες επικεντρώνεται το ενδιαφέρον της ιατρικής έρευνας για τις βλαβερές επιπτώσεις στην υγεία του ατόμου, είναι η νικοτίνη, η πίσσα και το μονοξείδιο του άνθρακα. Η νικοτίνη δεν θεωρείται καρκινογόνος ουσία, αλλά αποτελεί την βασική αιτία της εξάρτησης από το κάπνισμα [46], ενώ το κάπνισμα τσιγάρων με χαμηλότερα επίπεδα πίσσας και νικοτίνης δεν παρέχει κανένα όφελος στην υγεία [47].

**Νικοτίνη**

Περίπου 10 δευτερόλεπτα μετά το άναμμα του τσιγάρου, η νικοτίνη έχει απορροφηθεί από τους πνεύμονες στην κυκλοφορία του αίματος και έχει μεταφερθεί στον εγκέφαλο. Διεγείρει το κεντρικό νευρικό σύστημα ανεβάζοντας τους παλμούς της καρδιάς και την πίεση του αίματος, με αποτέλεσμα να μεγαλώνουν οι ανάγκες της καρδιάς για οξυγόνο. Επιπροσθέτως, η νικοτίνη θεωρείται υπεύθυνη και για τα οξέα στεφανιαία σύνδρομα, που αποδίδονται στο κάπνισμα, λόγω του αγγειόσπασμου που προκαλεί.

Η νικοτίνη μαζί με το συχνά προστιθέμενο βενζόλιο, είναι οι βασικοί παράγοντες εθισμού. Χωρίς αυτές τις ουσίες, εύκολα ένας καπνιστής θα μπορούσε να διακόψει το κάπνισμα. Στον Πίνακα 2 φαίνονται τα κυριότερα σημεία και συμπτώματα του εθισμού και της εξάρτησης από τη νικοτίνη [44].



Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
17/10/2023 13:09:06 EEST - 167.114.118.212

Πίνακας 2. Σημεία, συμπτώματα και επεξήγηση του εθισμού από τη νικοτίνη

| Σημεία και συμπτώματα του εθισμού | Επεξήγηση συμπτωμάτων |
|---|---|
| Αδυναμία διακοπής του καπνίσματος: | Μία ή περισσότερες σοβαρές προσπάθειες διακοπής του καπνίσματος, αλλά αποτυχία. |
| Σημεία και συμπτώματα στέρησης: | Έντονη αγωνία, ερεθιστικότητα, νευρικότητα, ανυπομονησία, δυσκολία στη συγκέντρωση, πονοκεφάλους, αϋπνία και αυξημένη όρεξη. |
| Συνέχιση του καπνίσματος παρά τα προβλήματα υγείας: | Συνεχίζουν να καπνίζουν, έστω και αν συνειδητοποιούν ότι η συνήθεια αυτή απειλεί άμεσα τη ζωή τους, όπως για παράδειγμα μετά από ένα καρδιακό επεισόδιο. |
| Κοινωνικές επιπτώσεις: | Οι εθισμένοι στη νικοτίνη είναι έτοιμοι να αποχωρήσουν ή να απομονωθούν για να καπνίσουν. Μπορεί να διακόψουν σχέσεις με κάποιους, να μην πηγαίνουν σε κάποια εστιατόρια ή άλλους χώρους που απαγορεύεται το κάπνισμα. |

**Μονοξείδιο του άνθρακα**

Το μονοξείδιο του άνθρακα (CO) προσκολλάται στην αιμοσφαιρίνη, στη θέση που μεταφέρεται το οξυγόνο και μειώνει την ικανότητα του αίματος να μεταφέρει επαρκές οξυγόνο στο σώμα. Μετατρέπει την αιμοσφαιρίνη σε ανθρακυλαιμοφαιρίνη. Η ένωση αυτή είναι 200 φορές ισχυρότερη από την ένωση του οξυγόνου με την αιμοσφαιρίνη. Ενώ η νικοτίνη κάνει την καρδιά να χτυπάει πιο γρήγορα, το



Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
17/10/2023 13:09:06 EEST - 167.114.118.212

μονοξείδιο του άνθρακα της στερεί το επιπλέον οξυγόνο που της χρειάζεται. Η αναπνοή γίνεται πιο γρήγορη και η θερμοκρασία του σώματος πέφτει κατά ένα με δύο δέκατα. Σε ένα μη καπνιστή το ποσοστό του CO είναι 1%, ενώ σε έναν καπνιστή φθάνει το 6%. Επιπλέον σε ασθενείς με ισχαιμία του μυοκαρδίου μπορεί να προκαλέσει σοβαρή επιδείνωση [44].

**Πίσσα**

Πρόκειται για ένωση πολλών και καρκινογόνων ουσιών, έχει σκούρο χρώμα και κολλώδη υφή. Επικάθεται στους βλεννογόνους του στόματος, των πνευμόνων, του στομάχου και του εντέρου, συμβάλλοντας στην πρόκληση καρκίνου αυτών των περιοχών, αλλά και στην εκδήλωση εμφυσήματος και άλλων χρόνιων αναπνευστικών παθήσεων. Η πίσσα δημιουργεί μια μαύρη επικάλυψη στις κυψελίδες και στους βρόγχους των πνευμόνων, η οποία παραμένει για αρκετά χρόνια αφότου ο καπνιστής διακόψει το κάπνισμα.

Ανάμεσα στις 4.000 ουσίες που περιέχει το τσιγάρο, η πίσσα είναι από τις πλέον βλαβερές. Μέχρι πρότινος θεωρούνταν ως η μόνη αιτία πρόκλησης καρκίνου του πνεύμονος. Περιέχει πολλούς υδρογονάνθρακες, πολλοί από τους οποίους είναι καρκινογόνοι [44].

### 2.2.6 Επιπτώσεις του καπνίσματος

Υπολογίζεται ότι σήμερα στην Ελλάδα πεθαίνουν κάθε χρόνο γύρω στα 10.000 άτομα εξαιτίας του καπνίσματος. Έχει ακόμα υπολογιστεί με ακρίβεια ότι κάποιος που καπνίζει 40 τσιγάρα την ημέρα ζει 8,5 χρόνια λιγότερο συγκριτικά με το



Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
17/10/2023 13:09:06 EEST - 167.114.118.212

μη καπνιστή και εάν καπνίζει 20 τσιγάρα την ημέρα, κατά 5 χρόνια λιγότερο. Κάθε ρουφηξιά τσιγάρου είναι περίπου μισό λεπτό λιγότερης ζωής, 1 τσιγάρο 5,5 λεπτά και 20 τσιγάρα σχεδόν 2 ώρες. Η θνητότητα των καπνιστών είναι 6 φορές υψηλότερη από εκείνη των μη καπνιστών, η δε νοσηρότητά τους σε περίπτωση νοσηλείας πολύ πιο υψηλή.

Το κάπνισμα συνδέεται άμεσα με μια σειρά σοβαρών παθήσεων. Οι συχνότερες και σημαντικότερες αριθμούνται παρακάτω:

1. **Αναπνευστικό σύστημα**

- Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια
- Χρόνια Βρογχίτιδα
- Εμφύσημα
- Παρόξυνση Βρογχικού Άσθματος

2. **Καρδιαγγειακό σύστημα**

- Αρτηριοσκλήρυνση
- Στηθάγχη
- Έμφραγμα Μυοκαρδίου
- Περιφερική Αγγειοπάθεια
- Ισχαιμική Αγγειακή Εγκεφαλική Νόσος
- Αορτικό Ανεύρυσμα

3. **Γαστρεντερικό σύστημα**

- Γαστρικό και Δωδεκαδακτυλικό Έλκος
- Γαστροοισοφαγική Παλινδρόμηση

4. **Ενδοκρινικό σύστημα**

- Μη Ινσουλινοεξαρτώμενος Σακχαρώδης Διαβήτης (προδιάθεση)
- Δυσλιπιδαιμία



Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
17/10/2023 13:09:06 EEST - 167.114.118.212

5. **Δερματολογικές επιδράσεις**

- Ρυτίδες
- Πρόωρη γήρανση

6. **Οφθαλμολογικές διαταραχές**

- Τύφλωση με εκφύλιση της ωχράς κηλίδας
- Καταρράκτης

7. **Κυήσεως διαταραχές**

- Γέννηση λιποβαρών νεογνών
- Επιπλοκές κατά τη κύηση

8. **Καρκινογόνες συνέπειες**

- Καρκίνος του Πνεύμονα
- Καρκίνος του Λάρυγγα
- Καρκίνος της Στοματικής Κοιλότητας και του Φάρυγγα
- Καρκίνος του Οισοφάγου
- Καρκίνος του Παγκρέατος
- Κακοήθειες του Ουροποιητικού (αυξημένος κίνδυνος ανάπτυξης καρκίνου ουροδόχου κύστεως, νεφρού, νεφρικής πυέλου και ουρητήρων)
- Καρκίνος Τραχήλου Μήτρας
- Καρκίνος Στομάχου

### 2.2.7 Εθισμός στη νικοτίνη

Το κάπνισμα είναι μια νόσος που δυστυχώς αρχίζει νωρίς και η διακοπή του είναι δύσκολη εξ αιτίας του μηχανισμού της εξάρτησης. Η νικοτίνη είναι μια από τις πολλές ουσίες που βρίσκονται στο καπνό και είναι υπεύθυνη για την έναρξη και



Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
17/10/2023 13:09:06 EEST - 167.114.118.212

διαιώνιση του εθισμού στα τσιγάρα. Απορροφάται ταχέως στο αίμα και με την αιματική κυκλοφορία σε 14-16 sec φθάνει στον εγκέφαλο. Η νικοτίνη ενεργοποιεί το ντοπαμινεργικό σύστημα και διεγείρει τους υποδοχείς της νικοτίνης - ακετυλοχολίνης οι οποίοι βρίσκονται σε ολόκληρο το νευρικό σύστημα. Οι υποδοχείς αυτοί ρυθμίζουν την απελευθέρωση των νευρομεταβιβαστών, οι οποίοι τροποποιούν τη διάθεση (σεροτονίνη), ενισχύουν την εγρήγορση (νορεπινεφρίνη) και προκαλούν ευχαρίστηση (ντοπαμίνη).

Η οδός του εθισμού βρίσκεται στο μέσο – μεταιχμιακό σύστημα και εκεί βρίσκονται οι υποδοχείς της νικοτίνης. Όποιος καπνίζει εισπνέει νικοτίνη με αποτέλεσμα να εθίζεται σε αυξημένα επίπεδα νευροδιαβιβαστών (ντοπαμίνη, νορεπινεφρίνη, σεροτονίνη). Η διακοπή του καπνίσματος οδηγεί σε απότομη μείωση των επιπέδων της ντοπαμίνης και της νορεπινεφρίνης με αποτέλεσμα τα συμπτώματα στέρησης. Ως εκ τούτου εθισμός στη νικοτίνη ορίζεται ο ψυχοφαρμακολογικός μηχανισμός, ο οποίος διατηρεί ή ενισχύει τη συνέχιση του καπνίσματος.

Η νικοτίνη έχει χρόνο ημιζωής περίπου 2 ώρες. Τα πρώτα δυσφορικά συμπτώματα που παρατηρούνται στη διακοπή καπνίσματος συμβαίνουν συνήθως 4-6 ώρες μετά την τελευταία λήψη νικοτίνης όταν οι περισσότεροι υποδοχείς νικοτίνης είναι σε φάση ευαισθητοποίησης αλλά δεν προσφέρεται η νικοτίνη προκειμένου να ενεργοποιηθούν. Τα στερητικά συμπτώματα κορυφώνονται τις πρώτες ημέρες της αποχής από το κάπνισμα και συνήθως καταργούνται εντός του πρώτου μήνα.

Θα πρέπει σε αυτό το σημείο να λεχθεί ότι η εξάρτηση που προκαλεί η νικοτίνη έχει παρόμοιο μηχανισμό δράσης με την εξάρτηση που προκαλούν οι ναρκωτικές ουσίες, όπως τα οπιούχα και η κοκαΐνη [48].

Συμπερασματικά, η εξάρτηση που προκαλεί η νικοτίνη είναι :



Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
17/10/2023 13:09:06 EEST - 167.114.118.212

**Α. Σωματική**

Η έλλειψη νικοτίνης προκαλεί εκτός από την έντονη επιθυμία για κάπνισμα, ένα σύνδρομο κυρίως νευρολογικό (ευερεθιστότητα, άγχος, έλλειψη συγκέντρωσης της προσοχής, ανυπομονησία, αϋπνία, νυκτερινές αφυπνίσεις, ήπια κεφαλαλγία, κατάθλιψη, επίσης αυξημένη όρεξη).

**Β. Ψυχική**

Ο καπνιστής έχει συνδυάσει το κάπνισμα τόσο με καθημερινά όσο και με μη καθημερινά γεγονότα (το φαγητό, τον καφέ, τις συναισθηματικές αλλαγές όπως άγχος, χαρά, στεναχώρια κλπ). Ο εθισμός αυτός είναι πολύ ισχυρότερος του σωματικού. Έχει παρατηρηθεί ότι η επιθυμία για κάπνισμα διατηρείται για πολλά χρόνια μετά τη διακοπή του. Σε αυτόν τον εθισμό οφείλεται κυρίως η αποτυχία οριστικής διακοπής του καπνίσματος (συχνές υποτροπές).

### 2.2.8 Στρατηγικές Διακοπής του Καπνίσματος

**α. νομοθετικές**

Ο πρώτος αντικαπνιστικός νόμος στη σύγχρονη Ελλάδα που εισήχθη με βασιλικό διάταγμα του 1856, το οποίο υπέγραψε η Βασίλισσα Αμαλία ενεργώντας εξ ονόματος του Βασιλέα Όθωνα, αφορούσε αποκλειστικά το κάπνισμα σε κρατικά κτίρια και θεμελιωνόταν στην ανάγκη πρόληψης πυρκαγιών [49]. Ο νόμος του 1856 ποτέ δεν καταργήθηκε. Όμως, όπως ο Ν. 3899 66/52 που απαγόρευε το κάπνισμα σε όλα τα μεταφορικά μέσα (λεωφορεία, ταξί, πλοία και αεροπλάνα), η Υ.Α. (Υπουργική Απόφαση) 1989 του 1979 που απαγόρευε το κάπνισμα στα νοσηλευτικά ιδρύματα και τις ιδιωτικές κλινικές, το ΦΕΚ 475Β/09-05-1980 που το απαγόρευε σε όλους τους κλειστούς δημόσιους χώρους, το ΦΕΚ 802Β/06-101993 σε όλους τους



Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
17/10/2023 13:09:06 EEST - 167.114.118.212

χώρους παροχής υπηρεσιών υγείας ή το ΦΕΚ 1001Β/01-08-2002 σε όλους τους δημόσιους χώρους, τα μεταφορικά μέσα και τις μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας και πολλά άλλα νομοθετήματα, απλά αγνοήθηκαν. Μόνο η Υ.Α. του ΦΕΚ 327Β/31-05-1990 που απαγόρευε το κάπνισμα στις αεροπορικές πτήσεις τηρήθηκε αυστηρά. Αυτό μόνο και μόνο γιατί όλες οι ξένες αεροπορικές εταιρείες την είχαν ήδη εφαρμόσει, επειδή η συχνή αλλαγή φίλτρων στα αεροσκάφη είχε πολύ υψηλό κόστος. Η Ολυμπιακή Αεροπορία ήταν η τελευταία που απαγόρευσε το κάπνισμα στις υπερατλαντικές πτήσεις της, προσελκύοντας έτσι καπνιστές επιβάτες. Από τον πρώτο αντικαπνιστικό νόμο πέρασε 1,5 αιώνας για να επέλθει στην Ελλάδα η γενική απαγόρευση του καπνίσματος (με εξαιρέσεις) την 1η Ιουλίου 2009 [50] και η καθολική απαγόρευση στους δημόσιους χώρους το 2010 με το Νόμο 3868. Ιδιαίτερα τη τελευταία 20ετία το Ευρωπαϊκό Συμβούλιο είχε ζητήσει από τα Κράτη-μέλη του με ψήφισμα [51] και με σύστασή του [52] αποτελεσματικά μέτρα για την απαγόρευση του καπνίσματος και την ασφάλεια της υγείας όπως και το Δικαστήριο των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων με απόφασή του [53]. Για τους ίδιους λόγους η Ελλάδα είχε υπογράψει και κυρώσει με νόμο (Ν.3420/2005) την Σύμβαση Πλαίσιο του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας για την καταπολέμηση του καπνίσματος [54].

Η γενική απαγόρευση του καπνίσματος στη χώρα μας σκοπεύει στη μείωση της κατανάλωσης καπνού, αφού σύμφωνα με πρόσφατη έρευνα, οι Έλληνες με μέση κατανάλωση κατά κεφαλή η οποία ξεπερνά τα 8 τσιγάρα ημερησίως αναδείχθηκαν παγκοσμίως πρώτοι ανάμεσα σε 123 χώρες στο δείκτη καπνίσματος [55]. Επίσης έρευνες της τελευταίας δεκαετίας έχουν δείξει πως το ποσοστό των Ελλήνων καπνιστών είναι υψηλό και ιδιαίτερα των ανδρών, το οποίο κυμαίνεται από 46,8% το 2000 [56] έως 49,9% το 2006 [57].



Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
17/10/2023 13:09:06 EEST - 167.114.118.212

Για την ενίσχυση και προώθηση προγραμμάτων διακοπής του καπνίσματος, με την αρ. Υ3/οικ.4552/05-07-1993 Υπουργική Απόφαση έγινε πράξη η ίδρυση και λειτουργία Κέντρων Διακοπής Καπνίσματος σε δημόσια νοσοκομεία.

**β. επεμβατικές-ιατροφαρμακευτικές**

**ΕΠΙΛΟΓΗ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗΣ**

Η καπνισματική συνήθεια αποτελεί μια διαδικασία χρόνια και επαναλαμβανόμενη, επομένως οι στρατηγικές διακοπής του καπνίσματος συνήθως απαιτούν μια εξίσου επίμονη και επαναλαμβανόμενη προσπάθεια που περιλαμβάνει συμβουλευτικές, υποστηρικτικές και φαρμακευτικές παρεμβάσεις από την πλευρά του θεράποντα ιατρού, ο οποίος οφείλει να γνωρίζει ότι η χρήση καπνού συνδέεται με πολλαπλές παραμέτρους τόσο στο τομέα της φυσιολογίας όσο και της ψυχολογίας του καπνιστή, άρα κάθε προσπάθεια διακοπής πρέπει να αποτελεί μια σταδιακά εξελισσόμενη και κλιμακούμενη διαδικασία [58]. Με γνώμονα αυτή την ιδιαιτερότητα, έχουν καθοριστεί συγκεκριμένα στάδια μη φαρμακευτικής προσέγγισης προς κάθε καπνιστή που έρχεται σε επαφή με κάποιον ιατρό, όχι απαραίτητα για να διακόψει το κάπνισμα αλλά και για οποιαδήποτε άλλη αιτία [59].

Η προσπάθεια διακοπής του καπνίσματος, πέρα από κάθε συμβουλευτική και φαρμακευτική διαδικασία, προϋποθέτει κατ' αρχήν τη συναίνεση του ασθενούς ως προς τη διακοπή, αλλά και τη διατήρηση της συναίνεσης αυτής για όσο το δυνατόν μεγαλύτερο χρονικό διάστημα, ακόμη και δια βίου στη καλύτερη των περιπτώσεων. Κάθε καπνιστής είναι δυνητικά υποψήφιος διακοπής του καπνίσματος. Επομένως δεν πρέπει να υπάρχει περιορισμός ως προς τις ιδιότητες του υποψηφίου, για παράδειγμα το φύλο, την ηλικία, το μορφωτικό του επίπεδο, την οικονομική του κατάσταση, τα



Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
17/10/2023 13:09:06 EEST - 167.114.118.212

έτη καπνίσματος, τα συνυπάρχοντα νοσήματα, το αν ανήκει σε ειδική ομάδα πληθυσμού και όλους τους επιμέρους παράγοντες που διαφοροποιούν τα άτομα μεταξύ τους. Το μόνο που χρειάζεται είναι η επιθυμία του καπνιστή να διακόψει το κάπνισμα.

Η επιλογή της στρατηγικής παρέμβασης εκ μέρους του κλινικού ιατρού πρέπει να βασισθεί στην αξιολόγηση της καπνισματικής συνήθειας του καπνιστή και στη διάθεσή του να διακόψει το κάπνισμα. Η αρχική εκτίμηση της κινητοποίησης του καπνιστή θεωρείται πλέον σημαντική. Οι θεραπευτικές παρεμβάσεις διαφέρουν ανάλογα με τον τύπο των καπνιστών [60-65].

Αρχικά είναι απαραίτητη η ταξινόμηση του καπνιστή σε μια από τις ακόλουθες ομάδες, ανάλογα με την κινητοποίηση και προθυμία του να διακόψει την καπνισματική του συνήθεια (Πίνακας 3). Σύμφωνα με αυτή τη κατάταξη υπαγορεύεται και η θεραπευτική παρέμβαση.

Πίνακας 3. Ταξινόμηση των καπνιστών σε ομάδες ανάλογα με την προθυμία τους για διακοπή του καπνίσματος

| **ΟΜΑΔΕΣ** | **ΠΡΟΘΥΜΙΑ ΚΑΠΝΙΣΤΩΝ ΓΙΑ ΔΙΑΚΟΠΗ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ** |
|---|---|
| **ΟΜΑΔΑ Α** | Καπνιστές που είναι πρόθυμοι να προσπαθήσουν να διακόψουν το κάπνισμα |
| **ΟΜΑΔΑ Β** | Καπνιστές που αυτή τη στιγμή δεν είναι πρόθυμοι να προσπαθήσουν να διακόψουν το κάπνισμα |
| **ΟΜΑΔΑ Γ** | Πρώην καπνιστές που διέκοψαν το κάπνισμα πρόσφατα |



Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
17/10/2023 13:09:06 EEST - 167.114.118.212

## ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΚΑΠΝΙΣΤΩΝ ΠΟΥ ΕΙΝΑΙ ΔΙΑΤΕΘΕΙΜΕΝΟΙ ΝΑ ΔΙΑΚΟΨΟΥΝ ΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ

Στον Πίνακα 4 αναφέρονται τα **πέντε (5) κύρια βήματα** θεραπευτικής παρέμβασης με βάση τις κατευθυντήριες οδηγίες του 2008 για την ομάδα των καπνιστών που επιθυμεί να διακόψει το κάπνισμα [66].

Πίνακας 4. Κύρια βήματα στην ομάδα καπνιστών για θεραπευτική παρέμβαση

| ΤΑ 5 ΚΥΡΙΑ ΒΗΜΑΤΑ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ |
|---|
| 1. Ρωτήστε τον ασθενή αν καπνίζει |
| 2. Συμβουλεύστε να διακόψει το κάπνισμα |
| 3. Αξιολογήστε την προθυμία του να προσπαθήσει να διακόψει το κάπνισμα |
| 4. Βοηθήστε όσους είναι πρόθυμοι να προσπαθήσουν να διακόψουν το κάπνισμα |
| 5. Προγραμματίστε την παρακολούθηση του καπνιστή για την πρόληψη υποτροπής |

Η θεραπευτική παρέμβαση για τη διακοπή του καπνίσματος περιλαμβάνει, καταρχήν τον συστηματικό εντοπισμό όλων των καπνιστών σε κάθε επίσκεψη. Επιπροσθέτως ο ιατρός θα πρέπει να παροτρύνει έντονα όλους τους καπνιστές να διακόψουν το κάπνισμα. Επίσης να προσδιορίσει την προθυμία του καπνιστή να προσπαθήσει να διακόψει το κάπνισμα [67]. Κατά συνέχεια, ο ιατρός βοηθά τον καπνιστή να διακόψει το κάπνισμα. Δημιουργείται ένα χρονοδιάγραμμα διακοπής καπνίσματος, δίνονται πρακτικές συμβουλές σχετικά με την αντιμετώπιση προκλήσεων και πειρασμών και συστήνεται η χρήση εγκεκριμένης φαρμακευτικής θεραπείας εκτός εξαιρετικών περιπτώσεων. Επίσης προγραμματίζεται μια επικοινωνία παρακολούθησης του καπνιστή απαραίτητη για οποιασδήποτε φύσεως προβλήματα μπορεί να προκύψουν από τη διακοπή του καπνίσματος ή τη φαρμακευτική θεραπεία.



Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
17/10/2023 13:09:06 EEST - 167.114.118.212

Η ενίσχυση των κινήτρων για τη διακοπή του καπνίσματος είναι πρωταρχική και περιλαμβάνει την ατομική κινητοποίηση, την ψυχολογική υποστήριξη, την επισήμανση των κινδύνων, την αναφορά στα οφέλη από τη διακοπή του καπνίσματος, τη συζήτηση απορριών του καπνιστή και την πρόληψη υποτροπής.

Σημαντικότατη και καθοριστική είναι η ψυχολογική υποστήριξη του καπνιστή. Ο ιατρός οφείλει να επισημάνει και να ακολουθήσει κάποια βήματα υποστήριξης της προσπάθειας που κάνει ένας καπνιστής για να διακόψει το κάπνισμα:

1) Προσδιορίζονται τα γεγονότα και οι δραστηριότητες που αυξάνουν τον κίνδυνο καπνίσματος και υποτροπής, όπως η συναναστροφή με άλλους καπνιστές και η κατανάλωση αλκοόλ.
2) Επίσης προσδιορίζεται και εξασκείται η ικανότητα αντιμετώπισης ή επίλυσης προβλημάτων. Ο καπνιστής θα πρέπει να μάθει να αναμένει και να αποφεύγει τους πειρασμούς, να επιφέρει αλλαγές στον τρόπο ζωής του, οι οποίες μειώνουν το άγχος, βελτιώνουν την ποιότητα ζωής ή προκαλούν ευχαρίστηση. Κατά συνέχεια να μάθει γνωστικές δραστηριότητες και συμπεριφορές, έτσι ώστε να είναι σε θέση να αντιμετωπίζει την παρόρμηση να καπνίσει (π.χ. απόσπαση της προσοχής).
3) Παρέχονται βασικές πληροφορίες σχετικά με το κάπνισμα και την επιτυχή διακοπή του. Ο ασθενής πρέπει να ενημερωθεί για το γεγονός ότι το κάπνισμα (ακόμη και μια ρουφηξιά) αυξάνει την πιθανότητα πλήρους υποτροπής.
4) Ενθάρρυνση του ασθενούς από τον ιατρό στην προσπάθεια να διακόψει το κάπνισμα.
5) Να δείξει ο ιατρός ότι ενδιαφέρεται και νοιάζεται.
6) Υποστήριξη από το κοινωνικό περιβάλλον [68].



Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
17/10/2023 13:09:06 EEST - 167.114.118.212

## ΤΡΕΧΟΥΣΕΣ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΑΚΟΠΗ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ

Αυτή τη στιγμή υπάρχουν αποτελεσματικά φάρμακα πρώτης και δεύτερης γραμμής για τη διακοπή του καπνίσματος.

Έχουν αναγνωρισθεί 7 φαρμακευτικές αγωγές πρώτης γραμμής που τεκμηριωμένα αυξάνουν τα ποσοστά μακροχρόνιας αποχής από το κάπνισμα [69], καθώς και δύο δεύτερης γραμμής φαρμακευτικές αγωγές που μπορούν να χρησιμοποιηθούν από τους κλινικούς γιατρούς αν οι πρώτης γραμμής δεν είναι αποτελεσματικές (Πίνακας 5).

Πίνακας 5. Φαρμακευτικές θεραπείες για τη διακοπή του καπνίσματος

| | |
|---|---|
| **Α. ΦΑΡΜΑΚΑ ΠΡΩΤΗΣ ΓΡΑΜΜΗΣ** | |
| Α1. | Μασώμενα δισκία νικοτίνης |
| Α2. | Διαδερμικά αυτοκόλλητα νικοτίνης |
| Α3. | Εισπνεόμενη νικοτίνη |
| Α4. | Υπογλώσσιες ταμπλέτες νικοτίνης |
| Α5. | Παστίλιες νικοτίνης |
| Α6. | Υδροχλωρική βουπροπιόνη |
| Α7. | Βαρενικλίνη |
| **Β. ΦΑΡΜΑΚΑ ΔΕΥΤΕΡΗΣ ΓΡΑΜΜΗΣ** | |
| Β1. | Κλονιδίνη |
| Β2. | Νορτριπτυλίνη |

### Α. ΦΑΡΜΑΚΑ ΠΡΩΤΗΣ ΓΡΑΜΜΗΣ

#### Υποκατάστατα νικοτίνης

Η φαρμακευτική αγωγή με νικοτίνη βελτιώνει την προσπάθεια διακοπής του καπνίσματος μέσα από έναν ή περισσότερους από τους ακόλουθους μηχανισμούς:

1) Μειώνει τα συμπτώματα του στερητικού συνδρόμου της νικοτίνης που συνοδεύουν την αποχή από το κάπνισμα.



Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
17/10/2023 13:09:06 EEST - 167.114.118.212

2) Μπορεί να λειτουργήσει ως ανασταλτικός παράγοντας της ψυχολογικής εξάρτησης που δημιουργείται μέσω της τελετουργίας του ανάμματος του τσιγάρου.

3) Αποτελεί έναν τρόπο αντιμετώπισης της επιθυμίας σε περιόδους όπου το άτομο μπορεί να αισθανθεί έντονη επιθυμία για τσιγάρο.

Μελέτες δείχνουν ότι το 20% των ατόμων που συνδυάζουν τη χρήση σκευασμάτων νικοτίνης με την ψυχολογική υποστήριξη από ειδικούς θα καταφέρουν να διακόψουν το κάπνισμα τουλάχιστον για ένα χρόνο και το 10% δεν θα ξανακαπνίσει ποτέ [68-69].

Η χρήση των υποκατάστατων νικοτίνης αυξάνει τα ποσοστά διακοπής του καπνίσματος σε βάθος χρόνου, ανακουφίζει από την επιθυμία για κάπνισμα και από τα στερητικά συμπτώματα. Τα ποσοστά διακοπής του καπνίσματος μεγιστοποιούνται όταν τα υποκατάστατα νικοτίνης εφαρμόζονται σε συνδυασμό με θεραπεία συμπεριφοράς [69].

Οι χρήστες υποκατάστατων νικοτίνης δεν θα πρέπει να τα χρησιμοποιούν σε αντικατάσταση του τσιγάρου. Κάθε θεραπεία με υποκατάστατα νικοτίνης θα πρέπει να είναι βραχυπρόθεσμη και να αποσκοπεί στην διακοπή του καπνίσματος, γιατί η παρατεταμένης διάρκειας χρήση των εν λόγω σκευασμάτων δεν στερείται παρενεργειών. Η ταυτόχρονη παρακολούθηση ενός ειδικού προγράμματος ψυχολογικής υποστήριξης θα αυξήσει σημαντικά τις πιθανότητες διακοπής του καπνίσματος.

Επίσης συνιστάται πλήρης αποχή από το κάπνισμα κατά την διάρκεια χρήσης υποκατάστατων νικοτίνης, καθώς υπάρχει μεγάλη πιθανότητα εμφάνισης τοξικών επιπέδων νικοτίνης στο αίμα.



Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
17/10/2023 13:09:06 EEST - 167.114.118.212

Όλες οι μορφές υποκατάστατων νικοτίνης διατίθενται σε καπνιστές ηλικίας άνω των 18 ετών. Στους καπνιστές με ειδικά προβλήματα υγείας (καρδιαγγειακά νοσήματα, υπερθυρεοειδισμός, σακχαρώδης διαβήτης, σοβαρή νεφρική και ηπατική ανεπάρκεια) θα πρέπει να χορηγούνται μετά από προσεκτική εκτίμηση των κινδύνων και των ωφελειών της θεραπείας και μετά από συζήτηση με έναν ειδικό. Το ίδιο ισχύει και για τις έγκυες γυναίκες και τις μητέρες που θηλάζουν λόγω της ταχυκαρδίας που προκαλούν.

Οι θεραπείες υποκατάστασης της νικοτίνης είναι καλά ανεκτές. Οι πιο συνηθισμένες ανεπιθύμητες ενέργειες είναι τοπικές αντιδράσεις, όπως ερεθισμός του δέρματος με τα αυτοκόλλητα νικοτίνης και ερεθισμός της μύτης με τα εκνεφώματα, που συνήθως δεν απαιτούν διακοπή της θεραπείας.

Τα υποκατάστατα νικοτίνης υπάρχουν στις εξής μορφές:

**Α1. μασώμενα δισκία νικοτίνης (2mg, 4 mg)**

Η επιλογή εξαρτάται από τον βαθμό της εξάρτησής του καπνιστή. Συνήθως, η τσίχλα θα πρέπει να λαμβάνεται για ένα-δύο μήνες και μέσα στον επόμενο μήνα να μειώνεται η χρήση της. Ο καπνιστής μασά την τσίχλα και μόλις αισθανθεί ένα κάψιμο στη γλώσσα, την τοποθετεί ανάμεσα στα δόντια και στα ούλα. Η ίδια διαδικασία επαναλαμβάνεται, μόλις ο καπνιστής αισθανθεί ξανά την επιθυμία για τσιγάρο. Μια τσίχλα απελευθερώνει νικοτίνη για περίπου 30 λεπτά. Η δοσολογία αφορά τη χρήση μιας τσίχλας κάθε δύο ώρες.



Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
17/10/2023 13:09:06 EEST - 167.114.118.212

**Α2. διαδερμικά αυτοκόλλητα (5, 10, 15, 25 mg με 16ωρη δράση και 7, 14, 21mg με 24ωρη δράση)**

Είναι επιθέματα που απελευθερώνουν ένα σταθερό ποσό νικοτίνης καθημερινά. Ο καπνιστής τα κολλά στο δέρμα των χεριών ή του θώρακα (όχι πάνω από τη καρδιά) σε σημείο χωρίς πυκνό τρίχωμα. Τα 16ωρης δράσης τοποθετούνται μετά την αφύπνιση και αφαιρούνται το βράδυ πρίν τον ύπνο, ενώ τα 24ωρης διάρκειας αφαιρούνται την επόμενη μέρα. Η δοσολογία εξαρτάται από τη βαρύτητα του καπνίσματος και την εξάρτηση του καπνιστή. Κάθε μέρα, ένα καινούριο αυτοκόλλητο θα πρέπει να τοποθετείται σε διαφορετικό σημείο του σώματος, ώστε να μην ερεθιστεί το δέρμα. Τα αυτοκόλλητα νικοτίνης χρησιμοποιούνται για 8-12 εβδομάδες ή μεγαλύτερο διάστημα αν χρειαστεί.

**Α3. εισπνεόμενη νικοτίνη**

**συσκευή εισπνοών με επιστόμιο (πίπα) (10mg)**

Η πίπα νικοτίνης είναι ένας κύλινδρος που μοιάζει με τσιγάρο και απελευθερώνει νικοτίνη σε μεγάλη δόση. Η πίπα νικοτίνης φαίνεται ελκυστική, γιατί χρησιμοποιώντας την, ο καπνιστής μιμείται την κίνηση του καπνίσματος. Ο καπνιστής αντικαθιστά το τσιγάρο με την πίπα νικοτίνης. Κατόπιν, εφόσον έχει αποσυνδεθεί η συνήθεια του καπνίσματος με το τσιγάρο, είναι πιο εύκολο για τον καπνιστή να διακόψει τη χρήση της πίπας. Καλό είναι η πίπα νικοτίνης να χρησιμοποιείται κάθε φορά που αισθάνεται ο καπνιστής την επιθυμία για τσιγάρο. Ως προς τη δοσολογία, δεν πρέπει να ξεπερνιούνται οι δεκαέξι δόσεις νικοτίνης την ημέρα και οι δώδεκα εβδομάδες χρήσης.



Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
17/10/2023 13:09:06 EEST - 167.114.118.212

**ρινικό εκνεφώμα (0,5mg ανά ψεκασμό)**

Το ρινικό σπρέι νικοτίνης απελευθερώνει γρήγορα νικοτίνη στον βλεννογόνο της μύτης, πιο γρήγορα από όλα τα υπόλοιπα υποκατάσταστα νικοτίνης. Η χρήση του περιλαμβάνει 1-2 mg νικοτίνης/ώρα με μέγιστη δοσολογία τα 40 mg/ημέρα. Χρησιμοποιείται για διάστημα 12-26 εβδομάδων με σταδιακή μείωση από την 12η εβδομάδα.

**Α4. υπογλώσσιες ταμπλέτες νικοτίνης (2 mg νικοτίνης συνδεδεμένη με βετακυκλοδεξτρίνη)**

Οι σοβαρά εξαρτημένοι πρέπει να χρησιμοποιούν 2 ταμπλέτες των 2mg την ώρα, με μέγιστη δόση τις 40 ταμπλέτες την ημέρα ενώ οι ηπιότερα εξαρτημένοι καπνιστές τη μισή δοσολογία. Η θεραπεία πρέπει να διαρκεί 3 μήνες και μετά να ακολουθείται σταδιακή μείωση για συνολικά 6 μήνες (25% μείωση κάθε μήνα).

**Α5. παστίλιες νικοτίνης (1 mg, 2 mg, 4mg)**

Οι παστίλιες απελευθερώνουν 25% περισσότερη νικοτίνη από τις τσίκλες, τοποθετείται μέσα στο στόμα και διαλύεται σε 30 λεπτά, ενώ πρέπει να αποφεύγεται η μάσηση ή η κατάποσή της. Οι καπνιστές με υψηλή εξάρτηση πρέπει να χρησιμοποιούν τη δόση των 4mg, 1 παστίλια ανά 1-2 ώρες κατά τη διάρκεια των πρώτων 6 εβδομάδων σταδιακώς μειούμενη μέχρι τις 12 εβδομάδες, ενώ οι καπνιστές με μικρό βαθμό εξάρτησης πρέπει να χρησιμοποιούν τη δόση των 2mg ακολουθώντας το ίδιο σχήμα. Οι παστίλιες μπορούν να χρησιμοποιηθούν για 6 μήνες και στη συνέχεια περιστασιακά για 6-12 εβδομάδες μετά τη διακοπή.



Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
17/10/2023 13:09:06 EEST - 167.114.118.212

● **Αποτελεσματικότητα υποκατάστατων νικοτίνης**

Η χρήση των NRT (υποκατάστατων νικοτίνης) αυξάνει τα ποσοστά διακοπής του καπνίσματος σε βάθος χρόνου, ανακουφίζει από την επιθυμία για κάπνισμα και από τα στερητικά συμπτώματα. Τα ποσοστά διακοπής του καπνίσματος μεγιστοποιούνται όταν τα NRT εφαρμόζονται σε συνδυασμό με θεραπεία συμπεριφοράς [69-71]. Περίπου 20% των καπνιστών που λαμβάνουν NRT και έχουν ειδική στήριξη παραμένουν χωρίς κάπνισμα για 12 μήνες, ενώ 10% διατηρούν την αποχή από το κάπνισμα εάν τους δοθεί μία σύντομη ενημέρωση από έναν ειδικό σε συνδυασμό με υποκατάσταση της νικοτίνης [69-78].

Η ανασκόπηση Cochrane περιλαμβάνοντας περισσότερες από 90 μελέτες, κατέδειξε ότι η υποκατάσταση της νικοτίνης βοηθά τους καπνιστές να διακόψουν το κάπνισμα [69]. Ένα σύνολο 96 ελεγχόμενων με εικονική θεραπεία, τυχαιοποιημένων μελετών για τη χρήση των NRT, έδειξε ότι η χρήση τους αυξάνει την πιθανότητα για έναν καπνιστή να σταματήσει το κάπνισμα για τουλάχιστον 6 μήνες κατά ένα ποσοστό 7%. Ένα πρόγραμμα συμπεριφορικής υποστήριξης, με επαναλαμβανόμενες συνεδρίες ομάδων ή ατομικές, έδειξε επίσης ότι αυξάνει >6 μήνες τα ποσοστά επιτυχίας κατά 7% [77]. Σε συνδυασμό με την συμπεριφορική υποστήριξη τα ποσοστά διακοπής του καπνίσματος αυξάνονται στο 15%. Η πρώιμη υποτροπή είναι συχνή στις μελέτες που χρησιμοποιούν NRT και είναι ενδεικτική μίας ανεπιτυχούς προσπάθειας διακοπής [69].

Υπάρχουν λίγα σαφή στοιχεία για την σύγκριση της αποτελεσματικότητας των διαφόρων NRT μεταξύ τους, για αυτό η απόφαση για το πιο προϊόν θα χρησιμοποιηθεί μπορεί να καθορίζεται από τις ιδιαίτερες προτιμήσεις των καπνιστών [69,70]. Οι μονοθεραπείες με NRT έχουν αποδειχθεί αποτελεσματικές σε καπνιστές που είναι αποφασισμένοι να κάνουν προσπάθεια διακοπής. Σε αυτούς όμως που είναι



Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
17/10/2023 13:09:06 EEST - 167.114.118.212

σοβαρά εξαρτημένοι, μπορεί να αποδειχθεί χρήσιμο να συνδυαστούν διαφορετικά προϊόντα NRT [79-81]. Μερικοί ειδικοί συνιστούν τέτοιου είδους συνδυασμούς (π.χ. εξασφάλιση ενός επιπέδου νικοτίνης με αυτοκόλλητα και έλεγχος της επιθυμίας με ταχύτερης δράσης προϊόντα). Σε έξι μελέτες φάνηκε ότι τα αυτοκόλλητα νικοτίνης με υψηλή δόση είναι πιο αποτελεσματικά από αυτά των συνήθων δόσεων [70,71,82].

**Α6. υδροχλωρική βουπροπιόνη**

Η υδροχλωρική βουπροπιόνη είναι η πρώτη φαρμακευτική ουσία που δεν περιέχει νικοτίνη και έχει εγκριθεί τόσο στις Η.Π.Α., όσο και στην Ευρωπαϊκή Ένωση από το 1997. Έχει αποδεδειγμένη αποτελεσματικότητα σε άτομα που καπνίζουν από 10 τσιγάρα και άνω και είναι αποφασισμένα να κόψουν το κάπνισμα.

Η υδροχλωρική βουπροπριόνη είναι ένας εκλεκτικός αναστολέας των νευρώνων επαναπρόσληψης των κατεχολαμινών (νοραδρεναλίνη και ντοπαμίνη) με ελάχιστη επίδραση στην επαναπρόσληψη της σεροτονίνης και καμία ανασταλτική επίδραση στη μονοαμινοξειδάση. Ο ακριβής μηχανισμός με τον οποίο ενισχύει την ικανότητα αποχής από το κάπνισμα, δεν είναι γνωστός, αλλά πιστεύεται ότι σχετίζεται με τη μειωμένη επαναπρόσληψη ντοπαμίνης στο μεταιχμιακό σύστημα και νοραδρεναλίνης στον υπομέλανα τόπο [83].

Η θεραπεία ξεκινάει με δόση 150 mg την ημέρα, για τις 6 πρώτες ημέρες, με αύξηση στα 300 mg από την 7 ημέρα και μετά. Η ημερομηνία διακοπής καπνίσματος ορίζεται μέσα στις 2 πρώτες εβδομάδες θεραπείας. Μειωμένη δόση προτείνεται στους ηλικιωμένους και σε άτομα με νεφρική και ηπατική βλάβη. Η προτεινόμενη διάρκεια θεραπείας είναι οι 7 έως 12 εβδομάδες [84].



Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
17/10/2023 13:09:06 EEST - 167.114.118.212

Η υδροχλωρική βουπροπιόνη είναι γενικώς καλά ανεκτή. Οι ανεπιθύμητες ενέργειες που έχουν παρατηρηθεί σε κλινικές μελέτες περιλαμβάνουν άγχος, ξηροστομία, κεφαλαλγία, αϋπνία και εξάνθημα και ήταν ήπιες. Η πιο σοβαρή παρενέργεια είναι οι σπασμοί, οι οποίοι δεν παρουσιάζονται συχνά και συσχετίζονται με παράγοντες κινδύνου όπως η παρουσία καταστάσεων που προδιαθέτουν σε κρίσεις (π.χ. επιληψία) και σε παράγοντες που σχετίζονται με τις διατροφικές διαταραχές (βουλιμία ή νευρογενής ανορεξία) [85].

Η χορήγησή της αντενδείκνυται σε ασθενείς με ιστορικό επιληψίας, με ιστορικό τραύματος κεφαλής, αλκοολισμού και γενικά καταστάσεων που ελαττώνουν τον ουδό των σπασμών, όπως θεοφυλλίνη, αντιψυχωσικά, αντικαταθλιπτικά και συστηματικά κορτικοστεροειδή.

● **Αποτελεσματικότητα της βουπροπιόνης**

Η υδροχλωρική βουπροπιόνη θεωρείται καλή θεραπευτική επιλογή σε καπνιστές που επιχειρούν να κόψουν το κάπνισμα για πρώτη φορά καθώς και στους καπνιστές που δεν μπορούν να ανεχθούν τα NRT, θέλουν να λάβουν αγωγή που δεν περιέχει νικοτίνη ή τέλος σε αυτούς που η αγωγή με NRT έχει αποτύχει [86-93]. Η κλινική αποτελεσματικότητα της βουπροπιόνης έχει τεκμηριωθεί σε αρκετές καλώς ελεγχόμενες μελέτες [93,94]. Η καθημερινή χορήγηση των 300mg την ημέρα έχει αποδειχθεί πιο αποτελεσματική από αυτή των 100mg, στην βραχυ- και μακροπρόθεσμη αποχή από το κάπνισμα [94]. Η βουπροπιόνη αυξάνει τα ποσοστά διακοπής του καπνίσματος και ελαττώνει την επιθυμία και τα στερητικά συμπτώματα.



Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
17/10/2023 13:09:06 EEST - 167.114.118.212

Σε μετανάλυση 31 μελετών βρέθηκε ότι στους έξι μήνες διπλασιάζει περίπου τα ποσοστά απεξάρτησης με OR 1,94 [95]. Πετυχαίνει να μειώσει την έξη για κάπνισμα και την ένταση των συμπτωμάτων στέρησης, ενώ φαίνεται να έχει προστατευτική δράση στην αύξηση του σωματικού βάρους μετά τη διακοπή του καπνίσματος [96]. Σημειώνεται ότι ο συνδυασμός της βουπροπιόνης με τα υποκατάστατα νικοτίνης φαίνεται να αυξάνει τα βραχυπρόθεσμα ποσοστά απεξάρτησης, αλλά όχι τα μακροπρόθεσμα [97].

**Α7. Βαρενικλίνη**

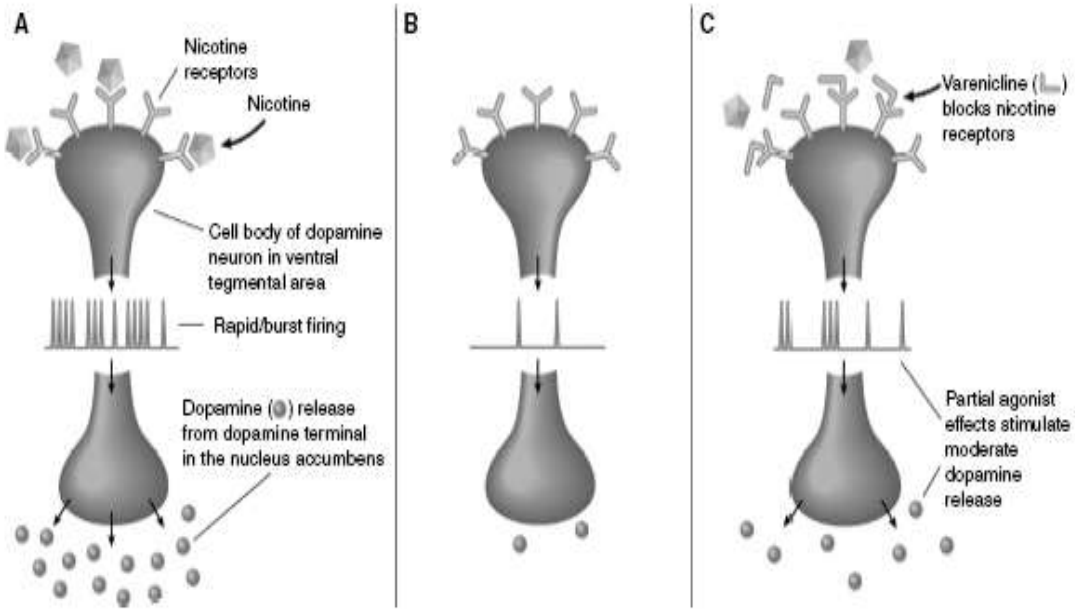
Είναι το πρώτο εγκεκριμένο φάρμακο που έχει σχεδιαστεί για τη διακοπή του καπνίσματος. Η βαρενικλίνη κυκλοφορεί στις Η.Π.Α. από τις αρχές του 2006, στην Ευρώπη από το φθινόπωρο του 2006 και στην Ελλάδα από το Απρίλιο του 2007. Φέρεται ως μερικός αγωνιστής και ανταγωνιστής των υποδοχέων νικοτίνης - ακετυλοχολίνης του κεντρικού νευρικού συστήματος (Κ.Ν.Σ.), οι οποίοι έχουν σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη της εξάρτησης. Από αυτή την άποψη, διαφέρει φαρμακοκινητικά από τα άλλα φαρμακευτικά σκευάσματα δηλαδή την υδροχλωρική βουπροπριόνη και τα υποκατάστατα νικοτίνης [68].

Η βαρενικλίνη σχεδιάστηκε να δρα εκλεκτικά στους α4β2 νικοτινικούς υποδοχείς (nAChR). Σαν μερικός αγωνιστής και ανταγωνιστής αυτών των υποδοχέων συνδυάζει δύο πολύ σημαντικά χαρακτηριστικά. Από τη μια διεγείρει τους υποδοχείς αυτούς, αλλά συγχρόνως ανταγωνίζεται την δράση άλλων ουσιών, της νικοτίνης εν προκειμένω, στους υποδοχείς αυτούς. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να προσφέρει ανακούφιση από τα στερητικά φαινόμενα αλλά και συγχρόνως να αναστέλλει τη



Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
17/10/2023 13:09:06 EEST - 167.114.118.212

διαδικασία που ευθύνεται για την απόλαυση που παίρνει ο καπνιστής όταν καπνίζει. Πιο συγκεριμένα η πρόσδεση της βαρενικλίνης με τους α4β2 νικοτινικούς 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 αυτής της νικοτίνης. Το αποτέλεσμα αυτής της δράσης είναι η ανακούφιση των συμπτωμάτων της έντονης επιθυμίας και του στερητικού συνδρόμου. Επίσης επειδή έχει αυξημένη συγγένεια, μικρότερη δραστικότητα και μεγαλύτερο χρόνο ημίσειας ζωής σε σύγκριση με τη νικοτίνη, η βαρενικλίνη εμποδίζει τη νικοτίνη να συνδεθεί και να διεγείρει τους α4β2 νικοτινικούς υποδοχείς. Συνεπώς με αυτή την έννοια δρα και ως ανταγωνιστής στους ίδιους υποδοχείς και έτσι μειώνει την αντίληψη της ευχαρίστησης από το κάπνισμα (Εικόνα 1).




Εικόνα 1. Δράση βαρενικλίνης

Η απορρόφηση στην από του στόματος χορήγηση είναι πολύ καλή, η σύνδεση με τις πρωτεΐνες είναι πολύ μικρή, δεν μεταβολίζεται και δεν αντιδρά με το



Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
17/10/2023 13:09:06 EEST - 167.114.118.212

κυτόχρωμα P- 450 και έτσι δεν αλληλεπιδρά με άλλα φάρμακα, όπως συνέβαινε με προηγούμενες θεραπείες και αποβάλλεται σχεδόν εξολοκλήρου από την ουροφόρο οδό. Δεν έχει αλληλεπιδράσεις με τροφές.

Η βαρενικλίνη κυκλοφορεί ως ταμπλέτες των 0,5 mg και 1 mg. Συστήνεται αρχική δόση των 0,5 mg κάθε ημέρα για 3 ημέρες και μετά 0,5 mg δύο φορές καθημερινά για 4 ημέρες και κατόπιν αυξάνεται σε 1 mg δύο φορές καθημερινά. Με το σχήμα αυτό γίνεται τιτλοποίηση της φαρμακευτικής ουσίας στον οργανισμό του καπνιστή ώστε να μειωθούν στο ελάχιστο οι ανεπιθύμητες ενέργειες του φαρμάκου. Η χορήγηση της βαρενικλίνης δίνεται για δώδεκα εβδομάδες. Η χρήση της μπορεί να συνεχιστεί για άλλες δώδεκα εβδομάδες, σε ειδικές περιπτώσεις, όπως στο παρατεταμένο στερητικό σύνδρομο.

Οι συνήθεις ανεπιθύμητες παρενέργειες είναι ναυτία, κεφαλαλγία, επιγαστραλγία και παράξενα όνειρα [98-100].

● **Αποτελεσματικότητα βαρενικλίνης**

Δύο παρόμοιες τυχαιοποιημένες διπλές τυφλές κλινικές μελέτες συνέκριναν την αποτελεσματικότητα της βαρενικλίνης σε σχέση με την αποτελεσματικότητα της βουπροπιόνης και του εικονικού φαρμάκου στη διακοπή του καπνίσματος. Σε αυτές τις μελέτες, διάρκειας 52 εβδομάδων, οι ασθενείς έλαβαν θεραπεία 12 εβδομάδων και ακολούθησαν 40 εβδομάδες παρακολούθησης χωρίς θεραπεία. Ο πρωταρχικός στόχος και των δύο μελετών ήταν η αποχή από το κάπνισμα από την εβδομάδα 9 ως την εβδομάδα 12, που επιβεβαιωνόταν με τη μέτρηση μονοξειδίου του άνθρακα (CO < 10ppm). Δευτερεύων στόχος ήταν η συνεχής αποχή από το κάπνισμα από την



Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
17/10/2023 13:09:06 EEST - 167.114.118.212

εβδομάδα 9 ως την εβδομάδα 52. Στη μελέτη του Gonzales και συν. η συνεχής αποχή από το κάπνισμα τις εβδομάδες 9 έως 12 ήταν 44% για την ομάδα με βαρενικλίνη, 29,5% για την ομάδα με βουπροπιόνη και 17,7% για την ομάδα με εικονικό φάρμακο [101]. Τα αποτελέσματα αυτά δείχνουν ότι η βαρενικλίνη ήταν πιο αποτελεσματική σε σύγκριση με τη βουπροπιόνη και το εικονικό φάρμακο. Η συνεχής αποχή από το κάπνισμα στις 52 εβδομάδες ήταν 21,9% για την ομάδα με βαρενικλίνη, 16,1% για την ομάδα με βουπροπιόνη και 8,4% για την ομάδα με εικονικό φάρμακο. Τα ποσοστά αυτά δείχνουν ότι η βαρενικλίνη ήταν πιο αποτελεσματική από το εικονικό φάρμακο, αλλά όχι από τη βουπροπιόνη. Στη δεύτερη μελέτη του Jorenby και συν. τα αποτελέσματα είναι παρόμοια, με τη διαφορά ότι η βαρενικλίνη αποδείχτηκε πιο αποτελεσματική σε σύγκριση με τη βουπροπιόνη και στο τέλος της θεραπευτικής περιόδου και μετά από 52 εβδομάδες. (OR 1,9 στο τέλος της θεραπείας και 1,77 στο τέλος της μελέτης) [102]. Και οι δύο αυτές μελέτες δείχνουν ότι η βαρενικλίνη είναι μία αποτελεσματική θεραπεία για τη διακοπή του καπνίσματος.

Σε μια μετανάλυση έξι μελετών η εξάμηνη αποχή από το κάπνισμα με τη χρήση της βαρενικλίνης φαίνεται να υπερέχει τόσο του εικονικού φαρμάκου OR 3,22 όσο και της βουπροπιόνης OR 1,66 [100].

Σε μελέτη που πραγματοποιήθηκε σε ιστοσελίδες που ασχολούνται με τη διακοπή του καπνίσματος και συμμετείχαν 885 άτομα λαμβάνοντας υποκατάστατα νικοτίνης, βαρενικλίνη, βουπροπιόνη ή συνδυασμό τους, απέδωσαν στη βαρενικλίνη μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα και αντιληπτή ανακούφιση από την μη επιθυμία για κάπνισμα. Μάλιστα οι συμμετέχοντες που δοκίμασαν πάνω από μία θεραπεία δήλωσαν πως η βαρενικλίνη είναι πιο αποτελεσματική και ικανοποιητική από τη βουπροπιόνη ή από τα υποκατάστατα νικοτίνης [103].



Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
17/10/2023 13:09:06 EEST - 167.114.118.212

Όσον αφορά την Ελλάδα, σε πρόσφατη μελέτη σε δείγμα 196 ατόμων με καπνισματικό ιστορικό 23,5 ετών και μέσο όρο 6,6 στο Fagerstrom Test, θεραπεία 12 εβδομάδων με βαρενικλίνη βοήθησε το 70,4% εξ αυτών να διακόψουν το κάπνισμα, αποδεικνύοντας πως αποτελεί αποτελεσματική θεραπεία [104].

Άλλη μελέτη στην Ελλάδα που ασχολήθηκε με τη σύγκριση κόστους-αποτελεσματικότητας της βαρενικλίνης με αυτή της βουπροπιόνης και των υποκατάστατων της νικοτίνης, έδειξε πως η βαρενικλίνη ως θεραπεία διακοπής του καπνίσματος μπορεί να μειώσει το κόστος του συστήματος υγείας [105].

## ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΚΑΠΝΙΣΤΩΝ ΠΟΥ ΔΕΝ ΕΙΝΑΙ ΔΙΑΤΕΘΕΙΜΕΝΟΙ ΝΑ ΔΙΑΚΟΨΟΥΝ ΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ

Όσον αφορά τους καπνιστές που δεν είναι έτοιμοι να προσπαθήσουν να διακόψουν το κάπνισμα, οι κλινικοί ιατροί θα πρέπει να παρέχουν μια σύντομη παρέμβαση, η οποία σχεδιάστηκε για να παρακινήσει τους καπνιστές να διακόψουν το κάπνισμα. Οι καπνιστές αυτοί δείχνουν απρόθυμοι να προσπαθήσουν να διακόψουν το κάπνισμα γιατί μπορεί να μην έχουν ενημερωθεί για τις επιβλαβείς επιδράσεις του καπνού, να νιώθουν φόβο ή ανησυχία σχετικά με τη διακοπή του καπνίσματος ή να έχουν αποθαρρυνθεί λόγω προηγούμενης υποτροπής. Αυτοί οι καπνιστές μπορεί να ανταποκριθούν στην ψυχολογική υποστήριξη, η οποία σχεδιάστηκε να επιμορφώσει, να καθησυχάσει και να δώσει κίνητρα [65].

Στον Πίνακα 6 φαίνονται αναλυτικά τα στοιχεία αυτής της ψυχολογικής υποστήριξης, η οποία στρέφεται γύρω από 5 βασικές αρχές.



Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
17/10/2023 13:09:06 EEST - 167.114.118.212

Πίνακας 6. Πέντε βασικές αρχές ψυχολογικής υποστήριξης στους καπνιστές που δεν είναι πρόθυμοι να διακόψουν το κάπνισμα

| **Βασικές αρχές ψυχολογικής υποστήριξης** |
|---|
| • Ατομική κινητοποίηση<br>• Επισήμανση κινδύνων<br>• Αναφορά στα οφέλη διακοπής<br>• Συζήτηση προβλημάτων<br>• Πρόληψη υποτροπής |

## ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΚΑΠΝΙΣΤΩΝ ΠΟΥ ΔΙΕΚΟΨΑΝ ΠΡΟΣΦΑΤΑ ΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ

Όταν ο ιατρός έρχεται αντιμέτωπος με έναν καπνιστή που διέκοψε πρόσφατα το κάπνισμα, θα πρέπει να ενδυναμώσει την απόφαση αυτή του καπνιστή. Κάθε πρώην καπνιστής που συμμετέχει στη διαδικασία πρόληψης της υποτροπής θα πρέπει να λαμβάνει συγχαρητήρια για κάθε του επιτυχία και να παροτρύνεται έντονα να συνεχίσει να απέχει από το κάπνισμα.

Ο ιατρός θα μπορούσε να παρέχει στον καπνιστή μια σύντομη θεραπεία για την πρόληψη της υποτροπής, εξετάζοντας τα οφέλη που θα αποκομίσει από τη διακοπή του καπνίσματος και επιλύνοντας τυχόν προβλήματα, τα οποία προέκυψαν από τη διακοπή. Τα συνήθη προβλήματα που αντιμετωπίζει ένας καπνιστής που διέκοψε πρόσφατα το κάπνισμα είναι συνήθως: έλλειψη υποστήριξης, αρνητική διάθεση ή κατάθλιψη, πρόσληψη βάρους, έντονα συμπτώματα στέρησης [63,67].



Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
17/10/2023 13:09:06 EEST - 167.114.118.212

## 2.3 ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΑΚΟΠΗ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΣΕ ΣΩΦΡΟΝΙΣΤΙΚΑ ΚΑΤΑΣΤΗΜΑΤΑ

Οι περισσότερες μελέτες που έχουν γίνει σε σωφρονιστικά καταστήματα δεν είχαν παρεμβατικό χαρακτήρα, αλλά εστίασαν στο υψηλό ποσοστό καπνιστών στις φυλακές και σε παραινέσεις για τη διακοπή του καπνίσματος τονίζοντας το υψηλό ποσοστό των φυλακισμένων που την επιθυμούν αλλά και τις ιδιαιτερότητες των παραγόντων που επηρεάζουν τη καπνισματική συνήθεια στον ειδικό αυτό πληθυσμό που πρέπει να ληφθούν υπόψη. Επιπρόσθετα επισημάνθηκε πως μη προσφέροντας θεραπείες για τη διακοπή του καπνίσματος, το σωφρονιστικό σύστημα χάνει την ευκαιρία να μειώσει το ιατρικό κόστος που προκύπτει από το κάπνισμα στις φυλακές και από τα σχετιζόμενα με αυτό νοσήματα. Παράλληλα η δημόσια υγεία επίσης χάνει την ευκαιρία να βοηθήσει τους φυλακισμένους να διακόψουν το κάπνισμα πριν ενσωματωθούν εκ νέου στην κοινότητα μετά την αποφυλάκισή τους.

### 2.3.1 Παραινέσεις για παρεμβάσεις

Ειδικότερα, σε μελέτη που πραγματοποιήθηκε σε ανδρικές φυλακές στην Πολωνία και δημοσιεύθηκε το 2006, το 81% ήταν καπνιστές. Το άγχος ως αποτέλεσμα της έλλειψης ελευθερίας και της οικογένειας ήταν ο κυριότερος λόγος που τους ωθούσε στη κατανάλωση τσιγάρων. Το 75% είχε κάνει στο παρελθόν τουλάχιστον μία προσπάθεια διακοπής. Η πλειονότητα (2/3) των καπνιστών επιθυμούσε παρέμβαση για τη διακοπή του καπνίσματος είτε θεραπευτική είτε επιβραβευτική (αύξηση ημερών και ωρών επισκεπτηρίου) και ο επικρατέστερος λόγος ήταν η αγωνία για την εξέλιξη της υγείας τους [7].



Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
17/10/2023 13:09:06 EEST - 167.114.118.212

Στις Η.Π.Α. μελέτη που πραγματοποιήθηκε το 1999 σε γυναικείες φυλακές, έδειξε πως το ποσοστό των καπνιστριών ήταν 73,9%, τρεις φορές υψηλότερο από αυτό του γενικού πληθυσμού. Οι περισσότερες (60,6%) είχαν προσπαθήσει ανεπιτυχώς τουλάχιστον μια φορά στο παρελθόν να διακόψουν το κάπνισμα και περίπου το 15% εξ αυτών είχε συζητήσει το θέμα της διακοπής με το ιατρικό προσωπικό της φυλακής. Ιατρικό πρόβλημα σχετιζόμενο με το κάπνισμα αναφέρθηκε από το 12,5%. Το 64,2% εκδήλωσε ενδιαφέρον να συμμετάσχει σε πρόγραμμα διακοπής καπνίσματος που θα πραγματοποιήσει η φυλακή, με το 71,4% των βαρέων καπνιστών όχι απλώς να ενδιαφέρεται αλλά να επιθυμεί να συμμετάσχει [13].

Μελέτη που έγινε σε 914 ενήλικες κρατούμενους (747 άνδρες, 167 γυναίκες) από 29 σωφρονιστικά καταστήματα της Αυστραλίας, έδειξε πως το 79% ήταν καπνιστές (78% άνδρες, 83% γυναίκες). Ανεξάρτητος προγνωστικός παράγοντας των καπνιστών ήταν το ιστορικό χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών κατά το παρελθόν. Κατά τα προηγούμενα έτη πάνω από τους μισούς (52%) καπνιστές είχαν προσπαθήσει να διακόψουν ή να μειώσουν το κάπνισμα και κατά τη διάρκεια της μελέτης το 58% σχεδίαζε να το κόψει και το 21% εξ αυτών μέσα σε 3 μήνες [12].

### 2.3.2 Μέτρηση μονοξειδίου του άνθρακα (CO)

Μελέτη που πραγματοποιήθηκε σε γυναικείες φυλακές στη Βιρτζίνια των Η.Π.Α. και είχε ως στόχο να καθορίσει την οριακή τιμή CO που διαφοροποιεί τους καπνιστές από τους μη καπνιστές, μέτρησε τα επίπεδα εκπνεόμενου CO και έδειξε πως τιμές υψηλότερες από 3 ppm (parts per million = μέρη στο εκατομμύριο) μπορεί να χαρακτηρίσουν εσφαλμένα καπνιστές ως μη καπνιστές και να υποτιμήσουν με αυτό τον τρόπο τον επιπολασμό του καπνίσματος σε αυτό τον ειδικό πληθυσμό [106].



Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
17/10/2023 13:09:06 EEST - 167.114.118.212

### 2.3.3 Εφαρμογή μέτρου ολικής ή μερικής απαγόρευσης του καπνίσματος

Η ολική ή μερική απαγόρευση του καπνίσματος αποτελεί μια διαφορετικού είδους «παρέμβαση» που έχει εφαρμοστεί κυρίως σε σωφρονιστικά καταστήματα των Η.Π.Α. Περίπου 90% των πολιτειακών φυλακών απαγορεύουν το κάπνισμα σε συγκεκριμένα τμήματα τους [107] και 10 πολιτείες το έχουν ολότελα απαγορεύσει [108].

Σε μία από αυτές τις φυλακές των Η.Π.Α. που ήταν ενεργή η εντολή για ολική απαγόρευση του καπνίσματος πραγματοποιήθηκε μελέτη που ερεύνησε τα συμπτώματα στέρησης από τη νικοτίνη και η οποία έδειξε πως το ποσοστό διακοπής 1 μήνα μετά την απαγόρευση ήταν 24%. Ρόλο στη μη συμμόρφωση πολλών καπνιστών έπαιξε η αναγκαστική απαγόρευση καθώς και το γεγονός πως οι σωφρονιστικοί υπάλληλοι που επηρεάστηκαν άμεσα από την απαγόρευση δεν ήταν υπέρ της σε ποσοστό 85% [10]. Όσον αφορά την ολική απαγόρευση του καπνίσματος σε σωφρονιστικά καταστήματα, μελέτη στις Η.Π.Α έχει δείξει πως το 97% των κρατούμενων καπνιστών καπνίζει εκ νέου μέσα σε 6 μήνες από την αποφυλάκιση διότι τους είχε επιβληθεί αυτό το μέτρο και δεν ήταν προϊόν δική τους επιθυμίας [109] και επίσης μπορεί να οδηγήσει σε περισσότερες επιθέσεις εναντίον του προσωπικού εκ μέρους των κρατουμένων [110].

Το 2003 το 77% των σωφρονιστικών καταστημάτων στις Η.Π.Α. απαγόρευαν τη χρήση καπνού στους κρατούμενους, παρόλο που το 79% εξ αυτών την επέτρεπε στο προσωπικό [111]. Κανένα σωφρονιστικό κατάστημα που εφάρμοσε την πολιτική της ολικής απαγόρευσης του καπνίσματος δεν πήρε πίσω την απόφασή του αυτή [112].



Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
17/10/2023 13:09:06 EEST - 167.114.118.212

Σε φυλακή νέων ( 15-18 ετών) στο Ηνωμένο Βασίλειο, το 2005 απαγορεύτηκε το κάπνισμα και η χρήση προϊόντων καπνού τόσο στους κρατούμενους όσο και στο προσωπικό της φυλακής. Στο προσωπικό δόθηκε η δυνατότητα να χρησιμοποιήσει αυτοκόλλητα νικοτίνης τα οποία πλήρωσε η φυλακή καθώς και η δυνατότητα να μπορεί να καπνίσει στα διάλειμμα εκτός φυλακής εξαιρώντας τη βραδινή βάρδια. Στους κρατούμενους δεν δόθηκε υποστηρικτική ή θεραπευτική βοήθεια και ουσιαστικά μελετήθηκε η αντίδραση τους στην απαγόρευση η οποία ήταν μικρής έκτασης και αποδόθηκε κυρίως στα στερητικά συμπτώματα της νικοτίνης [113].

Το 1997 στο Κουίνσλαντ άνοιξε νέα φυλακή στην οποία το κάπνισμα απαγορεύτηκε. Τρεις εβδομάδες μετά οι φυλακισμένοι στασίασαν και προσπάθησαν να κάψουν το νέο συγκρότημα. Η κυβέρνηση μετά από έρευνα διαπίστωσε πως ευθυνόταν μερικώς η απαγόρευση του καπνίσματος [114].

Η απαγόρευση του καπνίσματος έχει μικρή επίπτωση στο κατά πόσο οι κρατούμενοι συνεχίζουν να καπνίζουν κατά τον εγκλεισμό τους ή στο αν θα αποφασίσουν να διακόψουν το κάπνισμα στην ελεύθερη ζωή θέτοντας σε αμφισβήτηση τα οφέλη για την υγεία τους από αυτό το μέτρο. Η επιβολή του μέτρου της διακοπής του καπνίσματος δημιουργεί άλλη μία μαύρη αγορά και τα προβλήματα που αυτή προκαλεί στις αρχές. Αυτά τα προβλήματα έχουν επιπτώσεις σε όλα τα επίπεδα του σωφρονιστικού συστήματος, στους κρατούμενους που συσσωρεύονται τα χρέη τους από τη λαθραία αγορά προϊόντων καπνού και στο προσωπικό που τους αστυνομεύει [115,116].

Ενώ η απαγόρευση του καπνίσματος είναι αξιέπαινη και κατέχει σημαντικό ρόλο στο οπλοστάσιο της δημόσιας υγείας, οι φυλακές δεν μπορούν να εξεταστούν υπό το ίδιο πρίσμα όπως τα εστιατόρια, τα νοσοκομεία και τα γραφεία.



Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
17/10/2023 13:09:06 EEST - 167.114.118.212

Οι κρατούμενοι δεν μπορούν όπως οι πελάτες να βγούν για λίγο έξω για να καπνίσουν ή να κρατηθούν για μερικές ώρες. Οι φυλακισμένοι είναι κλειδωμένοι στα κελιά τους για παρατεταμένες περιόδους έχοντας ελάχιστα πράγματα να κάνουν. Ομοίως ένας μη καπνιστής κρατούμενος δεν μπορεί να αφήσει το κελί του για να αποφύγει τις βλαβερές συνέπειες του καπνού του συγκρατούμενού του. Ιδιαίτερο στοιχείο αποτελεί το γεγονός πως οι φυλακές έχουν διπλή ιδιότητα: ανήκουν στη κατηγορία της εργασίας για το προσωπικό και στη κατηγορία του «σπιτιού» για τους κρατούμενους.

Η απαγόρευση του καπνίσματος είναι διαφορετική από τη διακοπή. Δεν υπάρχουν αποδεικτικά στοιχεία ότι απλά η απαγόρευση του καπνίσματος είναι αποτελεσματική στη μείωση των ποσοστών του καπνίσματος μακροπρόθεσμα [117].

### 2.3.4 Θεραπευτικές παρεμβάσεις

Από το 1978 που έγινε σε σωφρονιστικό κατάστημα η πρώτη παρέμβαση με συμπεριφορική θεραπεία για τη διακοπή του καπνίσματος και η οποία είχε σοβαρούς περιορισμούς στη μεθοδολογία της ελάχιστες παρεμβάσεις έχουν γίνει έκτοτε [108].

Μία από αυτές που δημοσιεύτηκε το 2006 βασίστηκε σε πιλοτική μελέτη σε φυλακή υψίστης ασφαλείας στην Αυστραλία, κοντά στο Σίδνεϊ, δύναμης 330 ανδρών. Από αυτούς οι 30 συμμετείχαν στο πρόγραμμα διακοπής καπνίσματος με συμπεριφορική θεραπεία, υποκατάστατα νικοτίνης, βουπροπιόνη και υλικό αυτοβοήθειας και στους 6 μήνες το ποσοστό αποχής ήταν 22%. Συμπερασματικά οι κρατούμενοι κρίθηκαν ικανοί να διακόψουν το κάπνισμα ή να μειώσουν τη κατανάλωση του καπνού αλλά λόγοι όπως: το άγχος και η απομόνωση από την



Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
17/10/2023 13:09:06 EEST - 167.114.118.212

οικογένεια και τους φίλους, η ανία, η μεταφορά σε άλλες φυλακές χωρίς προειδοποίηση και η παρουσία στα δικαστήρια αποτελούν ιδιαίτερες καταστάσεις-συνθήκες σε αυτό το πληθυσμό και πρέπει να ληφθούν υπόψη σε κάθε παρεμβατική προσπάθεια που πρόκειται να εφαρμοστεί [9].

Σε κατάστημα κράτησης νέων στη Σκωτία δόθηκε η δυνατότητα στους κρατούμενους να λάβουν μέρος σε πρόγραμμα διακοπής καπνίσματος, το οποίο προσφέρθηκε από φαρμακοποιούς που συνεργάζονται με φυλακές της χώρας. Το πρόγραμμα περιλάμβανε υποκατάστατα νικοτίνης, ατομική συμβουλευτική παρέμβαση και συνεδρίες ομαδικής θεραπείας και μετρήσεις μονοξειδίου του άνθρακα. Οι συνεδρίες μετά την έναρξη του προγράμματος ήταν κατά τις εβδομάδες: $1^{η}$, $2^{η}$, $3^{η}$, $6^{η}$ και $12^{η}$ και στη συνέχεια κατά τους μήνες: $6^{ος}$ και $12^{ος}$. Μόλις έντεκα κρατούμενοι αυτοεπιλέχθηκαν να συμμετάσχουν στο πρόγραμμα και τέσσερις εξ αυτών σταμάτησαν το κάπνισμα. Οι οκτώ συμπλήρωσαν φόρμες αξιολόγησης, οι οποίες έδειξαν πως οι επτά συμμετέχοντες βρήκαν τα υποκατάστατα νικοτίνης αποτελεσματικά, οι έξι βρήκαν τη μέτρηση του μονοξειδίου του άνθρακα χρήσιμη, οι πέντε βρήκαν χρήσιμες τις ομαδικές συζητήσεις, ενώ και οι οκτώ εκτίμησαν τη συνεισφορά των φαρμακοποιών στο πρόγραμμα και δήλωσαν πως θα το συστήσουν και άλλους καπνιστές συγκρατούμενούς τους. Αν και το δείγμα ήταν μικρό, το γεγονός πως οι φυλακισμένοι ήταν ικανοί να κόψουν ή να μειώσουν το κάπνισμα δείχνει πως το πρόγραμμα διακοπής καπνίσματος μπορεί να λειτουργήσει επιτυχώς εντός των ορίων της φυλακής [118].

Σε μελέτη που δημοσιεύτηκε το 2008 δοκιμάσθηκε η αποτελεσματικότητα συνδυασμού φαρμακευτικής (υποκατάστατα νικοτίνης) και συμπεριφορικής θεραπείας σε πρόγραμμα διακοπής καπνίσματος που εφαρμόστηκε σε γυναικεία φυλακή στα νότια των Η.Π.Α. Η παρέμβαση ήταν διάρκειας 10 εβδομάδων και



Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
17/10/2023 13:09:06 EEST - 167.114.118.212

συμμετείχαν 250 κρατούμενες. Στο τέλος της θεραπείας το ποσοστό αποχής ήταν 18%, στον επανέλεγχο των 3 μηνών ήταν 17%, στους 6 μήνες ήταν 14% και στους 12 μήνες ήταν 12%. Οι γυναίκες κρατούμενες ενδιαφέρθηκαν για το πρόγραμμα διακοπής καπνίσματος και διαπιστώθηκε πως βελτιώνοντας τις πολιτικές ελέγχου του καπνίσματος στη φυλακή με παρεμβάσεις δίνεται η δυνατότητα στη δημόσια υγεία να αντμετώπισει ένα σοβαρό πρόβλημα που αφορά αυτό τον ειδικό πληθυσμό [119].

Για το αν πρέπει να χρηματοδοτηθούν προγράμματα διακοπής του καπνίσματος στις φυλακές ασχολήθηκε διεξοδικά μελέτη που δημοσιεύτηκε το 2005. Το κύριο επιχείρημα των αρχών του σωφρονιστικού συστήματος για τη μη χρηματοδότηση αυτών των προγραμμάτων ήταν το κόστος, αλλά αυτό καταρρίπτεται αφού με χρηματοδότηση και ενεργοποίηση αυτών των προγραμμάτων: α) παύει να τίθεται θέμα μαύρης αγοράς προϊόντων καπνού σε φυλακές που παρατηρείται αυτή η πρακτική λόγω της επιβολής του μέτρου της αναγκαστικής ολικής απαγόρευσης του καπνίσματος, οπότε δεν δημιουργείται ένταση μεταξύ κρατουμένων και δεσμοφυλάκων και βία σχετιζόμενη με τα προϊόντα καπνού και β) το κόστος της χρηματοδότησης αυτών των προγραμμάτων είναι περίπου 350$ ανά καπνιστή κρατούμενο για 12 εβδομάδες, όχι ιδιαιτέρως υψηλό αν αναλογιστεί κάποιος πως τα έξοδα για βασικά θέματα υγείας των κρατουμένων στις Η.Π.Α. και στην Αυστραλία είναι κατά μέσο όρο 10$ τη μέρα ή 840$ για 12 εβδομάδες. Τα οφέλη από αυτά τα προγράμματα είναι πολλαπλά αφού μειώνεται το κόστος από τις σχετιζόμενες με το κάπνισμα παθήσεις και αποφεύγεται η νοσηρότητα στους μη καπνιστές κρατούμενους από την έκθεση στο παθητικό κάπνισμα [120].



Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
17/10/2023 13:09:06 EEST - 167.114.118.212

## 2.4 ΣΚΟΠΟΣ

- Να οργανωθεί και να λειτουργήσει, για πρώτη φορά στην Ελλάδα, ιατρείο διακοπής καπνίσματος σε φυλακές ενηλίκων δίνοντάς τους με αυτό τον τρόπο τη δυνατότητα εύκολης πρόσβασης σε εξειδικευμένη βοήθεια και να εντοπισθούν τα κίνητρα που οδηγούν τους κρατούμενους στην επιθυμία για διακοπή του καπνίσματος καθώς και τα χαρακτηριστικά που τους βοηθούν στη διακοπή παρά τις ιδιαίτερες συνθήκες των φυλακών. Ταυτόχρονα να μελετηθεί ο επιπολασμός του καπνίσματος, καθώς και τα χαρακτηριστικά του καπνισματικού ιστορικού και να επισημανθούν οι ιδιαιτερότητες που χαρακτηρίζουν τον ειδικό αυτό πληθυσμό και δυσκολεύουν ή αποτελούν τροχοπέδη στη προσπάθεια για διακοπή του καπνίσματος.



Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
17/10/2023 13:09:06 EEST - 167.114.118.212

# 3. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ



Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
17/10/2023 13:09:06 EEST - 167.114.118.212

## 3.1 ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

### 3.1.1 Έγκριση και λειτουργία ιατρείου διακοπής καπνίσματος φυλακών Κασσαβέτειας

Η Πνευμονολογική Κλινική του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας στα πλαίσια του προγράμματος προληπτικού ελέγχου του γενικού πληθυσμού της περιοχής ευθύνης της (4 νομοί στη κεντρική Ελλάδα) πραγματοποιεί λειτουργικό έλεγχο της αναπνοής με σπιρομέτρηση για την πρώιμη διάγνωση της Χρόνιας Αποφρακτικής Πνευμονοπάθειας (ΧΑΠ). Το πρόγραμμα γίνεται συνεχώς από το 2001 μέχρι σήμερα. Για τον ίδιο λόγο επισκέφθηκε τις Φυλακές Κασσαβέτειας Βόλου δυναμικότητας 220 ανδρών κρατούμενων. Πρόκειται για αγροτική φυλακή χαμηλής ασφάλειας στο νομό Μαγνησίας. Αρκετοί από τους κρατούμενους που ελέγχθηκαν εκδήλωσαν την επιθυμία για διακοπή του καπνίσματος με ιατρική βοήθεια.

Έγιναν οι απαραίτητες ενέργειες για τη δημιουργία Ιατρείου Διακοπής Καπνίσματος εκ μέρους της Πνευμονολογικής Κλινικής και του Συμβουλίου των Φυλακών, το οποίο εγκρίθηκε από το τμήμα της Γενικής Διεύθυνσης Σωφρονιστικής Πολιτικής του Υπουργείου Δικαιοσύνης (288/23-01-2008) (Παράρτημα 1).

### 3.1.2 Ερωτηματολόγια ιστορικού και διαβίωσης φυλακισμένων

Ο πληθυσμός των φυλακών (περίπου 220 άρρενες) είναι μεταβαλλόμενος (λόγω αποφυλακίσεων, νέων φυλακίσεων, προφυλακίσεων και μεταγωγών) και κατά τη διάρκεια της μελέτης ανήλθε συνολικά στους 380 κρατούμενους. Ενημερώθηκαν άπαντες για το ιατρείο μέσω ομιλίας είτε προσωπικά από το ιατρονοσηλευτικό, διοικητικό και φυλακτικό προσωπικό. Επιλέχθηκε η προσωπική συνέντευξη, άνευ



Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
17/10/2023 13:09:06 EEST - 167.114.118.212

παρουσίας φύλακα για τη τήρηση του ιατρικού απορρήτου και για τη δημιουργία σχέσης εμπιστοσύνης, για τους 204 άρρενες κρατούμενους (καπνιστές, πρώην καπνιστές, μη καπνιστές) που παρουσιάστηκαν αυτοβούλως στο ιατρείο την περίοδο Ιούνιος 2008 – Δεκέμβριος 2010 [121]. Από τη διαδικασία της συνέντευξης, κατά τη διάρκεια της οποίας πραγματοποιήθηκε εξατομικευμένη συμβουλευτική παρέμβαση ενημερώνοντας άπαντες για τις βλαβερές συνέπειες του καπνίσματος και τα οφέλη διακοπής του καπνίσματος, συλλέχθηκαν πληροφορίες μέσω ερωτηματολογίων τα οποία απαντήθηκαν ή συμπληρώθηκαν στο σύνολό τους (Παράρτημα 2). Τα ερωτηματολόγια που συμπληρώθηκαν ήταν τα εξής:

- Λήψη ιστορικού
  - ηλικία
  - οικογενειακή κατάσταση
  - επίπεδο μόρφωσης
  - δείκτης μάζας σώματος
  - ατομικό αναμνηστικό και αριθμός νοσημάτων
  - κληρονομικό αναμνηστικό και αριθμός νοσημάτων
  - συμπτώματα αναπνευστικού
  - χαρακτηριστικά και διάρκεια: βήχα-απόχρεμψης-συριγμού-δύσπνοιας
  - αριθμός συμπτωμάτων αναπνευστικού
  - αρτηριακή πίεση
  - καρδιακή συχνότητα
  - καταγραφή φαρμακευτικής αγωγής για υπάρχοντα νοσήματα
  - καταγραφή ιατρικών επισκέψεων και διαγνώσεων βάσει του ατομικού δελτίου υγείας τους



Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
17/10/2023 13:09:06 EEST - 167.114.118.212

- Λήψη ιστορικού χρήσης εξαρτησιογόνων ή ναρκωτικών ουσιών
    - ηλικία έναρξης χρήσης ουσιών
    - είδος ουσίας
    - αριθμός ουσιών
    - προσπάθεια διακοπής
    - διάστημα διακοπής
- Καταγραφή καθεστώτος κράτησης
    - αιτία κράτησης
    - χρόνος έκτισης ποινής
    - υπολοιπόμενος χρόνος έκτισης ποινής
    - φυλάκιση για πρώτη φορά ή υποτροπή
    - κατάδικος - υπόδικος ή προς απέλαση
    - αριθμός συγκρατούμενων στο θάλαμο
    - αριθμός καπνιστών συγκρατούμενων στο θάλαμο
    - εργασία στη φυλακή
    - είδος εργασίας και ώρες που απαιτούνται
    - αν ασκούνται κατά τη διάρκεια της κράτησης
    - τι κάνουν στον ελεύθερο χρόνο τους

Επιπροσθέτως στους καπνιστές:

- Λήψη καπνισματικού ιστορικού
    - ηλικία έναρξης καπνίσματος
    - λόγος έναρξης
    - πακέτα-έτη
    - τσιγάρα/ημέρα το τελευταίο έτος



Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
17/10/2023 13:09:06 EEST - 167.114.118.212

- αν συνδυάζουν το τσιγάρο με κάτι άλλο
- χρήση άλλου προϊόντος καπνού
- έξοδα για το κάπνισμα μηνιαίως
- ποιος καλύπτει τα έξοδα
- αν υπήρξε αλλαγή της καπνισματικής συνήθειας σε σχέση με την ελεύθερη ζωή
- ύπαρξη ή μη επιθυμίας για διακοπή του καπνίσματος
- λόγος επιθυμίας ή μη επιθυμίας διακοπής
- προηγούμενη προσπάθεια διακοπής- μέθοδος- αριθμός προσπαθειών- διάστημα διακοπής
- συμπλήρωση κλίμακας εξάρτησης από τη νικοτίνη κατά Fagerstrom (πρόκειται για δοκιμασία που μετράει τη σοβαρότητα της εξάρτησης από τη νικοτίνη, αποτελείται από 6 ερωτήσεις και αναλόγως των αποτελεσμάτων υπάρχει η εξής κατάταξη: 0-3 λίγο εξαρτημένος, 4-6 μέτρια εξαρτημένος και 7-10 πολύ εξαρτημένος) [122] (Παράρτημα 3).

Μετρήθηκε σε όλους το εκπνεόμενο μονοξείδιο του άνθρακα (CO) με φορητό αναλυτή (Smokerlyzer piCO$^{+}$) για την έμμεση μέτρηση της ανθρακυλαιμοσφαρίνης στο αίμα που αποτελεί χρήσιμο δείκτη απορρόφησης του καπνού κυρίως τις προηγούμενες ώρες. Είναι άμεση και γρήγορη μέτρηση με φυσιολογικά όρια ‹10ppm και η εκτός ορίων ένδειξή του αποτελεί κίνητρο αποχής από το κάπνισμα. Επεξηγήθηκε η δράση του CO στους συμμετέχοντες και επιπροσθέτως στους καπνιστές έγινε ακτινολογικός έλεγχος με Α/α θώρακος αν δεν υπήρχε το τελευταίο έτος [106]. Στους επιθυμούντες τη διακοπή καπνίσματος με χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής, πραγματοποιήθηκε, όπου δεν υπήρχε πρόσφατος, εργαστηριακός έλεγχος με αιματολογική και βιοχημική εκτίμηση.



Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
17/10/2023 13:09:06 EEST - 167.114.118.212

Ο Δείκτης Μάζας Σώματος (Δ.Μ.Σ.) που συμπληρώθηκε στη λήψη ιστορικού, ορίζεται ως το βάρος σε κιλά διαιρούμενο με το τετράγωνο του ύψους σε μέτρα ($kg/m^2$), είναι ένας απλός δείκτης και σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ.) κατατάσσει τους ενήλικες στις εξής κατηγορίες (Πίνακας 7):

**Πίνακας 7.** Διεθνής ταξινόμηση των ενηλίκων σύμφωνα με το ΔΜΣ

| Ταξινόμηση | ΔΜΣ ($kg/m^2$) |
|---|---|
| Λιποβαρής | <18,50 |
| σοβαρή ισχνότητα | <16,00 |
| μέτρια ισχνότητα | 16,00-16,99 |
| ήπια ισχνότητα | 17,00-18,49 |
| Κανονικό βάρος | 18,50-24,99 |
| Υπέρβαρος | ≥25,00 |
| προ-παχυσαρκία | 25,00-29,99 |
| Παχύσαρκος | ≥30,00 |
| παχυσαρκία σταδίου I | 30,00-34,99 |
| παχυσαρκία σταδίου II | 35,00-39,99 |
| παχυσαρκία σταδίου III | ≥40,00 |

### 3.1.3 Φαρμακευτική και συμβουλευτική παρέμβαση

Η φαρμακευτική αγωγή που προτιμήθηκε ήταν η βαρενικλίνη για 2 λόγους:

A. σύμφωνα με μελέτες στην Ελλάδα και το εξωτερικό υπερέχει σε αποτελεσματικότητα για τη διακοπή του καπνίσματος έναντι των άλλων σκευασμάτων [100-105] και



Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
17/10/2023 13:09:06 EEST - 167.114.118.212

B. πάγια τακτική των φυλακών για λόγους ασφαλείας είναι να γίνεται χορήγηση φαρμάκων συγκεκριμένη ώρα και σε συγκεκριμένο χώρο ενώπιον του νοσηλευτικού προσωπικού, καθιστώντας στη προκειμένη περίπτωση αδύνατη τη χορήγηση υποκατάστατων νικοτίνης

Η βαρενικλίνη χρησιμοποιήθηκε στο ενδεδειγμένο δοσολογικό σχήμα και για χρονικό διάστημα 3 μηνών ή όπου απαιτήθηκε 4 μηνών [102].

Η φαρμακευτική αγωγή και η συμβουλευτική παρέμβαση ή μόνο η συμβουλευτική παρέμβαση χρησιμοποιήθηκαν ανάλογα με τη προτίμηση των καπνιστών. Τέλος, για τη πορεία της προσπάθειας διακοπής του καπνίσματος προγραμματίστηκε εβδομαδιαίος επανέλεγχος των ασθενών κατά τον 1$^{ο}$ μήνα θεραπείας και δισεβδομαδιαίος τους επόμενους. Σε κάθε επίσκεψη επανελέγχου γινόταν: α) μέτρηση του εκπνεόμενου μονοξειδίου του άνθρακα και β) συζήτηση για τη θεραπεία, για τυχόν παρενέργειές της, για την αντιμετώπιση τυχόν στερητικών συμπτωμάτων, για τη πρόληψη υποτροπών και για την ενίσχυση των ασθενών με επιβράβευση της προσπάθειας τους.

### 3.1.4 Στατιστική επεξεργασία

Για την ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 15.0, έγινε περιγραφική στατιστική και πραγματοποιήθηκε ο έλεγχος ανεξαρτησίας $X^2$ (έλεγχος ύπαρξης συσχέτισης μεταξύ δύο κατηγορικών μεταβλητών) και ο έλεγχος ύπαρξης συσχέτισης ανάμεσα σε μια ποσοτική και μια κατηγορική μεταβλητή με το Student’s t-test ή το Mann-Whitney test (όπου δεν ακολουθήθηκε η κανονική κατανομή). Ο έλεγχος συσχέτισης ανάμεσα σε μια



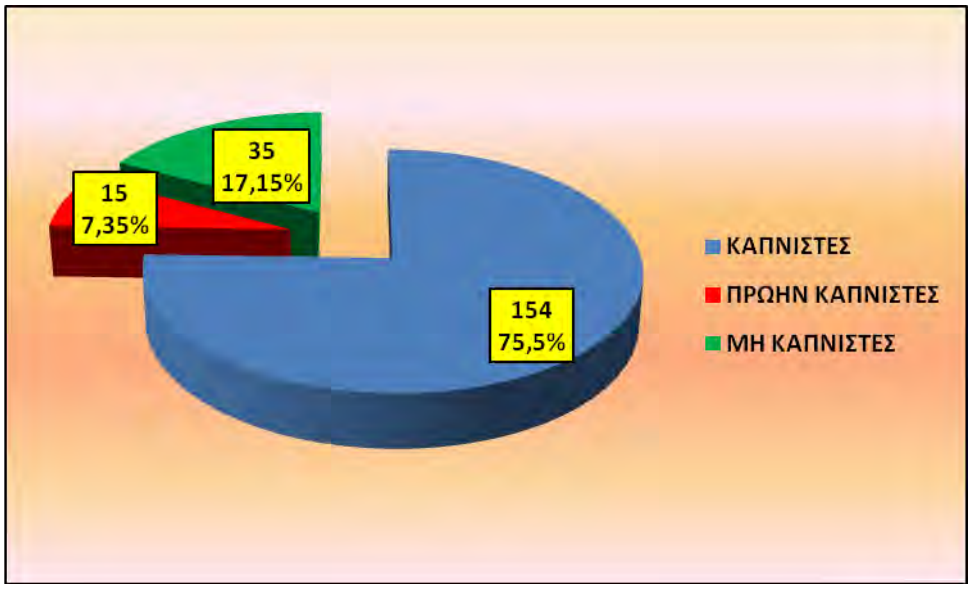
Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
17/10/2023 13:09:06 EEST - 167.114.118.212

κατηγορική μεταβλητή με περισσότερες από δύο κατηγορίες και μιας ποσοτικής μεταβλητής πραγματοποιήθηκε με την ανάλυση διακύμανσης κατά ένα παράγοντα (One-Way Anova) και όπου δεν ακολουθήθηκε η κανονική κατανομή ή δεν υπήρχε ομοσκεδαστικότητα χρησιμοποιήθηκε ο στατιστικός έλεγχος με το Kruskal-Wallis test. Στην παρούσα εργασία οι μεταβλητές παρουσιάζονται σαν μέσος όρος (Μ.Ο.) ± σταθερή απόκλιση (Σ.Α.). Σαν στατιστικά σημαντικά έγιναν δεκτά τα αποτελέσματα με $p < 0,05$.

## 3.2 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

### 3.2.1 Δείγμα

Από τους 204 άρρενες κρατούμενους που μελετήθηκαν, 154 (75,5%) ήταν καπνιστές, 15 (7,35%) πρώην καπνιστές και 35 (17,15%) μη καπνιστές, όπως φαίνεται στο Διάγραμμα 1. Μέση ηλικία ήταν τα 33,6±12,4 έτη.




Διάγραμμα 1. Δείγμα προσελθόντων



Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
17/10/2023 13:09:06 EEST - 167.114.118.212

### 3.2.2 Δημογραφικά στοιχεία

Τα δημογραφικά στοιχεία που προέκυψαν από τη μελέτη του συνόλου των προσελθόντων κρατούμενων, έδειξαν πως πρόκειται κυρίως για Έλληνες (51,5%), άγαμους (53,4%) που δεν τελείωσαν τη βασική εκπαίδευση (70,6%). Ένα σημαντικό ποσοστό των καπνιστών (22,1%) ήταν αγράμματοι (Πίνακας 8).

**Πίνακας 8**. Δημογραφικά στοιχεία προσελθόντων στο Ιατρείο Διακοπής Καπνίσματος

| Χαρακτηριστικά | Καπνιστές | | Πρώην καπνιστές | | Μη καπνιστές | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | n | (%) | n | (%) | n | (%) | p-value |
| Οικογενειακή κατάσταση | | | | | | | 0,586 |
| άγαμος | 83 | (53,9) | 6 | (40) | 20 | (57,15) | |
| έγγαμος | 40 | (26) | 5 | (33.3) | 9 | (25,7) | |
| διαζευγμένος | 23 | (14,9) | 4 | (26,7) | 6 | (17,15) | |
| χήρος | 8 | (5,2) | - | - | - | - | |
| Μόρφωση | | | | | | | 0,186 |
| αγράμματος | 34 | (22,1) | 1 | (6,7) | 2 | (5,7) | |
| δημοτικό | 42 | (27,3) | 3 | (20) | 9 | (25,7) | |
| γυμνάσιο | 37 | (24) | 5 | (33.3) | 11 | (31,4) | |
| λύκειο | 32 | (20,8) | 5 | (33.3) | 8 | (22,9) | |
| ΤΕΙ | - | - | - | - | 1 | (2,9) | |
| ΑΕΙ | 9 | (5,8) | 1 | (6,7) | 4 | (11,4) | |
| Εθνικότητα | | | | | | | 0,049 |
| ελληνική | 83 | (53,9) | 8 | (53,3) | 14 | (40) | |
| αλβανική | 30 | (19,5) | 4 | (26,7) | 10 | (28,6) | |
| βουλγάρικη | 12 | (7,8) | - | - | 5 | (14,3) | |
| άλλη εθν/τα | 29 | (18,8) | 3 | (20) | 6 | (17,1) | |
| | Μ.Ο.±Σ.Α. | | Μ.Ο.±Σ.Α. | | Μ.Ο.±Σ.Α. | | |
| Ηλικία | 33,9±13 | | 37,5±12,2 | | 30,9±9,7 | | 0,221 |



Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
17/10/2023 13:09:06 EEST - 167.114.118.212

### 3.2.3 Καθεστώς κράτησης

Η μέση διάρκεια ποινής που είχαν εκτίσει οι προσελθόντες στο ιατρείο ήταν 27,4±36,7 μήνες, είχαν καταδικαστεί (77,9%) και φυλακίστηκαν για πρώτη φορά (75%). Ο μέσος αριθμός καπνιστών συγκρατούμενων στο θάλαμο ήταν 5,8±3,6. Τα προαναφερθέντα στοιχεία παρουσιάζονται αναλυτικά αναλόγως με τη κατηγορία που ανήκουν οι προσελθόντες (καπνιστές, πρώην καπνιστές, μη καπνιστές) στον Πίνακα 9.

**Πίνακας 9**. Καθεστώς κράτησης

| Χαρακτηριστικά | Καπνιστές | | Πρώην καπνιστές | | Μη καπνιστές | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | n | (%) | n | (%) | n | (%) | p-value |
| Κράτηση (1) | | | | | | | 0,004 |
| πρώτη φορά | 108 | (70,1) | 11 | (73,3) | 34 | (97,1) | |
| υπότροπος | 46 | (29,9) | 4 | (26,7) | 1 | (2,9) | |
| Κράτηση (2) | | | | | | | 0,084 |
| κατάδικος | 116 | (75,3) | 15 | (100) | 28 | (80) | |
| υπόδικος | 38 | (24,7) | - | - | 7 | (20) | |
| | Μ.Ο.±Σ.Α | | Μ.Ο.±Σ.Α. | | Μ.Ο.±Σ.Α | | |
| Έκτιση ποινής (σε μήνες) | 28,2±38,7 | | 16,6±14,7 | | 28,7±34,4 | | 0,937 |
| Συγκρατούμενοι θαλάμου | 6,7±3,8 | | 5,7±4,1 | | 7,7±3,7 | | 0,139 |
| Καπνιστές συγκρατούμενοι | 5,7±3,6 | | 4,7±3,8 | | 6,5±3,3 | | 0,271 |

### 3.2.4 Διαβίωση στη φυλακή

Η αγροτική εργασία (27%), ο τομέας της καθαριότητας (26,5%) καθώς και τα μαγειρία (21,1%) είναι οι κυριότερες απασχολήσεις των φυλακισμένων στο



Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
17/10/2023 13:09:06 EEST - 167.114.118.212

συγκεκριμένο σωφρονιστικό κατάστημα απολαμβάνοντας το ευεργέτημα της μείωσης της ποινής μέσω της εργασίας με μέσο όρο 2,4±1,6 ώρες εργασίας καθημερινά. Η πλειονότητα των κρατουμένων (62,3%) είχε ως πρώτη επιλογή να βλέπει τηλεόραση στον ελεύθερο χρόνο του, ενώ το διάβασμα αποτέλεσε πρώτη επιλογή για το 12,7%. Η φυσική άσκηση τουλάχιστον για 1 (μία) φορά την εβδομάδα ήταν επιλογή για το 68,9%, ενώ το 21,1% των φυλακισμένων δεν επιθυμούσε να αθλείται. Τα στοιχεία της διαβίωσης των αποτυπώνονται αναλυτικά στον Πίνακα 10.

**Πίνακας 10**. Διαβίωση στη φυλακή

| Χαρακτηριστικά | Καπνιστές | | Πρώην καπνιστές | | Μη καπνιστές | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | n | (%) | n | (%) | n | (%) | p-value |
| Εργασία στη φυλακή | | | | | | | 0,017 |
| αγροτική | 37 | (24) | 6 | (40) | 12 | (34,3) | |
| καθαριότητα | 44 | (28,6) | - | - | 10 | (28,55) | |
| μαγειρία | 29 | (18,8) | 6 | (40) | 8 | (22,85) | |
| άλλη | 44 | (28,6) | 3 | (20) | 5 | (14,3) | |
| Ελεύθερος χρόνος | | | | | | | 0,302 |
| τηλεόραση | 96 | (62,35) | 10 | (66,7) | 21 | (60) | |
| διάβασμα | 19 | (12,35) | 1 | (6,65) | 6 | (17,1) | |
| άθληση | 17 | (11,05) | - | - | 7 | (20) | |
| επιτραπέζια | 11 | (7,15) | 3 | (20) | 1 | (2,9) | |
| μουσική | 10 | (6,5) | 1 | (6,65) | - | - | |
| μαστορέματα | 1 | (0,6) | - | - | - | - | |
| Φυσική άσκηση | | | | | | | 0,600 |
| καθημερινά | 52 | (33,8) | 4 | (26,7) | 6 | (17,1) | |
| 2-3 φορές/εβδ | 17 | (11) | 2 | (13,3) | 17 | (48,6) | |
| 1 φορά/εβδ | 46 | (29,9) | 8 | (53,3) | 9 | (25,7) | |
| καθόλου | 39 | (25,3) | 1 | (6,7) | 3 | (8,6) | |
| | Μ.Ο.±Σ.Α. | | Μ.Ο.±Σ.Α. | | Μ.Ο.±Σ.Α. | | |
| Ώρες εργασίες | 2,4±1,7 | | 3,1±1,5 | | 2,3±1,2 | | 0,255 |

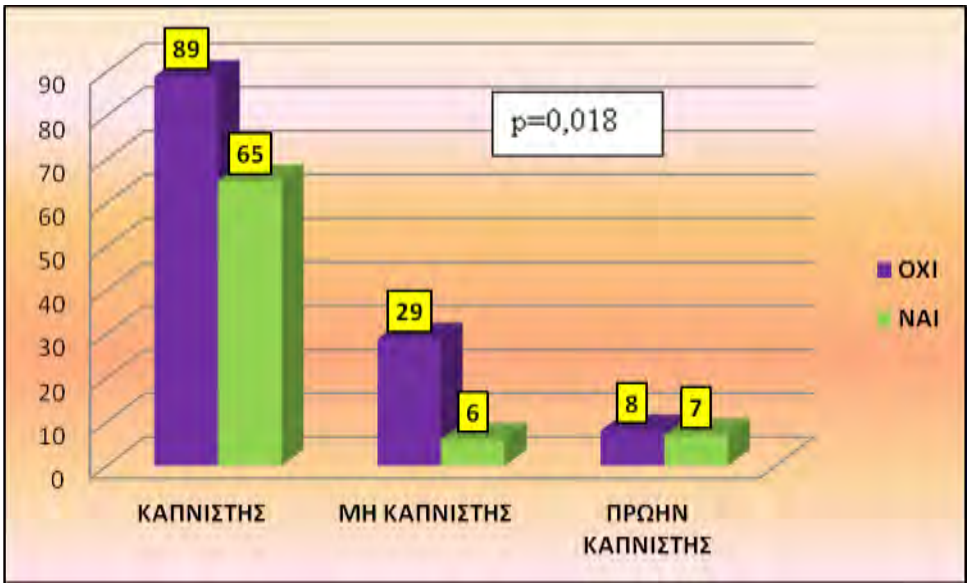


Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
17/10/2023 13:09:06 EEST - 167.114.118.212

### 3.2.5 Ιατρικό ιστορικό φυλακισμένων

#### 3.2.5.1 Ατομικό ιστορικό

Από τους κρατούμενους που προσήλθαν στο ιατρείο διακοπής καπνίσματος, το 38,2% έχει ατομικό ιστορικό και ειδικότερα οι καπνιστές (42,2%) με μέσο όρο νοσημάτων 1,81±1,18 και οι πρώην καπνιστές (46,7%) με μέσο όρο νοσημάτων 1,43±0,79, ενώ από τους μη καπνιστές μόλις το 17,1% έχει ατομικό ιστορικό με μέσο όρο νοσημάτων 1. Το Διάγραμμα 2 απεικονίζει το ατομικό ιστορικό.




Διάγραμμα 2. Ατομικό ιστορικό σε σχέση με την καπνισματική συνήθεια

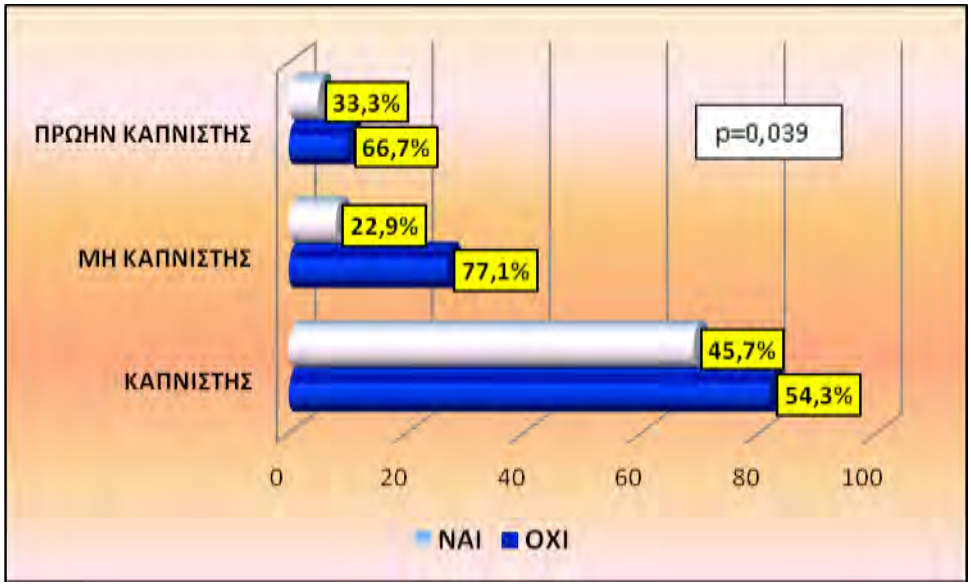
#### 3.2.5.2 Χρήση ναρκωτικών ή εξαρτησιογόνων ουσιών

Το 45,7% των προσελθόντων καπνιστών είχε κάνει στο παρελθόν χρήση ουσιών με μέση ηλικία έναρξης της χρήσης τα 15,6±2,8 έτη, μέσο όρο ετών χρήσης τα 10,4±9,5 έτη και μέσο αριθμό χρήσης ουσιών 4,5±3,4. Από τους πρώην καπνιστές



Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
17/10/2023 13:09:06 EEST - 167.114.118.212

το 33,3% είχε κάνει χρήση με μέση ηλικία έναρξης τα 16,2±2,2 έτη, μέσο όρο ετών χρήσης τα 8,6±6,9 έτη και μέσο αριθμό χρήσης ουσιών 1,4±0,6. Ενώ από τους μη καπνιστές είχε κάνει χρήση στο παρελθόν το 22,9% με μέση ηλικία έναρξης τα 20,6±6,7 έτη, μέσο όρο ετών χρήσης τα 3,4±4,8 έτη και μέσο αριθμό χρήσης ουσιών 1,9±0,8. Στο Διάγραμμα 3 φαίνεται η χρήση ουσιών ανά κατηγορία προσελθόντων στο ιατρείο.



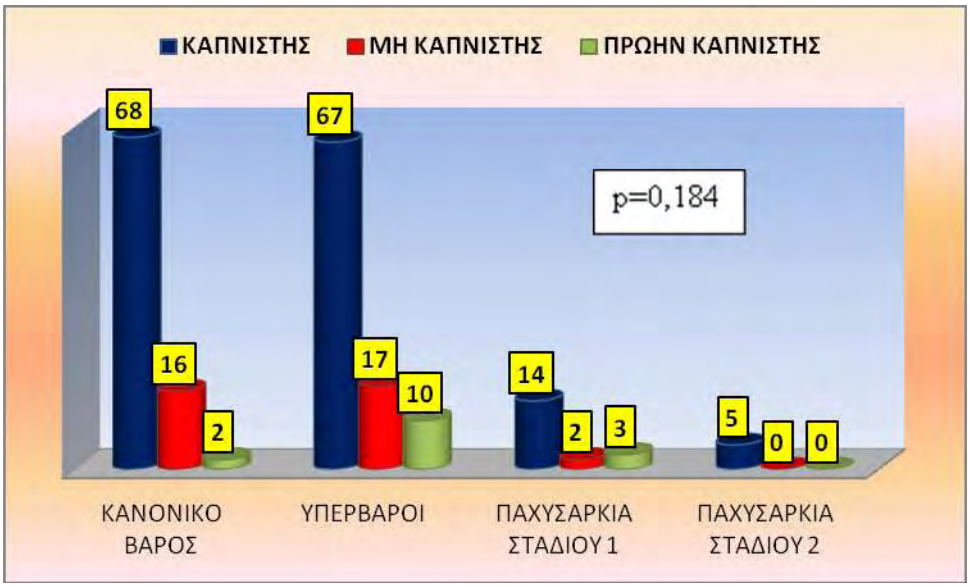

Διάγραμμα 3. Χρήση ουσιών σε σχέση με τη καπνισματική συνήθεια

### 3.2.5.3 Δείκτης Μάζας Σώματος

Το 42,2% των προσελθόντων είχε κανονικό βάρος σύμφωνα με τα όρια του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, το 46,1% ήταν υπέρβαρο, ενώ παχυσαρκία σταδίου 1 είχε το 9,25% και παχυσαρκία σταδίου 2 το 2,45% (ποσοστό που ανήκει αποκλειστικά στους καπνιστές) (Διάγραμμα 4).



Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
17/10/2023 13:09:06 EEST - 167.114.118.212



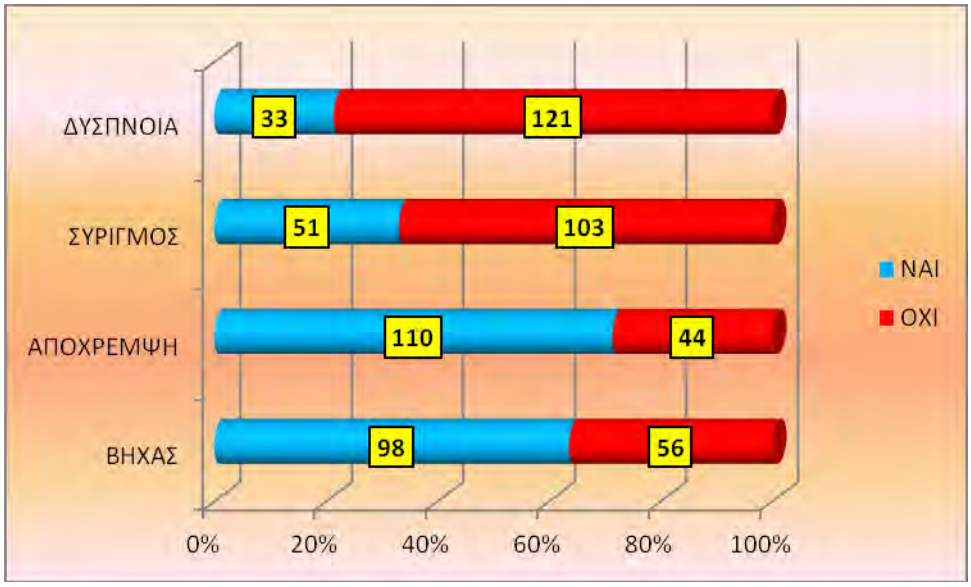

Διάγραμμα 4. ΔΜΣ σε σχέση με τη καπνισματική συνήθεια

### 3.2.5.4 Συμπτώματα αναπνευστικού στους καπνιστές

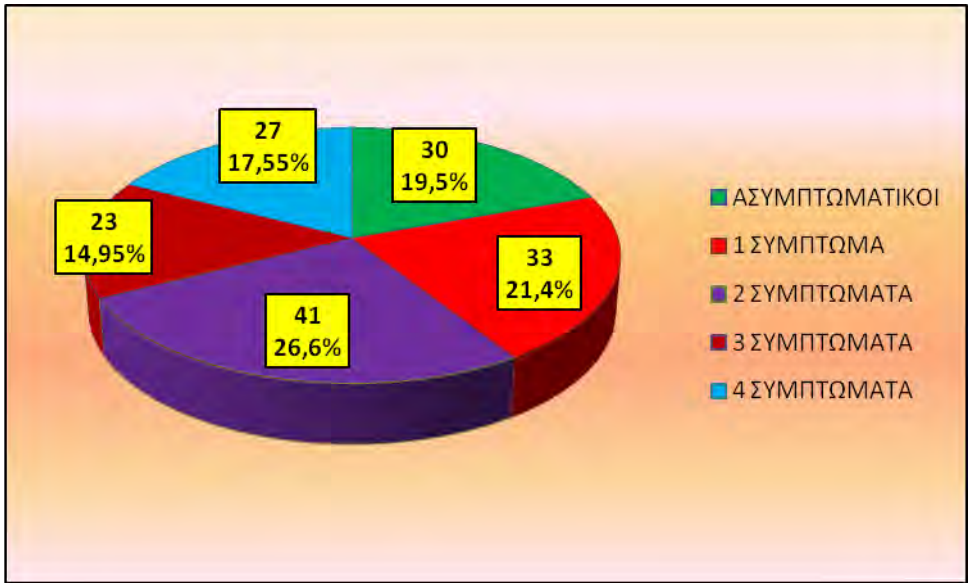
Από τους προσελθόντες καπνιστές το 63,6% παρουσίαζε βήχα, το 71,4% απόχρεμψη, το 33,1% συριγμό και το 21,4% δύσπνοια (Διάγραμμα 5). Ο μέσος αριθμός συμπτωμάτων είναι 1,9±1,36. Το 19,5% είναι ασυμπτωματικοί ενώ από τους συμπτωματικούς αυτοί που παρουσίαζαν τουλάχιστον 2 συμπτώματα ήταν το μεγαλύτερο ποσοστό (26,6%) (Διάγραμμα 6).



Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
17/10/2023 13:09:06 EEST - 167.114.118.212




Διάγραμμα 5. Συμπτώματα αναπνευστικού καπνιστών




Διάγραμμα 6. Αριθμός συμπτωμάτων αναπνευστικού καπνιστών



Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
17/10/2023 13:09:06 EEST - 167.114.118.212

### 3.2.6 Καπνισματικό ιστορικό φυλακισμένων

Προσπάθεια διακοπής του καπνίσματος στο παρελθόν έκανε το 23,4% ενώ μετά από την επίσκεψη στο ιατρείο διακοπής καπνίσματος των φυλακών το 74% και σχεδόν το σύνολο των καπνιστών γνώριζε πως το κάπνισμα βλάπτει την υγεία τους. Οι μη επιθυμούντες τη διακοπή είχαν βαρύτερο ιστορικό (μεγαλύτερο αριθμό ημερήσιας κατανάλωσης τσιγάρων και βαρύτερη εξάρτηση από τη νικοτίνη) ενώ η καπνισματική συνήθεια κατά τη διάρκεια του έγκλειστου βίου αυξήθηκε στο 37,65% των κρατούμενων. Το καπνισματικό ιστορικό των προσελθόντων καπνιστών (ανεξαρτήτως επιθυμίας ή μη διακοπής του καπνίσματος) χαρακτηρίστηκε από μέση κατανάλωση 27,8±13,2 τσιγάρων/ημέρα. Το 49,4% κάπνιζε 20 ή λιγότερα τσιγάρα ημερησίως ενώ το 50,6% περισσότερα από 20 (Πίνακας 11).

Ειδικότερα από του επιθυμούντες τη διακοπή του καπνίσματος το μεγαλύτερο ποσοστό τους (40,4%) κάπνιζε 20 τσιγάρα ημερησίως (Διάγραμμα 7), ως την ηλικία των 14 ετών είχε αρχίσει να καπνίζει το 53,5% (Διάγραμμα 8) και το 63,15% ήταν πολύ εξαρτημένο (Διάγραμμα 9).



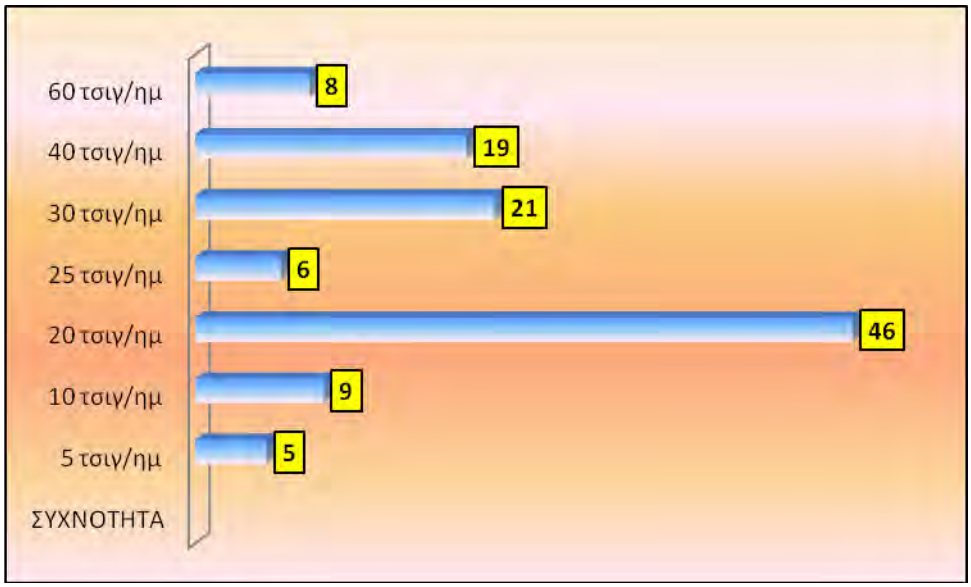
Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
17/10/2023 13:09:06 EEST - 167.114.118.212

**Πίνακας 11**. Καπνισματικό ιστορικό επιθυμούντων/μη επιθυμούντων τη διακοπή του καπνίσματος

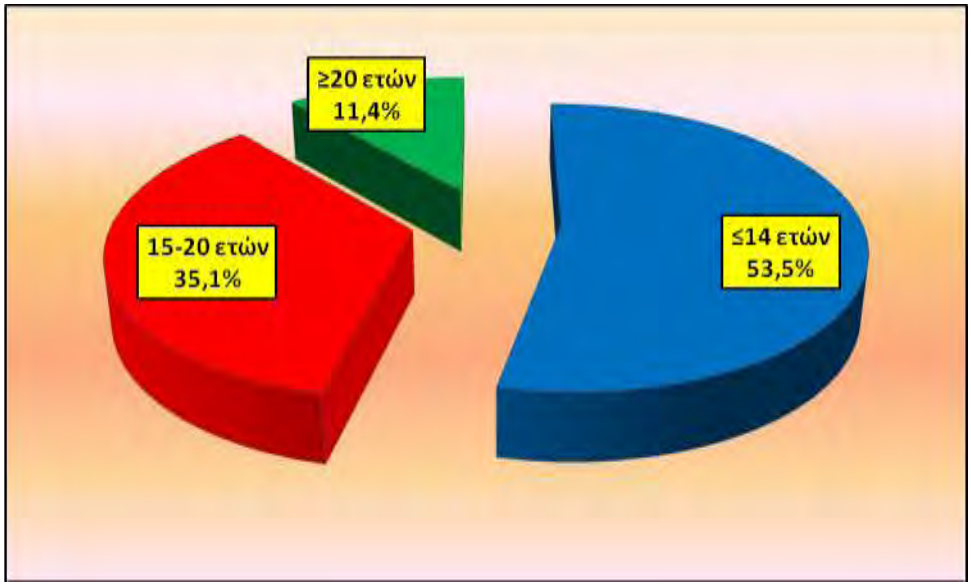
| Χαρακτηριστικά | Επιθυμούντες | | Μη Επιθυμούντες | | Σύνολο | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Μ.Ο.±Σ.Α. | | Μ.Ο.±Σ.Α. | | Μ.Ο.±Σ.Α. | | p-value |
| Τσιγάρα/ημέρα | 26,8±13,1 | | 30,5±13,4 | | 27,8±13,2 | | 0,092 |
| Έτη καπνίσματος | 18,7±12,8 | | 19,1±12,3 | | 18,8±12,6 | | 0,768 |
| Πακέτα-έτη (PYS) | 23,2±20 | | 26,8±19,4 | | 24,1±19,8 | | 0,188 |
| | n | (%) | n | (%) | n | (%) | |
| Ηλικία έναρξης καπνίσματος | | | | | | | 0,022 |
| ≤ 14 | 61 | (53,5) | 34 | (85) | 95 | (61,7) | |
| 15 - 20 | 40 | (35,1) | 2 | (5) | 42 | (27,3) | |
| ≥ 21 | 13 | (11,4) | 4 | (10) | 17 | (11) | |
| Κλίμακα Fagerstrom | | | | | | | |
| πολύ εξαρτημένος | 72 | (63,15) | 28 | (70) | 100 | (64,9) | |
| μέτρια εξαρτημένος | 27 | (23,7) | 9 | (22,5) | 36 | (23,4) | |
| λίγο εξαρτημένος | 15 | (13,15) | 3 | (7,5) | 18 | (11,7) | |
| Καπνισματική συνήθεια στη φυλακή | | | | | | | 0,328 |
| αυξήθηκε | 39 | (34,2) | 19 | (47,5) | 58 | (37,65) | |
| ελαττώθηκε | 36 | (31,6) | 10 | (25) | 46 | (29,85) | |
| ίδια | 39 | (34,2) | 11 | (27,5) | 50 | (32,5) | |
| Προσπάθεια διακοπής στο παρελθόν | 30 | (26,3) | 6 | (15) | 36 | (23,4) | 0,106 |
| Προσπάθεια διακοπής τώρα | 114 | (100) | - | - | 114 | (74) | - |
| Ναι, το κάπνισμα βλάπτει την υγεία | 112 | (98,2) | 36 | (90) | 148 | (96,1) | 0,017 |



Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
17/10/2023 13:09:06 EEST - 167.114.118.212



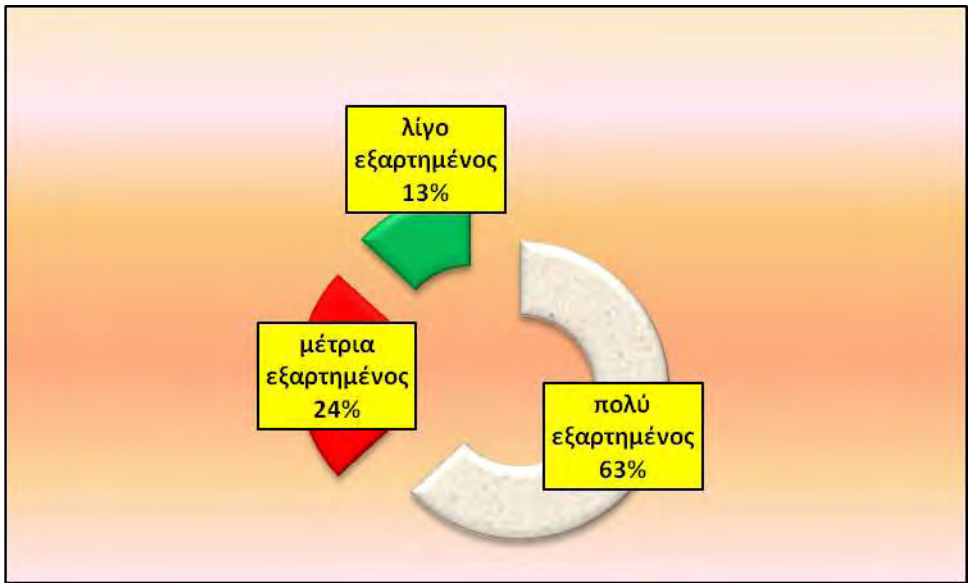

Διάγραμμα 7. Συχνότητα καπνίσματος (τσιγάρα/ημέρα) το τελευταίο έτος αυτών που επιθυμούσαν τη διακοπή του καπνίσματος




Διάγραμμα 8. Ηλικία έναρξης καπνίσματος



Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
17/10/2023 13:09:06 EEST - 167.114.118.212




Διάγραμμα 9. Εξάρτηση Fagerstrom

### 3.2.7 Λόγοι επιθυμίας ή μη διακοπής του καπνίσματος

Ο κυριότερος λόγος επιθυμίας διακοπής (ζητήθηκε μία απάντηση) ήταν τα συμπτώματα αναπνευστικού (31,6%) και της μη επιθυμίας (μία ή περισσότερες απαντήσεις) ήταν η έλλειψη ελευθερίας και της οικογένειας (100%). Η έλλειψη ελευθερίας και της οικογένειας (49,4%) και η αναγκαστική συμβίωση στον ίδιο θάλαμο με άλλους καπνιστές (26,5%) ήταν οι κύριοι λόγοι της μη επιτυχίας της διακοπής του καπνίσματος αυτών που προσπάθησαν (Πίνακας 12).



Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
17/10/2023 13:09:06 EEST - 167.114.118.212

**Πίνακας 12**. Λόγοι επιθυμίας ή μη επιθυμίας διακοπής και αποτυχημένης διακοπής καπνίσματος

| | Καπνιστές | |
|---|---|---|
| | n | (%) |
| Λόγοι επιθυμίας διακοπής | | |
| συμπτώματα αναπνευστικού | 36 | (31,6) |
| πρόβλημα υγείας | 24 | (21,1) |
| καλυτέρευση φυσικής κατάστασης | 13 | (11,4) |
| εξάρτηση από το κάπνισμα | 11 | (9,6) |
| υπόλοιποι λόγοι | 30 | (26,3) |
| Λόγοι μη επιθυμίας διακοπής | | |
| έλλειψη ελευθερίας και οικογένειας | 36 | (90) |
| *αγχολυτική δράση του καπνίσματος | 22 | (55) |
| εξάρτηση από τη νικοτίνη | 14 | (35) |
| Λόγοι αποτυχημένης διακοπής | | |
| έλλειψη ελευθερίας και οικογένειας | 41 | (49,4) |
| αναγκαστική συμβίωση με άλλους καπνιστές | 22 | (26,5) |
| εξάρτηση από τη νικοτίνη | 6 | (7,2) |
| *αγχολυτική δράση του καπνίσματος | 14 | (16,9) |

*Όπως αναφέρεται από τους ίδιους τους φυλακισμένους

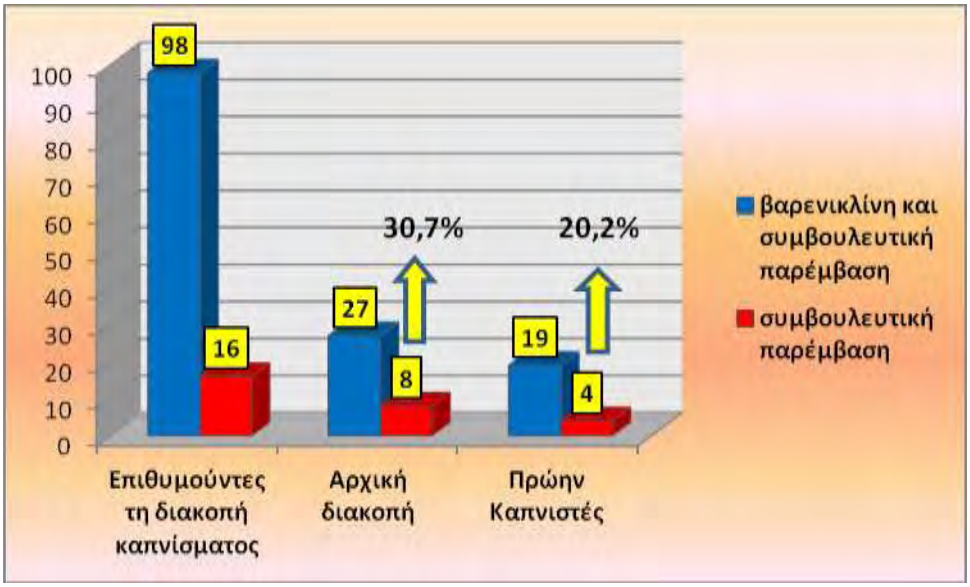
### 3.2.8. Παρέμβαση για τη διακοπή του καπνίσματος

Από τους 114 καπνιστές (74%) που επιθυμούσαν τη διακοπή του καπνίσματος, έλαβαν αγωγή με βαρενικλίνη και δέχθηκαν συμβουλευτική παρέμβαση οι 98 (86%), την οποία ολοκλήρωσαν οι 29 (29,6%). Στους υπόλοιπους 16 (14%) πραγματοποιήθηκε μόνο συμβουλευτική παρέμβαση μετά από δική τους επιθυμία. Υποτροπίασε το 56,4% πριν ολοκληρώσει την αγωγή και διέκοψαν το κάπνισμα αρχικά στους 3 μήνες (μετά το τέλος της αγωγής ή της συμβουλευτικής παρέμβασης) οι 35 (30,7%). Από αυτούς που ολοκλήρωσαν την αγωγή στους 3 μήνες



Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
17/10/2023 13:09:06 EEST - 167.114.118.212

και διέκοψαν το κάπνισμα, υποτροπίασε το 10,5% και πρώην καπνιστές μετά από 12 μήνες είναι οι 23 (20,2%) (Διάγραμμα 10).




Διάγραμμα 10. Παρέμβαση για τη διακοπή του καπνίσματος

### 3.2.9 Χαρακτηριστικά που βοήθησαν τους φυλακισμένους να διακόψουν το κάπνισμα

Τα χαρακτηριστικά που βοήθησαν τους πρώην καπνιστές στην επίτευξη του στόχου τους και τους διαφοροποίησαν με αυτούς που δεν κατάφεραν να κόψουν το κάπνισμα φαίνονται στους πίνακες 10-11 και στο Διάγραμμα 11. Τα χαρακτηριστικά αυτά αφορούν α) το καπνισματικό ιστορικό, β) το ιστορικό χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών και γ) τον έγκλειστο βίο.

Στο πρώτο ήταν: η ηλικία έναρξης καπνίσματος από 21 ετών και άνω, η μέτρια εξάρτηση, η μείωση της καπνισματικής συνήθειας στη φυλακή, η κατανάλωση 20,2±8,5 τσιγάρων τη μέρα και η προσπάθεια διακοπής στο παρελθόν (Πίνακας 13).



Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
17/10/2023 13:09:06 EEST - 167.114.118.212

Στο δεύτερο ήταν: η μη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών κατά το παρελθόν (Διάγραμμα 11).

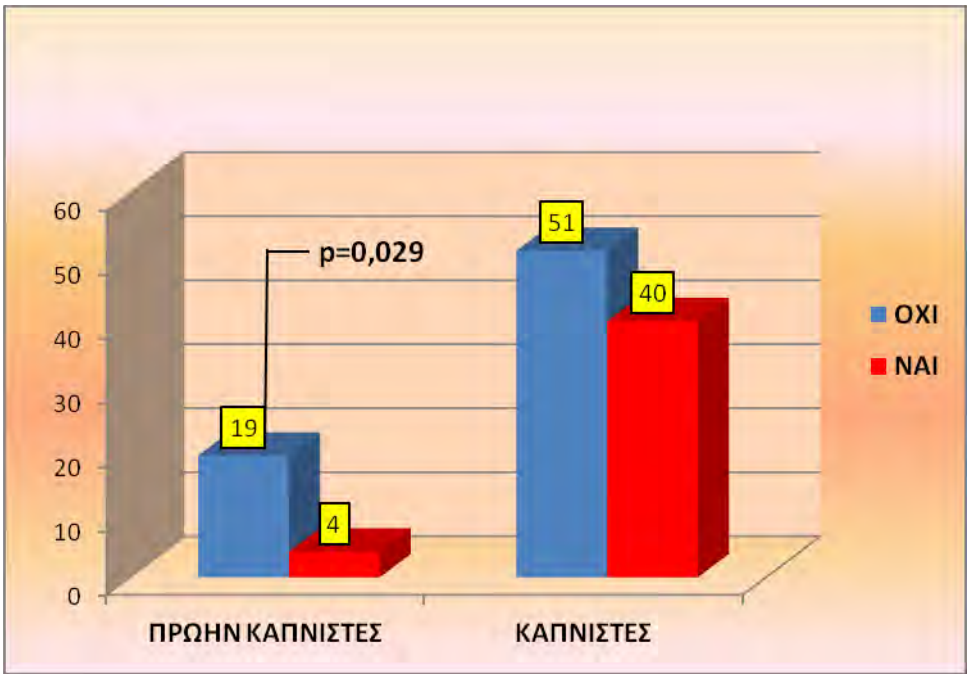
Στο τρίτο ήταν: ο μικρότερος αριθμός συγκρατούμενων θαλάμου ο μικρότερος αριθμός καπνιστών θαλάμου και ο περισσότερος χρόνος εκτιθείσας ποινής όλα τα χαρακτηριστικά σε σύγκριση με αυτούς που δεν κατάφεραν να διακόψουν το κάπνισμα (Πίνακας 14).

**Πίνακας 13**. Χαρακτηριστικά του καπνισματικού ιστορικού που βοήθησαν τους συμμετέχοντες να διακόψουν το κάπνισμα

| Χαρακτηριστικά | Πρώην καπνιστές | | Καπνιστές | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | n | (%) | n | (%) | p-value |
| Ηλικία έναρξης καπνίσματος | | | | | |
| ≤ 14 | 7 | (30,45) | 54 | (59,3) | ns |
| 15 - 20 | 11 | (47,8) | 29 | (31,9) | ns |
| ≥ 21 | 5 | (21,75) | 8 | (8,8) | 0,032 |
| Κλίμακα Fagerstrom | | | | | |
| πολύ εξαρτημένος | 6 | (26,1) | 66 | (72,5) | ns |
| μέτρια εξαρτημένος | 13 | (56,5) | 14 | (15,4) | 0,000 |
| λίγο εξαρτημένος | 4 | (17,4) | 11 | (12,1) | ns |
| Καπνισματική συνήθεια στη φυλακή | | | | | |
| αυξήθηκε | 7 | (30,4) | 32 | (35,15) | ns |
| ελαττώθηκε | 14 | (60,9) | 22 | (24,15) | 0,001 |
| ίδια | 2 | (8,7) | 37 | (40,7) | ns |
| Προσπάθεια διακοπής στο παρελθόν | | | | | |
| όχι | 10 | (43,5) | 74 | (81,3) | ns |
| ναι | 13 | (56,5) | 17 | (18,7) | 0,001 |
| | Μ.Ο.±Σ.Α. | | Μ.Ο.±Σ.Α. | | |
| Τσιγάρα/ημέρα | 20,2±8,5 | | 28,5±13,6 | | 0,006 |



Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
17/10/2023 13:09:06 EEST - 167.114.118.212




Διάγραμμα 11. Χαρακτηριστικό του ιστορικού χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών που βοήθησε τους συμμετέχοντες να διακόψουν το κάπνισμα

**Πίνακας 14**. Χαρακτηριστικά κατά τη διάρκεια του έγκλειστου βίου που βοήθησαν τους συμμετέχοντες να διακόψουν το κάπνισμα

| Χαρακτηριστικά | Πρώην καπνιστές | Καπνιστές | |
|---|---|---|---|
| | Μ.Ο.±Σ.Α. | Μ.Ο.±Σ.Α | p-value |
| Αριθμός συγκρατούμενων θαλάμου | 3,9±3,4 | 7,3±3,5 | 0,000 |
| Αριθμός καπνιστών θαλάμου | 2,8±3.2 | 6,3±3,2 | 0,000 |
| Χρόνος έκτισης ποινής (μήνες) | 49,7±46,5 | 26,6±40,2 | 0,019 |



Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
17/10/2023 13:09:06 EEST - 167.114.118.212

## 3.3 ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η ολοκληρωμένη παρέμβαση της Πνευμονολογικής Κλινικής του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας με τη λειτουργία Ιατρείου Διακοπής Καπνίσματος εντός του καταστήματος κράτησης αποτέλεσε ερέθισμα και κίνητρο να απευθυνθούν σε αυτό τόσο οι ενεργητικοί όσο και οι παθητικοί καπνιστές. Άπαντες ενημερώθηκαν για τις συνέπειες του καπνίσματος, για τα οφέλη της διακοπής του καπνίσματος και βοηθήθηκαν όσοι το επιθυμούσαν.

Οι φυλακισμένοι ήταν ικανοί να κόψουν το κάπνισμα (20,2%) αποδεικνύοντας πως το πρόγραμμα διακοπής καπνίσματος μπορεί να λειτουργήσει εντός των ορίων της φυλακής. Η έναρξη και λειτουργία του ιατρείου διακοπής καπνίσματος στις φυλακές αποτέλεσε κίνητρο για πάνω από τα 2/3 των φυλακισμένων αφού εκδήλωσαν την επιθυμία να διακόψουν το κάπνισμα. Αναδείχθηκε ένα αρκετά υψηλό ποσοστό καπνιστών και ένα ιδιαίτερα βαρύ καπνισματικό ιστορικό που χαρακτηρίζει αυτό τον ειδικό πληθυσμό με χαρακτηριστικά όπως: ηλικία έναρξης τα ≤14 έτη, υψηλή εξάρτηση κατά Fagerstrom, υψηλή κατά μέσο όρο κατανάλωση τσιγάρων/ημέρα και αύξηση της καπνισματικής συνήθειας (περισσότερα τσιγάρα/ημέρα) κατά τον έγλειστο βίο από το 1/3. Η υγεία απασχολεί ιδιαίτερα έντονα τους κρατούμενους αφού ήταν ο κυριότερος λόγος επιθυμίας για τη διακοπή του καπνίσματος από τη πλειονότητα τους. Αναδείχθηκαν πολλές ιδιαιτερότητες που χαρακτηρίζουν τις φυλακές και αποτέλεσαν τροχοπέδη στην επιθυμία ή στη προσπάθεια διακοπής του καπνίσματος όπως: η χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών στο παρελθόν, ο υπερπληθυσμός, το άγχος για την έλλειψη ελευθερίας και της οικογένειας, οι μεταγωγές σε άλλα καταστήματα κράτησης, οι εμφανίσεις σε δικαστήρια και οι άδειες που δικαιούνται κάποιες κατηγορίες κρατουμένων.



Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
17/10/2023 13:09:06 EEST - 167.114.118.212

Η οργάνωση και λειτουργία Ιατρείου Διακοπής Καπνίσματος σε Φυλακές σε μόνιμη βάση συμβαίνει για πρώτη φορά σε ελληνικό και παγκόσμιο επίπεδο. Ξένες μελέτες είχαν εστιάσει κυρίως στη καπνισματική συνήθεια των κρατουμένων και τους παράγοντες που την επηρεάζουν, στην επιθυμία τους για διακοπή του καπνίσματος και κατέληγαν σε συστάσεις για παρέμβαση σε αυτό τον ειδικό πληθυσμό για τη διακοπή του καπνίσματος. Εφαρμόστηκαν και εφαρμόζονται πολιτικές μερικής ή ολικής απαγόρευσης του καπνίσματος κυρίως σε φυλακές των Η.Π.Α. και της Αυστραλίας χωρίς σημαντικά αποτελέσματα μακροχρόνιας αποχής ενώ παράλληλα δημιουργείται άλλο πρόβλημα με την ανάπτυξη μαύρης αγοράς τσιγάρων. Επίσης έγιναν παρεμβάσεις με φαρμακευτική ή συμπεριφορική θεραπεία ή συνδυασμός τους με ικανοποιητικά αποτελέσματα, ήταν βραχυπρόθεσμης διάρκειας παρεμβάσεις και έδειξαν πως μια συνολική και μακροπρόθεσμη παρέμβαση μπορεί να αποτελέσει καταλυτικό παράγοντα στη προσπάθεια για τη διακοπή του καπνίσματος.

Το κάπνισμα είναι ένα από τα πιο σοβαρά προβλήματα δημόσιας υγείας που επηρεάζουν τις φυλακές και πάρα πολύ συχνά αγνοείται από τη κοινότητα όταν εφαρμόζει στρατηγικές ελέγχου και διακοπής του καπνίσματος [7].

Το κάπνισμα αποτελεί αναπόσπαστο μέρος της ζωή στη φυλακή και ένα καθιερωμένο κομμάτι της κουλτούρας της φυλακής [117].

Οι μισοί από όσους καπνίζουν θα πεθάνουν από μία σχετιζόμενη με το κάπνισμα ασθένεια και υπάρχουν αποδείξεις ότι οι κρατούμενοι πεθαίνουν από καρκίνο που σχετίζεται με το κάπνισμα σε υψηλότερα ποσοστά από το γενικό πληθυσμό. Ο κίνδυνος θανάτου ή ασθένειας που σχετίζεται με το κάπνισμα μειώνεται δραματικά εντός ενός έτους από τη διακοπή του καπνίσματος. Συνεπώς το



Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
17/10/2023 13:09:06 EEST - 167.114.118.212

επιχείρημα είναι ότι με την προστασία των κρατουμένων από το κάπνισμα, μέσω προγραμμάτων διακοπής, θα βελτιωθεί η υγεία τους και θα μειώσει τις μακροπρόθεσμες δαπάνες της θεραπείας ασθενειών που συνδέονται με το κάπνισμα [123].

Επιπροσθέτως ο καπνός απειλεί την υγεία των μη καπνιστών μέσα στη φυλακή, δηλαδή τους κρατούμενους του συστήματος, τους σωφρονιστικούς υπαλλήλους, τους επισκέπτες και τους εργαζόμενους που συνδέονται με κάποιου είδους απασχόληση στις φυλακές. Οι ασθένειες που προκαλούνται από το παθητικό κάπνισμα είναι παρόμοιες με εκείνων που προκαλούνται από το ενεργητικό κάπνισμα. Για να μειωθούν οι επιπτώσεις του παθητικού καπνίσματος, δημόσια κτίρια και ιδρύματα σε πολλές δυτικές χώρες έχουν απαγορεύσει το κάπνισμα στους χώρους αυτούς. Οι φυλακές εξακολουθούν να αποτελούν εξαίρεση σε αυτό ίσως επειδή εμπίπτουν στην κατηγορία του χώρου εργασίας για το προσωπικό και του " σπιτιού" για τους τροφίμους [117]. Οι παθητικοί καπνιστές στις φυλακές επιβαρύνονται ιδιαίτερα αφού ο υπερπληθυσμός των φυλακών είναι ένα γεγονός αναμφισβήτητο με πληρότητα 136,5% το 2011 για την Ελλάδα [8] και δεν υπάρχει μέριμνα για το διαχωρισμό τους από τους ενεργητικούς καπνιστές, οπότε υφίστανται αναγκαστικά τις βλαβερές συνέπειες του καπνού.

Είναι η πρώτη μελέτη στην Ελλάδα που ανέδειξε τις καπνισματικές συνήθειες σε πληθυσμό φυλακών και έδειξε αρκετές διαφοροποιήσεις σε σχέση με το γενικό πληθυσμό. Έχει αναφερθεί πως οι Έλληνες (κυρίως οι άνδρες) είχαν ή έχουν πρωτιά σε πανευρωπαϊκό και παγκόσμιο επίπεδο με ποσοστά καπνιστών που αγγίζουν το 49,9%. Ο πληθυσμός των φυλακών που μελετήθηκε και αποτελείται κατά 51,5% από Έλληνες, έδειξε πως το ποσοστό των καπνιστών είναι ακόμα υψηλότερο (75,5%) γεγονός που εναρμονίζεται με μελέτες στη διεθνή βιβλιογραφία σε αντίστοιχο



Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
17/10/2023 13:09:06 EEST - 167.114.118.212

πληθυσμό με ποσοστά που κυμαίνονται από 73,9%-81% [1,7,12,13] με αρκετά πιο χαμηλό όμως δείκτη καπνίσματος στο γενικό πληθυσμό, όπως είναι το Ηνωμένο Βασίλειο [12,95]. Η καπνισματική συνήθεια δηλαδή του πληθυσμού των φυλακών, είναι ανεξάρτητη αλλά πάντοτε υψηλή, σε σχέση με αυτή του γενικού πληθυσμού που διαφέρει από χώρα σε χώρα δείχνοντας την ιδιαιτερότητα αυτού του ειδικού πληθυσμού. Η διαπίστωση αυτή ενισχύεται και από χαρακτηριστικά των καπνιστών του γενικού πληθυσμού που έχουν βρεθεί σε πρόσφατη μελέτη, κατά την οποία το 42,7% είχε ανώτατη εκπαίδευση και το 32,9% άρχισε να καπνίζει από 15-18 ετών, [96,97] ενώ από τους φυλακισμένους καπνιστές της μελέτης το 70,6% δεν είχε τελειώσει τη βασική εκπαίδευση (22,1% εξ αυτών ήταν αγράμματοι) και το 53,5% κάπνιζε από ≤14 ετών. Τα αποτελέσματα αυτά διαφοροποιούνται με αυτά μελέτης που πραγματοποιήθηκε σε φυλακές της Πολωνίας κατά την οποία μόλις το 29% δεν είχε τελειώσει τη βασική εκπαίδευση και μόλις το 9% είχε αρχίσει να καπνίζει πριν την ηλικία των 20 ετών [7]. Συμφωνεί όμως με μελέτη που πραγματοποιήθηκε σε φυλακές των Η.Π.Α. όσον αφορά την ηλικία έναρξης του καπνίσματος αφού το 65,5% άρχισε να καπνίζει πριν από την ηλικία των 15 ετών [10]. Λόγοι που τα ποσοστά των καπνιστών παραμένουν υψηλά σε πληθυσμούς κρατουμένων είναι: η υψηλή εξάρτηση από την νικοτίνη, το χαμηλό συνήθως επίπεδο εκπαίδευσης, η χρήση ουσιών και αλκοόλ, η έλλειψη των προγραμμάτων διακοπής του καπνίσματος στη διάθεση των κρατουμένων, η έλλειψη αποδεικτικών στοιχείων σχετικά με τις πρακτικές που χρησιμοποιούνται για τη διακοπή καπνίσματος σε αυτό το τμήμα του πληθυσμού, καθώς και η ανεπαρκής πρόσβαση από αυτή την ειδική ομάδα πληθυσμού σε προγράμματα διακοπής του καπνίσματος που πραγματοποιούνται στην κοινότητα [7,117]. Οι κρατούμενοι που επιθυμούσαν να διακόψουν το κάπνισμα στις φυλακές Κασσαβέτειας κατανάλωναν καθημερινά 26,8±13,1 τσιγάρα κατά το



Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
17/10/2023 13:09:06 EEST - 167.114.118.212

τελευταίο έτος και κάπνιζαν ήδη αρκετά χρόνια (18,7±12,8) και ήταν πολύ εξαρτημένοι (63,15%) σύμφωνα με τη κλίμακα Fagerstrom, είχαν δηλαδή ένα επιβαρυμένο καπνισματικό ιστορικό. Υψηλή εξάρτηση κατά Fagerstrom και επιβαρυμένο καπνισματικό ιστορικό έχει αναδειχθεί και σε διεθνή μελέτη ενώ υπήρξε διαφοροποίηση όσον αφορά την κατανάλωση τσιγάρων σε μελέτη που έγινε σε γυναικείες φυλακές των Η.Π.Α. και έδειξε κατανάλωση 14,6±10,2 τσιγάρων την ημέρα [7,13].

Η υγεία αποτέλεσε σημαντικό κίνητρο για τους επιθυμούντες τη διακοπή που επισκέφθηκαν το ιατρείο διακοπής καπνίσματος, αφού πρωτίστως τα συμπτώματα του αναπνευστικού (31,6%) και δευτερευόντως κάποιο ήδη υπάρχον νόσημα σχετιζόμενο με το κάπνισμα (21,1%), ήταν οι κυριότεροι λόγοι επιθυμίας. Στον ίδιο στόχο κινείται και το 11,4% των συμμετεχόντων στο πρόγραμμα που επιζητά καλυτέρευση της φυσικής κατάστασης. Η πλειονότητα των καπνιστών σε φυλακές έχει αναδείξει πρωτίστως την υγεία κυριότερο λόγο επιθυμίας διακοπής του καπνίσματος σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία και δευτερευόντως την οικονομική δυσπραγία [7,12,13].

Αξίζει να αναφερθεί πως το σύνολο σχεδόν (90%) αυτών που δεν επιθυμούσαν την ένταξή τους στο πρόγραμμα διακοπής του καπνίσματος, εξέφρασε ως κυριότερο λόγο την έλλειψη της ελευθερίας και της οικογένειας, παράγοντας που είναι αναπόσπαστο κομμάτι του έγκλειστου βίου και χρήζει ιδιαίτερης και πολύπλευρης αντιμετώπισης ώστε να υπερκεραστεί όσο είναι δυνατό. Ανάλογα ήταν και τα αποτελέσματα διεθνών μελετών με την έλλειψη της ελευθερίας και της οικογένειας και την ανία να ωθούν στο κάπνισμα τους φυλακισμένους όπως οι ίδιοι δήλωσαν [7,13].



Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
17/10/2023 13:09:06 EEST - 167.114.118.212

Τα αποτελέσματα της διακοπής του καπνίσματος ήταν ιδιαιτέρως σημαντικά τόσο σε αρχικό επίπεδο μετά από την ολοκλήρωση της αγωγής (3 μήνες μετά) ή και της συμβουλευτικής παρέμβασης (29,6%) όσο και σε τελικό επίπεδο (τουλάχιστον ένα χρόνο αποχή από το κάπνισμα) με 20,2% πρώην καπνιστές, λαμβάνοντας υπόψη τις ιδιαίτερες συνθήκες των φυλακών και τη παράμετρο της αύξησης της καπνισματικής συνήθειας (τσιγάρα/ημέρα) στο 37,65% των κρατούμενων κατά τον έγκλειστο βίο, βοηθώντας ουσιαστικά την υγεία τους τόσο κατά τη διάρκεια της κράτησής τους όσο και κατά την ενσωμάτωσή τους εκ νέου στην κοινότητα μετά την αποφυλάκισή τους. Γεγονός που έχει αποτυπωθεί στη διεθνή βιβλιογραφία, αφού παρεμβάσεις με συμπεριφορική θεραπεία ή και φαρμακευτική θεραπεία εκτός από μεγάλη συμμετοχή και ενδιαφέρον είχαν και ικανοποιητικά αποτελέσματα αναδεθκνύοντας με αυτό τρόπο την ανάγκη εφαρμογής τέτοιων παρεμβάσεων σε αυτό τον ειδικό πληθυσμό [9,89,90]. Επιτυχία αποτέλεσε και το γεγονός πως μετά την έναρξη του ιατρείου προσπάθησε να διακόψει το 74% ενώ πριν την έναρξή του είχε προσπαθήσει μόλις το 23,4% (εντός ή εκτός καταστήματος κράτησης). Ιδιαίτερα σημαντικό στοιχείο λαμβάνοντας υπόψη πως σε διεθνείς μελέτες το ποσοστό των καπνιστών που είχαν προσπαθήσει στο παρελθόν ήταν από 52%-75%, σχεδόν 3 φορές υψηλότερο [7,12,13]. Το ηπιότερο καπνισματικό ιστορικό καθώς και οι καλύτερες συνθήκες διαβίωσης κάποιων φυλακισμένων (μικρότερος αριθμός συγκρατούμενων θαλάμου και μικρότερος αριθμός καπνιστών στον ίδιο θάλαμο) επέδρασαν καταλυτικά ως προς την οριστική διακοπή του καπνίσματος. Σημαντική παράμετρος που αποδείχθηκε σημείο κλειδί στη διακοπή καπνίσματος σε αυτή την ειδική ομάδα πληθυσμού ήταν και η μη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών κατά το παρελθόν ή προσφάτως. Από τους 114 που εντάχθηκαν στο πρόγραμμα, οι 44 (38,6%) είχαν έρθει σε επαφή με μία ή περισσότερες εξαρτησιογόνες ουσίες και μόλις



Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
17/10/2023 13:09:06 EEST - 167.114.118.212

οι 4 εξ αυτών (9,1%) κατάφεραν να διατηρήσουν τουλάχιστον 12 μήνες την αποχή τους από το κάπνισμα, ενώ από τους υπόλοιπους 70 (61,4%) που είχαν ελεύθερο ιστορικό χρήσης ουσιών κατάφεραν να καταστούν πρώην καπνιστές οι 19 εξ αυτών (27,15%). Ήταν δηλαδή σημαντική η διαφορά του ποσοστού της διακοπής καπνίσματος υπέρ των μη χρηστών ουσιών και αναδεικνύει τη σημαντικότητα ενός ιδιαίτερα σοβαρού και λεπτού ζητήματος που πρέπει να λαμβάνεται υπόψη σε οποιαδήποτε παρέμβαση που πρόκειται να πραγματοποιηθεί σε περιβάλλον φυλακής και δείχνει σε ένα ποσοστό τη σύνδεση των καταχρήσεων (κάπνισμα – ουσίες).

Παράγοντες όπως:

α) η έλλειψη της ελευθερίας και της οικογένειας με συνέπεια το έντονο άγχος που προκαλείται,

β) ο υπερπληθυσμός των φυλακών με συνύπαρξη καπνιζόντων και μη καπνιζόντων στον ίδιο θάλαμο χωρίς να έχει ληφθεί μέριμνα για το διαχωρισμό τους,

γ) οι μεταγωγές σε άλλα καταστήματα κράτησης (προγραμματισμένες ή για λόγους ασφαλείας) ή σε δικαστήρια (εκδίκαση - έφεση της υπόθεσης ή κατάθεση),

δ) η εξάρτηση από τη νικοτίνη (και η χρήση της ως αγχολυτικού για την αντιμετώπιση προβλημάτων όπως αναφέρεται από τους κρατούμενους) και

ε) οι άδειες που δικαιούνται οι κρατούμενοι (εξαιρούνται κάποιες περιπτώσεις) βάσει της νομοθεσίας και κατά τη διάρκεια των οποίων βρίσκονται και δραστηριοποιούνται σε εντελώς διαφορετικό περιβάλλον από αυτό της φυλακής καθότι προσωρινά ελεύθεροι,

είναι παράγοντες που προκαλούν επιδείνωση ή υποτροπή του καπνίσματος στους κρατούμενους καπνιστές είτε είναι σε προσπάθεια διακοπής είτε όχι. Οι απαντήσεις



Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
17/10/2023 13:09:06 EEST - 167.114.118.212

στα ανάλογα ερωτήματα έδειξαν ξεκάθαρα αυτούς τους παράγοντες, οι οποίοι πρέπει να ληφθούν σοβαρά υπόψη για οποιαδήποτε παρέμβαση πραγματοποιείται ή πρόκειται να πραγματοποιηθεί σε αυτό τον ειδικό πληθυσμό. Άλλωστε εξαιρώντας τον παράγοντα της εξάρτησης από τη νικοτίνη που εντοπίζεται και στο γενικό πληθυσμό, οι υπόλοιποι διαφοροποιούνται και αντιπροσωπεύουν – χαρακτηρίζουν το πληθυσμό των φυλακών. Οι παράγοντες αυτοί έχουν αναφερθεί πολλάκις από διεθνείς μελέτες δείχνοντας τη σημασία και την ιδιομορφία τους καθιστώντας τους κρίσιμους σε οποιαδήποτε απόφαση που αφορά τους κρατούμενους [7-11,117]. Για την εύρυθμη λειτουργία του Ιατρείου Διακοπής Καπνίσματος των Φυλακών και την εξάλειψη κάποιων από τους προαναφερθέντες παράγοντες, ήταν και είναι απαραίτητη η συχνή επικοινωνία και συνεργασία τόσο με τους ίδιους τους ασθενείς όσο και με τη Διεύθυνση των Φυλακών. Με αυτό τον τρόπο οι μεταγωγές και οι άδειες, καταστάσεις που διαφοροποιούν τη καθημερινότητα των ευρισκόμενων σε προσπάθεια διακοπής του καπνίσματος, καλύπτονται ιατρικά και συμβουλευτικά ώστε να μην υπάρχουν κενά διαστήματα ή να «χάνονται» από την εποπτεία του ιατρείου οι ασθενείς. Επίσης, αξίζει να αναφερθεί πως η λειτουργία εντός του καταστήματος κράτησης αποτέλεσε κίνητρο για τη διακοπή του καπνίσματος και για το προσωπικό (διοικητικό και φυλακτικό) με ιδιαίτερη επιτυχία.

Οι προσπάθειες για τη διακοπή του καπνίσματος στις φυλακές πρέπει να αντιμετωπίσουν τόσο τους ομαδικούς όσο και τους ατομικούς παράγοντες που χαρακτηρίζουν αυτό το περιβάλλον και τα προγράμματα διακοπής καπνίσματος θα πρέπει να απευθύνονται σε όλες τις πτυχές της συνήθειας του καπνίσματος, συμπεριλαμβανομένης της συμπεριφοράς, της ψυχολογίας και των βιολογικών διεργασιών που διέπουν την εξάρτηση από τη νικοτίνη.



Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
17/10/2023 13:09:06 EEST - 167.114.118.212

Συνοψίζοντας, το Ιατρείο Διακοπής Καπνίσματος των Φυλακών Κασσαβέτειας Βόλου μπορεί να αποτελέσει καταλυτικό παράγοντα καλυτέρευσης της ποιότητας ζωής των κρατουμένων κατά το υπόλοιπο της ποινής τους και κατά την επανένταξή τους στη κοινωνία δρώντας: α) προληπτικά - αποτρεπτικά: ενημερώνοντας τους καπνιστές, τους πρώην καπνιστές, αλλά και τους μη καπνιστές για τις βλαβερές συνέπειες του ενεργητικού και παθητικού καπνίσματος και για τα οφέλη της διακοπής του καπνίσματος και β) θεραπευτικά: επεμβαίνοντας με βαρενικλίνη σε καπνιστές (με τη θέλησή τους) και συμβουλευτικά.



Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
17/10/2023 13:09:06 EEST - 167.114.118.212

## 3.4 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

1) Στην ανάγκη εφαρμογής προγραμμάτων διακοπής καπνίσματος στις φυλακές συνηγορεί και το γεγονός ότι αναδείχθηκε μέσω της παρούσας μελέτης ένα βαρύ καπνισματικό ιστορικό αφού η πλειονότητα των φυλακισμένων είχε ως ηλικία έναρξης του καπνίσματος τα ≤14 έτη, ήταν πολύ εξαρτημένο κατά Fagerstrom και το 1/3 εξ αυτών αύξησε τη καπνισματική του συνήθεια (περισσότερα τσιγάρα/ημέρα) κατά τον έγκλειστο βίο.
2) Το υψηλό ποσοστό των καπνιστών που επιθυμούν να κόψουν το κάπνισμα μετά την οργάνωση ενός ιατρείου δείχνει θέληση, επιθυμία και αποτελεί κίνητρο ώστε να ανταποκριθούν όταν η Δημόσια Υγεία τους θεωρεί μέλη της και προσπαθεί να τους βοηθήσει ουσιαστικά.
3) Η διατήρηση αποχής από το κάπνισμα ένα χρόνο μετά τη διακοπή στο 20,2% των κρατουμένων αποδεικνύει και αναδεικνύει τη χρησιμότητα ενός προγράμματος διακοπής καπνίσματος στις φυλακές και αποτελεί οδηγό για τη συνέχισή του αλλά και την επέκτασή του σε άλλα καταστήματα κράτησης.
4) Τα χαρακτηριστικά που βοήθησαν στη διακοπή του καπνίσματος και αποτελούν οδηγό στη προσπάθεια παρέμβασης σε αυτό τον ειδικό πληθυσμό ήταν: η ηλικία έναρξης καπνίσματος από 21 ετών και άνω, η μέτρια εξάρτηση, η προσπάθεια διακοπής στο παρελθόν, η κατανάλωση 20,2±8,6 τσιγάρων, η μη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών στο παρελθόν, ο μικρότερος αριθμός συγκρατούμενων θαλάμου, ο μικρότερος αριθμός καπνιστών συγκρατούμενων θαλάμου και ο περισσότερος χρόνος εκτιθείσας ποινής.
5) Η υγεία αποδείχθηκε κυριότερος λόγος επιθυμίας διακοπής του καπνίσματος, αφού τα συμπτώματα αναπνευστικού και τα νοσήματα που σχετίζονται με το



Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
17/10/2023 13:09:06 EEST - 167.114.118.212

κάπνισμα που ήδη έχουν, απασχολούν έντονα και εύλογα τους συμμετέχοντες στο πρόγραμμα διακοπής.

6) Οι ιδιαιτερότητες του ειδικού πληθυσμού των φυλακών όπως: η χρήση ουσιών κατά το παρελθόν, ο υπερπληθυσμός των φυλακών, το άγχος για την έλλειψη ελευθερίας και της οικογένειας, οι μεταγωγές σε άλλα καταστήματα κράτησης, οι εμφανίσεις σε δικαστήρια και οι άδειες που δικαιούνται κάποιες κατηγορίες κρατουμένων αποτελούν τροχοπέδη στην επιθυμία για διακοπή ή στη προσπάθεια διακοπής του καπνίσματος, πρέπει να λαμβάνονται υπόψη σε οποιαδήποτε παρέμβαση και χρήζουν πολύπλευρης αντιμετώπισης αφού απαιτείται στενή συνεργασία μεταξύ ιατρικού προσωπικού, κρατουμένων, φυλακτικού προσωπικού, διεύθυνσης φυλακών και ιατρείων άλλων καταστημάτων κράτησης.



Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
17/10/2023 13:09:06 EEST - 167.114.118.212

## 3.5 ΠΕΡΙΛΗΨΗ

**Σκοπός**: Να εντοπισθεί η αποτελεσματικότητα της παρέμβασης και τα χαρακτηριστικά που οδηγούν στην διακοπή του καπνίσματος τους κρατούμενους που απευθύνθηκαν στο αντίστοιχο ιατρείο που λειτουργεί εντός του καταστήματος κράτησης της Κασσαβέτειας Βόλου.

**Πληθυσμός μελέτης και μέθοδοι**: Προσωπική συνέντευξη σε 204 άρρενες κρατούμενους ανεξαρτήτως καπνισματικού ιστορικού την περίοδο Ιούνιος 2008 – Δεκέμβριος 2010. Πραγματοποιήθηκε λήψη ιατρικού, καπνισματικού ιστορικού, χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών και καταγραφή του καθεστώτος κράτησης. Η φαρμακευτική αγωγή (βαρενικλίνη) και η συμβουλευτική παρέμβαση ή μόνο η συμβουλευτική παρέμβαση χρησιμοποιήθηκαν ανάλογα με την προτίμηση των ασθενών για τη διακοπή του καπνίσματος.

**Αποτελέσματα**: Το 75,5% του δείγματος ήταν καπνιστές. Πρόκειται κυρίως για Έλληνες (51,5%), άγαμους (53,4%) που δεν έχουν τελειώσει τη βασική εκπαίδευση (70,6%). Το 53,5% άρχισε το κάπνισμα σε ηλικία ≤14 ετών και το 63,15% ήταν πολύ εξαρτημένοι. Από το σύνολο των καπνιστών το 77% απευθύνθηκε στο ιατρείο διακοπής καπνίσματος, το 30,7% διέκοψε αρχικώς το κάπνισμα και πρώην καπνιστές μετά από 1 (ένα) χρόνο είναι το 20,2%. Η μείωση της καπνισματικής συνήθειας σε σχέση με την ελεύθερη ζωή (p=0,001), η προηγούμενη προσπάθεια διακοπής (p=0,001), η μέτρια εξάρτηση (p=0,000), η ηλικία έναρξης του καπνίσματος μετά τα 21 έτη (p=0,032), η μη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών (p=0,029), ο περισσότερος χρόνος εκτιθείσας ποινής (p=0,019) ο μικρός αριθμός συγκρατούμενων θαλάμου (p=0,002) και ιδιαίτερα των καπνιστών θαλάμου (p<0,001) ήταν τα χαρακτηριστικά των πρώην καπνιστών.



Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
17/10/2023 13:09:06 EEST - 167.114.118.212

**Συμπεράσματα:** Το υψηλό ποσοστό διακοπής καπνίσματος που παρατηρήθηκε μπορεί να αποτελέσει καταλυτικό παράγοντα καλυτέρευσης της ποιότητας ζωής των κρατουμένων κατά το υπόλοιπο της ποινής τους και κατά την επανένταξή τους στη κοινωνία και αναδεικνύει τη χρησιμότητα ενός προγράμματος διακοπής καπνίσματος στις φυλακές.



Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
17/10/2023 13:09:06 EEST - 167.114.118.212

## 3.6 SUMMARY

**Background**: The purpose of this study is to identify the effectiveness of the intervention and the features leading prisoners who visited the Smoking Cessation Centre at the Kassavetia Detention Centre in Volos (region of Thessaly, in the central part of mainland Greece) to quit smoking.

**Methods:** Personal interviews with 204 male prisoners irrespective of smoking history over the period June 2008 to December 2010. Information about medical history, smoking history and use of addictive substances was obtained and imprisonment status was recorded. Pharmaceutical treatment (Varenicline) and counselling or only counselling were provided at the patient's option to help quit smoking.

**Results**: 75,5% of the sample were smokers. They were mainly Greeks (51,5%), single (53,4%) and had not finished secondary education (70,6%). 53,5% started smoking early (≤14) and 63,15% were highly addicted. 77% of all smokers at the prison visited the Smoking Cessation Centre and 30,7% managed to quit smoking and 1 year later there were 20,2% ex-smokers. The key characteristics of those who managed to become ex-smokers were a drop in smoking habits compared to when free (p=0,001), previous attempts to quit (p=0,001), average dependence levels (p=0,000), started smoking after 21 (p=0,032), no history of addictive substance use (p=0,029), a longer time already spent in prison (p=0,019), a smaller number of prisons per cell (p=0,000) and in particular other smokers in the cell (p=0,000).

**Conclusions:** The high rate of smoking cessation observed may be a catalytic factor in improving the quality of life in prison for the remainder of their sentence and reintegrating them into society and highlights the usefulness of a smoking cessation program in prisons.



Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
17/10/2023 13:09:06 EEST - 167.114.118.212

# 4. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ



Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
17/10/2023 13:09:06 EEST - 167.114.118.212

1. Conklin T.J., Lincoln T., Tuthill R.W. “Self-reported health and prior health behaviors of newly admitted correctional inmates“, American Journal of Public Health, 2000:82:881-884.
2. Awofeso N. “Reducing smoking prevalence in Australian prisons: a review of policy options“, Appl Health Econ Health Policy, 2002:1:211-218.
3. Centers for Disease Control (CDC). “Cigarette smoking bans in county jails-Wisconsin 1991“, MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 1992:41:101-103.
4. Maruschak L.M., Beck A.J. “Medical problems of inmates, 1997“, D.C: U.S. Department of Justice, Bureau of Justice Statistics (NCJ 181644), 2001, http://bjs.ojp.usdoj.gov/content/pub/pdf/mpi97.pdf.
5. Nobile C.G., Flotta D., Nicotera G., Pileggi C., Angelillo I.F. “Self-reported health status and access to health services in a sample of prisoners in Italy“, BMC Public Health. 2011:11:529.
6. Έκθεση για την κατάσταση στις Ελληνικές Φυλακές και τις δυνατότητες βελτίωσης του Σωφρονιστικού Συστήματος της χώρας, Διακομματική Κοινοβουλευτική Επιτροπή για την εξέταση του Σωφρονιστικού συστήματος της χώρας και των συνθηκών διαβίωσης των κρατουμένων, Βουλή των Ελλήνων, Περίοδος Η’, Σύνοδος Α’, Ιούλιος, 1994:19.
7. Sieminska A., Jassem E., Konopa K. “Prisoners’ attitudes towards cigarette smoking and smoking cessation: a questionnaire study in Poland“, BMC Public Health, 2006:6:181.
8. International Centre for Prison Studies, World prison brief, 2011, http://www.prisonstudies.org/info/worldbrief/wpb_country.php?country=141.



Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
17/10/2023 13:09:06 EEST - 167.114.118.212

9. Richmond R.L., Butler T., Belcher J.M., Wodak A., Wilhelm K.A., Baxter E. “Promoting smoking cessation among prisoners: feasibility of a multi – component intervention“, Aust N Z J Public Health, 2006:30:474-478.
10. Cropsey K.L., Kristeller J.L. “The effects of a prison smoking ban behavior and withdrawal symptoms“, Addict Behav, 2005:30:589-594.
11. Μπρακουμάτσος Π. “Σκέψεις και προτάσεις για την ελληνική σωφρονιστική πολιτική“, Υπεράσπιση, 1996:2:399-408.
12. Belcher J.M., Butler T., Richmond R.L., Wodak A.D., Wilhelm K. “Smoking and its correlates in an Australian prisoner population“, Drug Alcohol Rev, 2006:25:343-348.
13. Cropsey K.L., Eldridge G.D., Ladner T. “Smoking among female prisoners: an ignored public health epidemic“, Addict Behav, 2004:29:425-431.
14. Ζωγράφος Δ. “Ιστορία της παρ’ημίν Γεωργικής Εκπαιδεύσεως“, Υπουργείο Γεωργίας, Εθνικό Τυπογραφείο, Αθήνα, 1937:13.
15. Χαρίτος Χ., Κανδηλά Ι. “Κασσαβέτεια Γεωργική Σχολή Αϊδινίου 1888-1914: συμβολή στην ιστορία της γεωργικής εκπαίδευσης στην Ελλάδα“, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Βόλος, 1997:13.
16. ΦΕΚ 295/23-12-1900 (Β.Δ. 21-12-1900)
17. Μελάς Θ. “Η γεωργική εκπαίδευσις εν Ελλάδι καθ’όλα αυτής τα στάδια“, Υπουργείο Γεωργίας, Εθνικό Τυπογραφείο, Αθήνα, 1932:37.
18. ΦΕΚ Α201/31-07-1925 (Π.Δ. 18-07-1925 περί ίδρυσης φυλακής στο Γεωργικό Σχολείο Κασσαβέτειας)
19. ΦΕΚ Α340/04-11-1925 (Π.Δ. 30-10-1925 περί συγχωνεύσεως του Γεωργικού Σχολείου Κασσαβέτειας μετά της εκεί αγροτικής φυλακής)



Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
17/10/2023 13:09:06 EEST - 167.114.118.212

20. Κολιού Ν. “Οι πρωτοπόροι της περιοχής Αλμυρού: Απαρχές συνεργατισμού, Κασσαβέτεια σχολή και άλλα ιστορικά“, Οδυσσέας, Αθήνα, 1996:227.
21. Θανοπούλου Μ., Φρονίμου Ε., Τσιλιμιγκάκη Β. “Το δικαίωμα στην επαγγελματική επανένταξη“, Σάκκουλας, Αθήνα, 1997:49-50.
22. Λαμπροπούλου Ε. “Η αντιμετώπιση του Σωφρονιστικού Προβλήματος από την Ελληνική Σωφρονιστική Πολιτική“, Ελληνική Επιθεώρηση Εγκληματολογίας, 1992:5:117-120.
23. ΦΕΚ Α152/04-09-1967 (Α.Ν. 125/67, Σωφρονιστικός Κώδικας)
24. Τσιλιμιγκάκη Β. “Οι καινοτομίες και οι σημαντικότερες ρυθμίσεις του νέου κώδικα για την μεταχείριση των κρατουμένων“, Κοινωνική Εργασία, 1987:7: 145-153.
25. ΦΕΚ Α51/28-02-1980 (Π.Δ. 178/80 περί του μέτρου του ευεργετικού υπολογισμού του χρόνου εργασίας των καταδίκων)
26. Τρωιάνου-Λουλά Α. “Η ποινική νομοθεσία των ανηλίκων“, Σάκκουλας, Αθήνα/Κομοτηνή, 1982:154.
27. ΦΕΚ Α252/22-10-2001 (Π.Δ. 107/2001 περί ευεργετικού υπολογισμού ημερών ποινής καταδίκων ή υποδίκων για εργασία ή απασχόληση σε προγράμματα ή σπουδές)
28. Μαργαρίτης Λ. “Ναρκωτικά. Απόλυση υπό όρο. Δογματικές επισημάνσεις. Νομολογιακες καταγραφές“, Νομική Βιβλιοθήκη, Αθήνα, 2002:13.
29. Δασκαλάκης Η.Ι. “Απονομή της ποινικής δικαιοσύνης στην Ελλάδα“, Αθήνα, Ε.Κ.Κ.Ε., 1983:231.
30. Ανδρίτσου Α., Δασκαλάκη Κ., Παπαδοπούλου Π. “Έρευνα: Ο θεσμός της φυλακής στην Ελλάδα“, Προκαταρκτική έκθεση της ερευνητικής ομάδας



Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
17/10/2023 13:09:06 EEST - 167.114.118.212

εγκληματολογίας του Ε.Κ.Κ.Ε., Επιθεώρηση Κοινωνικών Ερευνών, Ειδικό Τεύχος 68Α, 1988:258.

31. Mumola C.J., Karberg J.C. “Drug use and dependence, state and federal prisoners, 2004“, Washington, DC: U.S. Department of Justice, Office of Justice Programs, Bureau of Justice Statistics (NCJ 213530), 2006, http://bjs.ojp.usdoj.gov/content/pub/pdf/dudsfp04.pdf.
32. Dunkel F. “Empirische daten zur sozialen lage von Strafgefangenen“, Krimpad, 1993:21:6-17.
33. Κουράκης Ν.Ε., Μηλιώνης Φ. “Έρευνα στις ελληνικές φυλακές. Α’: Τα σωφρονιστικά καταστήματα ανηλίκων Κορυδαλλού και Κασσαβέτειας“, Σάκκουλας, Αθήνα/Κομοτηνή, 1995:192.
34. Yacoub W.G., Reisz G. “Kicking butts: smoking cessation update“, Mo Med, 2007:104(3):260-264.
35. Guindon G.E., Boisclair D. “Past, current and future trends in tobacco use“, 2003,http://www.wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/2004/06/07/000265513_20040607175222/Rendered/PDF/292650Guindon1Past10current10whole.pdf.
36. World Health Organization. “Tobacco or health: a global status report“, Geneva, 1997, http://www.cdc.gov/tobacco/who/whofirst.htm.
37. World Health Organization. “WHO report on the global tobacco epidemic, 2009: implementing smoke-free environments“, 2009.
38. Rovina N., Gratziou C. “Smoking cessation“, Pneumon, 2005:18(3):245-262.
39. Campaign for Tobacco-Free Kids. A broken promise to our children: the 1998 state tobacco settlement six years later. Washington D.C.: Campaign for Tobacco-Free Kids, 2004.



Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
17/10/2023 13:09:06 EEST - 167.114.118.212

40. Rovina N., Gratziou C. “Asthma and smoking“, Pneumon, 2006:19(3):202-215.
41. Martin E.D. “Smoking cessation in 10 seconds-A General Practitioner’s view“, Addiction, 2008:103(2):307-308.
42. National Toxicology Program, 12th Report on Carcinogens, 2011, http://ntp.niehs.nih.gov/ntp/roc/twelfth/roc12.pdf.
43. Hoffmann D., Hecht S.S. “Advances in tobacco carcinogenesis“, Handbook of experimental pharmacology, Heidelberg, 1990:94:63-102.
44. Prochazka A.V. “New developments in smoking cessation“, Chest, 2000:117(1):69-75.
45. Mackay J., Eriksen M. “The Tobacco Atlas“, WHO, Geneva, 2006, http://www.cancer.org/docroot/AA/content/AA_2_5_9x_Tobacco_Atlas.asp.
46. Benowitz N.L., Renner C.C., Lanier A.P., Tyndale R.F., Hatsukami D.K. et al. “Exposure to nicotine and carcinogens among Southwestern Alaskan Native cigarette smokers and smokeless tobacco users“, Cancer Epidemiol Biomarkers Prev, 2012:21(6):934-942.
47. Surgeon General’s Report. “The Health Consequences of Smoking“, 2004, http://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/sgr/2004/.
48. Fagerstrom K.O., Schneider N.G. “Measuring nicotine dependence: a review of the Fagerstrom tolerance questionnaire“, J Beh Med, 1989:12:159-182.
49. Βασιλικό Διάταγμα 31-07-1856 (περί απαγορεύσεως του καπνίζειν εντός των δημόσιων γραφείων και καταστημάτων)
50. ΦΕΚ 262Α/23-12-2008 (Ν.3730/2008 περί προστασίας ανηλίκων από τον καπνό και τα αλκοολούχα ποτά και άλλες διατάξεις)
51. Ευρωπαϊκό Συμβούλιο, Ψήφισμα 9/C 189/01.



Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
17/10/2023 13:09:06 EEST - 167.114.118.212

52. Ευρωπαϊκό Συμβούλιο, Σύσταση 2003/54/ΕΚ.

53. Δικαστήριο των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, Απόφαση C-49/00.

54. ΦΕΚ 298Α/06-12-2005 (Ν.3420/2005 περί κυρώσεως της Σύμβασης Πλαίσιο του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας για τον έλεγχο του καπνού)

55. ERC. "World Cigarettes 1: The 2007 Report", Economist, 2009, http://www.economist.com/node/13766483?story_id=13766483.

56. WHO, European Tobacco control database, Copenhagen, 2004, http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/Tobacco/Documents/tobacco_fr_en.pdf.

57. Τούντας Γ. "Η Υγεία του Ελληνικού πληθυσμού", Κέντρο Μελετών Υπηρεσιών Υγείας Εργαστηρίου Υγιεινής και Επιδημιολογίας Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών, 2007.

58. Lee C., Kahende J. "Factors Associated With Successful Smoking Cessation in the United States, 2000", Am J Public Health, 2007:97(8):1503-1509.

59. Anderson J.E., Jorneby D.E., Scott W.J. et al. "Treating tobacco use and dependence: an evidence-based clinical practice guidelines for tobacco cessation", Chest, 2002:121(3):932-941.

60. Wolfenden L., Campbell E., Wiggers J., Walsh R.A., Bailey L.J. "Helping hospital patients quit: What the evidence supports and what guidelines recommend", Prev Med, 2007:46(4):346-357.

61. O'Donohue W. "Behavioral integrative care: treatments that work in the primary care setting", Brunner-Routledge, New York, 2005.

62. Peter S., Robert F. "Counselling patients to quit smoking: missed opportunities and the need to better target physician counselling", Washington D.C.: Center for Studying Health System Change, 2002.



Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
17/10/2023 13:09:06 EEST - 167.114.118.212

63. Katz D.A., Muehlenbruch D.R., Brown R.B., Fiore M.C., Baker T.B. “Effectiveness of a clinic-based strategy for implementing the AHRQ smoking cessation guideline in primary care“, Prev Med, 2002:35:293-301.
64. Institute for Clinical Systems Improvement. “Health care guideline: tobacco use prevention and cessation for adults and mature adolescents“, Bloomington, Minn.: ICSI, 2001.
65. World Health Organization. “Encouraging stopping smoking“, Department of Mental Health and Substance Dependence, Geneva, 2001, http://www.who.int/mental_health/media/en/stop%20smoking.pdf.
66. Whitlock E., Orleans C., Pender N., Allan J. “Evaluating primary care behavioral counseling interventions: an evidence-based approach“, Am J Prev Med, 2002:22:267–283.
67. Wadland W.C., Stoffelmayr B., Berger E., Crombach A., Ives K. “Enhancing smoking cessation rates in primary care“, J Fam Pract, 1999:48:711-718.
68. Cupertino P.A., Richter K.P., Cox L.S., Nazir N., Greiner A.K., Ahluwalia J.S., Ellerbeck E.F. “Smoking cessation pharmacotherapy preferences in rural primary care“, Nicotine Tob Res, 2008:10(2):301-307.
69. Silagy C., Lancaster T., Stead L., Mant D., Fowler G. “Nicotine replacement therapy for smoking cessation“, Cochrane Database Syst Rev, 2004:(3):146.
70. Fiore M.C., Smith S.S., Jorenby D.E., Baker T.B. “The effectiveness of the nicotine patch for smoking cessation: a meta-analysis“, Jama, 1994:271(24): 1940-1947.
71. Gourlay S.G., Forbes A., Marriner T., Pethica D., McNeil J.J. “Prospective study of factors predicting outcome of transdermal nicotine treatment in smoking cessation“, BMJ, 1994:309:842-846.



Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
17/10/2023 13:09:06 EEST - 167.114.118.212

72. Abelin T., Ehrsam R., Buhler-Reichert A., Imhof P.R, Muller P., Thommen A., Vesanen K. “Effectiveness of a transdermal nicotine system in smoking cessation studies“, Methods Find Exp Clin Pharmacol, 1989:11(3):201-214.
73. Bolliger C.T., Zellweger J.P., Danielsson T., van Biljon X., Robidou A., Westin A., Perruchoud A.P., Sawe U. “Smoking reduction with oral nicotine inhalers: double blind, randomised clinical trial of efficacy and safety“, BMJ 2000:321:329-333.
74. Schneider N.G., Olmstead R., Nilsson F., Mody F.V., Franzon M., Doan K. “Efficacy of a nicotine inhaler in smoking cessation: a double-blind placebo controlled trial“, Addiction, 1996:91(9):1293-1306.
75. Blondal T., Gudmundsson L.J., Olafsdottir I., Gustavsson G., Westin A. “Nicotine nasal spray with nicotine patch for smoking cessation: randomised trial with six year follow up“, BMJ, 1999:318:285-289.
76. Shiffman S., Dresler C.M., Hajek P., Gilburt S.J., Targett D.A., Strahs K.R. “Efficacy of a nicotine lozenge for smoking cessation“, Arch Intern Med, 2002:162:1267-1276.
77. Lancaster T., Stead L.F. “Individual behavioral counselling for smoking cessation“, Cochrane Database Syst Rev, 2000:2:CD001292.
78. Kornitzer M., Boutsen M., Dramaix M., Thijs J., Gustavsson G. “Combined use of nicotine patch and gum in smoking cessation: a placebo-controlled clinical trial“, Prev Med, 1995:24(1):41-47.
79. Sutherland G., Stapleton J.A., Russell M.A., Feyerabend C. “Naltrexone, smoking behaviour and cigarette withdrawal“, Psychopharmacology, 1995:120(4):418-425.



Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
17/10/2023 13:09:06 EEST - 167.114.118.212

80. Rose J.E., Behm F.M., Westman E.C. “Nicotine-mecamylamine treatment for smoking cessation: the role of pre-cessation therapy“, Exp Clin Psychopharmacol, 1998:6(3):331-343.
81. Glassman A.H., Covey L.S., Dalack G.W., Stetner F., Rivelli S.K., Fleiss J., Cooper T.B. “Smoking cessation, clonidine, and vulnerability to nicotine among dependent smokers“, Clin Pharmacol Ther, 1993:54(6):670-679.
82. Coleman T. “Smoking cessation: integrating recent advances into clinical practice“, Thorax, 2001:56:579-582.
83. Swan G.E., McAfee T., Curry S.J., Jack L.M., Javitz H., Dacey S. et al. “Effectiveness of bupropion sustained release for smoking cessation in a health care setting: a randomized trial“, Arch Intern Med, 2003:163:2337-2344.
84. Simon J.A., Duncan C., Carmody T.P., Hudes E.S. “Bupropion for smoking cessation: a randomized trial“, Arch Intern Med, 2004:164:1797-1803.
85. Shiffman S., Brockwell S.E., Pillitteri J.L., Gitchell J.G. “Use of smoking-cessation treatments in the United States“, Am J Prev Med, 2008:34(2):102-111.
86. West R. “Bupropion SR for smoking cessation Expert Opinion“, Drug evaluation, 2003:533-540.
87. Coleman T., West R. “Newly available treatments for nicotine addiction: smokers wanting help to stop smoking now have effective treatment options“, BMJ, 2001:322:1076-1077.
88. Holm K.J., Spencer C.M. “Bupropion: a review of its use in the management of smoking cessation“, Drugs, 2000:59:1007-1024.



Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
17/10/2023 13:09:06 EEST - 167.114.118.212

89. Balfour DJK. “The pharmacology underlying pharmacotherapy for tobacco dependence: a focus on bupropion“, Int J. Clin Pract, 2001:55:53-57.
90. Golden R.N., Rudorfer M.V., Sherer M.A., Linnoila M., Potter W.Z. “Bupropion in depression: I. Biochemical effects and clinical response“, Arch Gen Psychiatry, 1988:45:139-143.
91. Fryer J.D., Lukas R.J. “Non-competitive functional inhibition at diverse, human nicotinic acetylcholine receptor subtypes by bupropion, phencyclidine, and ibogaine“, J Pharmacol Exp Ther, 1999:288:88-92.
92. Slemmer J.E., Martin B.R., Damaj M.I. “Bupropion is a nicotinic antagonist“, J Pharmacol Exp Ther, 2000:295:321-327.
93. Hughes J.R., Goldstein M.G., Hurt R.D., Shiffman S. “Recent advances in the pharmacotherapy of smoking“, JAMA, 1999:281(1):72-76.
94. Jorenby D.E., Leischow S.J., Nides M.A., Rennard S.I., Johnston J.A. et al. “A controlled trial of sustained-release bupropion, a nicotine patch, or both for smoking cessation“, N Engl J Med, 1999:340:685-691.
95. Hughes J.R., Stead L.F., Lancaster T. “Antidepressants for smoking cessation“, Cochrane Database Syst Rev, 2007(1):CD000031.
96. Nieds M., Leischow S., Sana L., Evans S.E. “Maximizing smoking cessation in clinical practise: pharmacological and behavioural interventions“, Prev Cardiol, 2007:10(2):23-30.
97. Rigotti N.A., Thorndike A.N., Regan S. et al. “Bupropion for smokers hospitalized with acute cardiovascular disease“, Am J Med. 2006:119(12): 1080-1087.



Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
17/10/2023 13:09:06 EEST - 167.114.118.212

98. Tashkin D.P., Rennard S., Hays J.T., Ma W., Lawrence D., Lee T.C. “Effects of varenicline on smoking cessation in patients with mild to moderate COPD: a randomized controlled trial“, Chest, 2011:139(3):591-599.

99. Varenicline for smoking cessation. London, England: National Institute for Health and Clinical Excellence, 2007.

100. Cahill K., Stead L.F., Lancaster T. “Nicotine receptor partial agonists for smoking cessation“, Cochrane Database Syst Rev, 2007:(1):6103.

101. Gonzalez D., Renard S.I., Nides M., et al. “Varenicline, an α4β2 nicotinic acetylcholine receptor partial agonist, vs sustained-release bupropion and placebo for smoking cessation“. JAMA, 2006:296:47-55.

102. Jorenby D.E., Hays T.J., Rigotti N.A., et al. “Efficacy of varenicline, an α4β2 nicotinic acetylcholine receptor partial agonist, vs placebo or sustained-release bupropion for smoking cessation“, JAMA, 2006:296:56-63.

103. Etter J.F., Schneider N.G. “An Internet Survey of Use, Opinions and Preferences for Smoking Cessation Medications: Nicotine, Varenicline, and Bupropion“, Nicotine Tob Res, 2012. [Epub ahead of print]

104. Gratziou C, Gourgoulianis K.I., Argyropoulou Pataka P, Sykara G.D., Messig M., Raju S. “Varenicline as a smoking cessation aid in a Greek population: a subanalysis of an observational study“, Tob Induc Dis, 2012: 10(1):1.

105. Athanasakis K., Igoumenidis M., Karampli E., Vitsou E., Sykara G.D., Kyriopoulos J. “Cost-Effectiveness of Varenicline Versus Bupropion, Nicotine-Replacement Therapy, and Unaided Cessation in Greece“, Clin Ther, 2012. [Epub ahead of print]



Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
17/10/2023 13:09:06 EEST - 167.114.118.212

106. Cropsey K.L, Eldridge G.D, Weaver M.F. “Expired carbon monoxide levels in self – reported smokers and nonsmokers in prison“, Nicotine Tob Res, 2006:8(5):653-659.

107. Vaughn M.S, Del Carmen R.V. “Research note: Smoking in prisons-A national survey of correctional administrators in the United States“, Crime and Delinquency, 1993:39:225-239.

108. Edinger J.D, Nelson W.M, Davidson M., Wallace J. “Modification of smoking behaviors in a correctional institution“, Journal of Clinical Psychology, 1978:34:991-998.

109. Tuthill R.W. et al. “26th national conference on correctional health care“, Nashville, Tennessee, 2002.

110. O’Dowd A. “Smoking ban in prisons would lead to more assaults on staff“, BMJ, 2005:331:1228.

111. Chavez R.S., Oto-Kent D.S., Porter J., Brown K., Quirk L., Lewis S. “Tobacco policy, cessation, and education in correctional facilities“, Chicago, IL: National Commission on Correctional Health Care and National Network on Tobacco Prevention and Poverty, 2005.

112. Lincoln T., Chavez R.S., Langmore-Avila E. “US experience of smoke-free prisons“, BMJ, 2005:331:1473.

113. Kipping R., Martin J., Barnes L. “UK experience of smoke-free young offenders institute“, BMJ, 2006:332:120.

114. Niesche C. “Jail chief removed in wake of prison riot“, The Australian, 1997.

115. Marquez J. “Tobacco black market is smoking hot in California prisons“, Associated Press, 2007.

116. Fender J. “Smoking ban disrupts behind-bars bartering“, Tennessean, 2007.



Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
17/10/2023 13:09:06 EEST - 167.114.118.212

117. Butler T, Richmond R., Belcher J., Wilhelm K., Wodak A. “Should smoking be banned in prisons? “, Tobacco Control, 2007:16:291-293.

118. Shearin P., Hepburn K., Hands S., McAteer J., Braddick L. “Smoking cessation program in a young offenders institution“, Int J Pharm Pract, 2002: 10:84.

119. Cropsey K., Eldridge G., Weaver M., Villalobos G., Stitzer M., Best A. “Smoking Cessation Intervention for Female Prisoners: Addressing an Urgent Public Health Need“, Am J Public Health, 2008:98(10):1894-1901.

120. Awofeso N. “Why fund smoking cessation programmes in prisons? “, BMJ, 2005:330:852.

121. ΦΕΚ 291Α/24-12-1999 (Ν. 2776/99, Σωφρονιστικός Κώδικας)

122. Heatherton T.F., Kozlowski L.T., Frecker R.C., Fagerström K.O. “The Fagerström Test for Nicotine Dependence: A revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire“, British Journal of addiction, 1991:86:1119-1127.

123. Meiklejohn C., Sanders K., Butler S. “Physical health care in medium secure services“, Nurs Stand, 2003:17:33-37.



Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
17/10/2023 13:09:06 EEST - 167.114.118.212

# 5. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ



Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
17/10/2023 13:09:06 EEST - 167.114.118.212

1. Έγκριση λειτουργίας ιατρείου διακοπής καπνίσματος

Ιατρείο – Συμβούλο φύλακής
4-2-2008

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΔΙΚΑΙΟΣΥΝΗΣ
ΓΕΝ. Δ/ΣΗ ΣΩΦΡΟΝ. ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ
Δ/ΝΣΗ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΕΓΚΛΗΜ.
ΚΑΙ ΣΩΦΡΟΝ. ΑΓΩΓΗΣ ΑΝΗΛΙΚΩΝ
ΤΜΗΜΑ :Β2

Αθήνα, 23 /1/ 2008
Αριθ.Πρωτ.: 288

ΠΡΟΣ:Τον κ. Διευθυντή του
ΑΣΚΑ Κασσαβέτειας
371 00 ΑΛΜΥΡΟΣ ΒΟΛΟΥ

Ταχ. Δ/νση : Μεσογείων 96
Ταχ. Κώδ. : 11527
Telefax : 7767431
Πληροφορίες :Μ.Πέππα
Τηλέφωνο : 7767225

Α.Σ. Κ.Ε. Φ. Ε. Ε. Ε. Ε. Ε.
Αριθ. Πρωτ. 696
Ημ. 4-2-08

ΘΕΜΑ: « Λειτουργία ιατρείου διακοπής καπνίσματος στο ΑΣΚΑ Κασσαβέτειας»

Απαντώντας στο υπ΄αριθμ. 262/23-1-1008 έγγραφό σας, σας γνωστοποιούμε ότι εγκρίνουμε την υπ΄ αριθμ.5/23-1-2008 απόφαση-πρόταση του Συμβουλίου Φυλακής και συμφωνούμε για τη λειτουργία ιατρείου διακοπής του καπνίσματος στο Κατάστημά σας σύμφωνα με τα αναφερόμενα στο από 15-1-2008 έγγραφο του κ. Γουργουλιάνη, Αντιπρύτανη του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας.

Η Γενική Διευθύντρια
ΧΡΙΣΤ. ΠΕΤΡΟΥ

Ακριβές αντίγραφο
Η Προϊσταμένη του Τμήματος

Μ. ΛΑΓΙΟΥ

C:\Documents and Settings\mpeppa\Τα έγγραφά μου\ΕΠΙΣΚΕΨΕΙΣ\ΙΑΤΡΕΙΟ ΔΙΑΚΟΠΗΣ καπνίσματος.doc



Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
17/10/2023 13:09:06 EEST - 167.114.118.212

2. Ερωτηματολόγια

**ΙΑΤΡΕΙΟ ΔΙΑΚΟΠΗΣ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ**
**ΦΥΛΑΚΩΝ ΚΑΣΣΑΒΕΤΕΙΑΣ**

**ΚΑΠΝΙΣΤΗΣ**

**ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ**

Ημερομηνία συμπλήρωσης.....
Ονοματεπώνυμο..... Εθνικότητα.....
Ημερομηνία γέννησης..... Ηλικία.....
Τόπος κατοικίας(στην ελεύθερη ζωή)..... Επάγγελμα.....
Αιτία κράτησης.....
Χρόνος ποινής..... Χρόνος έκτισης ποινής.....

**Οικογενειακή κατάσταση:**
Άγαμος ☐
Έγγαμος ☐
Χήρος ☐
Διαζευγμένος ☐
Εν διαστάσει ☐

**Μόρφωση:**
Δημοτικό ☐
Γυμνάσιο ☐
Λύκειο ☐
ΑΕΙ ☐
ΤΕΙ ☐

**STATUS ΚΡΑΤΗΣΗΣ**

**Κρατείστε:**
1.για πρώτη φορά
2. ως υπότροπος
3.ως <<φιλοξενούμενος>>
4.προς απέλαση

α)προφυλάκιση
β)μετά από δίκη

**Αριθμός συγκρατούμενων στο θάλαμο:** ☐

**Καπνιστές συγκρατούμενοι στο θάλαμο:** ☐

***Καπνιστές στο σπίτι(ελεύθερη ζωή):** ☐

**Δραστηριότητες στο κατάστημα κράτησης:**

**1)Εργασία:**
α)είδος εργασίας:.....
β)ώρες που απαιτούνται:.....
γ)ώρες που γίνεται:.....

**2)Άσκηση:** καθημερινή 2-3 φορές/εβδομάδα ≤1 φορά/εβδομάδα

**3)Ελεύθερος χρόνος:**

**ΖΩΤΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ**

| Αρτηριακή πίεση mmHg | Καρδιακή συχνότητα σφυγμοί/λεπτό | Βάρος Kg | Ύψος cm | ΔΜΣ (BMI) |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |



Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
17/10/2023 13:09:06 EEST - 167.114.118.212

## ΑΤΟΜΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Ηπατίτιδα Β | ΝΑΙ | ☐ | ΟΧΙ | ☐ | |
| Ηπατίτιδα C | ΝΑΙ | ☐ | ΟΧΙ | ☐ | |
| Αρτηριακή υπέρταση | ΝΑΙ | ☐ | ΟΧΙ | ☐ | |
| Σακχαρώδης διαβήτης<br>ημερομηνία πρώτης διάγνωσης | ΝΑΙ | ☐ | ΟΧΙ | ☐ | τύπος: I II |
| Έμφραγμα μυοκαρδίου | ΝΑΙ | ☐ | ΟΧΙ | ☐ | |
| Στεφανιαία νόσος | ΝΑΙ | ☐ | ΟΧΙ | ☐ | |
| Καρδιακή ανεπάρκεια | ΝΑΙ | ☐ | ΟΧΙ | ☐ | |
| Περιφερική φλεβική νόσος | ΝΑΙ | ☐ | ΟΧΙ | ☐ | |
| ΧΑΠ | ΝΑΙ | ☐ | ΟΧΙ | ☐ | |
| Βρογχικό άσθμα | ΝΑΙ | ☐ | ΟΧΙ | ☐ | |
| Επιληψία | ΝΑΙ | ☐ | ΟΧΙ | ☐ | |
| Γνωστός όγκος ΚΝΣ | ΝΑΙ | ☐ | ΟΧΙ | ☐ | |
| Σοβαρή ηπατική κίρρωση | ΝΑΙ | ☐ | ΟΧΙ | ☐ | |
| Νεφρική ανεπάρκεια | ΝΑΙ | ☐ | ΟΧΙ | ☐ | |
| Κατάθλιψη | ΝΑΙ | ☐ | ΟΧΙ | ☐ | |
| Σχιζοφρένεια | ΝΑΙ | ☐ | ΟΧΙ | ☐ | |
| Μανιοκατάθλιψη | ΝΑΙ | ☐ | ΟΧΙ | ☐ | |
| Νευρογενής ανορεξία | ΝΑΙ | ☐ | ΟΧΙ | ☐ | |
| Βουλιμία | ΝΑΙ | ☐ | ΟΧΙ | ☐ | |

Άλλο:

## ΚΛΗΡΟΝΟΜΙΚΟ ΑΝΑΜΝΗΣΤΙΚΟ

.....

.....

## ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗ ΑΛΚΟΟΛ

| | ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ | | | |
|---|---|---|---|---|
| ΕΙΔΟΣ | καθημερ. | 1-2φ/εβδ | άδεια | ΠΟΣΟΤΗΤΑ |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

ΠΟΤΕ ☐



Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
17/10/2023 13:09:06 EEST - 167.114.118.212

## ΧΡΗΣΗ ΕΞΑΡΤΗΣΙΟΓΟΝΩΝ ή ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ ΟΥΣΙΩΝ

| ΟΥΣΙΑ | ΗΛΙΚΙΑ ΕΝΑΡΞΗΣ | ΕΤΗ ΧΡΗΣΗΣ | ΠΡΟΣΠΑΘΕΙΕΣ ΔΙΑΚΟΠΗΣ | ΔΙΑΣΤΗΜΑ ΔΙΑΚΟΠΗΣ |
|---|---|---|---|---|
| κάνναβη | | | | |
| ηρωίνη | | | | |
| κοκαΐνη | | | | |
| κράκ | | | | |
| έκσταση(mdma) | | | | |
| εισπνεόμενα πτητικά | | | | |
| μεθαμφεταμίνη (speed) | | | | |
| GHB (gamma-hydroxybutyrate) | | | | |
| Κεταμίνη | | | | |
| **ΠΑΡΑΙΣΘΗΣΙΟΓΟΝΑ** | | | | |
| 1.LSD | | | | |
| 2.Magic Mushrooms | | | | |
| 3.PCP | | | | |
| 4.Peyote | | | | |
| **ΦΑΡΜΑΚΑ ΔΡΩΝΤΑ ΣΤΟ Κ.Ν.Σ** | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Κάνναβη: μπόφος,χόρτο, γκρας, μαύρα/η, φούντα, λιβάνι, κ.ά.
Έκσταση: Adam, κουμπιά, λευκά περιστέρια, ντίσκο μπέργκερς, νεοϋορκέζοι κ.ά
Μεθαμφεταμίνη(SPEED): Πάγος (ice), σπιντάκι, γυαλί, κρύσταλλο, κ.ά.
Κοκαΐνη: αναψυκτικό, κοκό, κόκα
LSD: κρύσταλλος, τριπάκι, φρόουλες, E.T., κινέζος δράκος, κ.ά.
Magic Mushrooms: μαγικά μανιτάρια
Peyot: μεσκάλ
GHB: υγρό έκσταση, G, Georgia homeboy, somatomax, κ.ά.
Κεταμίνη: Special K, K, vitamin K, cat vallums κ.ά.
Ηρωίνη: άσπρη,πρέζα,παρομύθα,ζα,άλογο,γεύση,όλη,ερρίκος,μαλλιαρός
Κράκ: free-base κοκαΐνη
Εισπνεόμενα/πτητικά: νέφτι,διορθωτικό υγρό και διαλυτικό,κόλλες,υγρά για στεγνό καθάρισμα,βουτάνιο,ασετόν,αέριο αναπτήρων,αεροζόλ(συνήθως σπρέι μαλλιών και ψυκτικά)



Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
17/10/2023 13:09:06 EEST - 167.114.118.212

## ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟΥ

**Βήχας:** ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐

Χαρακτηριστικά

| | | Διάρκεια | |
|---|---|---|---|
| Ξηρός | ☐ | 3 μήνες | ☐ |
| Παροξυσμικός | ☐ | 1 έτος | ☐ |
| Παραγωγικός | ☐ | 2 έτη | ☐ |
| Πρωινός | ☐ | >2 έτη | ☐ |
| Σε όλη τη διάρκεια της μέρας | ☐ | | |

**Πτύελα:** ΝΑΙ ☐ ΌΧΙ ☐

Χαρακτηριστικά

| | | Διάρκεια | |
|---|---|---|---|
| Μόνο πρωί | ☐ | 3 μήνες | ☐ |
| Σε όλη τη διάρκεια της μέρας | ☐ | 1 έτος | ☐ |
| Χρώμα: | ☐ | 2 έτη | ☐ |
| | | >2 έτη | ☐ |

**Συριγμός:** ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐

3 μήνες ☐ 1 έτος ☐ 2 έτη ☐ >2 έτη ☐

**Αιμόπτυση:** ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐

3 μήνες ☐ 1 έτος ☐ 2 έτη ☐ >2 έτη ☐

**Δύσπνοια:** ΝΑΙ ☐ ΌΧΙ ☐

3 μήνες ☐ 1 έτος ☐ 2 έτη ☐ >2 έτη ☐

**ΚΛΙΜΑΚΑ MRC**

| | | |
|---|---|---|
| Στάδιο 0 | Απουσία δύσπνοιας εκτός μετά από έντονη εργασία | ☐ |
| Στάδιο 1 | Όταν βιάζεται σε επίπεδο έδαφος ή όταν ανεβαίνει μικρή ανηφόρα | ☐ |
| Στάδιο 2 | Βαδίζει βραδύτερα από ανθρώπους της ίδιας ηλικίας σε επίπεδο έδαφος ή σταματά λόγω δύσπνοιας όταν βαδίζει με το δικό του βήμα σε επίπεδο έδαφος | ☐ |
| Στάδιο 3 | Σταματά να ανασαίνει όταν περπατήσει περίπου 100 μέτρα ή μετά από λίγα λέπτα σε επίπεδο έδαφος | ☐ |
| Στάδιο 4 | Δεν μπορεί να βγει από το σπίτι,να ντυθεί ή να ξεντυθεί | ☐ |

## ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ

.....

.....

.....



Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
17/10/2023 13:09:06 EEST - 167.114.118.212

## ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ

Ηλικία έναρξης: Λόγος έναρξης:
Πακέτα/έτη: Αριθμός τσιγάρων/ημέρα το τελευταίο έτος:

**Συνδυασμός τσιγάρου με:**
1)καφέ
2)φαγητό
3)αλκοόλ
4)άλλο

**Άλλο προϊόν καπνού που χρησιμοποιείτε:**
1)μόνο τσιγάρο καπνίζω
2)καπνός
3)πούρο
4)πίπα
5)άλλο

**Κάλυψη εξόδων καπνίσματος από:**
1)δικά μου χρήματα
2)τους γονείς μου
3)την σύντροφο μου
4)άλλη πηγή

**Έξοδα για το κάπνισμα/μήνα:**

**Καπνιστική συνήθεια σε σχέση με την ελεύθερη ζωή:**
1)καπνίζω το ίδιο
2)λιγότερο
3)περισσότερο*

***Αιτίες αύξησης της καπνιστικής συνήθειας:**

**Το κάπνισμα πιστεύετε πως επιδρά αρνητικά στην υγεία σας;**
1)ΝΑΙ 2)ΟΧΙ 3)ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ

**Επιθυμείτε να διακόψετε το κάπνισμα;**
1)ΝΑΙ 2)ΟΧΙ*

***Πιστεύετε πως θα διακόπτατε το κάπνισμα αν το προσπαθούσατε;**
1)ΝΑΙ 2)ΟΧΙ 3)ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ

**Για ποιο λόγο επιθυμείτε να διακόψετε το κάπνισμα;**
1)πρόβλημα υγείας
2)συμπτώματα του αναπνευστικού
3)πίεση του στενού περιβάλλοντος
4)οικονομικό πρόβλημα
5)εξάρτηση
6)άλλο



Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
17/10/2023 13:09:06 EEST - 167.114.118.212

**ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΗ ΠΡΟΣΠΑΘΕΙΑ ΔΙΑΚΟΠΗΣ**

| | Αριθμός προσπαθειών | Διάστημα διακοπής |
|---|---|---|
| απότομη διακοπή | | |
| σταδιακή μείωση | | |
| υποκατάστατα νικοτίνης | | |
| βουπροπιόνη | | |
| βαρενυκλίνη | | |
| θεραπεία συμπεριφοράς | | |
| βελονισμός | | |
| άλλες μέθοδοι | | |

Λόγοι υποτροπής:

## ΚΛΙΜΑΚΑ FAGERSTROM

1.Πόσο γρήγορα αφού ξυπνήσετε καπνίζετε το πρώτο σας τσιγάρο;

- ☐ Μέσα στα πρώτα 5 λεπτά (3 πόντοι)
- ☐ Σε 6-30 λεπτά (2 πόντοι)
- ☐ Σε 31-60 λεπτά (1 πόντος)
- ☐ Μετά από 60 λεπτά

2.Σας είναι δύσκολο να μην καπνίσετε σε μέρη όπου το κάπνισμα απαγορεύεται;

- ☐ ναι (1 πόντος)
- ☐ όχι (0 πόντοι)

3.Ποιό τσιγάρο είναι πιο δύσκολο να μην το καπνίσετε;

- ☐ Το πρώτο της ημέρας (1 πόντος)
- ☐ Οποιοδήποτε άλλο (0 πόντοι)

4.Πόσα τσιγάρα την ημέρα καπνίζετε;

- ☐ 31 ή περισσότερα (3 πόντοι)
- ☐ 21-30 (2 πόντοι)
- ☐ 11-20 (1 πόντος)
- ☐ 10 ή λιγότέρα (0 πόντοι)

5.Καπνίζετε πιο πολύ το πρωί σε σχέση με το απόγευμα;

- ☐ ναι (1 πόντος)
- ☐ όχι (0 πόντοι)

6.Καπνίζετε ακόμη και όταν μια ασθένεια σας αναγκάζει να μείνετε στο κρεβάτι;

- ☐ ναι (1 πόντος)
- ☐ όχι (0 πόντοι)

**ΣΥΝΟΛΟ ΠΟΝΤΩΝ** ☐

| | |
|---|---|
| 7-10 Καπνιστής πολύ εξαρτημένος | 7-10 Μεγάλη εξάρτηση |
| 4-6 Καπνιστής μέτρια εξαρτημέν. | 3-6 Μέτρια εξάρτηση |
| 0-3 Καπνιστής λίγο εξαρτημένος | 0-2 Χωρίς εξάρτηση |



Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
17/10/2023 13:09:06 EEST - 167.114.118.212

**ΜΕΤΡΗΣΗ ΕΚΠΝΕΟΜΕΝΟΥ ΜΟΝΟΞΕΙΔΙΟΥ ΤΟΥ ΑΝΘΡΑΚΑ (CO)**

1η ΕΠΙΣΚΕΨΗ
Ημερομηνία
Εκπνεόμενο CO (ppm):

2η ΕΠΙΣΚΕΨΗ
Ημερομηνία
Εκπνεόμενο CO (ppm):

3η ΕΠΙΣΚΕΨΗ
Ημερομηνία
Εκπνεόμενο CO (ppm):

4η ΕΠΙΣΚΕΨΗ

5η ΕΠΙΣΚΕΨΗ

6η ΕΠΙΣΚΕΨΗ



Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
17/10/2023 13:09:06 EEST - 167.114.118.212

3. Κλίμακα εξάρτησης Fagerstrom

**1. Πόσο γρήγορα, αφού ξυπνήσετε καπνίζετε το πρώτο σας τσιγάρο;**

| | |
|---|---|
| Μέσα στα πρώτα 5 λεπτά | (3 πόντοι) |
| 6-30 λεπτά | (2 πόντοι) |
| 31-60 λεπτά | (1 πόντος) |
| Μετά από 60 λεπτά | (0 πόντοι) |

**2. Σας είναι δύσκολο να μην καπνίσετε, σε μέρη όπου το κάπνισμα απογορεύεται; (π.χ. εκκλησία, βιβλιοθήκες, σινεμά)**

| | |
|---|---|
| Ναι | (1 πόντος) |
| Όχι | (0 πόντοι) |

**3. Ποιό τσιγάρο σας είναι πιό δύσκολο να μην το καπνίσετε;**

| | |
|---|---|
| Το πρώτο της ημέρας | (1 πόντος) |
| Οποιοδήποτε άλλο | (0 πόντοι) |

**4. Πόσα τσιγάρα την ημέρα καπνίζετε;**

| | |
|---|---|
| 10 ή λιγότερα | (0 πόντοι) |
| 11-20 | (1 πόντος) |
| 21-30 | (2 πόντοι) |
| 31 ή περισσότερα | (3 πόντοι) |

**5. Καπνίζετε πιό πολύ το πρωί απ΄ότι το απόγευμα;**

| | |
|---|---|
| Ναι | (1 πόντος) |
| Όχι | (0 πόντοι) |

**6. Καπνίζετε ακόμα και όταν μία αρρώστια σας αναγκάζει να μείνετε στο κρεβάτι;**

| | |
|---|---|
| Ναι | (1 πόντος) |
| Όχι | (0 πόντοι) |

**0-3 λίγο εξαρτημένος**

**4-6 μέτρια εξαρτημένος**

**7-10 πολύ εξαρτημένος**



Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly
17/10/2023 13:09:06 EEST - 167.114.118.212