



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ



ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΚΑΙ ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΠΟΥ ΔΙΑΚΟΠΤΟΥΝ ΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΦΟΙΤΗΤΡΙΑ: ΖΑΡΟΓΙΑΝΝΗ ΒΑΣΙΛΙΚΗ, Φαρμακοποιός

ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ: ΧΑΤΖΟΓΛΟΥ ΧΡΥΣΑ, Επίκουρος
Καθηγήτρια Φυσιολογίας του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας

ΛΑΡΙΣΑ 2010

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα ήθελα να ευχαριστήσω:

- Την Επίκουρο Καθηγήτρια της Φυσιολογίας, κα Χατζόγλου Χρύσα, επιβλέπουσα της μεταπτυχιακής εργασίας μου, για την πολύτιμη βοήθειά της και τη σημαντική καθοδήγηση και επίβλεψή της, καθώς για την εμπύχωση και την ηρεμία που μου εμφυσούσε σε όλο το διάστημα της συνεργασίας μας.
- Τον Καθηγητή Πνευμονολογίας κ.Κωνσταντίνο Γουργουλιάνη, Πρύτανη του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, για το ενδιαφέρον που μου κέντρισε κατά τη διάρκεια των διδακτικών του παραδόσεων, ώστε να ασχοληθώ με ζήλο και ευχαρίστηση για την εκπόνηση της μεταπτυχιακής μου εργασίας.
- Την Ιατρό Πνευμονολόγο κα Καρέτση Ελένη, Υπεύθυνη Μεταπτυχιακών Εργασιών, για τις διευκρινήσεις και τη βοήθεια που μου παρείχε κατά τη μεταπτυχιακή μου εργασία.
- Το Ιατρείο Διακοπής Καπνίσματος του Περιφερειακού Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Λάρισας και όλο το έμψυχο δυναμικό του για την προσφορά στοιχείων απαραίτητα για την διάρθρωση της μεταπτυχιακής μου εργασίας.
- Τη Γραμματεία του Μεταπτυχιακού, για την έγκαιρη πληροφόρηση και την άριστη εξυπηρέτησή μου.
- Τον αδερφό μου Σωτήρη για τις χρήσιμες συμβουλές και την παρότρυνσή του καθώς και για τη σημαντικότερη βοήθειά του.
- Τη μαμά μου για την αναπλήρωση της απουσίας στην εργασία μου ώστε να καταστήσει δυνατή την παρακολούθηση των διδακτικών μου ωρών καθώς και για όλα όσα συνεχίζει να κάνει για μένα.

Θα ήθελα να αφιερώσω την μεταπτυχιακή εργασία στο μπαμπά μου που μου γέννησε την αγάπη για τη γνώση και την επιστημονική αναζήτηση αλλά δεν υπάρχει πια..

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

- 1. Γουργουλιάνης Κ.Ι, Καθηγητής Πνευμονολογίας, Πρύτανης Πανεπιστημίου Θεσσαλίας**
- 2. Χατζόγλου Χ, Επίκουρος Καθηγήτρια Φυσιολογίας Πανεπιστημίου Θεσσαλίας**
- 3. Καρέτση Ε, Πνευμονολόγος, Επιμελήτρια Β' Πνευμονολογικής Κλινικής Πανεπιστημίου Θεσσαλίας**

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ	σελ 5
I. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	
ΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ	7
ΝΙΚΟΤΙΝΗ	8
ΕΞΑΡΤΗΣΗ ΑΠΟ ΤΗ ΝΙΚΟΤΙΝΗ	10
ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΠΡΩΤΟΒΟΥΛΙΑ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΑΚΟΠΗ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ	11
ΚΑΤΕΥΘΥΝΤΗΡΙΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΑΚΟΠΗ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ	13
ΦΑΡΜΑΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΞΑΡΤΗΣΗ ΑΠΟ ΤΗ ΝΙΚΟΤΙΝΗ	16
ΔΙΑΚΟΠΗ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ	18
ΔΙΑΚΟΠΗ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ	23
ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΚΑΙ ΙΑΤΡΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ	24
II. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	
ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ	28
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	30
ΣΥΖΗΤΗΣΗ	50
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	54
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	64
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	72
ABSTRACT	74

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Κάθε καπνιστής είναι δυνητικά υποψήφιος διακοπής του καπνίσματος. Το κάπνισμα είναι μια χρόνια νόσος κατά τη διάρκεια της οποίας, ενδέχεται να έχουν υπάρξει προηγούμενες αποτυχημένες προσπάθειες διακοπής του καπνίσματος. Για να μπορέσουν να βοηθήσουν επαρκώς τον καπνιστή που επιθυμεί να διακόψει το κάπνισμα, θα ήταν χρήσιμο οι επαγγελματίες υγείας να γνωρίζουν διάφορα στοιχεία ώστε να επιλέξουν την κατάλληλη θεραπεία για τον καθένα ξεχωριστά. Επομένως, συλλέγοντας πληροφορίες για τις ιδιότητες του κάθε καπνιστή, για παράδειγμα την ηλικία, το φύλο, το μορφωτικό επίπεδο, την οικογενειακή του κατάσταση αλλά και όλους τους επιμέρους παράγοντες που διαφοροποιούν τα άτομα μεταξύ τους, χτίζουν το προφίλ του. Πιο συγκεκριμένα, η ανάλυση αυτού του προφίλ μας παρέχει ένα χρήσιμο εργαλείο στους επαγγελματίες υγείας ώστε να υπάρξει μια πιο εξατομικευμένη, στοχοποιημένη και εντατικότερη προσέγγιση της προσπάθειας διακοπής καπνίσματος.

Συνεπώς, χρειάζεται να κατανοήσουν τη δυναμική της διαδικασίας διακοπής, όχι μόνο ως προς τα ιδιαίτερα προσωπικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά του ασθενή αλλά και ως προς τις ιδιαιτερότητες του οικογενειακού και εργασιακού του περιβάλλοντος, εστιάζοντας στους παράγοντες που έχουν θετική συσχέτιση με την επιτυχή διακοπή καπνίσματος. Κατ'αυτόν τον τρόπο θα υπάρξει εντατικοποίηση της προσπάθειας ως προς αυτούς που υστερούν στο τελικό αποτέλεσμα.

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να εντοπιστούν και να αξιολογηθούν τα ιδιαίτερα δημογραφικά και προσωπικά χαρακτηριστικά εκείνων που διακόπτουν το κάπνισμα για ένα ή περισσότερα χρόνια.

I. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ

Η καπνιστική συνήθεια έχει τις ρίζες της στους Ιθαγενείς Ινδιάνους της Αμερικής, οι οποίοι κάπνιζαν ή μασούσαν τα φύλλα καπνού γιατί πίστευαν πως έχουν θεραπευτικές ιδιότητες. Με την ανακάλυψη της Αμερικής το 1492 από τον Χριστόφορο Κολόμβο, διαδόθηκε στην Ευρώπη και κατόπιν εξαπλώθηκε σε όλο τον κόσμο. Οι ιδιότητες του καπνού έγιναν γνωστές το 1556, χάρη στον Γάλλο πρεσβευτή στην Πορτογαλία Ζαν Νικό, (Jean Nicot) στον οποίο αποδίδεται και η επιστημονική του ονομασία, *Nicotiana tabacum* (αποδιδόμενο στα ελληνικά ως "Νικοτιανή") [1].

Μετά τον 2^ο Παγκόσμιο Πόλεμο άρχισαν οι πρώτες έρευνες ως προς τις επιπτώσεις του καπνίσματος στην υγεία του ανθρώπου. Σήμερα γνωρίζουμε πως το κάπνισμα του τσιγάρου αποτελεί τον κύριο παράγοντα κινδύνου για τη Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια (ΧΑΠ) [2], συμβάλει στη δημιουργία της αθηρωματικής νόσου και αποτελεί μείζονα προδιαθεσικό παράγοντα για στεφανιαία νόσο έχοντας δε συνδεθεί με το έμφραγμα του μυοκαρδίου στους νεότερους άνδρες και στις νεότερες και μεσήλικες γυναίκες [3]. Η καπνιστική συνήθεια είναι η πιο συχνή αιτία θνησιμότητας από καρκίνο στο Δυτικό κόσμο: 30% όλων των θανάτων από καρκίνο οφείλονται στο κάπνισμα. Έχει συσχετιστεί με πολλά είδη καρκίνου (λάρυγγα, ρινο και υποφάρυγγα, οισοφάγου, ουροδόχου κύστης, νεφρικής πυέλου, παγκρέατος, στομάχου, νεφρού, ήπατος, τραχήλου της μήτρας) με κύριο εκείνο του πνεύμονα. Περισσότερο από το 80% των θανάτων από καρκίνο του πνεύμονα συνδέονται με το κάπνισμα [4,5].

Το κάπνισμα αποτελεί τη μοναδική αιτία θανάτου που μπορεί να αποτραπεί. Σύμφωνα με τη βάση δεδομένων του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ), το κάπνισμα αφαιρεί 12-20 χρόνια ζωής και ευθύνεται για το 21% των θανάτων παγκοσμίως [6]. Περίπου 5.4 εκατομμύρια πεθαίνουν κάθε χρόνο από την παγκόσμια επιδημία του καπνίσματος, δηλαδή κατά μέσο όρο ένα άτομο κάθε 6 δευτερόλεπτα και υπολογίζεται 1 στους 10 θανάτους ενηλίκων διεθνώς [7].

Σε δύο δεκαετίες ο αριθμός θανάτων θα φτάσει τα 8 εκατομμύρια, ενώ αν δε ληφθούν σοβαρά μέτρα, εκτιμάται πως πάνω από 1 δισεκατομμύριο ανθρώπων θα έχουν πεθάνει εξαιτίας του καπνίσματος κατά τον 21^ο αιώνα [6]. Σε μια πρόσφατη δημοσίευση του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ), τον Αύγουστο του 2010, 150 εκατομμύρια νέων ανθρώπων (από 15 έως 24 χρονών) καπνίζει [8], ενώ το 24% των 15χρονων καπνίζει κάθε εβδομάδα [6]. Ο αριθμός αυξάνεται, κυρίως ανάμεσα στις γυναίκες [8]. Κάθε χρόνο στις ΗΠΑ, το κάπνισμα του τσιγάρου και η δευτερογενής έκθεση στον καπνό του προκαλεί 443.000- ή 1 στους 5 θανάτους [9]. Στην Ελλάδα, σύμφωνα με τον ΠΟΥ, το 2002 το 48% των ανδρών και το 29% των γυναικών ήταν καπνιστές[10], ποσοστό που μεταβλήθηκε το 2005 στο 63,6% των ανδρών και το 39,8% των γυναικών. Στην Τουρκία, το 2008, ο ίδιος οργανισμός αναφέρει ότι σχεδόν 16 εκατομμύρια ενηλίκων της χώρας καπνίζουν (12 εκατομμύρια ανδρών και 4 εκατομμύρια γυναικών) εκ των οποίων το 58.9% το ξεκίνησε πριν τα 18 τους έτη (62.5% για τους άνδρες και το 48.9% για τις γυναίκες) [11].

ΝΙΚΟΤΙΝΗ

Βασικό συστατικό των φύλλων του φυτού *Nicotiana tabacum* είναι το αλκαλοειδές νικοτίνη, που δρα ως προστατευτική ουσία έναντι των εντόμων. Ο καπνός του τσιγάρου περιέχει πάνω από 4.000 χημικές ουσίες, εκ των οποίων τουλάχιστον 60 είναι καρκινογόνες (το κάδμιο, η πίσσα) και αρκετές από αυτές (όπως το μονοξείδιο του άνθρακα, το υδροκυάνιο, η νικοτίνη, η αμμωνία, η ακετόνη και η φορμαλδεύδη) είναι τοξικές για τον ανθρώπινο οργανισμό [12] (Εικόνα 1). Κατά το κάπνισμα αναπτύσσεται θερμοκρασία 650-700 °C στο κύριο ρεύμα του καπνού (mainstream smoke) του τσιγάρου που εξατμίζει την νικοτίνη και κατακαίει το μεγαλύτερο ποσοστό της [1]. Η νικοτίνη απορροφάται από τη στοματική κοιλότητα, το δέρμα, τους πνεύμονες, την ουροδόχο κύστη, το γαστρεντερικό και μεταβολίζεται από τα ηπατικά ένζυμα P450 (CYP2A6 και λιγότερο από τα CYP2B6 και CYP2E1) προς κοτινίνη. Με την είσοδο των ατμών της νικοτίνης στους πνεύμονες

απορροφάται ταχύτατα από το κυκλοφορούν αίμα και διαπερνά πολύ εύκολα τον αιματοεγκεφαλικό φραγμό.



Εικόνα 1 Χημικές ουσίες που αναπτύσσονται κατά την καύση ενός τσιγάρου

Κατά μέσον όρο αρκούν μόλις 7 δευτερόλεπτα για να φθάσει η νικοτίνη στον εγκέφαλο μετά την εισπνοή του καπνού. Ο χρόνος ημιζωής της νικοτίνης στο σώμα είναι περίπου 2 ώρες. Τα άτομα που έχουν έλλειψη του γονιδίου για το CYP2A6 και συνεπώς δεν μπορούν να μεταβολίσουν τη νικοτίνη, παρουσιάζουν μικρότερο κίνδυνο εξάρτησης από το τσιγάρο, γιατί η νικοτίνη παραμένει περισσότερη ώρα στο αίμα τους [13]. Αποβάλλεται κυρίως με τα ούρα και τη σίελο και είναι χαρακτηριστική η πικρή γεύση που αισθάνονται στο στόμα τους (καμιά φορά "κατά κύματα") οι καπνιστές. Από τη σίελο περνάει στο στομάχο και μέσω του λεπτού εντέρου η νικοτίνη επανέρχεται στην κυκλοφορία του αίματος, γεγονός που ερμηνεύει ένα είδος διακυμάνσεων της συγκέντρωσής της στο αίμα κατά τη διακοπή του καπνίσματος [14]. Στον εγκέφαλο συνδέεται και δρά αγωνιστικά με τους νικοτινικούς υποδοχείς (nAChR) και κυρίως τους $\alpha 4\beta 2$ και λιγότερο τους $\alpha 7$ και $\alpha 3$. Η συνεχής δέσμευση της νικοτίνης στους υποδοχείς αυτούς προκαλεί παρατεταμένη διέγερση, απευαισθητοποίηση και αύξηση του αριθμού αυτών [15]. Η αγωνιστική της δράση προκαλεί έκλυση ακετυλχολίνης (ACh), ντοπαμίνης (D), σεροτονίνης (Ser) και γλουταμικών νευροδιαβιβαστών (GABA). Ο κάθε

νευροδιαβιβαστής έχει διαφορετικό αποτέλεσμα. Η ακετυλχολίνη προκαλεί εγκεφαλική “εγρήγορση”, αυξάνει τη συγκέντρωση και ο καπνιστής εργάζεται αποδοτικότερα. Η ντοπαμίνη σχετίζεται με τα συστήματα “ανταμοιβής ή ευχαρίστησης του εγκεφάλου” (reward or pleasure systems in the brain), οπότε προκαλεί ευφορία και επανάληψη της συνήθειας στους καπνιστές. Η σεροτονίνη τους ηρεμεί, ενώ οι γλουταμικοί νευροδιαβιβαστές εμπλέκονται με τους μηχανισμούς της μάθησης και της μνήμης [16].

ΕΞΑΡΤΗΣΗ ΑΠΟ ΤΗ ΝΙΚΟΤΙΝΗ

Η σύγχρονη επιστήμη θεωρεί την εξάρτηση ως χρόνια υποτροπιάζουσα νόσο, που χαρακτηρίζεται από την ψυχαναγκαστική αναζήτηση και χρήση τοξικών ουσιών [17]. Σήμερα, έχει βρεθεί ότι μια γενετική ανωμαλία στους υποδοχείς της ντοπαμίνης (D₂) συναντάται με αυξημένη συχνότητα σε άτομα με διάφορες διαταραχές, όπως το κάπνισμα, κατάχρηση άλλων ουσιών, βουλιμία και παχυσαρκία, διαταραχές της προσοχής και παθολογική χαρτοπαιξία [18]. Η παρουσία της ίδιας ανωμαλίας σε πολλές διαταραχές συνηγορεί υπέρ της έννοιας του «συνδρόμου ανεπάρκειας ανταμοιβής ή ευχαρίστησης» (reward deficiency syndrome) που πρότεινε ο Blum το 1996, παραπέμποντας σε μια εγκεφαλική βιοχημική δυσλειτουργία που πιθανώς να διαμεσολαβεί στο μηχανισμό με τον οποίο τα άτομα αντιλαμβάνονται την ευχαρίστηση [19]. Φαίνεται ότι στην κληρονομικότητα των εξαρτήσεων εμπλέκονται βλάβες των ντοπαμινεργικών υποδοχέων, των πρωτεϊνών μεταφορέων της ντοπαμίνης, των αμινοξέων αλλά και γενετικές παραλλαγές του άξονα υποθαλάμου-υπόφυσης-επινεφριδίων. Σήμερα υπάρχει αυξανόμενο ενδιαφέρον για τη συσχέτιση ανάμεσα στα συστήματα του στρες στον εγκέφαλο (παράγοντας απελευθέρωσης κορτικοτροπίνης, νορεπινεφρίνης, ορεξίνης, βαζοπρεσίνης, δυνορφίνης) και στα αντι-στρες συστήματα (νευροπεπτίδιο Υ, νοσισεπτίνη), τις συναισθηματικές διαταραχές και την κατάχρηση ουσιών [20,21]. Στις «εθιστικές συμπεριφορές», που διακρίνονται από επανάληψη και αδυναμία διακοπής, περιλαμβάνεται ο αλκοολισμός, το κάπνισμα, η κατάχρηση άλλων ουσιών και φαρμάκων, η βουλιμία, η έντονη σεξουαλικότητα, η

συνεχής ενασχόληση με τυχερά παιχνίδια αλλά και οι εθιστικές σχέσεις. Ουσίες όπως η ηρωίνη, η κοκαΐνη, το αλκοόλ, η νικοτίνη είναι θετικοί ενισχυτές της συμπεριφοράς αφού έχουν ευφοριογόνο δράση (θετική ηδονική κατάσταση). Ειδικότερα η νικοτίνη σύμφωνα με την κατάταξη στο DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) της Αμερικάνικης Ψυχιατρικής Εταιρείας και την κλίμακα Fagerstom αποτελεί ισχυρό θετικό ενισχυτή της συμπεριφοράς που οδηγεί σε κατάχρηση και εξάρτηση, παρόμοια με αυτή της ηρωίνης και της κοκαΐνης [22].

ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΠΡΩΤΟΒΟΥΛΙΑ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΑΚΟΠΗ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ

Το 1964, για πρώτη φορά, ο Υπουργός Υγείας των ΗΠΑ στην ετήσια έκθεσή του κατηγορεί το κάπνισμα για τον πρόωρο θάνατο περισσότερων από 3 εκατομμύρια ανθρώπων ετησίως σε παγκόσμια κλίμακα και ζητά να αναγράφονται στα πακέτα των τσιγάρων προειδοποιήσεις για τις επικίνδυνες επιπτώσεις του καπνίσματος [1]. Τον Ιούλιο του 1988 το Υπουργικό Συμβούλιο του ΠΟΥ δημιούργησε ένα πρόγραμμα (project), την Πρωτοβουλία Χωρίς Καπνό (TFI), ώστε να εστιαστεί διεθνής προσοχή, οικονομικοί πόροι και δράση ενάντια στο κάπνισμα [23]. Η TFI συνεργάζεται με ένα διεθνές δίκτυο επιστημόνων και επαγγελματιών υγείας ώστε να αναπτύξει συστάσεις σχετικά με τον έλεγχο του τσιγάρου (σχετικές

ρυθμίσεις και νομοθεσία για τη διακοπή του καπνίσματος, παθητικό κάπνισμα, οικονομικά και εμπόριο) [23].

Προκειμένου να σταματήσει η πανδημία του καπνίσματος, τα 192 μέλη της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας ενέκριναν ομόφωνα την πρώτη επίσημη παγκόσμια συμφωνία για τη δημόσια υγεία, την Κοινωνική Συνθήκη για τον Έλεγχο του Καπνίσματος (Framework Convention on Tobacco Control-FCTC) στις 21 Μαΐου 2003. Η συνθήκη έγινε



Εικόνα 2 Εκστρατεία του ΠΟΥ για την Παγκόσμια Ημέρα κατά του Καπνίσματος

αποδεκτή από 40 χώρες στις 30 Νοεμβρίου 2004 και συνεπώς δεσμεύθηκαν νομικά για την υλοποίησή της μέχρι το Φεβρουάριο του 2005 [24]. Η συνθήκη αναφέρεται στον έλεγχο της παγκόσμιας παραγωγής αλλά και της ζήτησης του καπνού, συμπεριλαμβανομένων της συσκευασίας, διαφήμισης, προώθησης, επιχορήγησης, φορολόγησης, έκθεσης στο παθητικό κάπνισμα και στον έλεγχο των περιβαλλοντικών επιπτώσεων [25]. Οι χώρες που έχουν αποδεχτεί τη συνθήκη αναμένεται να ενισχύσουν το νομικό πλαίσιο, να ενεργοποιήσουν αποτελεσματικές στρατηγικές ελέγχου του καπνίσματος και να συνεργαστούν διεθνώς για να μειωθεί η παγκόσμια κατανάλωση καπνού [26]. Μέχρι το Σεπτέμβριο του 2010 171 χώρες είχαν υπογράψει τη συνθήκη, με πιο πρόσφατο το Αφγανιστάν στις 13 Αυγούστου 2010, ενώ η Ακτή Ελεφαντοστού θα ενταχθεί στις 11 Νοέμβριου του 2010 [24]. Για να βοηθήσει περισσότερο τα κράτη να αναπτύξουν υψηλών επιπτώσεων στρατηγικές αλλά και να αξιολογήσουν τις επιδόσεις τους, ο ΠΟΥ έχει συντάξει μια έκθεση με στοιχεία που δηλώνουν τις στρατηγικές που ακολουθούν κάποια κράτη και αποδίδουν καθώς επίσης και τις ελλείψεις που παρουσιάζουν κάποια άλλα (*Tobacco Control State Highlights 2010*) [9].

Η Ελλάδα από τις 27 Ιανουαρίου 2006 ανήκει στα κράτη της FCTC, ωστόσο μόλις πέρυσι τον Ιούλιο έγινε η πρώτη προσπάθεια της απαγόρευσης του καπνίσματος στους δημόσιους χώρους χωρίς ιδιαίτερη επιτυχία, με την εφαρμογή του νόμου 3730/2008 [27]. Από την 1^η Σεπτεμβρίου 2010 ισχύει η νέα τροποποίηση του αντικαπνιστικού νόμου ελπίζοντας να φέρει τα επιθυμητά αποτελέσματα.

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας όρισε ως ΠΑΓΚΟΣΜΙΑ ΗΜΕΡΑ ΚΑΤΑ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ την 31 ΜΑΙΟΥ κάθε έτους. Για το 2010, η ημέρα ήταν αφιερωμένη στις γυναίκες. Παρόλο που οι γυναίκες καπνίστριες καταλαμβάνουν το 20% του ενός δισεκατομμυρίου καπνιστών παγκοσμίως, υπάρχουν στοιχεία ότι η διαφήμιση, οι τεχνικές προώθησης, διαφήμισης και πώλησης των καπνοβιομηχανιών στοχεύουν στα κορίτσια και στις γυναίκες [28] (Εικόνες 2,3).

Από το 1920 που πρωτοξεκίνησε το γυναικείο φύλο να αποτελεί στόχο της καπνοβιομηχανίας, η κοινωνική αποδοχή, η ελκυστικότητα, η επιτήδευση, το στυλ, η πολυτέλεια, ο ρομαντισμός και το σεξ, η διασκέδαση και η ευτυχία, η υγεία και η

διατήρηση του βάρους σε χαμηλά επίπεδα αποτελούν μηνύματα που συνεχίζουν ακόμη και σήμερα να βομβαρδίζουν τις γυναίκες και τα νεαρά κορίτσια μέσω της διαφήμισης [29]. Γι' αυτό, η φετινή καμπάνια του ΠΟΥ χρησιμοποίησε παρόμοια θέματα για να προωθήσει την αντικαπνιστική του εκστρατεία στις γυναίκες.



Εικόνα 3 Εκστρατεία του ΠΟΥ για την Παγκόσμια Ημέρα κατά του Καπνίσματος

ΚΑΤΕΥΘΥΝΤΗΡΙΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΑΚΟΠΗ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ

Τα στοιχεία δείχνουν ότι η διακοπή καπνίσματος είναι η μόνη παρέμβαση ικανή να μειώσει τη νοσηρότητα και θνησιμότητα που σχετίζονται με το κάπνισμα βραχυπρόθεσμα και μεσοπρόθεσμα. Η υποστήριξη για τη διακοπή του καπνίσματος ή η θεραπεία για την εξάρτηση από το τσιγάρο αναφέρεται σε ένα σύνολο από τεχνικές που περιλαμβάνουν την κινητοποίηση και καθοδήγηση, τη συμβουλευτική, την τηλεφωνική και διαδικτυακή υποστήριξη και την κατάλληλη φαρμακευτική βοήθεια. Η επιτυχία αυτών των παρεμβάσεων εξαρτάται από τη συνεργική χρήση σε ένα ευρύτερο πλαίσιο των συνολικών προγραμμάτων για τον έλεγχο του καπνίσματος [30].

Η συμβολή των επαγγελματιών υγείας (ιατρών, νοσηλευτών, φαρμακοποιών, ψυχολόγων, διατροφολόγων) στην προσπάθεια αυτή είναι σημαντική. Για να βοηθήσει τις οργανώσεις των επαγγελματιών υγείας, ο ΠΟΥ έχει

δημιουργήσει έναν Κώδικα Πρακτικής ώστε να είναι πιο καταρτισμένοι στην προσπάθειά τους αυτή [7].

Οι αποτελεσματικές μέθοδοι που χρησιμοποιούνται μέχρι τώρα για το κάπνισμα και βιβλιογραφικά αυξάνουν το ποσοστό διακοπής του είναι η υποστηρικτική, η συμβουλευτική και η φαρμακευτική θεραπεία, ενώ ο συνδυασμός τους αποφέρει καλύτερα αποτελέσματα.

Η συμβουλευτική θεραπεία συνίσταται σε συμπεριφορικές αλλαγές που προτείνουν οι επαγγελματίες υγείας (όχι απαραίτητα μόνο ψυχολόγοι και ψυχίατροι) στους καπνιστές σχετικά με τις συνήθειες που έχουν οι ίδιοι όσον αφορά το τσιγάρο. Προτείνοντας εναλλακτικές λύσεις βελτιώνουν τη συμπεριφορά των καπνιστών απέναντι στην καπνιστική τους συνήθεια και κατ'επέκταση ενισχύουν την προσπάθειά τους για την απεξάρτηση από τη νικοτίνη.

Η υποστηρικτική θεραπεία συνίσταται επίσης στη συμβολή των επαγγελματιών υγείας και όπως αποδεικνύουν οι μελέτες αυξάνει την πιθανότητα ο ασθενής να κόψει το κάπνισμα, αρκεί ο γιατρός να ασχοληθεί με τη διαδικασία του καπνίσματος για περισσότερο από τρία λεπτά.

Οι κατευθυντήριες οδηγίες για τη διακοπή καπνίσματος βασίζονται σε 5 στάδια [31].

Το 1^ο στάδιο είναι το στάδιο του ρωτώ (ask). Κατά τη λήψη ιατρικού ιστορικού ο γιατρός πρέπει να ρωτάει κάθε ασθενή αν καπνίζει και αν σκέφτεται να το κόψει. Με αυτόν τον τρόπο γίνεται ο εντοπισμός των καπνιστών ασθενών και παράλληλα γίνεται μια πρώτη και ευθεία προσέγγιση στον καπνιστή μαζί με τη δήλωση για το αναγκαίο της διακοπής χωρίς να είναι πιεστική.

Το 2^ο στάδιο αποσκοπεί στην ενημέρωση (advise) του ασθενή για τις βλαπτικές συνέπειες του καπνίσματος αλλά και για τα οφέλη που θα προκύψουν από τη διακοπή του. Η ενημέρωση θα πρέπει να κατευθύνει τον ασθενή προς την πλήρη και οριστική διακοπή του καπνίσματος.

Το 3^ο στάδιο αφορά στον προσδιορισμό των κινήτρων (assess) και διαφέρει σημαντικά μεταξύ των ασθενών. Μέσω τριών ερωτήσεων, αν ο ασθενής επιθυμεί να κόψει το κάπνισμα, πόσο σημαντικό είναι για αυτόν να πετύχει στην προσπάθειά του και αν θα μπορούσε άμεσα να ξεκινήσει την προσπάθειά του αυτή, εντοπίζονται οι υποψήφιοι διακοπής και η ισχύς των κινήτρων τους. Σχεδιάζεται ένα πλαίσιο δράσης προσαρμοσμένο στις ιδιαιτερότητες του κάθε υποψηφίου και προτείνεται το κατάλληλο σχήμα φαρμακευτικής και υποστηρικτικής αγωγής.

Στο επόμενο στάδιο ορίζεται η ημερομηνία έναρξης της προσπάθειας (assist). Επισημαίνεται η αναγκαιότητα της πλήρους αποχής από το τσιγάρο και γίνεται αναφορά στα συμπτώματα έλλειψης νικοτίνης και τον τρόπο αντιμετώπισής τους. Δίνονται αναλυτικές πληροφορίες για τις φαρμακευτικές θεραπείες, το βαθμό αποτελεσματικότητας και τις παρενέργειές τους, καθώς και πρακτικές συμβουλές για την ενίσχυση των κινήτρων και αποφυγής υποτροπής. Τέλος, ζητείται η ενεργός συμμετοχή του οικογενειακού και φιλικού περιβάλλοντος.

Το τελευταίο στάδιο (arrange) αποτελεί τη διαδικασία παρακολούθησης της προόδου των προσπαθειών του ασθενή (follow up), με προσωπική ή τηλεφωνική επαφή. Η πρώτη επανεκτίμηση θα πρέπει να γίνεται κοντά στην προκαθορισμένη ημερομηνία διακοπής, ενώ μέσα στον πρώτο μήνα καλό είναι να γίνεται και μια δεύτερη επανεκτίμηση. Θεωρείται πως ένα επαρκές σχέδιο παρακολούθησης προλαμβάνει και μειώνει τις υποτροπές και πρέπει να ακολουθείται μετά την πρώτη μηνιαία επίσκεψη στους 3, 6 και 12 μήνες μετά από την ημερομηνία διακοπής.

Τα 5 αυτά στάδια μπορούν να εφαρμοστούν όχι μόνο από το θεράποντα ιατρό ο οποίος παρακολουθεί τον ασθενή αλλά και από άλλους επαγγελματίες υγείας που έρχονται σε επαφή με τον καπνιστή, για παράδειγμα τον φαρμακοποιό. Παρά τις διαφορές στα συστήματα υγείας στις χώρες της ΕΕ, ο ρόλος του φαρμακοποιού στη διακοπή καπνίσματος μεγαλώνει. Στο Ηνωμένο Βασίλειο, οι κοινοτικοί φαρμακοποιοί υποστηρίζουν υπηρεσίες που πρόσφατα αναπτύχθηκαν, συμπεριλαμβανομένης της δωρεάν και χαμηλού κόστους θεραπεία με υποκατάστατα νικοτίνης καθώς και την προσθήκη αμοιβής τους για την υποστήριξη

στην αλλαγή συμπεριφοράς που προσφέρουν [32]. Στη Γαλλία, οι φαρμακοποιοί αναγνωρίζονται ως καθοδηγητές στην προσπάθεια διακοπής καπνίσματος μεταξύ των νέων ανθρώπων και στη Δημοκρατία της Τσεχίας το 42% των καπνιστών που ήθελαν να κόψουν το κάπνισμα επιθυμούσαν να λάβουν συμβουλευτικές υπηρεσίες περί διακοπής από τους κοινοτικούς φαρμακοποιούς [32,33]. Η εκπαίδευση και η παροχή γνώσεων στους ασθενείς είναι ήδη μέρος της φαρμακευτικής φροντίδας, η οποία ορίζεται ως η υπεύθυνη παροχή θεραπείας με σκοπό να επιτυγχάνει οριστικά αποτελέσματα που βελτιώνουν την ποιότητα ζωής του ασθενή [34,35]. Προηγούμενες μελέτες δείχνουν ότι οι φαρμακοποιοί που είναι εκπαιδευμένοι να παρέχουν συμβουλές και υποστήριξη στους καπνιστές μπορούν αποτελεσματικά να προωθήσουν τη διακοπή καπνίσματος καθώς και ότι τα προγράμματα διακοπής καπνίσματος έχουν πολύ καλή σχέση τιμής-αποτελέσματος [36-40].

ΦΑΡΜΑΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΞΑΡΤΗΣΗ ΑΠΟ ΤΗ ΝΙΚΟΤΙΝΗ

Ως θεραπεία για την εξάρτηση από τη νικοτίνη χρησιμοποιούνται φάρμακα πρώτης και δεύτερης γραμμής. Πρώτη εκλογής θεραπεία αποτελούν τα υποκατάστατα νικοτίνης, η βουπροπιόνη και η βαρενικλίνη. Δεύτερης γραμμής φάρμακα είναι η νορτρυπτιλίνη και η κλονιδίνη.

Η θεραπεία με **υποκατάστατα νικοτίνης (NRT, Nicotine Replacement Therapy)** είναι μια κλασική προσέγγιση φαρμακευτικής θεραπείας για τη διακοπή του καπνίσματος [41]. Βασίζεται στη χορήγηση νικοτίνης για την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων του στερητικού συνδρόμου από τη διακοπή και αποτελεί θεραπεία πρώτης εκλογής, καθώς αυξάνουν την πιθανότητα μακροχρόνιας διακοπής κατά 1,5-2 φορές [42]. Κυκλοφορούν σε διάφορες μορφές και διαφοροποιούνται ως προς το χρόνο δράσης τους. Βραχείας δράσης είναι οι ταμπλέτες (tablets, lozenges και υπογλώσσια), οι τσίχλες νικοτίνης (μασώμενα δισκία) και η εισπνεόμενη μορφή (ρινικό εκνέφωμα και inhaler), ενώ βραδείας δράσης τα διαδερμικά νικοτίνης

(patches). Η εισπνεόμενη μορφή ανακουφίζει ταχύτερα τα στερητικά συμπτώματα αφού έχει άμεση απορρόφηση. Οι τσιγλες νικοτίνης χορηγούνται σε καπνιστές που έχουν μικρού βαθμού εξάρτηση (λιγότερο από 5 βαθμούς της κλίμακας Fagerstrom) ή που καπνίζουν το πρώτο τους τσιγάρο μετά από 30 λεπτά αφότου ξυπνήσουν το πρωί. Χορηγούνται ένα τεμάχιο κάθε 1-2 ώρες για 6-8 εβδομάδες και στη συνέχεια ακολουθεί σταδιακή μείωση με ένα τεμάχιο κάθε 2-4 ώρες για 7-9 εβδομάδες μέχρι να φτάσουν το ένα τεμάχιο κάθε 4-8 ώρες για 10-12 εβδομάδες. Τα διαδερμικά (των 5, 10 και 15mg) απελευθερώνουν νικοτίνη για 16-24 ώρες. Η θεραπεία (για καπνιστές>20 τσιγάρα/ημέρα) αρχίζει με 15mg για 1-4 εβδομάδες, με προσδευτική μείωση στα 10mg για 2 εβδομάδες και 5mg για άλλες 2 εβδομάδες. Για καπνιστές<20τσιγάρων/ημέρα, η θεραπεία ξεκινά με 10mg και σταδιακά η δόση μειώνεται. Οι τσιγλες κυκλοφορούν σε δοσολογίες των 2 και 4mg και στις παρενέργειες που ενδέχεται να παρουσιάσουν περιλαμβάνονται η ναυτία, ο λόξυγκας, το καύσος στο φάρυγγα και οδοντικά προβλήματα. Η εισπνεόμενη νικοτίνη μπορεί να προκαλέσει βήχα και ερεθισμό του φάρυγγα. Τέλος, τα αυτοκόλλητα μπορεί να προκαλέσουν εξάνθημα, αϋπνία, εφιάλτες. Η συνιστώμενη διάρκεια θεραπείας με υποκατάστατα είναι 3 μήνες και μπορεί να συγχορηγηθούν και 2 μορφές μαζί για καλύτερη αποτελεσματικότητα [43].

Μια άλλη θεραπευτική στρατηγική αποτελεί η χορήγηση βουπροπιόνης. Η βουπροπιόνη, ενώ ξεκίνησε ως αντικαταθλιπτικό, θεωρείται επίσης φάρμακο πρώτης γραμμής για τη διακοπή του καπνίσματος. Κυκλοφορεί σε δισκία των 150mg και η συνιστώμενη δοσολογία είναι 2 φορές την ημέρα για περίπου 2 μήνες. Ο μηχανισμός δράσης της δεν είναι γνωστός, πιθανόν όμως να σχετίζεται με την αναστολή της επαναπρόσληψης της ντοπαμίνης και της νορεπινεφρίνης στους νικοτινικούς υποδοχείς. Πιθανόν μπορεί να προκαλέσει αϋπνία και ξηροστομία και αντενδείκνυται στους ασθενείς με επιληψία γιατί μειώνει τον ουδό των σπασμών [44].

Η πιο πρόσφατη προσθήκη στις φαρμακευτικές στρατηγικές διακοπής του καπνίσματος είναι η βαρενικλίνη. Η βαρενικλίνη κυκλοφορεί από το 2006 και είναι το νεότερο φάρμακο για τη διακοπή του καπνίσματος [45]. Η δράση του οφείλεται στην υψηλή συγγένεια και εκλεκτικότητα με τους α4β2 νικοτινικούς υποδοχείς της

ακετυλχολίνης, όπου δρα ως μερικός αγωνιστής. Δηλαδή παρουσία νικοτίνης λειτουργεί ως ανταγωνιστής ενώ κατά την απουσία της δρα ως μερικός αγωνιστής με βραδύτερη, πιο παρατεταμένη και μικρότερη απελευθέρωση ντοπαμίνης, οπότε το στερητικό σύνδρομο είναι ηπιότερο. Η θεραπεία ξεκινάει με ένα δισκίο 0,5mgX1 την ημέρα για τις πρώτες 3μέρες. Για τις επόμενες 4 μέρες ο ασθενής λαμβάνει 0.5mgX2 την ημέρα και από την 8^η ημέρα μέχρι το τέλος της θεραπείας η οποία διαρκεί 12 εβδομάδες λαμβάνει 1mgX2 [46]. Οι ανεπιθύμητες ενέργειες είναι ναυτία, μετεωρισμός, αϋπνία, δυσκοιλιότητα, πονοκέφαλος.

Η Επιτροπή Τροφίμων και Φαρμάκων (FDA) συνιστά την προσοχή των θεραπόντων επαγγελματιών υγείας όταν χορηγούν βουπροπιόνη ή βαρενικλίνη σε ασθενείς που παρουσιάζουν νευροψυχιατρικά συμπτώματα και τους καλεί να αναφέρουν στο www.fda.gov/medwatch/ οποιαδήποτε αυτοκτονική σκέψη ή συμπεριφορά παρατηρήσουν [47].

Οι δεύτερης γραμμής θεραπείες αφορούν στους ασθενείς που δεν απαντούν στις πρώτης γραμμής θεραπείες και η επιλογή βασίζεται στα ατομικά χαρακτηριστικά των ασθενών και στην πιθανή συνυπάρχουσα παθολογία. Η νορτρυπτιλλίνη είναι ένα τρικυκλικό αντικαταθλιπτικό που χρησιμοποιήθηκε στη διακοπή καπνίσματος και σύμφωνα με λίγες μελέτες είναι εξίσου δραστική όσο τα υποκατάστατα νικοτίνης [48]. Η κλονιδίνη, α₂ αδρενεργικός ανταγωνιστής, είναι ένα αντιυπερτασικό φάρμακο που προκαλεί καταστολή και αγχώλυση και φαίνεται ότι μειώνει τα συμπτώματα του στερητικού συνδρόμου από τη διακοπή του καπνίσματος, τη συμπεριφορά αναζήτησης και το άγχος. Τέλος, παρουσιάζουν πολλές παρενέργειες και η χορήγησή τους απαιτεί πολύ προσοχή, αυτός είναι και ο λόγος που στην Ελλάδα δεν έχουν έγκριση [49].

ΔΙΑΚΟΠΗ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

Ηλικία και κινητοποίηση: Σε μια έρευνα που διενεργήθηκε στη Μεγάλη Βρετανία, παρατηρήθηκε ότι οι γιατροί παρέχουν λιγότερες συμβουλευτικές παρεμβάσεις στους ηλικιωμένους από ότι στους νεαρότερους καπνιστές [50]. Στους νεαρότερους

καπνιστές, ο σημαντικότερος παράγοντας που προεξοφλεί μια επιτυχημένη διακοπή καπνίσματος (που ορίζεται ως αποχή από το κάπνισμα και διατήρησης αυτής για πάνω από 12 μήνες) είναι η κινητοποίηση, ειδικά όταν συνοδεύεται από προηγούμενες αποτυχημένες προσπάθειες. Υπάρχουν λίγες μελέτες για τους ηλικιωμένους (κυρίως μετά τα 70 έτη) που διακόπτουν το κάπνισμα, αλλά η διακοπή μπορεί να είναι εξίσου επιτυχημένη στα πιο ηλικιωμένα άτομα με κίνητρα, όσο και στα νεότερα με κίνητρα- πιθανόν και περισσότερο με ποσοστό διακοπής που φτάνει το 15% [51,52]. Όταν συνδυάζεται η κινητοποίηση με υποκατάστατα νικοτίνης τα ποσοστά αυξάνονται και για τους δύο, με εκείνα των τελευταίων να φτάνουν το 20% [52,53].

Αντίθετα, διάφορες μελέτες που έγιναν στις ΗΠΑ καταλήγουν ότι οι ηλικιωμένοι είναι λιγότερο πρόθυμοι να δεχτούν το οφθαλμοφανές, ότι το τσιγάρο είναι επιζήμιο για την υγεία [54]. Κάποιοι ηλικιωμένοι μπορεί να είναι κινητοποιημένοι να διακόψουν το κάπνισμα εξαιτίας των βλαβερών συνεπειών που μπορεί να έχει η συνήθειά τους αυτή στα εγγόνια τους [55]. Όταν αναγνωρίζουν τους κινδύνους, υπάρχει μεγαλύτερη κινητοποίηση και μεγαλύτερη επιτυχία στη διακοπή [56]. Από τους κινητοποιημένους καπνιστές όλων των ηλικιακών ομάδων, οι ηλικιωμένοι μοιάζουν να είναι εκείνοι που αντιλαμβάνονται περισσότερο την παρότρυνση για διακοπή και σκοπεύουν να το διακόψουν μέσα στις επόμενες εβδομάδες ή μήνες [57].

Ενώ η έναρξη του καπνίσματος στην εφηβεία μοιάζει να ταιριάζει μέσα σε ένα μοντέλο προόδου από τις νόμιμες στις παράνομες ουσίες, η επιμονή του καπνίσματος στην τρίτη δεκαετία της ζωής είναι σε εντυπωσιακή αντίθεση με την καθαρή παρακμή στη χρήση αλκοόλ και παράνομων ουσιών στην ηλικία των 20 ετών [58]. Οι μεγαλύτεροι σε ηλικία καπνιστές, αυτοί που είναι πάνω από 40 ετών, είναι πιο πιθανό να διακόψουν το κάπνισμα από τους νεότερους σε ηλικία καπνιστές, μια αλλαγή που αποδίδεται στη συνειδητοποίηση με το πέρασ της ηλικίας των βλαβερών συνεπειών του καπνίσματος [59].

Παρά την εκτενή βιβλιογραφία που υπάρχει σχετικά με τις στρατηγικές για τη διακοπή καπνίσματος στο γενικό πληθυσμό, έχει δοθεί λίγη προσοχή στην ηλικία

ως βάση για τις στρατηγικές που μπορούν να κινητοποιήσουν και να βοηθήσουν τους καπνιστές να διακόψουν. Οι Clark και συνεργάτες, χώρισαν τους καπνιστές σε ηλικιακές ομάδες 18-29 ετών, 30-49 ετών και άνω των 50 ετών, προσπαθώντας να συσχετίσουν την ηλικία με την κινητοποίησή τους για να διακόψουν το κάπνισμα. Οι νεότεροι έδειχναν να είναι πιο έτοιμοι να προσπαθήσουν για να κόψουν το κάπνισμα. Οι καπνιστές μεταξύ 30-49 ετών όταν είχαν τη βοήθεια κάποιου γιατρού και αντιλαμβάνονταν τις βλαβερές επιπτώσεις του τσιγάρου στην υγεία ήταν πιο κινητοποιημένοι να διακόψουν. Στην ομάδα άνω των 50 ετών, αυτοί που είχαν προβλήματα υγείας εξαιτίας του τσιγάρου και εκείνοι που αντιλαμβάνονταν το κάπνισμα ως εθισμό ήταν πιο κινητοποιημένοι να διακόψουν [60]. Αντίθετα, οι Lichtenstein και συνεργάτες βρήκαν ότι οι πιο ηλικιωμένοι καπνιστές (55 με 74) έδειχναν λιγότερο ενδιαφέρον να κόψουν το κάπνισμα σε σύγκριση με τους νεότερους (25 με 54) [61].

Σχετικά με τη διακοπή καπνίσματος και τη νεαρότερη ηλικία υπάρχουν λίγες έρευνες που να εξετάζουν πώς οι έφηβοι καπνιστές όταν ενηλικιώνονται κόβουν το κάπνισμα. Σε μια μελέτη που έγινε στη Φιλανδία (διήρκησε 2 χρόνια η συλλογή στοιχείων και 15 χρόνια η παρακολούθηση του δείγματος), εξετάστηκαν οι συμπεριφορές των νέων όταν ήταν 15, 21 και 28 ετών. Το δείγμα αποτελούσαν 903 μαθητές, εκ των οποίων το ένα τέταρτο (26%) των καπνιστών που κάπνιζαν καθημερινά και το μισό (46%) εκείνων που κάπνιζαν περιστασιακά στην ηλικία των 15 ετών, είχε διακόψει το κάπνισμα όταν έφτασε στην ηλικία των 28 ετών. Το ποσοστό διακοπής ήταν μεγαλύτερο στις γυναίκες από ότι στους άνδρες, στους έγγαμους και σε εκείνους που εργάζονταν. Αντίθετα, ήταν χαμηλότερο σε εκείνους που κάποιος από την οικογένεια ή κάποιος φίλος ήταν καπνιστής. Το διαφορετικό επίπεδο μόρφωσης δεν παρουσίαζε ιδιαίτερο ενδιαφέρον στα αποτελέσματα. Το ένα τρίτο των εφήβων καπνιστών διακόπτουν το κάπνισμα πριν γίνουν 28 ετών. Επίσης, διακόπτουν πιο εύκολα οι περιστασιακοί καπνιστές από τους τακτικούς καπνιστές και οι γυναίκες υπερτερούσαν σε όλες τις ομάδες [62].

Η διακοπή καπνίσματος διαφέρει ανάλογα με το φύλο, τη μόρφωση και τον αριθμό των ημερήσιων τσιγάρων. Υψηλότερα ποσοστά διακοπής καπνίσματος έχουν οι άνδρες έναντι των γυναικών, τα άτομα με υψηλότερη μόρφωση έναντι

εκείνων με χαμηλότερη και οι ελαφρύτεροι από τους βαρύτερους καπνιστές [59, 62-65].

Μορφωτικό επίπεδο: Το γεγονός ότι οι καπνιστές που έχουν τριτοβάθμια εκπαίδευση είναι πιο πιθανό να διακόψουν το κάπνισμα από εκείνους που δεν έχουν, αποτελεί μια επιπλέον πτυχή της σχέσης του καπνίσματος με την κοινωνική τάξη. Ίσως, εξαιτίας του χαμηλότερου ποσοστού καπνίσματος ανάμεσα στους αποφοίτους τριτοβάθμιας εκπαίδευσης (ως έφηβοι ανήκαν κυρίως στη μεσαία τάξη και είχαν γονείς με τριτοβάθμια μόρφωση), οι καπνιστές αυτοί έρχονται σε επαφή με λιγότερα άτομα που καπνίζουν και ενδεχομένως να θέλουν να μοιάσουν στους ομοίους τους, κατάσταση η οποία ευνοεί την πιθανότητα διακοπής του καπνίσματος. Καθώς λοιπόν, το κάπνισμα συγκεντρώνεται στον πληθυσμό που δεν έχει τριτοβάθμια μόρφωση, το εύρημα ότι καθυστερώντας την έναρξη του καπνίσματος σηματοδοτεί ένα αυξημένο δυναμικό διακοπής ανάμεσα σε όλους τους καπνιστές (συμπεριλαμβανομένων και αυτών με τριτοβάθμια μόρφωση) έχει σημαντικές επιπτώσεις για τη δημόσια υγεία [66].

Φύλο: Οι Escobedo και Peddicord αναφέρουν ότι οι άνδρες καπνίζουν περισσότερο από τις γυναίκες, αλλά ένα μεγαλύτερο ποσοστό ανδρών καπνιστών διακόπτει το κάπνισμα σε σχέση με τις γυναίκες καπνίστριες [67].

Μεταξύ των ηλικιωμένων καπνιστών έχουν γίνει λίγες προοπτικές μελέτες που να εξετάζουν τα δημογραφικά χαρακτηριστικά που συνεισφέρουν στη διακοπή καπνίσματος [68]. Οι μεσήλικες γυναίκες έχουν χαμηλότερα ποσοστά διακοπής από τους συνομήλικους άνδρες [69-71]. Οι άνδρες καπνιστές μπορεί να καπνίζουν περισσότερα τσιγάρα την ημέρα [72], αλλά είναι διατεθειμένοι να διακόψουν το κάπνισμα για μακρύ χρονικό διάστημα περισσότερο από ότι είναι οι γυναίκες [73]. Τα άτομα με χαμηλή μόρφωση δυσκολεύονται περισσότερο να κόψουν το κάπνισμα από εκείνους που έχουν περισσότερα χρόνια στο σχολείο, εξαιτίας της έλλειψης υποστήριξης για διακοπή [74], περιορισμένη χρήση αυτοβοηθούμενων υλικών ή δυσκολότερη πρόσβαση σε αποτελεσματικές θεραπείες και δημόσια πληροφόρηση [67]. Παρότι οι γυναίκες είναι εξίσου πρόθυμες με τους άνδρες να διακόψουν το κάπνισμα δυσκολεύονται περισσότερο, σύμφωνα με την αναφορά του 2002 από το

Κέντρο Ερευνών Ασθενειών και Πρόληψης (CDC) [75]. Για παράδειγμα, μια μετανάλυση υποστήριξε ότι οι γυναίκες είχαν λιγότερη επιτυχία διακοπής είτε χρησιμοποιούσαν βουπροπιόνη είτε εικονικό φάρμακο (placebo) [76]. Μια άλλη μετανάλυση βρήκε ότι παρότι τα υποκατάστατα νικοτίνης (NRT) ήταν χρήσιμα για τους άνδρες βραχυπρόθεσμα (3 και 6 μήνη παρακολούθηση) και μακροπρόθεσμα (12μηνη παρακολούθηση), ήταν αποτελεσματικά στις γυναίκες μόνο βραχυπρόθεσμα [77].

Κάποια άλλη έρευνα υποστηρίζει ότι οι γυναίκες επιτυγχάνουν λιγότερο να διακόψουν το κάπνισμα από ότι οι άνδρες [78]. Πιθανές εξηγήσεις μπορεί να είναι το μεγαλύτερο ενδιαφέρον των γυναικών για απόκτηση επιπλέον σωματικού βάρους, την αρνητική διάθεση σχετικά με τη διακοπή και τη μεγαλύτερη ανάγκη για κοινωνική υποστήριξη ώστε να το διακόψουν [79]. Τα συμπτώματα στέρησης της νικοτίνης περιλαμβάνουν κατάθλιψη, άγχος, ένταση, επιθυμία για κάπνισμα του τσιγάρου και δυσκολία στη συγκέντρωση [80]. Πολλές μελέτες βρήκαν ότι οι γυναίκες παρουσιάζουν διάφορα αντίστοιχα σοβαρά συμπτώματα σε σχέση με τους άνδρες μόλις λίγες ώρες μετά την αποχή από το κάπνισμα [81-83]. Ωστόσο, άλλες μελέτες δεν βρήκαν τέτοιες διαφορές [84-85].

Οικογενειακή κατάσταση: Οι νεότερες γυναίκες και πιο μορφωμένες θέλουν λιγότερο να παντρευτούν και καπνίζουν λιγότερα τσιγάρα την ημέρα [86], ενώ οι άνδρες που διακόπτουν είναι παντρεμένοι με μη καπνιστή σύζυγο συχνότερα από ότι είναι οι γυναίκες που το κόβουν. Οι παντρεμένοι άνδρες πιο εύκολα διακόπτουν το κάπνισμα όταν η σύζυγος είναι μη καπνίστρια, κάτι που δεν ισχύει για τις παντρεμένες γυναίκες. Το να έχει κανείς σύζυγο που διακόπτει το κάπνισμα έχει εξίσου μεγαλύτερα πλεονεκτήματα για τους παντρεμένους άνδρες και για τις παντρεμένες γυναίκες [87].

Τόσο η συζυγική υποστήριξη όσο και το κάπνισμα ως κοινωνική κατάσταση μέσα στον έγγαμο βίο έχουν μελετηθεί στα νεοπαντρεμένα ζευγάρια και σε εκείνα που έχουν μικρά παιδιά [88-90,91-92]. Οι μελέτες αξιολογούν συνήθως τη συμπεριφορά του ενός συζύγου σαν παράγοντα κινδύνου ως προς τη συμπεριφορά του άλλου χωρίς να λαμβάνουν υπόψη τη διαδικασία της από κοινού αλλαγής,

αφήνοντας βέβαια και κάποια περιθώρια για εξαιρέσεις [93-94]. Σε μια πιο πρόσφατη μελέτη βρέθηκε πως όταν ο ένας σύζυγος αλλάζει μια όχι τόσο υγιεινή του συνήθεια, είναι πιθανό και ο άλλος σύζυγος να την αλλάξει επίσης. Το να έχει κανείς ένα σύζυγο που έχει προηγουμένως διακόψει το κάπνισμα συνδέεται με υψηλότερα ποσοστά διακοπής σε σχέση με τις περιπτώσεις που και οι δύο σύζυγοι είναι καπνιστές [95].

ΔΙΑΚΟΠΗ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Υπάρχουν ενδείξεις που προτείνουν ότι η ηλικία διαφοροποιεί τη σχέση μεταξύ βαρύτητας του καπνίσματος και διακοπής αυτού. Συγκεκριμένα, οι Coombs και συνεργάτες αναφέρουν ότι ανάμεσα στους ηλικιωμένους καπνιστές είναι μεγαλύτερη η πιθανότητα να κόψουν το τσιγάρο οι βαρύτεροι καπνιστές από τους λιγότερο εξαρτημένους, μια αντίθετη τάση από αυτή που ισχύει στους πιο νέους ενήλικες καπνιστές [59]. Επιπλέον, το να είναι κανείς βαρύς καπνιστής χαμηλώνει τα ποσοστά και για τα δύο φύλα [87].

Όσον αφορά στους ενήλικες ελαφρύτερους καπνιστές, αυτοί που καπνίζουν 10 ή λιγότερα τσιγάρα την ημέρα, μια πρόσφατη μελέτη που διενεργήθηκε στη Γαλλία έδειξε ότι ήταν 1,23 φορές πιο πρόθυμοι να διακόψουν το κάπνισμα από τους βαρείς καπνιστές. Το 13,3% απείχαν ακόμη από το τσιγάρο 1 μήνα μετά την παρακολούθηση, έναντι του 14,5% των βαρύτερων καπνιστών. Στους καπνιστές χορηγήθηκε φαρμακευτική αγωγή αλλά τους παρέιχαν και γνωστική συμπεριφορική θεραπεία (cognitive behavioral therapy). Στους ελαφρείς καπνιστές δόθηκε λιγότερες φορές φαρμακευτική αγωγή, τόσο δε η βαρενικλίνη όσο και τα υποκατάστατα νικοτίνης διπλασίασαν τα ποσοστά αποχής από το κάπνισμα. Η συμπεριφορική θεραπεία βελτίωσε την αποχή μόνο όταν συνδυάστηκε με το αυτοκόλλητο νικοτίνης. Τα αποτελέσματα της παρέμβασης διέφεραν ανάλογα με το προφίλ, οι ελαφρείς καπνιστές που αντιπροτείνονταν ή που είχαν κάνει προηγούμενες προσπάθειες για να διακόψουν είχαν καλύτερα αποτελέσματα από

εκείνους που δεν ενδιαφέρονταν ή προτεινόταν μέσω της παραμονής τους στο νοσοκομείο. Επομένως, η φαρμακευτική αγωγή είναι αποτελεσματική και η συμπεριφορική θεραπεία θα πρέπει να προτείνεται κατά τέτοιο τρόπο ώστε να προσαρμόζεται στο προφίλ του καθενός από τους ελαφρείς καπνιστές [96].

Σχετικά με την ηλικία έναρξης του καπνίσματος, διενεργήθηκε πρόσφατα μια μελέτη σε πέντε Ευρωπαϊκές χώρες: Γαλλία, Ιρλανδία, Ιταλία, Δημοκρατία της Τσεχίας και Σουηδία στην οποία συμμετείχαν 5000 γυναίκες καπνίστριες. Οι χώρες αυτές επιλέχθηκαν γιατί παρουσιάζουν διαφορετικά επίπεδα στην επιδημιολογία του καπνίσματος αλλά και στην έναρξη των μέτρων για τον έλεγχό του. Η συχνότερη αιτία έναρξης του καπνίσματος ήταν γιατί κάπνιζε κάποιος φίλος (62,3%), ενώ ο δεύτερος γιατί τις έκανε να δείχνουν 'cool'. Ο μέσος όρος της ηλικίας έναρξης ήταν 18,2 ετών και πάνω από το 80% των συμμετεχόντων το ξεκίνησαν πριν από τα 20 τους χρόνια. Τα υψηλότερα ποσοστά παρατηρήθηκαν στη Σουηδία με το 29,3% να το ξεκινάει στην ηλικία των 14-15 ετών και το 12% πριν τα 14 έτη, ενώ το χαμηλότερο στην Τσεχία με 13,7% και 1,4% αντίστοιχα. Οι γυναίκες που ξεκίνησαν το κάπνισμα επειδή κάπνιζαν οι φίλες τους ή έδειχναν 'cool' ήταν πιο πιθανό να ξεκινήσουν σε μικρότερη ηλικία ενώ για εκείνες που ο λόγος ήταν η διαχείριση του στρες και η επιθυμία τους να νιώθουν λιγότερο λυπημένες ήταν πιθανότερο η έναρξη να έρθει σε μεγαλύτερη ηλικία [97].

Στις γυναίκες η ηλικία έναρξης καπνίσματος σχετίζεται και με τη νόσο από τον καρκίνο του μαστού και πιο συγκεκριμένα παρατηρείται στατιστικά σημαντική διαφορά σε εκείνες που ξεκίνησαν το κάπνισμα 26 ετών ή και παραπάνω, πάνω από 5 χρόνια μετά την πρώτη τους έμμηνο ρύση και μετά την πρώτη γέννηση της ζωής τους [98].

ΔΙΑΚΟΠΗ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΙΑΤΡΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Όσων αφορά τη διακοπή καπνίσματος και τα σχετιζόμενα με το κάπνισμα νοσήματα, σε μια μελέτη του 2005 που διενεργήθηκε στην Ουγγαρία, διαπιστώθηκε πως ήταν διαφορετικά τα προβλήματα για την κάθε ηλικιακή ομάδα καπνιστών που τους ωθούσε να διακόψουν το κάπνισμα. Συγκεκριμένα, οι καπνιστές είχαν χωριστεί

στις ομάδες των 18-34, 35-49, 50-64, >65ετών αντίστοιχα. Για τους νεότερους, οι πόνοι στο στήθος τους κινητοποιούσαν να διακόψουν το κάπνισμα. Οι μεσήλικες σκεφτόντουσαν να το διακόψουν επειδή υπέφεραν από καρδιαγγειακές παθήσεις. Ανάμεσα στους ηλικιωμένους, μόνο τα αναπνευστικά προβλήματα επηρεάζουν τις προσπάθειές τους για διακοπή [99].

Σε μια μελέτη που έγινε στον Καναδά, εξετάστηκε η αποτελεσματικότητα της παρέμβασης για τη διακοπή καπνίσματος στο νοσοκομείο σε ασθενείς που βρίσκονταν εκεί γιατί είχαν κάνει bypass (CABG) ή επειδή είχαν υποστεί οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου (MI). Χρησιμοποιήθηκε μια εντατική μέθοδος παρέμβασης όπως είναι το gold standard, η οποία στις ΗΠΑ είχε αποφέρει υψηλά ποσοστά επιτυχίας διακοπής [100]. Η παρέμβαση περιλάμβανε 45-60 λεπτά εκπαίδευση δίπλα από το κρεβάτι των ασθενών και συμβουλευτική καθοδήγηση κατά την παραμονή τους στο νοσοκομείο αλλά και διάθεση βίντεο, κασετών και βιβλίων όταν έπαιρναν εξιτήριο, καθώς και 7 τηλεφωνικές συνεδρίες μετά την εξαγωγή τους [101]. Στις ΗΠΑ οι δοκιμές απέφεραν το 61% να έχει διακόψει 1 χρόνο μετά από την εντατική αυτή παρέμβαση όταν χρησιμοποιήθηκε ως κυρίως πρόγραμμα έναντι του 70% όταν χρησιμοποιήθηκε ως πρόγραμμα επανένταξης για πολλαπλούς καρδιακούς παράγοντες κινδύνου [102,103].

Η διακοπή καπνίσματος είναι το πιο αποτελεσματικό και οικονομικό μέσο για να μειωθεί ο κίνδυνος εμφάνισης χρόνιας αποφρακτικής πνευμονοπάθειας (ΧΑΠ) αλλά και την βελτίωση των συμπτωμάτων της, καθώς αυξάνει την πνευμονική λειτουργία, ανακουφίζει από τη δύσπνοια και το βήχα, ελαττώνει τη συχνότητα απόχρεμψης και χαμηλώνει τη θνητότητα. Το 50% των παλαιότερων καπνιστών εμφανίζει ΧΑΠ και πάνω από το 80% θνησιμότητας αυτής της ασθένειας οφείλονται στο κάπνισμα, ενώ η ελάττωση του τσιγάρου δεν βελτιώνει την πνευμονική λειτουργία ούτε ανακουφίζει από τα συμπτώματα. Η στρατηγική που αποδίδει είναι αυτή που βασίζεται στο συνδυασμό φαρμάκων και ψυχολογικής υποστήριξης και για το λόγο αυτό θα πρέπει να προωθείται σε όλα τα επίπεδα παροχής υπηρεσιών υγείας [104]. Μια άλλη μελέτη που βασίστηκε στο συνδυασμό σπιρομέτρησης μαζί με συμβουλευτική παρέμβαση από το γιατρό είχε ως αποτέλεσμα υψηλά ποσοστά διακοπής από τους ενήλικες καπνιστές. Εκείνοι που είχαν κάποιο βαθμό απόφραξης

στον αεραγωγό τους είχαν υψηλότερα ποσοστά διακοπής από τους υπόλοιπους με φυσιολογική σπιρομέτρηση, αποδεικνύοντας έτσι ότι τα ποσοστά διακοπής είναι υψηλότερα στους καπνιστές που έχουν κάποιο νόσο που σχετίζεται ή επιβαρύνεται από το κάπνισμα [105].

II.ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Η παρούσα μελέτη διενεργήθηκε στο ιατρείο διακοπής καπνίσματος του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Λάρισας (ΠΓΝΛ), κατά το χρονικό διάστημα Ιανουάριος 2006- Δεκέμβριος 2008. Στη μελέτη συμμετείχαν 534 καπνιστές που προσήλθαν στο ιατρείο κατά το διάστημα αυτό. Η συλλογή δεδομένων για την έρευνα προήλθε από στοιχεία που προέκυψαν από τη λήψη ιστορικού του κάθε ασθενούς κατά την επίσκεψή του στο ιατρείο αλλά και κατόπιν τηλεφωνικής επικοινωνίας μαζί του στα πλαίσια της παρακολούθησής του.

Όπως φαίνεται στο Παράρτημα, το ιστορικό του κάθε ασθενούς περιλαμβάνει τα δημογραφικά στοιχεία του, το επίπεδο μόρφωσης του, τον τρόπο με τον οποίο πληροφορήθηκε για το ιατρείο διακοπής καπνίσματος αλλά και την αιτία προσέλευσής του σ' αυτό. Καταγράφηκαν τα ζωτικά στοιχεία του ασθενούς (αρτηριακή πίεση, καρδιακή συχνότητα), το βάρος, το ύψος, ο δείκτης μάζας σώματος, η χρήση αλκοολούχων ποτών, ναρκωτικών ή άλλων εξαρτησιογόνων ουσιών. Στη συνέχεια συμπληρώθηκε το ατομικό ιατρικό ιστορικό του καπνιστή όπου σημειώθηκε αν ο ασθενής πάσχει από κάποια άλλη νόσο (όπως αρτηριακή υπέρταση, σακχαρώδη διαβήτη, υπερλιπιδαιμία, ΧΑΠ, ηπατική κίρρωση, νεφρική ανεπάρκεια, ψυχικές διαταραχές), δίνοντας ιδιαίτερη βαρύτητα στα συμπτώματα του αναπνευστικού. Πιο συγκεκριμένα, εξετάστηκε αν ο ασθενής παρουσιάζει βήχα (ξηρό, παραγωγικό, πρωινό), πτύελα, συριγμό ή αιμόπτυση και από πότε. Όσον αφορά τη δύσπνοια χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα Medical Research Council (MRC) [106], η οποία βασιζόμενη στο μέγεθος του έργου που προκαλεί τη δύσπνοια, βαθμολογεί την κατάσταση της υγείας του ασθενούς [107].

Ιδιαίτερη σημασία δόθηκε στο ιστορικό καπνίσματος στο οποίο καταγράφονται η ηλικία έναρξης του καπνίσματος, ο αριθμός τσιγάρων που καταναλώνονται στη διάρκεια της ημέρας, ο βαθμός εξάρτησης από τη νικοτίνη, η βαρύτητα του καπνίσματος, καθώς επίσης και οι προηγούμενες προσπάθειες διακοπής καπνίσματος. Η βαρύτητα του καπνίσματος προσδιορίζεται από τα πακέτα/έτη, τα οποία μετρούν το ποσό που κάποιος έχει καπνίσει κατά το συνολικό

χρονικό διάστημα που καπνίζει και υπολογίζονται από τον αριθμό των ημερησίων τσιγάρων επί τα έτη καπνίσματος διά 20. Η σοβαρότητα της εξάρτησης από τη νικοτίνη μετρήθηκε με την κλίμακα Fagerstrom, ένα σύντομο ερωτηματολόγιο έξι ερωτήσεων για την καπνιστική συνήθεια του καπνιστή, με τα αποτελέσματα των απαντήσεων να κυμαίνονται από 0 μέχρι 10 πόντους, όπου τα μεγαλύτερα ή ίσα του 7 δηλώνουν μεγάλη εξάρτηση από τη νικοτίνη (Παράρτημα).

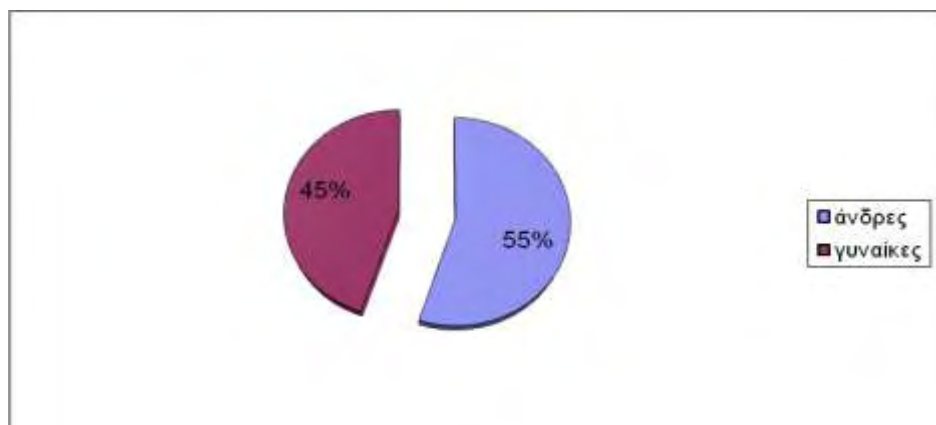
Στη συνέχεια έγινε έλεγχος της λειτουργίας του αναπνευστικού συστήματος με τη διενέργεια σπιρομέτρησης και ακτινολογικής εκτίμησης του θώρακα. Σε κάθε επίσκεψη γινόταν έλεγχος της αποχής από το κάπνισμα μέσω της μέτρησης εκπνεόμενου μονοξειδίου του άνθρακα και εργαστηριακός έλεγχος αυτών που έλαβαν φαρμακευτική αγωγή.

Για τη στατιστική ανάλυση χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα SPSS έκδοση 16 (SPSS, Chicago, IL, USA) και για τη στατιστική επεξεργασία των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε η δοκιμασία χ^2 . Ως όριο στατιστικής σημαντικότητας τέθηκε το $p \leq 0,05$.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Α. Δημογραφικά χαρακτηριστικά καπνιστών

Στο ιατρείο διακοπής καπνίσματος κατά το χρονικό διάστημα 2006-2008 προσήλθαν 299 άνδρες (55,1%) και 244 γυναίκες (44,9%) όπως φαίνεται στο Διάγραμμα1.



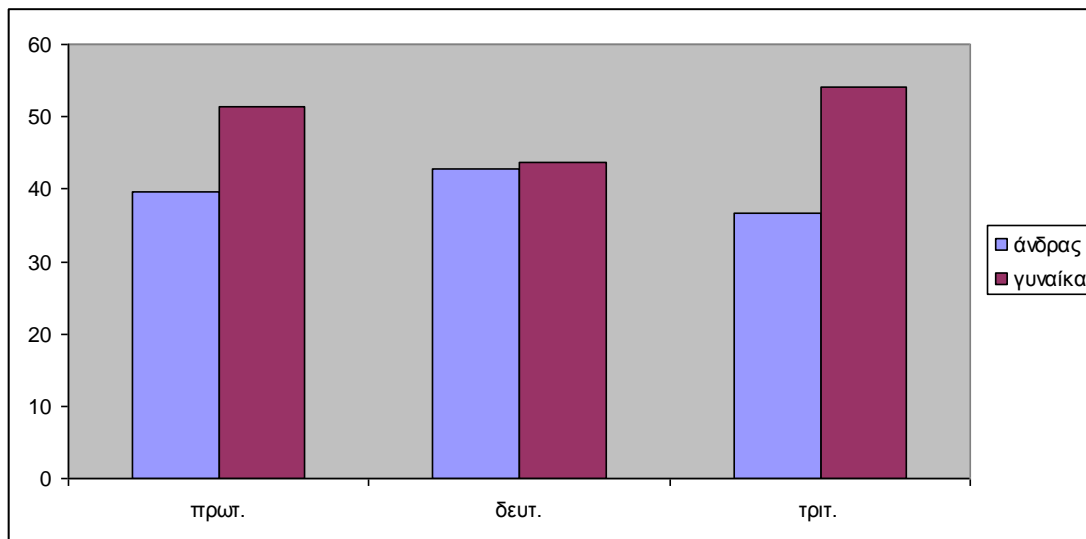
Διάγραμμα 1 Κατανομή κατά φύλο του συνόλου των καπνιστών που προσήλθε στο ιατρείο διακοπής καπνίσματος κατά τη χρονική περίοδο 2006-2008.

Σε ότι αφορά στις διαφορές που υπάρχουν μεταξύ των δύο φύλων, διαπιστώθηκε πως οι γυναίκες κόβουν πιο εύκολα το κάπνισμα από ότι οι άνδρες. Από τους άνδρες το 30,3% διέκοψε το κάπνισμα 52 εβδομάδες μετά τη πρώτη επίσκεψη ενώ από τις γυναίκες το 37% αντίστοιχα. Οι γυναίκες που παρουσιάζουν ως σύμπτωμα του αναπνευστικού το συριγμό, διακόπτουν το κάπνισμα σε μεγαλύτερο ποσοστό από τους άνδρες ($P=0,036$) (Πίνακας 1).

Πίνακας 1 Διαφορές στο φύλο των καπνιστών όσον αφορά στο ατομικό ιστορικό, στο νόσημα αναπνευστικού και στα συμπτώματα αναπνευστικού 1 χρόνο μετά την πρώτη επίσκεψη στο ιατρείο διακοπής καπνίσματος

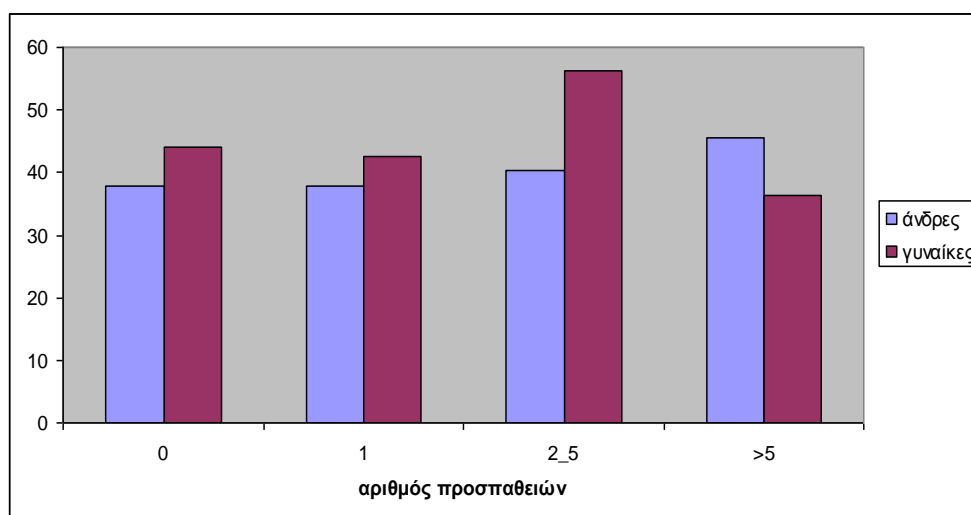
	γυναίκες	άνδρες
52 εβδομάδες μετά τη διακοπή		
% διακοπής καπνιστών	37	30,3
Ατομικό ιστορικό (%)	35,5	29,3
Νόσημα αναπνευστικού (%)	23,3	27,6
Συμπτώματα αναπνευστικού(%)	37,6	31,4
Βήχας (%)	37,3	31,6
Απόχρεμψη (%)	42,7	33,7
Δύσπνοια (%)	37	26,9
Συριγμός (%)	42,4	30,7

Οι γυναίκες απόφοιτοι τριτοβάθμιας εκπαίδευσης διακόπτουν πιο εύκολα το κάπνισμα από τους άνδρες 12 εβδομάδες μετά την πρώτη επίσκεψη στο ιατρείο με ποσοστό 54% προς 36,6% ($p=0,0195$) (Διάγραμμα 2).



Διάγραμμα 2 Διαφορές μεταξύ ανδρών και γυναικών ως προς τη διακοπή καπνίσματος και το εκπαιδευτικό τους επίπεδο 12 εβδομάδες μετά την πρώτη επίσκεψη στο ιατρείο

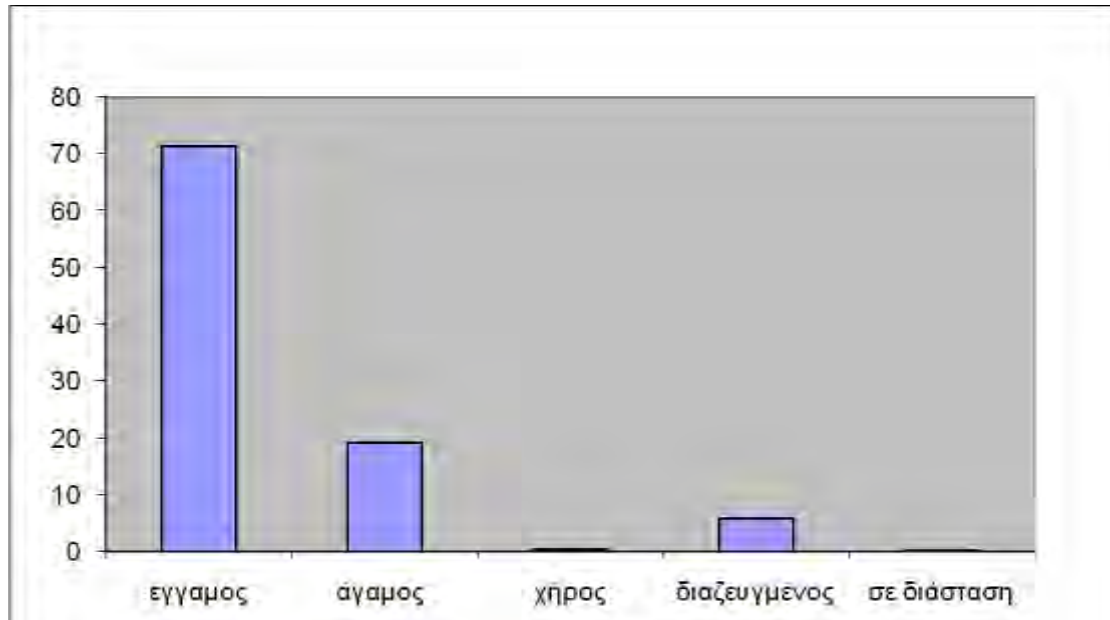
Οι γυναίκες που είχαν προσπαθήσει 2-5 φορές στο παρελθόν να διακόψουν το κάπνισμα επιτυγχάνουν σε μεγαλύτερο ποσοστό (56,3%) να το διακόψουν από ότι οι άνδρες (40,3%) με αντίστοιχο αριθμό προσπαθειών 12 εβδομάδες μετά την πρώτη επίσκεψη στο ιατρείο διακοπής ($p=0,0475$) (Διάγραμμα



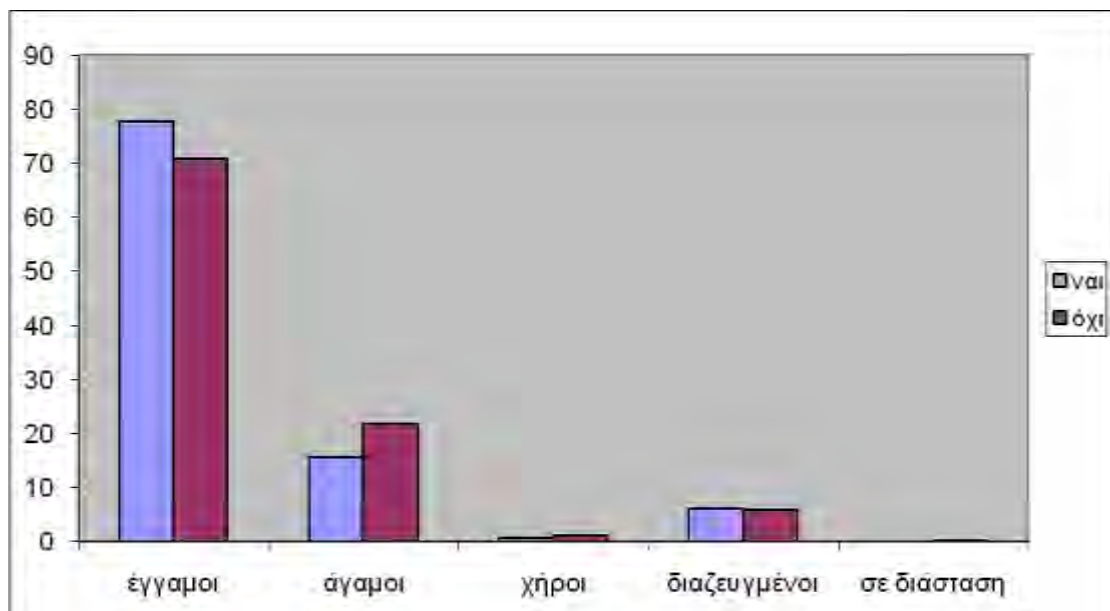
3).

Διάγραμμα 3 Διαφορές μεταξύ ανδρών και γυναικών ως προς τη διακοπή και τον αριθμό προηγούμενων προσπαθειών 12 εβδομάδες μετά την πρώτη επίσκεψη στο ιατρείο διακοπής καπνίσματος

Από τους καπνιστές που προσήλθαν στο ιατρείο διακοπής καπνίσματος το 71,5% ήταν έγγαμοι, το 19,3% άγαμοι και ένα μικρότερο ποσοστό οι διαζευγμένοι ή χήροι (Διάγραμμα 4).



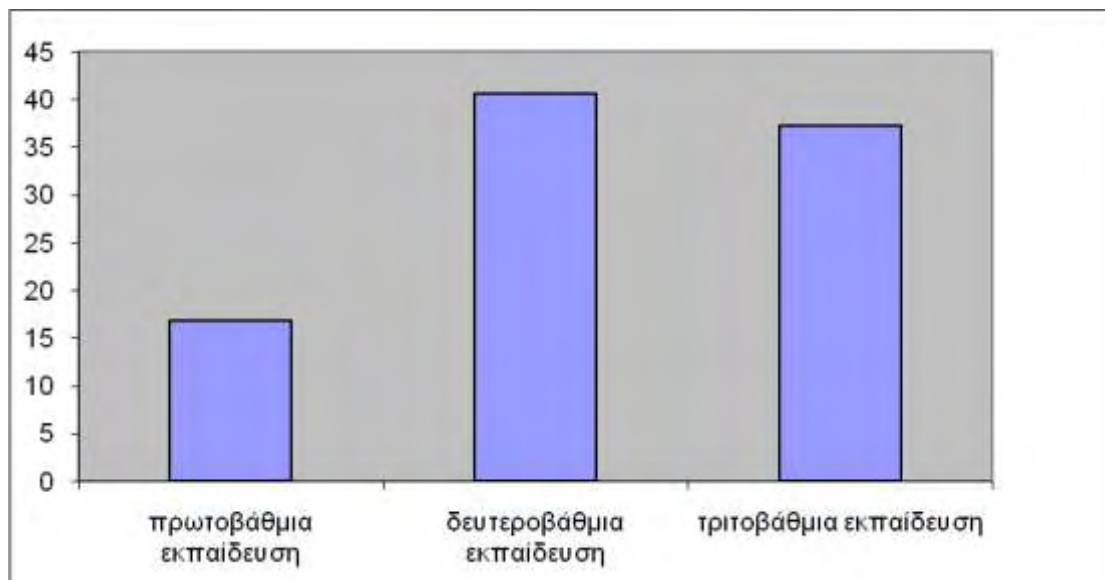
Διάγραμμα 4 Η οικογενειακή κατάσταση των προσελθόντων στο ιατρείο διακοπής καπνίσματος τη χρονική περίοδο 2006-2008.



Διάγραμμα 5 Διακοπή καπνίσματος και οικογενειακή κατάσταση καπνιστών

Σχετικά με την οικογενειακή κατάσταση, παρατηρήθηκε ότι οι έγγαμοι κόβουν πιο εύκολα το κάπνισμα από τους υπόλοιπους (77,7% έναντι 15,5% των

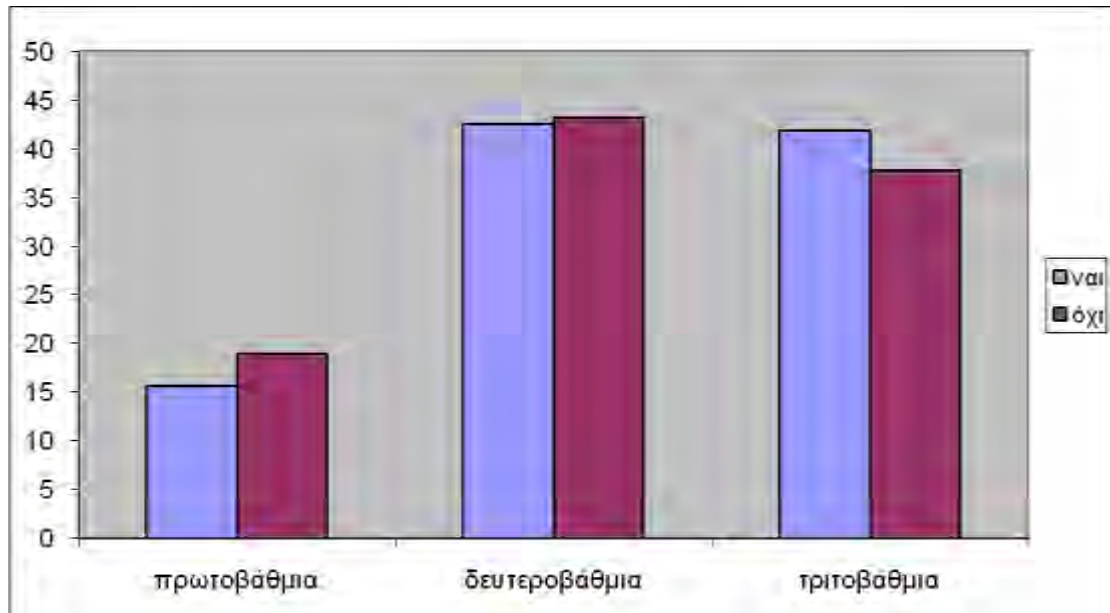
άγαμων και 6,1% των διαζευγμένων), με $p=0,001$. Όσον αφορά στην κάθε ομάδα ξεχωριστά, μεταξύ των έγγαμων υπερτερεί το 77,7% που κόβει το κάπνισμα έναντι του 70,9% που δεν το κόβει, ενώ στους άγαμους ισχύει το αντίθετο. Πιο συγκεκριμένα, το 15,6% διακόπτει το κάπνισμα αλλά το 21,7% συνεχίζει να καπνίζει μετά το τέλος της θεραπείας. Για τους διαζευγμένους τα ποσοστά είναι τα ίδια (το 6,1% διακόπτει ενώ το 6% συνεχίζει το κάπνισμα) (Διάγραμμα 5).



Διάγραμμα 6 Εκπαιδευτικό επίπεδο των προσελθόντων στο ιατρείο διακοπής καπνίσματος τη χρονική περίοδο 2006-2008.

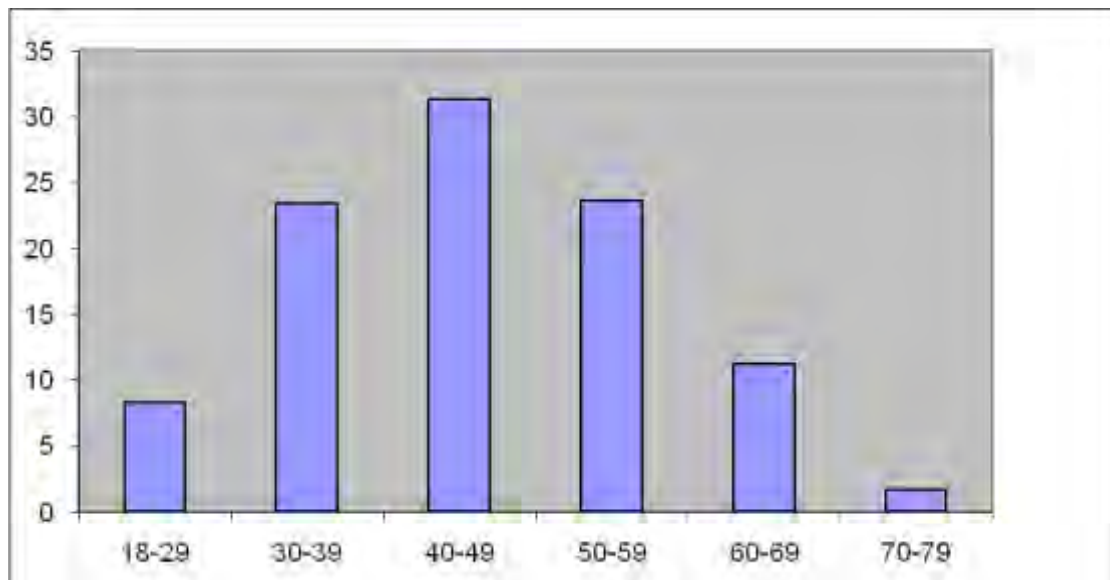
Στο Διάγραμμα 6 φαίνεται το εκπαιδευτικό επίπεδο των καπνιστών. Το μεγαλύτερο ποσοστό είχαν δευτεροβάθμια (40,5%) και τριτοβάθμια (37,2%) εκπαίδευση ενώ το 16,8% πρωτοβάθμια.

Το μορφωτικό επίπεδο των ασθενών μοιάζει να μην τους επηρεάζει ιδιαίτερα. Δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ εκείνων που διακόπτουν το κάπνισμα και το επίπεδο μόρφωσης που διέθεταν. Ωστόσο, οι απόφοιτοι δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας εκπαίδευσης κόβουν πιο εύκολα το κάπνισμα από τους αποφοίτους του δημοτικού (Διάγραμμα 7).



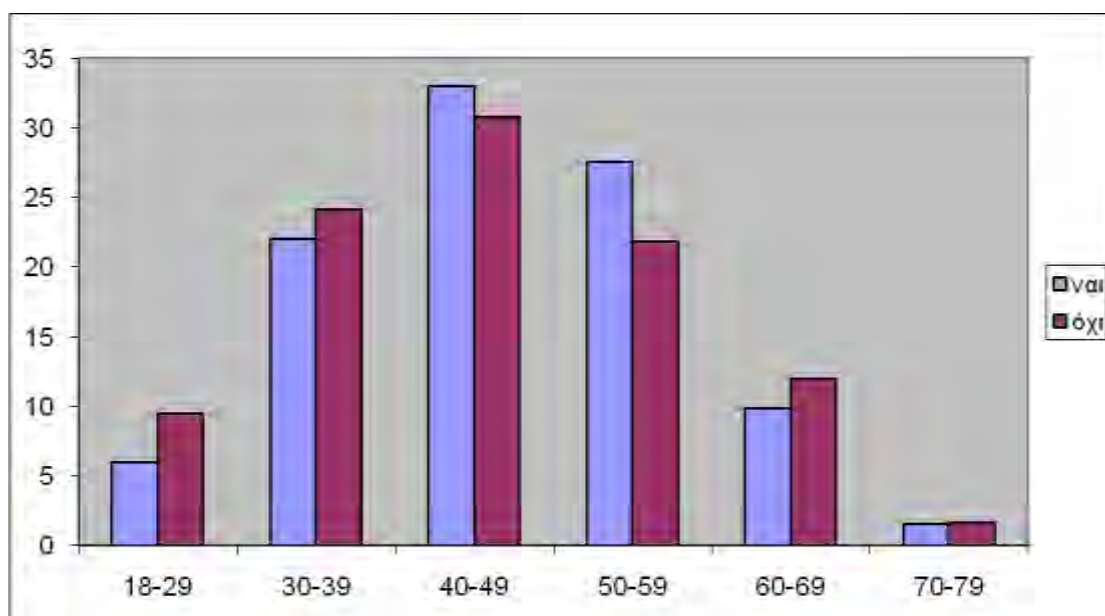
Διάγραμμα 7 Διακοπή καπνίσματος και εκπαιδευτικό επίπεδο καπνιστών

Οι ηλικιακές ομάδες στις οποίες ανήκαν οι καπνιστές ποίκιλλαν. Πιο συγκεκριμένα, το 31,3% ήταν μεταξύ 40-49 ετών, το 23,6% μεταξύ 50-59 ετών, το 23,4% μεταξύ 30-39 ετών, το 11,2% από 60-69 ετών, ενώ μικρότερα ποσοστά μοιράζονταν οι ηλικιακές ομάδες 18-29 και 70-79 ετών με 8,3% και 1,7% αντίστοιχα (Διάγραμμα 8).



Διάγραμμα 8 Η ηλικιακή κατανομή των προσελθόντων στο ιατρείο διακοπής καπνίσματος κατά τη χρονική περίοδο 2006-2008.

Από τις ηλικιακές ομάδες που εξετάστηκαν η ομάδα 40-49 ετών παρουσιάζει το μεγαλύτερο ενδιαφέρον. Τα άτομα που ανήκουν σ' αυτή την ηλικιακή ομάδα διακόπτουν πιο εύκολα το κάπνισμα σε σχέση με όλες τις υπόλοιπες ομάδες (με τις οποίες έχει $p=0,001$, ενώ σε σχέση με την ομάδα 30-39 έχει $p=0,0270$), ενώ δεν υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των ηλικιακών ομάδων αυτών που διακόπτουν ή όχι το κάπνισμα. Επίσης, από εκείνους που δεν διακόπτουν το κάπνισμα η ομάδα 40-49 συγκεντρώνει το μεγαλύτερο ποσοστό (με $p=0,001$ σε σύγκριση με όλες τις ομάδες, εκτός από την 30-39 (Διάγραμμα 9).



Διάγραμμα 9 Διακοπή καπνίσματος και ηλικιακή ομάδα καπνιστών

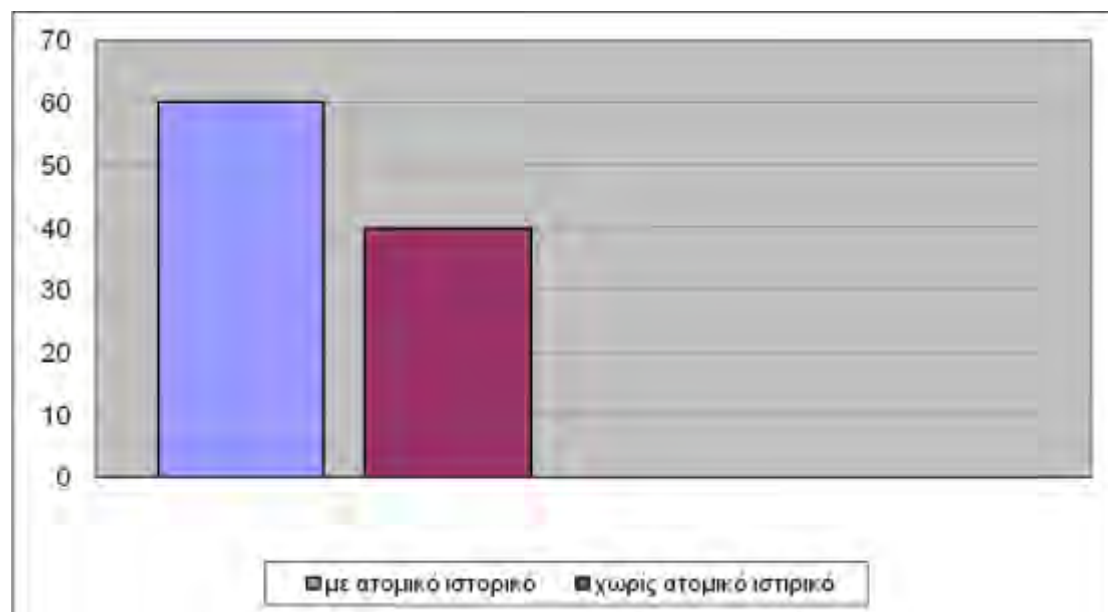
Β. Ατομικό ιατρικό ιστορικό καπνιστών

Το 63% του συνόλου των καπνιστών που προσήλθαν στο ιατρείο διακοπής καπνίσματος έπασχαν από κάποια άλλη νόσο, κυρίως σχετική με το κάπνισμα (64%), ενώ το 83% παρουσίαζε συμπτώματα από το αναπνευστικό (Πίνακας 2).

Πίνακας 2 Ατομικό ιστορικό των ασθενών που προσήλθαν στο ιατρείο διακοπής καπνίσματος τη χρονική περίοδο 2006-2008.

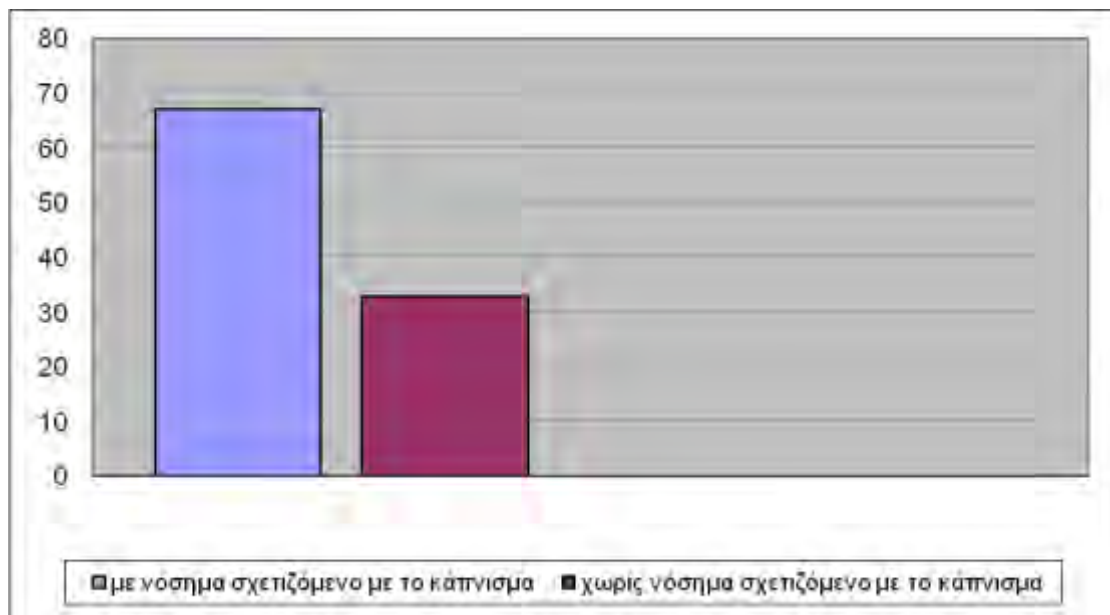
	ΝΑΙ (%)	ΌΧΙ (%)
Ατομικό ιστορικό	63	37
Νόσημα σχετικό με το κάπνισμα	64	36
Συμπτώματα από το αναπνευστικό	83	17

Εκείνοι οι καπνιστές που έχουν ατομικό ιστορικό, που έχουν δηλαδή κάποια χρόνια νόσο, κόβουν πιο εύκολα το κάπνισμα σε σχέση με εκείνους που δεν έχουν ($p=0,001$) (Διάγραμμα 10).



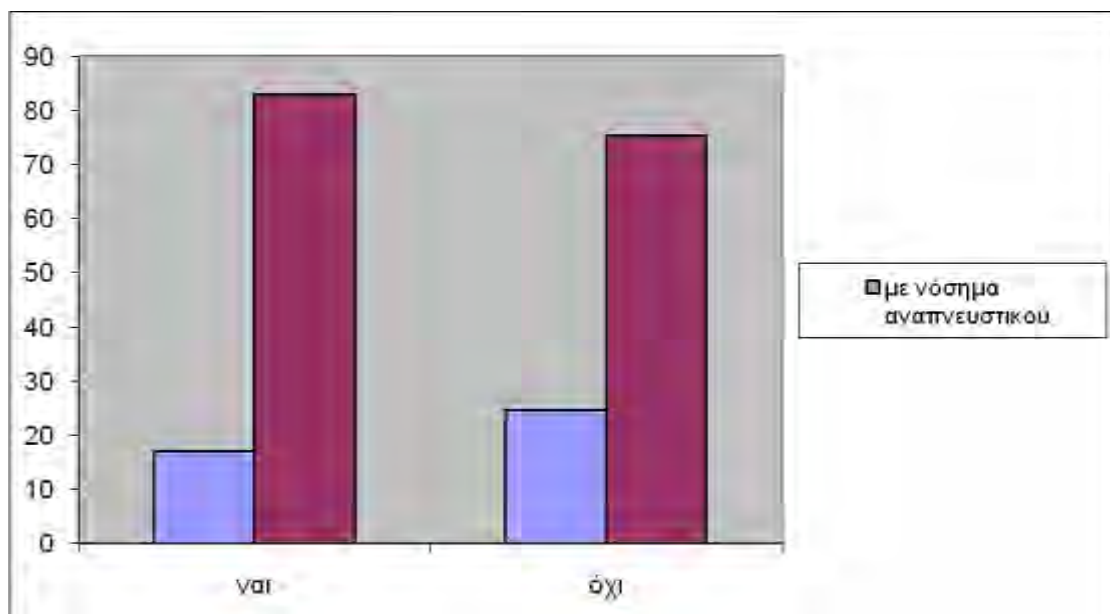
Διάγραμμα 10 Διακοπή καπνίσματος και ατομικό ιστορικό

Όταν μάλιστα η νόσος τους σχετίζεται με το κάπνισμα καταφέρνουν με μεγαλύτερη ευκολία να το κόψουν από εκείνους που δεν έχουν νόσο σχετική με αυτό ($p < 0,05$) (Διάγραμμα 11).



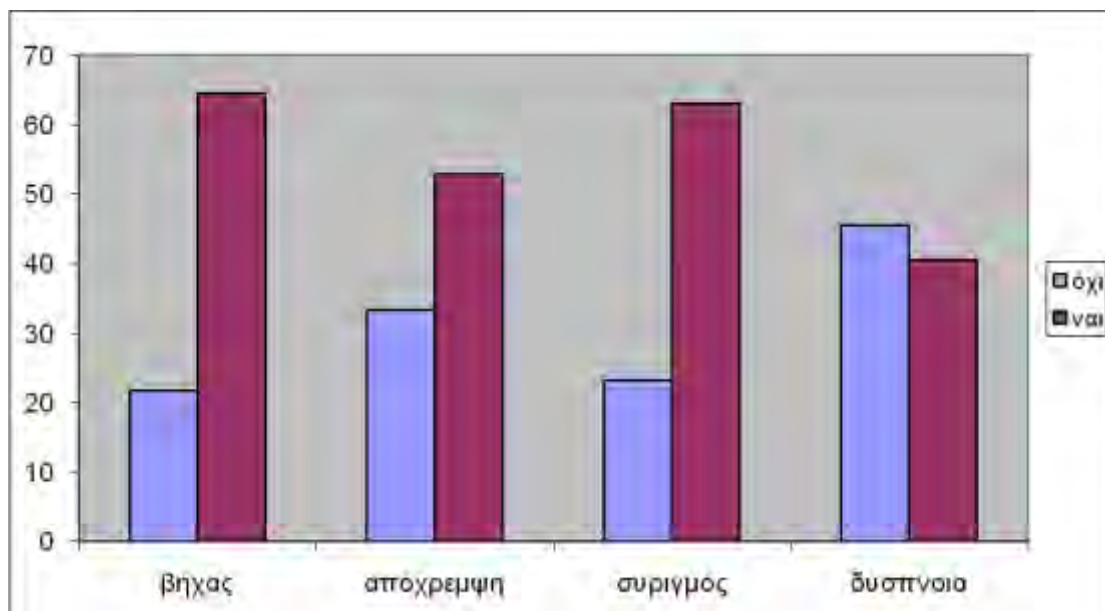
Διάγραμμα11 Διακοπή καπνίσματος και νόσημα σχετιζόμενο με το κάπνισμα

Μεταξύ αυτών που διακόπτουν και εκείνων που συνεχίζουν το κάπνισμα το μεγαλύτερο ποσοστό δεν έχει νόσημα του αναπνευστικού ($p=0,001$) (Διάγραμμα 12).



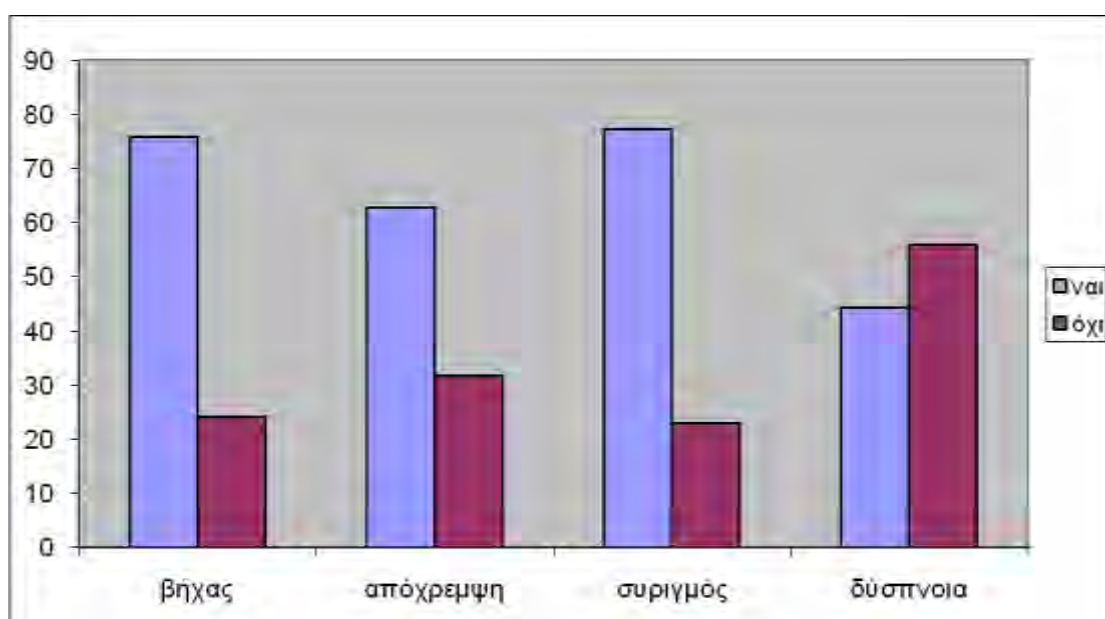
Διάγραμμα 12 Διακοπή καπνίσματος και νόσημα αναπνευστικού

Όσον αφορά στα αναπνευστικά συμπτώματα, ο βήχας (64,5%) και ο συριγμός (63%) ήταν τα συνηθέστερα, επίσης η απόχρεμψη (52,9%) και η δύσπνοια (40,5%) έμοιαζαν να απασχολούν μεγάλο αριθμό καπνιστών (Διάγραμμα 13).



Διάγραμμα 13 Συμπτώματα του αναπνευστικού των ασθενών που προσήλθαν στο ιατρείο διακοπής καπνίσματος τη χρονική περίοδο 2006-2008.

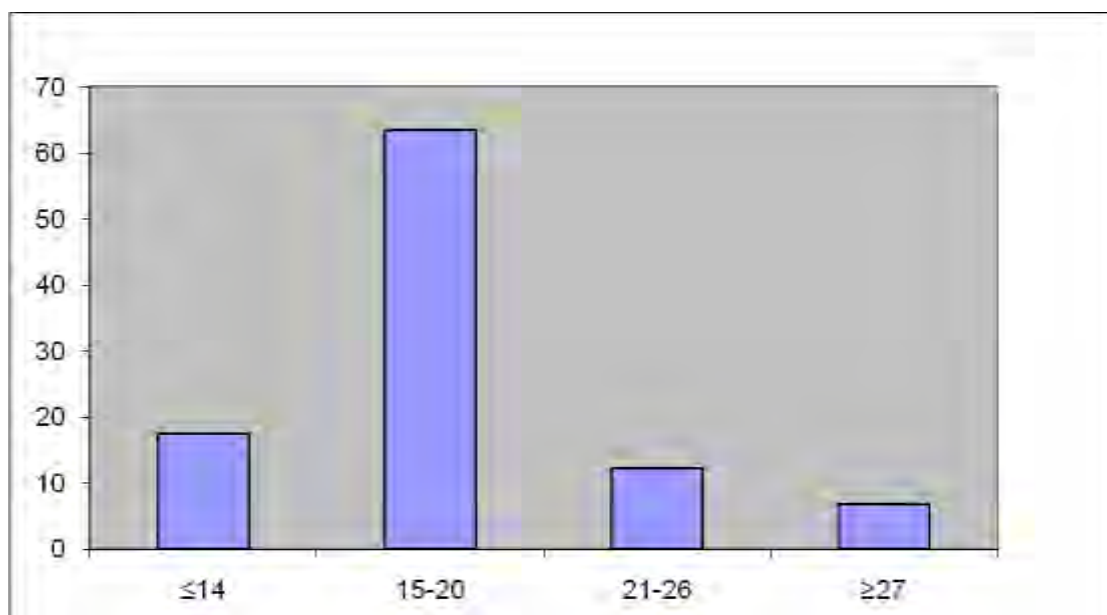
Όσον αφορά στα συμπτώματα αναπνευστικού, οι καπνιστές που διακόπτουν το κάπνισμα έχουν βήχα, απόχρεμψη και συριγμό σε σχέση με εκείνους που δεν το κόβουν, ενώ φαίνεται πως η δύσπνοια είναι ένα σύμπτωμα που δεν κινητοποιεί ισχυρά τους καπνιστές ώστε να διακόψουν το κάπνισμα (Διάγραμμα 14).



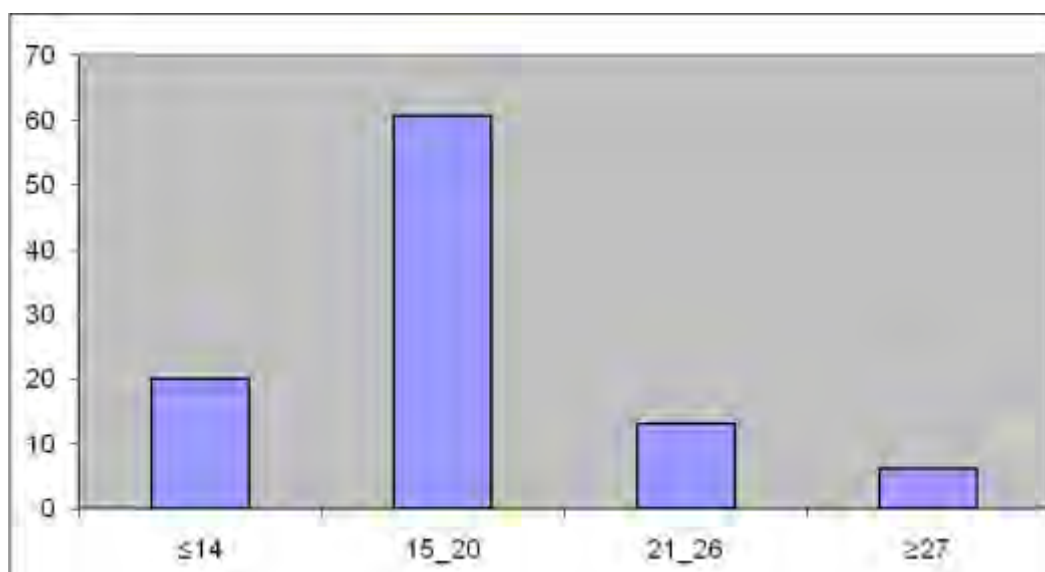
Διάγραμμα 14 Διακοπή καπνίσματος και συμπτώματα αναπνευστικού

Γ. Καπνισματικό ιστορικό προσελθόντων

Όσον αφορά την ηλικία έναρξης των καπνιστών διαπιστώθηκε ότι η πλειοψηφία ξεκίνησε το κάπνισμα από 15 έως 20 ετών (63,4%) καθώς και πριν τα 14 έτη (17,5%), ενώ το 12,2% από 20-26 ετών και μόλις το 6,8% το ξεκίνησε μετά τα 27έτη (Διάγραμμα 15).

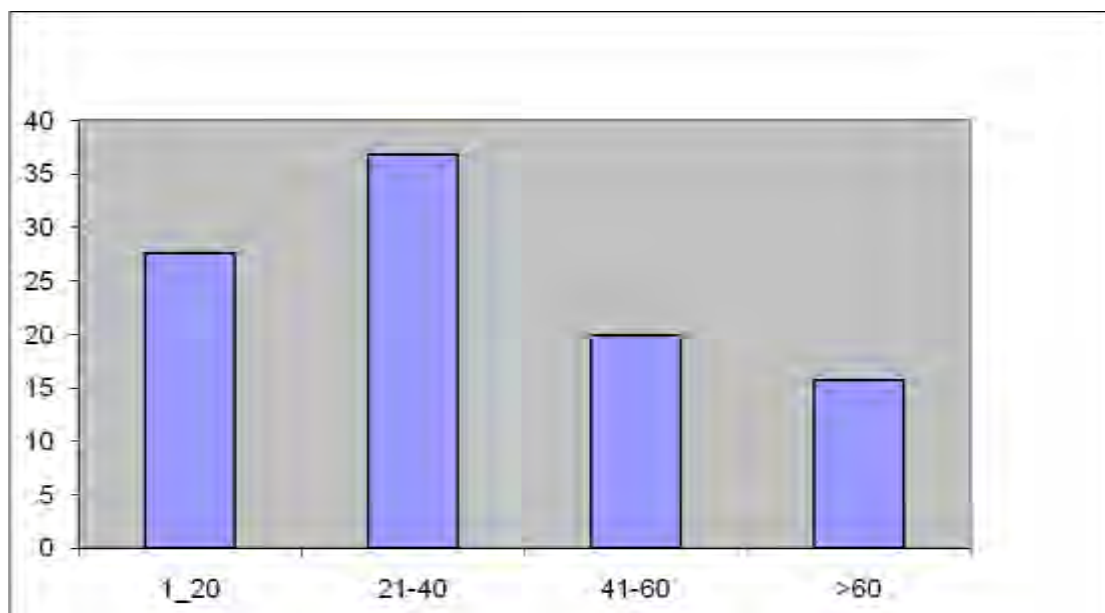


Διάγραμμα 15 Ηλικία έναρξης καπνίσματος των ασθενών που προσήλθαν στο ιατρείο διακοπής καπνίσματος το χρονικό διάστημα 2006-2008.



Διάγραμμα 16 Διακοπή καπνίσματος και ηλικία έναρξης του καπνίσματος

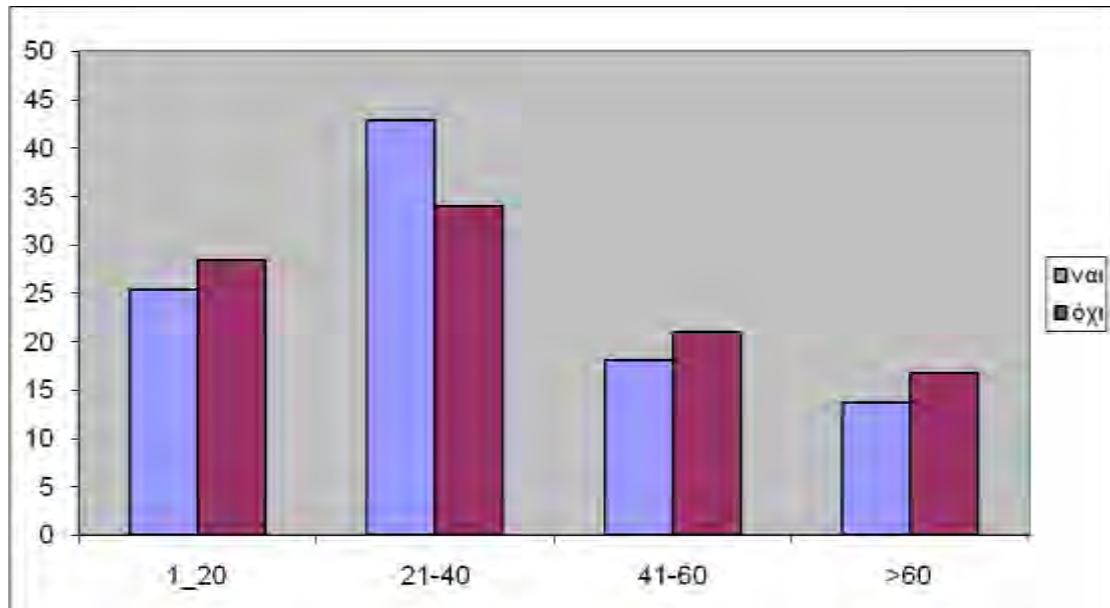
Όσον αφορά στην ηλικία έναρξης του καπνίσματος, παρατηρήθηκε ότι κόβουν πιο εύκολα το κάπνισμα όσοι το ξεκίνησαν μεταξύ 15-20 ετών (60,6%) ($p=0.001$), ενώ το 20,1% το ξεκίνησε πριν τα 14 έτη και το 13,1% μεταξύ 21-26 (Διάγραμμα 16).



Διάγραμμα 17 Βαρύτητα του καπνίσματος σε πακέτα/έτη των προσελθόντων στο ιατρείο διακοπής καπνίσματος τη χρονική περίοδο 2006-2008.

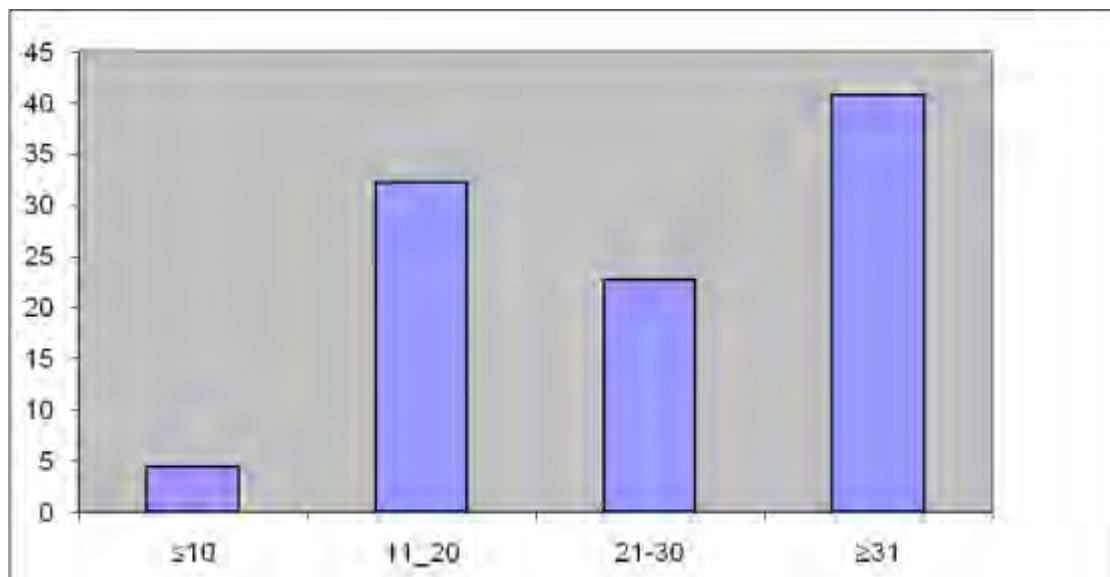
Η βαρύτητα του καπνίσματος προσδιορίζεται από τα πακέτα/έτη, τα οποία μετρούν το ποσό που κάποιος έχει καπνίσει κατά το συνολικό χρονικό διάστημα που καπνίζει και υπολογίζονται από τον αριθμό των ημερησίων τσιγάρων επί τα έτη καπνίσματος διά 20. Η βαρύτητα καπνίσματος των προσελθόντων στο ιατρείο διακοπής καπνίσματος ήταν κυρίως 21-40 πακέτα/έτη (36,8%) και από 1-20 πακέτα/έτη (27,6%), ενώ τα ποσοστά για τους πιο βαρείς καπνιστές κυμαίνονταν από 19,9% για 41-60 πακέτα/έτη και 15,7% για πάνω από 60 πακέτα/έτη (Διάγραμμα 17).

Σχετικά με τη διακοπή καπνίσματος και την βαρύτητά του σε πακέτα/έτη διαπιστώθηκε ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στη βαρύτητα του καπνίσματος (σε πακέτα/έτη) μεταξύ αυτών που σταματούν ή όχι το κάπνισμα. Αυτοί που διακόπτουν το κάπνισμα είναι καπνιστές των 21-40 πακέτα/έτη (Διάγραμμα 18).

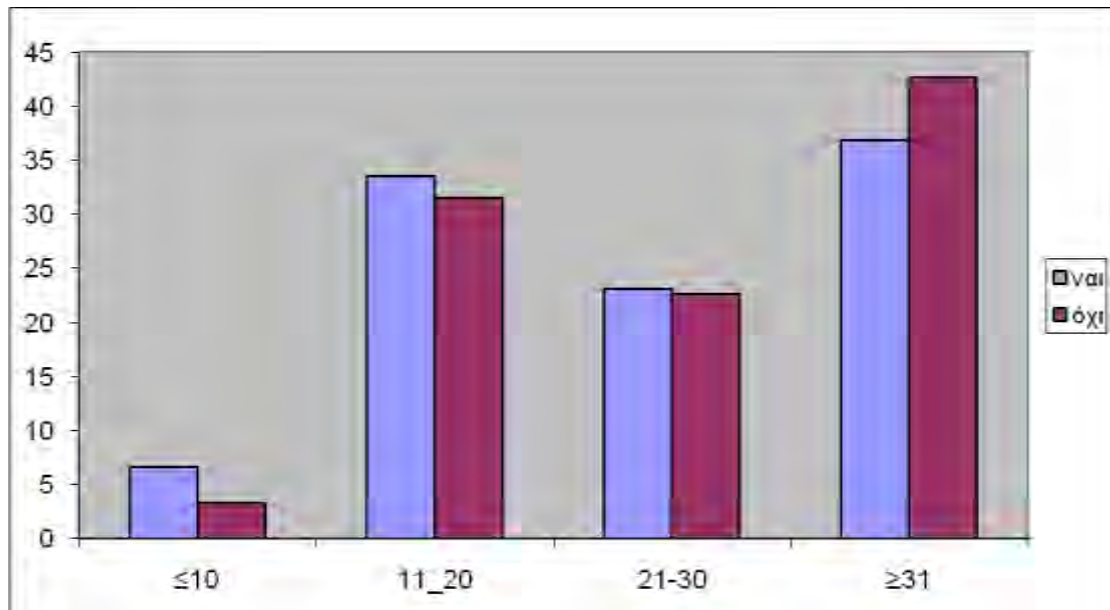


Διάγραμμα 18 Διακοπή καπνίσματος και βαρύτητα καπνίσματος σε πακέτα/έτη

Οι περισσότεροι καπνιστές (40,7%) κάπνιζαν πάνω από 30 τσιγάρα την ημέρα, το 32,2% κάπνιζε από 11-20 τσιγάρα, ενώ το 22,7% κάπνιζε 21-30 τσιγάρα ημερησίως αφήνοντας το 4,4% να καπνίζει λιγότερο από 10 τσιγάρα την ημέρα (Διάγραμμα 19).



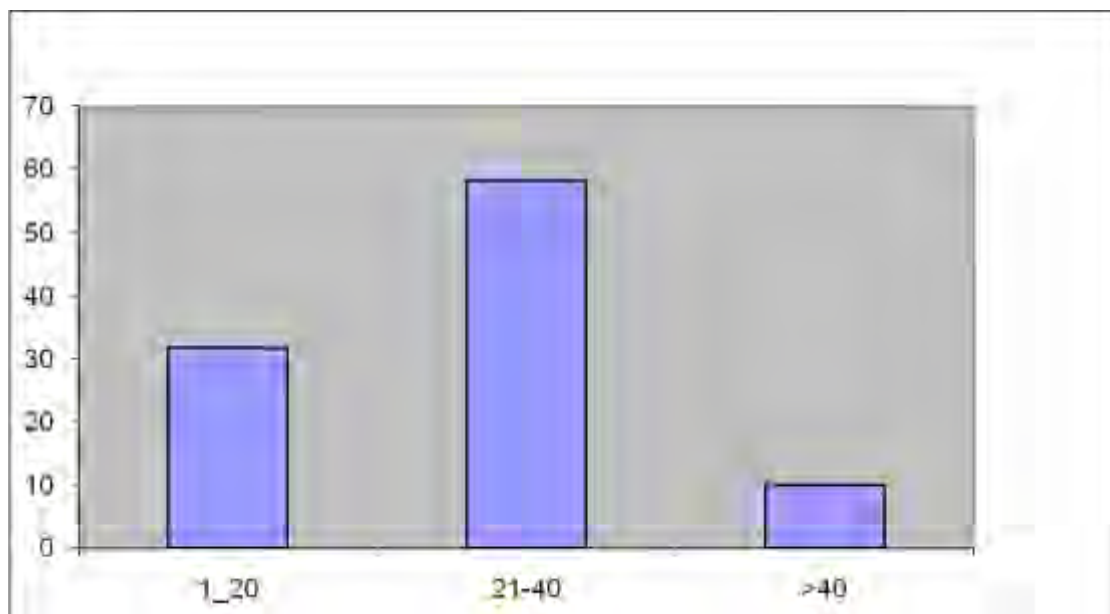
Διάγραμμα 19 Βαρύτητα του καπνίσματος σε τσιγάρα/ημέρα των προσελθόντων στο ιατρείο διακοπής καπνίσματος τη χρονική περίοδο 2006-2008.



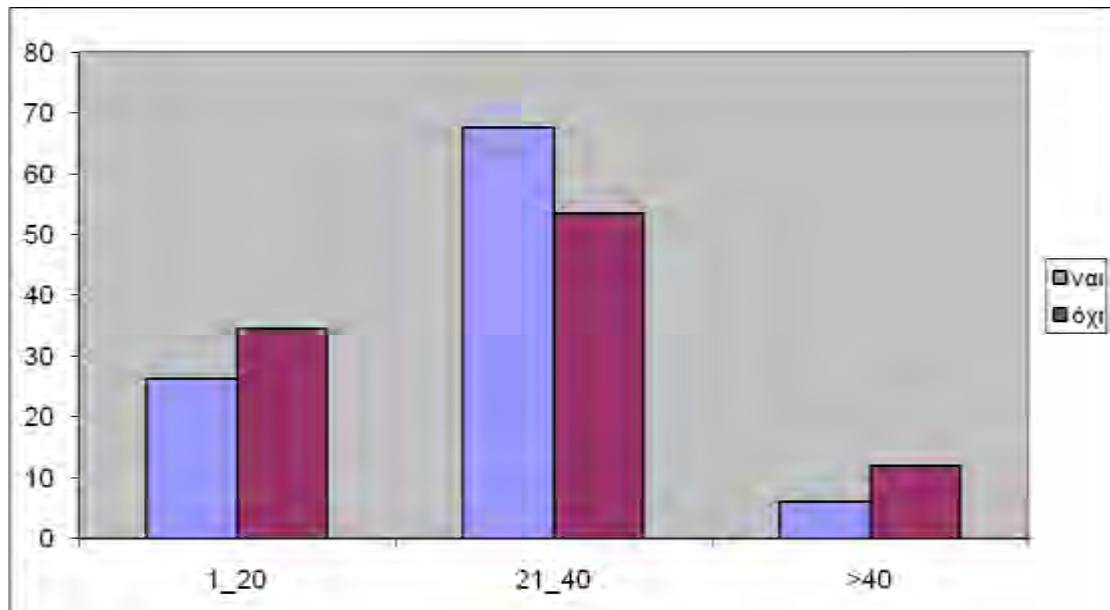
Διάγραμμα 20 Διακοπή καπνίσματος και βαρύτητα καπνίσματος σε τσιγάρα ανά ημέρα

Όσοι καπνίζουν πάνω από 31 τσιγάρα την ημέρα κόβουν πιο εύκολα το κάπνισμα σε σχέση με τους καπνιστές των 21-30 τσιγάρων την ημέρα ($p < 0,0062$) (Διάγραμμα 20).

Το μεγαλύτερο ποσοστό των καπνιστών κάπνιζε από 21-40 χρόνια (58,2%), ένα μικρότερο (31,7%) από 1-20 χρόνια, ενώ μόλις το 9,9% κάπνιζε πάνω από 40 χρόνια (Διάγραμμα 21).



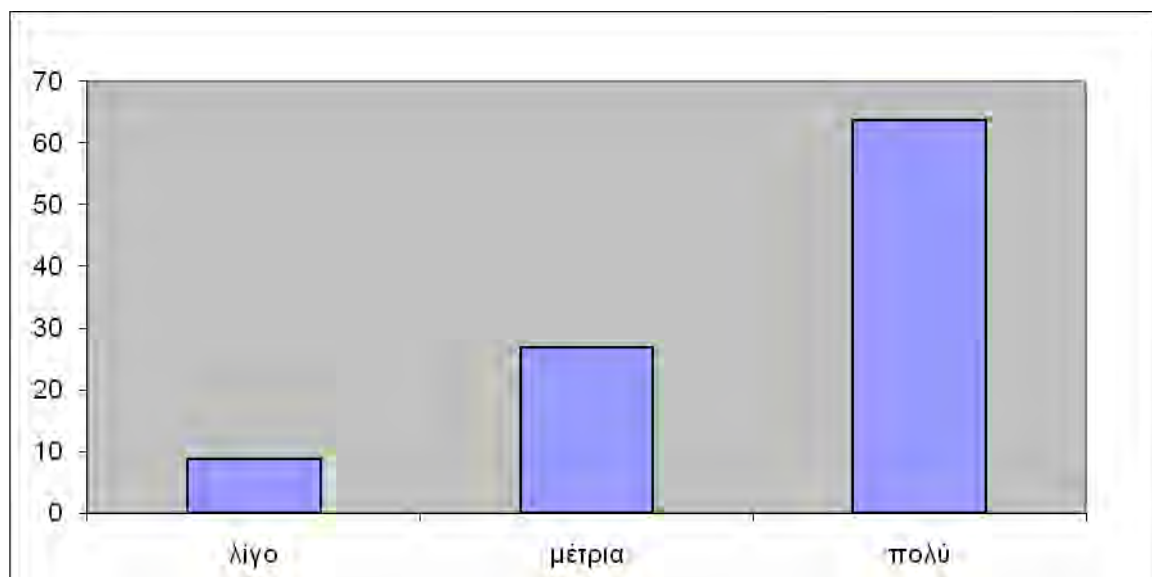
Διάγραμμα 21 Βαρύτητα του καπνίσματος σε έτη καπνίσματος των προσελθόντων στο ιατρείο διακοπής καπνίσματος τη χρονική περίοδο 2006-2008.



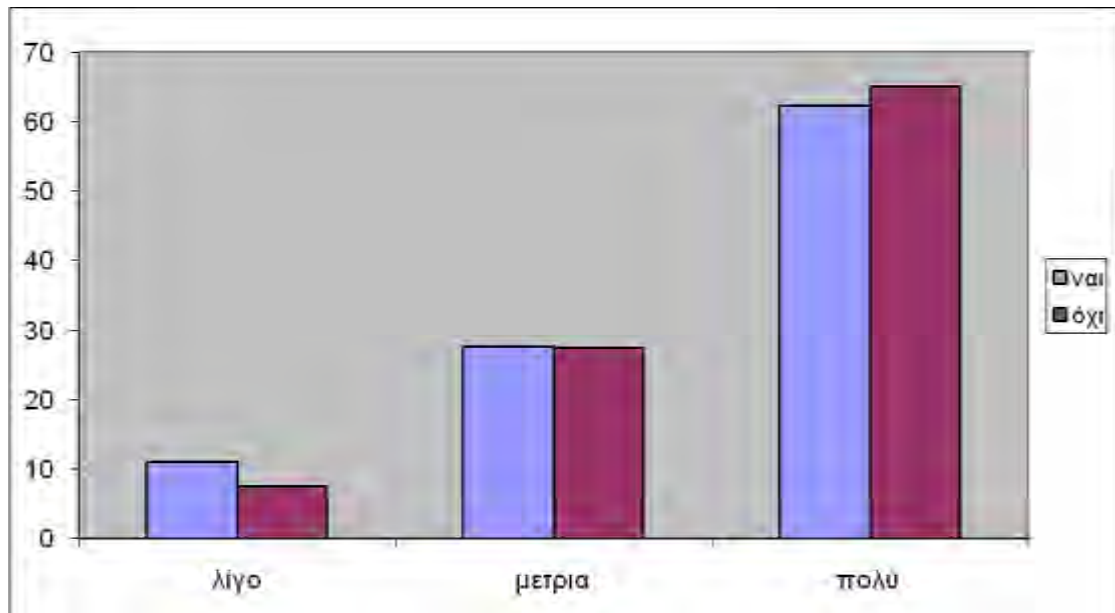
Διάγραμμα 22 Διακοπή καπνίσματος και βαρύτητα καπνίσματος σε έτη καπνίσματος

Οι καπνιστές που καπνίζουν από 21-40 χρόνια κόβουν πιο εύκολα το κάπνισμα σε σχέση με εκείνους που καπνίζουν από 1-20 χρόνια ($p < 0,001$) (Διάγραμμα 22).

Από την κλίμακα FAGERSTROM εκτιμήθηκε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των καπνιστών (63,7%) ήταν πολύ εξαρτημένο από τη νικοτίνη, το 26,9% μέτρια εξαρτημένο και μόνο το 8,7% είχε μικρή εξάρτηση από τη νικοτίνη (Διάγραμμα 23).



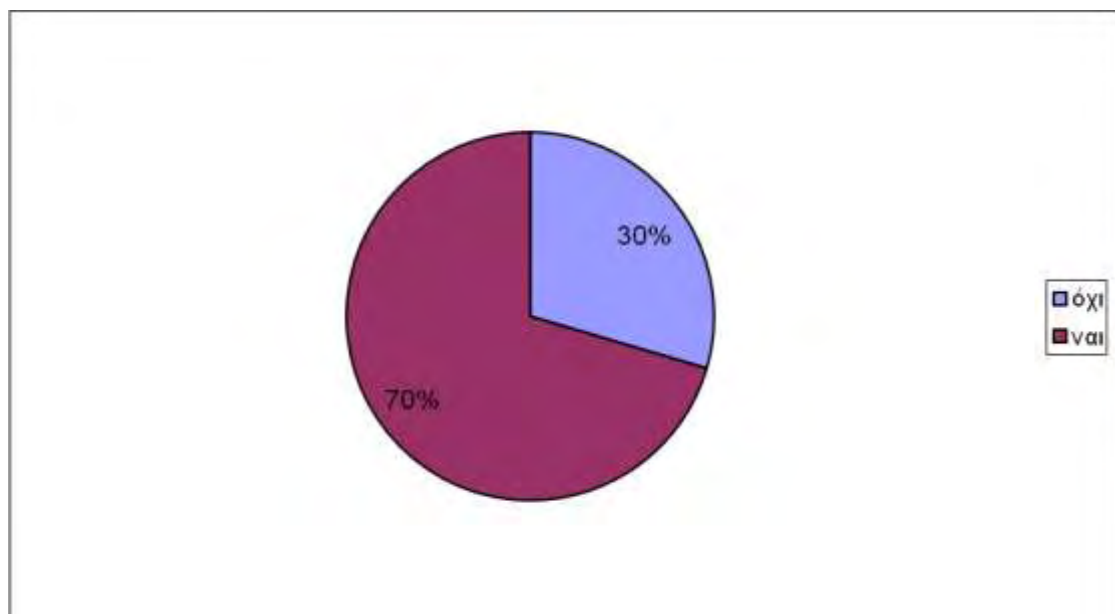
Διάγραμμα 23 Εξάρτηση από τη νικοτίνη των προσελθόντων στο ιατρείο διακοπής καπνίσματος σύμφωνα με την κλίμακα FAGERSTROM



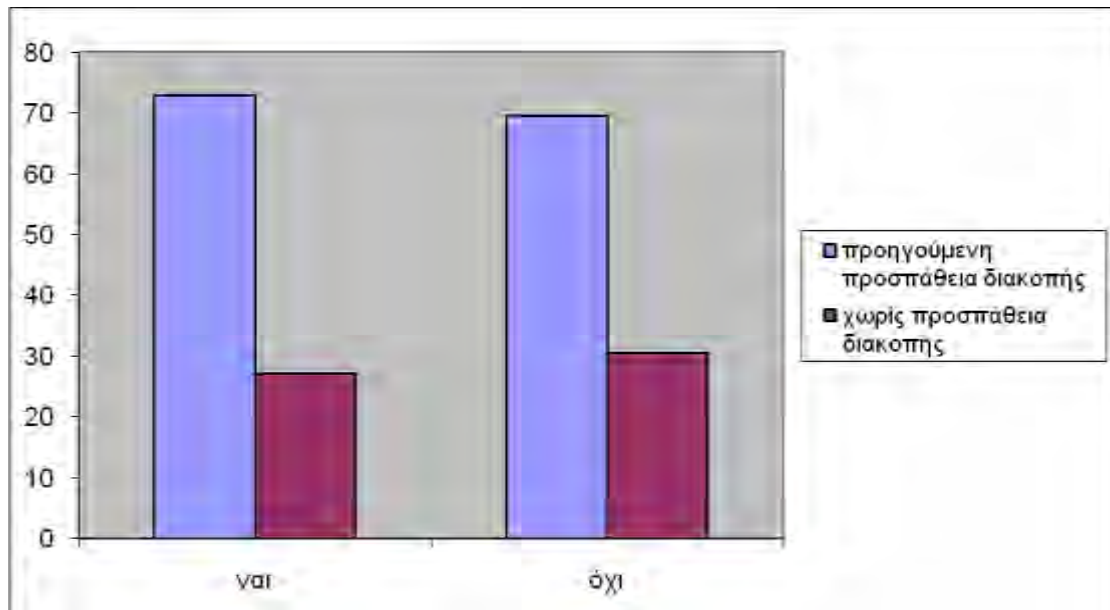
Διάγραμμα 24 Διακοπή καπνίσματος και εξάρτηση από τη νικοτίνη σύμφωνα με την κλίμακα Fagerstrom

Όπως φαίνεται από το διάγραμμα 24 δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στο βαθμό εξάρτησης από τη νικοτίνη, κατά την κλίμακα Fagerstrom, μεταξύ αυτών που διακόπτουν ή όχι το κάπνισμα. Εκείνοι, όμως, που διακόπτουν το κάπνισμα είναι περισσότερο εξαρτημένοι ($p=0,001$) (Διάγραμμα 24).

Η συντριπτική πλειοψηφία των ασθενών (70%) που είχαν προσέλθει στο ιατρείο είχε προσπαθήσει ξανά να κόψει το κάπνισμα (Διάγραμμα 25).

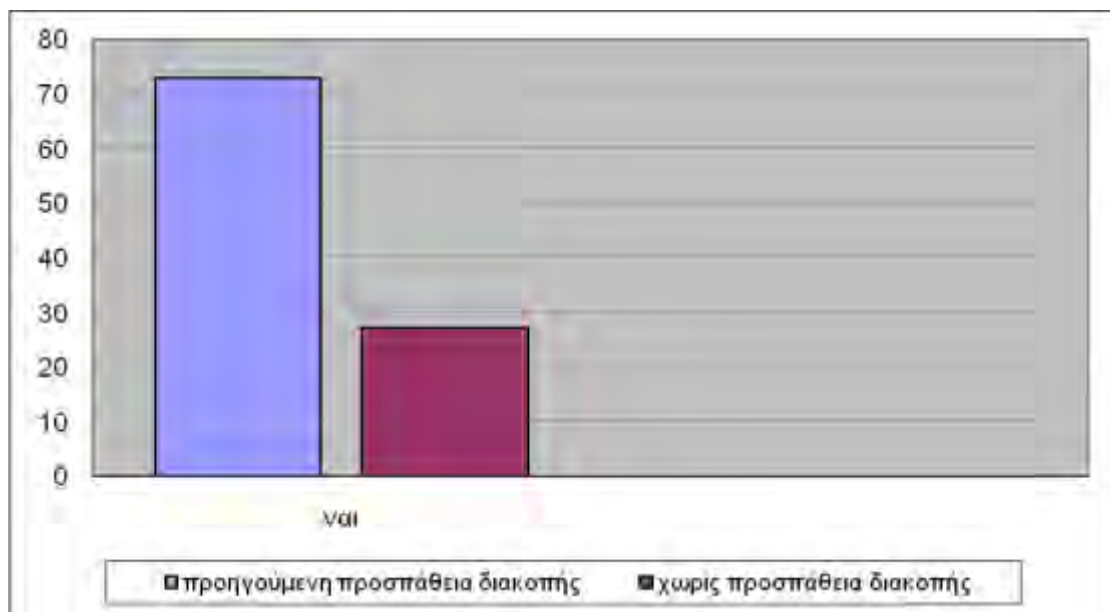


Διάγραμμα 25 Ποσοστό ασθενών με τουλάχιστον 1 προηγούμενη προσπάθεια διακοπής καπνίσματος των ασθενών που προσήλθαν στο ιατρείο διακοπής καπνίσματος τη χρονική περίοδο 2006-2008



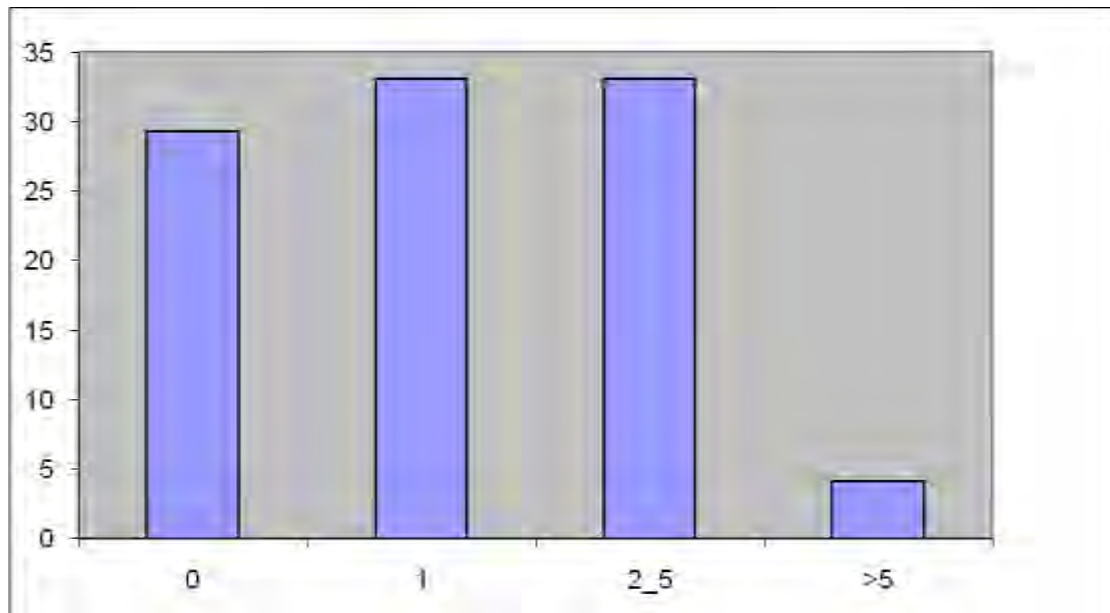
Διάγραμμα 26 Διακοπή καπνίσματος και προηγούμενη προσπάθεια διακοπής καπνίσματος

Από την ανάλυση που έγινε δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ($p=NS$) μεταξύ αυτών που διακόπτουν ή όχι το κάπνισμα σε σχέση με προηγούμενη προσπάθειά τους διακοπής καπνίσματος (Διάγραμμα 26).



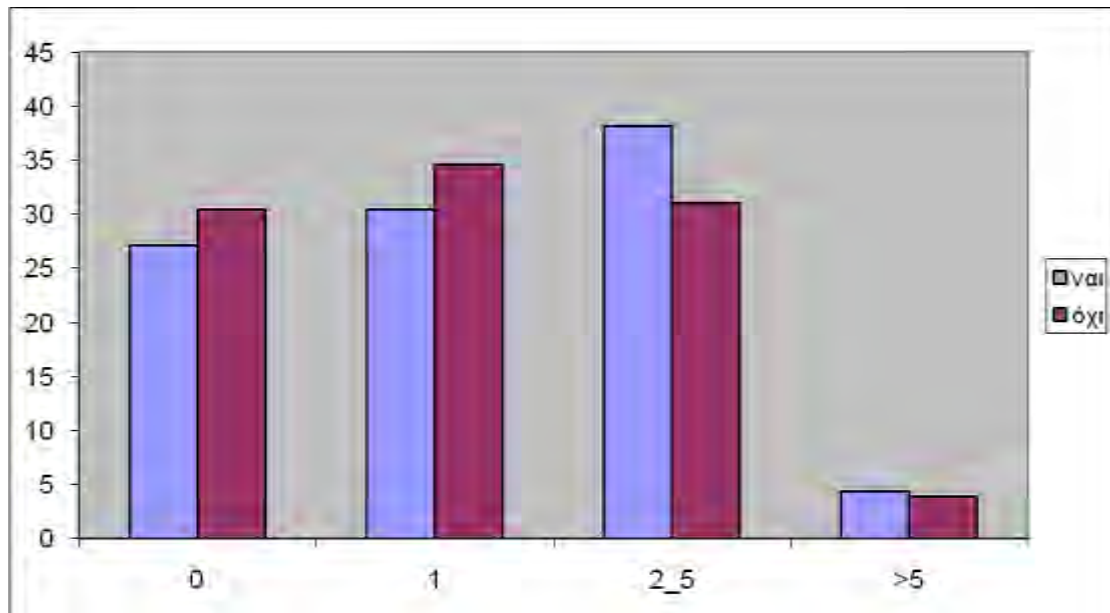
Διάγραμμα 27 Διακοπή καπνίσματος και προηγούμενη προσπάθεια διακοπής εκείνων που κατάφεραν να το κόψουν

Από εκείνους, όμως, που κατάφεραν να κόψουν το κάπνισμα όσοι είχαν προσπαθήσει ξανά στο παρελθόν το πέτυχαν πιο εύκολα ($p=0,001$) (Διάγραμμα 27).

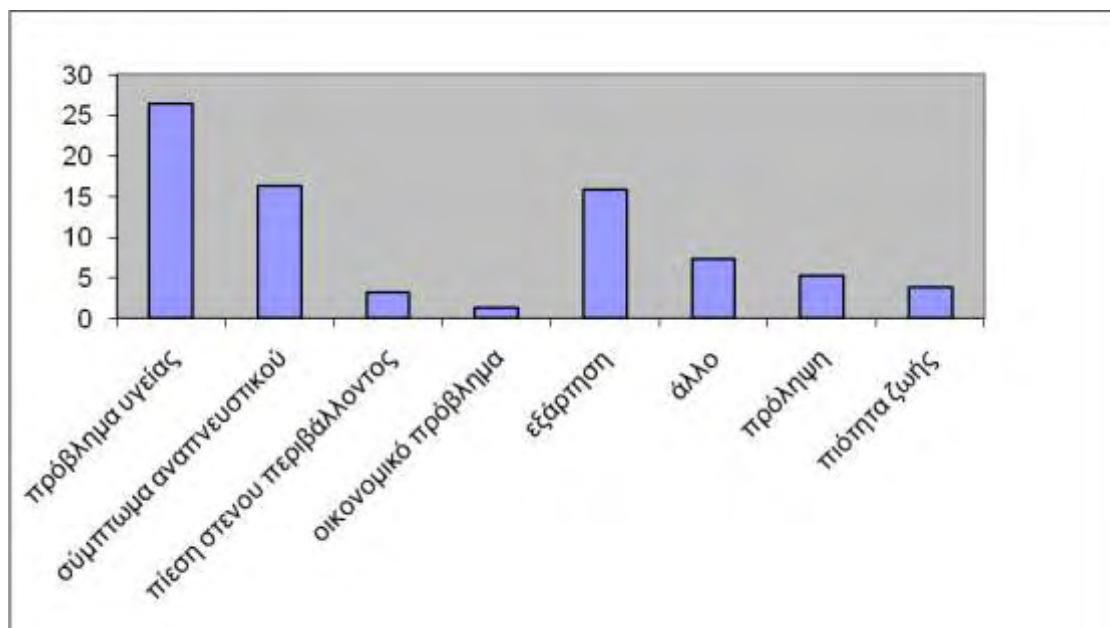


Διάγραμμα 28 Αριθμός προηγούμενων προσπαθειών διακοπής του καπνίσματος των προσελθόντων στο ιατρείο διακοπής καπνίσματος τη χρονική περίοδο 2006-2008

Αναλύοντας τον αριθμό των προσπαθειών διαπιστώνουμε ότι μεγαλύτερο ποσοστό έχει προσπαθήσει να το κόψει από 1 φορά (33,1%), από 2 έως 5 προηγούμενες φορές (33,1%) και κάποιοι πάνω από 5 φορές (4,1%), ενώ για το 29,3% ήταν η πρώτη φορά που επιχειρούσε να διακόψει το κάπνισμα (Διάγραμμα 28). Συγκεκριμένα, πιο εύκολα διακόπτουν το κάπνισμα εκείνοι που έχουν προσπαθήσει στο παρελθόν από 2-5 φορές. Στατιστικά σημαντική διαφορά παρατηρείται με εκείνους που δεν έχουν προσπαθήσει καμία φορά ($p=0,0351$) και με εκείνους που έχουν προσπαθήσει πάνω από 5 φορές ($P=0,001$), ενώ με εκείνους που προσπάθησαν 1 φορά στο παρελθόν δεν παρατηρείται στατιστικά σημαντική διαφορά ($P=0,1545$) (Διάγραμμα 29).



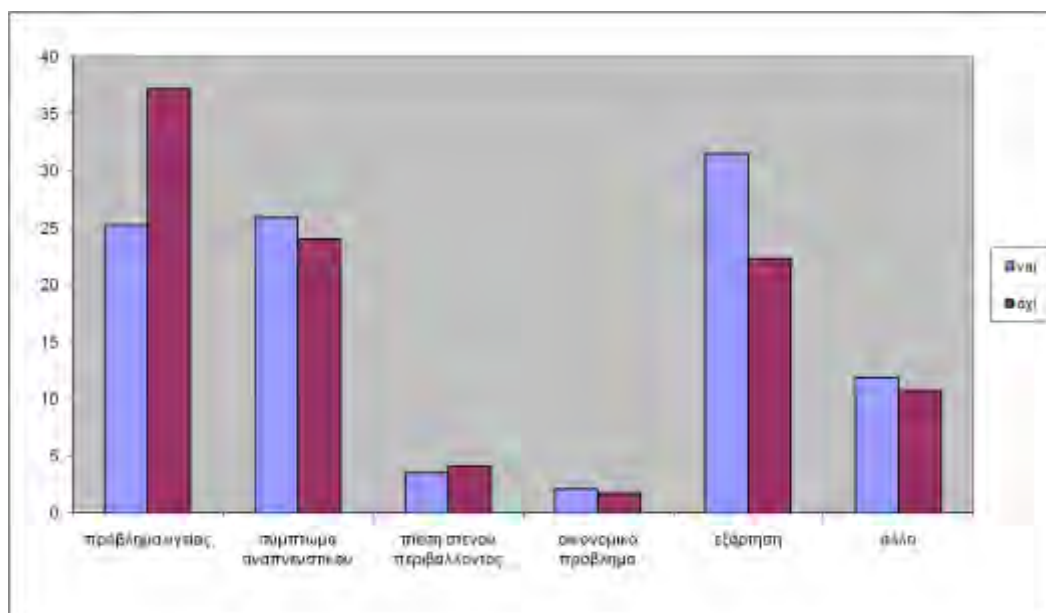
Διάγραμμα 29 Διακοπή καπνίσματος και αριθμός προηγούμενων προσπαθειών διακοπή



Διάγραμμα 30 Ο λόγος για τον οποίο οι ασθενείς που προσηλθαν στο ιατρείο διακοπής καπνίσματος τη χρονική περίοδο 2006-2008 επιθυμούσαν να κόψουν το κάπνισμα

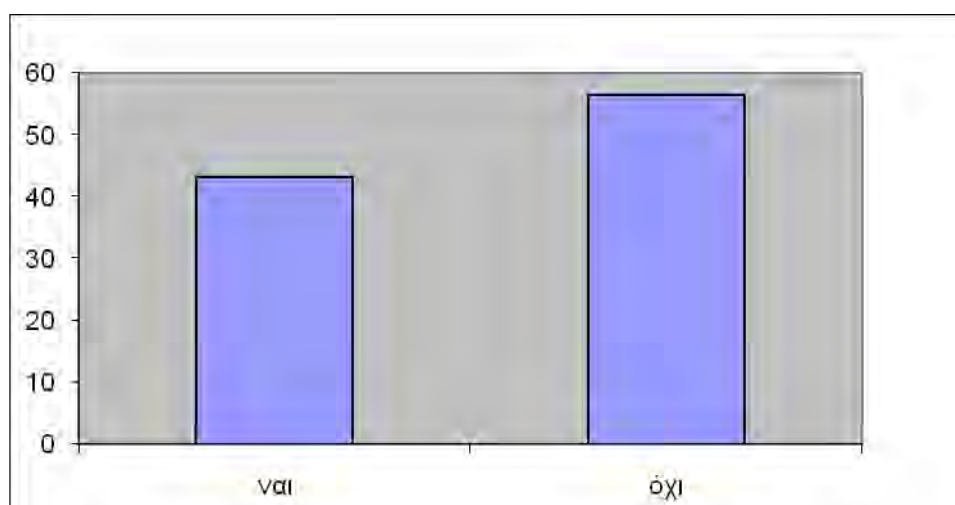
Όσον αφορά στο κίνητρο που είχαν οι ασθενείς για να διακόψουν το κάπνισμα το 26,3% ανέφερε πως είχε κάποιο πρόβλημα υγείας και το 16,3% αφορούσε στα συμπτώματα του αναπνευστικού, το 15,8% επιθυμούσε να πάψει να έχει εξάρτηση από τη νικοτίνη, ένα μικρότερο ποσοστό έδινε σημασία στην πρόληψη (5,2%) και επιθυμούσε να έχει καλύτερη ποιότητα ζωής (3,8%), ενώ το

3,2% δεχόταν πίεση από το οικογενειακό περιβάλλον και το 1,3% είχε οικονομικό πρόβλημα (διάγραμμα 30).



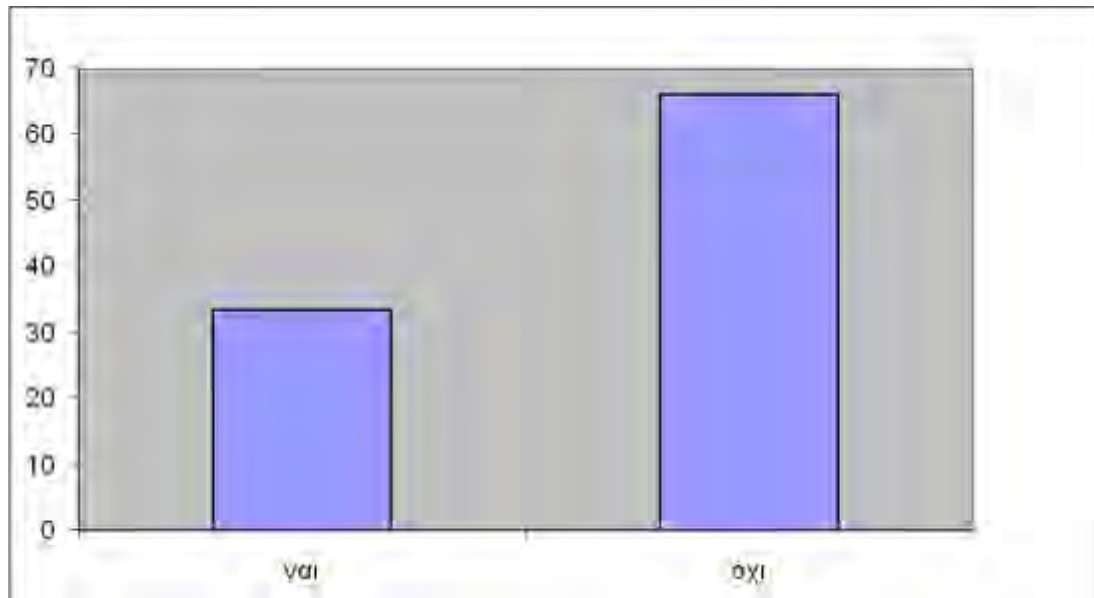
Διάγραμμα 31 Κίνητρο για τη διακοπή καπνίσματος

Οι καπνιστές που αναφέρουν ως κίνητρο τους για τη διακοπή την εξάρτησή τους από την νικοτίνη, είναι εκείνοι που καταφέρνουν να κόψουν πιο εύκολα το κάπνισμα από τους υπόλοιπους που έχουν άλλα κίνητρα ($p=0,026$). Αντίθετα, οι ασθενείς που είναι κινητοποιημένοι λόγω κάποιου προβλήματος υγείας τους δυσκολεύονται περισσότερο να κόψουν το κάπνισμα από τους υπόλοιπους που έχουν άλλα κίνητρα ($p=0,028$) (Διάγραμμα 31).



Διάγραμμα 32 Ασθενείς που διέκοψαν το κάπνισμα 3 μήνες μετά την αρχή της θεραπείας τους στο ιατρείο διακοπής καπνίσματος τη χρονική περίοδο 2006-2008

Μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας των 3^{ων} μηνών, το 43,1% κατάφερε να διακόψει το κάπνισμα (διάγραμμα 32), ενώ εκείνοι που συνέχισαν να μην καπνίζουν για 1 ή περισσότερα έτη μετά από το τέλος της θεραπείας, άρα να θεωρούνται πρώην καπνιστές, αποτελούσαν το 33,5% (διάγραμμα 33).



Διάγραμμα 33 Ασθενείς που διέκοψαν το κάπνισμα 1ή περισσότερα έτη μετά τη θεραπεία τους στο ιατρείο διακοπής καπνίσματος κατά τη χρονική περίοδο 2006-2008

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Από την ανάλυση των αποτελεσμάτων της παρούσης έρευνας προέκυψε ότι υπάρχουν παράγοντες που έχουν θετική συσχέτιση με τη διακοπή του καπνίσματος (όπως το φύλο, η ηλικία και η οικογενειακή κατάσταση), ενώ κάποιοι άλλοι (όπως το μορφωτικό επίπεδο, οι προηγούμενες προσπάθειες διακοπής ή η βαρύτητα του καπνίσματος) δεν επηρεάζουν ιδιαίτερα την προσπάθεια διακοπής καπνίσματος.

Πιο συγκεκριμένα, από την έρευνα προέκυψε ότι οι γυναίκες κόβουν πιο εύκολα το κάπνισμα σε σχέση με τους άνδρες καπνιστές, κάτι που βρίσκει σύμφωνους τους Raalona και συνεργάτες. Αντίθετα, το Surgeon General παλιότερα (1990) όσο και το CDC αργότερα (2002), οι Escobedo και Peddicord, ο Jarvis, οι Freund και συνεργάτες, οι Manfredi και συνεργάτες, ισχυρίζονται ότι είναι μεγαλύτερο το ποσοστό ανδρών καπνιστών που διακόπτει το κάπνισμα σε σχέση με τις γυναίκες καπνίστριες. Ο γυναικείος πληθυσμός του δείγματος της έρευνας διακόπτει πιο εύκολα το κάπνισμα όταν είναι απόφοιτος τριτοβάθμιας εκπαίδευσης, παρουσιάζει ως σύμπτωμα του αναπνευστικού το συριγμό και έχει προσπαθήσει προηγουμένως 2-5 φορές να διακόψει το κάπνισμα. Μια πιθανή εξήγηση είναι ότι οι γυναίκες καπνίστριες του δείγματός μας είναι πιο ενημερωμένες και πιο συνειδητοποιημένες για τις βλαβερές συνέπειες του καπνίσματος και γι αυτό επιτυγχάνουν περισσότερο στην προσπάθειά τους σε σχέση με τους άνδρες καπνιστές.

Σχετικά με την οικογενειακή κατάσταση, παρατηρήθηκε ότι οι έγγαμοι κόβουν πιο εύκολα το κάπνισμα από τους υπόλοιπους. Οι Raalona και συνεργάτες συμφωνούν ότι το ποσοστό διακοπής είναι υψηλότερο στους έγγαμους και χαμηλότερο σε εκείνους που κάποιος από την οικογένεια ή κάποιος φίλος είναι καπνιστής. Όσον αφορά στην κάθε ομάδα ξεχωριστά, μεταξύ των έγγαμων υπερτερεί το ποσοστό που κόβει το κάπνισμα, ενώ στους άγαμους ισχύει το αντίθετο. Αυτό μπορεί να οφείλεται στο ότι οι έγγαμοι ενδεχομένως να έχουν ένα σύζυγο μη καπνιστή στο σπίτι οπότε αφενός αποφεύγουν τη συνεχή έκθεση στο τσιγάρο και άρα στον πειρασμό, αφετέρου έχουν και ψυχολογική υποστήριξη από το σύζυγό τους. Οι άγαμοι έχουν ένα διαφορετικό τρόπο ζωής, βρίσκονται συνήθως

για τη διασκέδασή τους σε μέρη που οι περισσότεροι καπνίζουν και συνήθως καταναλώνουν και αλκοόλ που είναι από μόνος του ένας ενθαρρυντικός παράγοντας για την καπνιστική συνήθεια.

Οι ηλικιακές ομάδες παρουσιάζουν κάποιες διαφορές. Οι μεγαλύτεροι σε ηλικία καπνιστές, αυτοί που είναι πάνω από 40 ετών, είναι πιο πιθανό να διακόψουν το κάπνισμα από τους νεότερους σε ηλικία καπνιστές, μια αλλαγή που αποδίδεται στη συνειδητοποίηση με το πέρας της ηλικίας των βλαβερών συνεπειών του καπνίσματος, σύμφωνα άλλωστε και με τους Coombs και συνεργάτες. Συγκεκριμένα, από τις ηλικιακές ομάδες που εξετάστηκαν η ομάδα 40-49 ετών παρουσιάζει το μεγαλύτερο ενδιαφέρον. Τα άτομα αυτής της ομάδας διακόπτουν πιο εύκολα το κάπνισμα σε σχέση με όλες τις υπόλοιπες ομάδες, ενώ από εκείνους που δεν διακόπτουν το κάπνισμα πάλι η ομάδα 40-49 συγκεντρώνει το μεγαλύτερο ποσοστό. Κάτι τέτοιο είναι πιθανό να συμβαίνει γιατί ο μέσος όρος ηλικίας των προσελθόντων στο ιατρείο διακοπής καπνίσματος και άρα του δείγματός μας είναι περίπου 45 ετών. Επίσης, δεν υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των ηλικιακών ομάδων αυτών που διακόπτουν ή όχι το κάπνισμα.

Το μορφωτικό επίπεδο των ασθενών μοιάζει να μην τους επηρεάζει ιδιαίτερα. Δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ εκείνων που διακόπτουν το κάπνισμα και το επίπεδο μόρφωσης που διέθεταν. Ωστόσο, οι απόφοιτοι δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας εκπαίδευσης κόβουν πιο εύκολα το κάπνισμα από τους αποφοίτους του δημοτικού, όπως υποστηρίζουν άλλωστε και οι Breslau και Peterson. Αυτό πιθανόν, μπορεί να οφείλεται στο ότι οι καπνιστές που έχουν λάβει ανώτερη μόρφωση αντιλαμβάνονται καλύτερα τις βλαβερές επιπτώσεις του τσιγάρου στην υγεία και άρα προσπαθούν περισσότερο να απαλλαγούν από τη βλαβερή αυτή συνήθεια.

Όσον αφορά το ιατρικό ιστορικό των καπνιστών που διακόπτουν το κάπνισμα, οι καπνιστές που έχουν ατομικό ιστορικό, που έχουν δηλαδή κάποια χρόνια νόσο, κόβουν πιο εύκολα το κάπνισμα σε σχέση με εκείνους που δεν έχουν, όταν μάλιστα η νόσος τους σχετίζεται με το κάπνισμα το καταφέρνουν με μεγαλύτερη ευκολία. Το εύρημα αυτό συμφωνεί με τους Bednarek και συνεργάτες,

ενώ οι Coombs και συνεργάτες το επισημαίνουν όσον αφορά στους μεσήλικες και ηλικιωμένους καπνιστές. Εκείνοι που διακόπτουν το κάπνισμα εμφανίζουν ως συμπτώματα αναπνευστικού βήχα, απόχρεμψη και συριγμό, ενώ φαίνεται πως η δύσπνοια είναι ένα σύμπτωμα που δεν κινητοποιεί τους καπνιστές για να διακόψουν το κάπνισμα.

Σχετικά με το καπνισματικό ιστορικό, οι καπνιστές που έχουν προσπαθήσει στο παρελθόν έστω και μία φορά να διακόψουν το κάπνισμα δε φάνηκε να τα καταφέρνουν καλύτερα από αυτούς που δεν είχαν προσπαθήσει ποτέ. Από εκείνους, όμως, που κατάφεραν να κόψουν το κάπνισμα όσοι είχαν προσπαθήσει ξανά στο παρελθόν το πέτυχαν πιο εύκολα. Συγκεκριμένα, η ανάλυση του αριθμού των προηγούμενων προσπαθειών έδειξε ότι επιτυγχάνουν περισσότερο να κόψουν το κάπνισμα εκείνοι που έχουν προσπαθήσει από 2-5 φορές στο παρελθόν. Μια πιθανή εξήγηση είναι ότι οι συγκεκριμένοι καπνιστές είχαν αντιμετωπίσει ήδη παλιότερα τα συμπτώματα της στέρησης από τη νικοτίνη οπότε είχαν μια εμπειρία και μπορούσαν να τα διαχειριστούν καλύτερα. Επίσης, κάποια λάθη συμπεριφοράς που πιθανόν είχαν κάνει στο παρελθόν μπόρεσαν να τα αποφύγουν ώστε να κατακτήσουν το επιθυμητό αποτέλεσμα.

Όσον αφορά στη βαρύτητα της καπνιστικής συνήθειας, δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ αυτών που συνεχίζουν και αυτών που διακόπτουν το κάπνισμα. Ωστόσο, παρατηρήθηκε ότι κόβουν πιο εύκολα το κάπνισμα όσοι το ξεκίνησαν μεταξύ 15-20 ετών, καπνίζουν 21-40 χρόνια, καπνίζουν πάνω από 31 τσιγάρα την ημέρα, είναι καπνιστές των 21-40 (πακέτα/έτη) και είναι περισσότερο εξαρτημένοι. Αυτό δε βρίσκει σύμφωνους τους Kandel και συνεργάτες, τους Mothersill και συνεργάτες και τους Cohen και συνεργάτες οι οποίοι υποστηρίζουν ότι οι ελαφρύτεροι καπνιστές κόβουν πιο εύκολα το κάπνισμα. Επίσης, οι Coombs και συνεργάτες αναφέρουν ότι η ηλικία διαφοροποιεί τη σχέση μεταξύ βαρύτητας του καπνίσματος και διακοπής αυτού, καθότι θεωρούν ότι ανάμεσα στους ηλικιωμένους καπνιστές πιο εύκολα κόβουν το τσιγάρο οι βαρύτεροι καπνιστές από τους λιγότερο εξαρτημένους, αντίθετα με ότι ισχύει στους πιο νεαρούς καπνιστές.

Οι καπνιστές που αναφέρουν ως κίνητρο τους για τη διακοπή την εξάρτησή τους από την νικοτίνη, είναι εκείνοι που καταφέρνουν να κόψουν πιο εύκολα το κάπνισμα, ενώ οι ασθενείς που είναι κινητοποιημένοι λόγω κάποιου προβλήματος υγείας τους δυσκολεύονται περισσότερο από τους υπόλοιπους. Μια πιθανή εξήγηση μπορεί να είναι ότι τα συμπτώματα από την εξάρτηση να είναι πιο εμφανή στην καθημερινότητά τους από ότι ενός άλλου προβλήματος υγείας (όπως για παράδειγμα της αρτηριοσκλήρωσης). Επίσης, ψυχολογικά μπορεί να αισθάνονται ότι στην περίπτωση της εξάρτησης είναι οι ίδιοι που το επιλέγουν ενώ σχετικά με το πρόβλημα υγείας μπορεί να νιώθουν ότι κατά κάποιον τρόπο αναγκάζονται να κόψουν το κάπνισμα.

Συμπερασματικά, η έρευνα αυτή βοήθησε να εντοπιστούν και να συσχετιστούν μεταξύ τους τα διάφορα δημογραφικά και προσωπικά χαρακτηριστικά του καπνιστή, ώστε να σχηματιστεί ένα πιο ξεκάθαρο προφίλ αυτού. Τα αποτελέσματά της ενδεχομένως να βοηθήσουν στην περαιτέρω προσπάθεια ταξινόμησης των καπνιστών ώστε οι επαγγελματίες υγείας και όλοι όσοι ασχολούνται με τη διακοπή καπνίσματος, να διαθέτουν ένα χρήσιμο εργαλείο που να στοχεύει και να εξυπηρετεί μια πιο εξατομικευμένη, προσαρμοσμένη στις ιδιαιτερότητες του κάθε καπνιστή και συνεπώς πιο επιτυχημένη στρατηγική διακοπής καπνίσματος. Καθώς επιπλέον έρευνες γίνονται προς την κατεύθυνση αυτή, τα στοιχεία που συλλέγονται θα προσδιορίζουν την κατάλληλη γνωστική συμπεριφορική θεραπεία αλλά και φαρμακευτική αγωγή που θα πρέπει να εφαρμόζεται στον κάθε υποψήφιο διακοπής καπνίσματος, ελπίζοντας να ανατραπεί η αυξητική τάση και να καταπολεμηθεί μελλοντικά το παγκόσμιο φαινόμενο του καπνίσματος.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ:

- [1]: http://www.chem.uoa.gr/chemicals/chem_nicotine.htm. Accessed September 1, 2010.
- [2]: Barnes PJ, Shapiro SD, Pauwels RA. Chronic obstructive pulmonary disease: molecular and cellular mechanisms. *Eur Respir J* 2003;22:672-88.
- [3]: Barbash JI, White HD, Modan M, et al. Acute myocardial infarction in the young- the role of smoking. *Eur Heart J* 1995;16:313-6.
- [4]: Jemal A, Siegel R, Ward E et al. Cancer statistics, 2008. *CA Cancer J Clin* 2008;58:71.
- [5]: Doll R. Cancers weakly related to smoking. *Br Med Bull* 1996;52:35-49.
- [6]: World Health Organization Regional office of Europe. Tobacco, facts and figures 2010. www.euro.who.int. Accessed August 28, 2010.
- [7]: www.who.int- WHO informal meeting of health professional organizations and tobacco control. Accessed September, 5 2010.
- [8]: World Health Organization. Young people: health risks and solutions. Αύγουστος 2010. www.who.int. Accessed August 28, 2010.
- [9]: www.cdc.com. Tobacco Control State Highlights 2010. Accessed August 28, 2010.
- [10]: World Health Organization Regional office of Europe. Health for all database 2005. www.euro.who.int. Accessed August 29, 2010.
- [11]: www.euro.who.int. World Health Organization Regional office of Europe. Tobacco use among adults: new report launched, 20 July 2010. Accessed August 28, 2010.
- [12]: Shapiro SD. Smoke gets in your cells. *Am J Respir Cell Mol Biol* 2004; 31:481-482.

- [13]: Malaiyandi V, Sellers EM, Tyndale RF. Implications of CYP2A6 genetic variation for smoking behaviours and nicotine dependence. *Clin pharmacol. Ther.* 2005 Mar;77(3):145-58.
- [14]: International Programme on Chemical Safety (IPCS) INCHEM: "Nicotine"
- [15]: Chavez-Noriega LE, Crona JH, Washburn MS, Urrutia A, Elliot KJ, Johnson EC. Pharmacological characterization of recombinant human neuronal nicotinic acetylcholine receptors h alpha 2 beta 2, h alpha 2 beta 4, h alpha 3 beta 4, h alpha 4 beta 2, h alpha 4 beta 4 and h alpha 7 expressed in *Xenopus* oocytes. *J Pharm Exp Ther* 1997;280:346-50.
- [16]: Piccioto MR, Addy NA, Mineur YS, Brunzell DH. It is "either/or": activation and desensitization of nicotinic acetylcholine receptors both contribute to behaviors related to nicotine addiction and mood. *Prog Neurobiol.* 2008;84:329-42.
- [17]: Le Moal M, Koob GF. Drug addiction: pathways to the disease and pathophysiology perspectives. *Eur Neuropharmacol.* 2007(May-Jun);17:377-93.
- [18]: Comings DE, Ferry L, Brandshaw-Robinson S, Burchette R, Chiu C, and Muhleman D. Study of the dopamine D2 receptor gene in pathological gambling *Pharmacogenetics* 1996;6:73-79.
- [19]: Blum K, Braveman ER, Holder JM, Lubar JF, Monastra VJ, Miller D, Lubar JO, Chen TJ, Comings DE. Reward deficiency syndrome: a biogenetic model for the diagnosis and treatment of impulsive, addictive and compulsive behaviours. *J Phycoactive Drugs* 2000;32:Suppl:i-iv:1-112.
- [20]: Cleck JN, Blendy JA. Making a bad thing worse: adverse effects of stress on drug addiction. *J Clin Invest.* 2008;118(2):454-61.
- [21]: Koob GF. A role for Brain Stress Systems in Addiction. *Neuron*59. 2008;10,11-43
- [22]: Fagerstom KO, Schneider NG. Measuring nicotine dependence: a review of the Fagerstom tolerance questionnaire. *J Beh Med.* 1989;12:159-82.
- [23]: www.emro.who.int/tfi/tfionthemove-awareness. Accessed September, 5 2010.

[24]: The Framework Convention Alliance for Tobacco Control. www.fctc.org. Accessed September 5, 2010.

[25]: World Health Organization. Framework Convention on Tobacco Control. www.who.int Accessed September 5, 2010.

[26]: Research for International tobacco Control and the World Bank. Tobacco control policy: strategies, success and setback. Ontario, Canada and Washington DC, USA 2003.

[27]: www.et.gr. Ελληνικό Τυπογραφείο-Νόμοι.

[28]: www.who.int.- WHO calls for protection of women and girls from tobacco. Accessed September 6, 2010.

[29]: Haglund Margaretha. **Women and tobacco: a fatal attraction**. Bulletin of the World Health Organization 2010; 88: 561-640.

[30]: www.who.int/tfi/aboytismokingcessation. Accessed September, 5 2010.

[31]: Richardson GE, Tucker Ma, Venzon DJ, et al. Smoking cessation after successful treatment of small-cell lung cancer is associated with fewer smoking-related second primary cancers. *Ann Intern Med* 1993;119:383-90.

[32]: McBride CM, Curry SJ, Grothaus LC, Nelson JC, Lando H, Pirie PL. Partner Smoking Status and Pregnant Smoker's Perceptions of Support for and Likelihood of Smoking Cessation. *Health Psychology*. 1998;17(1):63-9.

[33]: Leonard KE, Das Eiden R. Husband's and Wife's Drinking: Unilateral or Bilateral Influences among Newlyweds in a General Population Sample. *Journal of Studies on Alcohol*. 1999;60(suppl 13):130-8.

[34]: Shattuck AL, White E, Kristal AR. How Women's Adopted Low-Fat Diets Affect Their Husbands. *American Journal of Public Health*. 1992;82(9):1244-50.

[35]: Franks MM, Pienta AM, Wray LA. It Takes Two: Marriage and Smoking Cessation in the Middle Years. *Journal of Aging and Health*. 2002;14(3):336-54.

- [36]: Falba TA and Sindelar JL. Spousal Concordance in Health Behavior Change *Health Serv Res.* 2008; 43: 96–116.
- [37]: Baha MY, Le Faou AL. Smoking cessation interventions offered to French adult light smokers: a heterogeneous population with specific needs. *Eur Addict Res.* 2010;16:162-9
- [38]: Oh LD, Heck JE, Dresler C, Allwright S, Haglund M, Del Mazo SS, Kralikova E, Stucker I, Tamang E, Gritz ER, and Hashibe M. Determinants of smoking initiation among women in five European countries: a cross-sectional survey *BMC Public Health.* 2010; 10: 74.
- [39]: Young E , Leatherdale S, Sloan M, Kreiger N, and Barisic A. Age of smoking initiation and risk of breast cancer in a sample of Ontario women *Tob Induc Dis.* 2009;5:4.
- [40]: Szanto Z, Susanszky E, Kopp M. Relationships between unfavourable health status and smoking cessation attempts in Hungary. *Soz Praventivmed* 2005;50:324-33.
- [41]: Brock T, Taylor D, Wuliji T. Ending the global tobacco pandemic. 1. London: The School of Pharmacy, University of London; 2007.
- [42]: Vavrik M, Matejka P, Svec P. Pruzkum zajmu kuraku o zanechani koureni a o pomoc a konzultace v lekarnach pri odvykani koureni [A survey into smokers' interest in quitting smoking and in the provision of smoking cessation counseling in community pharmacies] *Ceska a Slovenska Farmacie.* 2005;54:178–183.
- [43]: Hepler CD, Strand LM. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. *American Journal of Hospital Pharmacy.* 1990;47:533–543.
- [44]: Rossing C, Hansen EH, Krass I. The provision of pharmaceutical care in Denmark: A cross-sectional survey. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics.* 2003;28:311–318.

- [45]: Kennedy DT, Giles JT, Chang ZG, Small RE, Edwards JH. Results of smoking cessation clinic in community pharmacy practice. *Journal of the American Pharmacists Association*. 2002;42:51–56.
- [46]: Mochizuki M, Hatsugaya M, Rokujoh E, Arita E, Hashiguchi M, Shimizu N, et al. Randomized controlled study on the effectiveness of community pharmacists' advice for smoking cessation by Nicorette—Evaluation at three months after initiation. *Yakugaku Zasshi*. 2004;124:989–995.
- [47]: Sinclair HK, Bond CM, Stead LF. Community pharmacy personnel interventions for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2004;1:CD003698.
- [48]: Tran MT, Holdford DA, Kennedy DT, Small RE. Modelling the cost-effectiveness of a smoking-cessation program in a community pharmacy practice. *Pharmacotherapy*. 2002;22:1623–1631.
- [49]: Zillich AJ, Ryan M, Adams A, Yeager B, Farris K. Effectiveness of a pharmacists-based smoking-cessation program and its impact on quality of life. *Pharmacotherapy*. 2002;22:759–765.
- [50]: Panel and staff. The smoking cessation clinical practice guidelines. The Agency for Health Care Policy and Research. *JAMA*1996;275:1270-1280.
- [51]: Stead LF, Perera R, Bullen C, Mant D, Lancaster T. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008;1:CD000146
- [52]: Benowitz NL, Porchet H, Sneiner L, Jacob PD. Nicotine absorption and cardiovascular effects with smokeless tobacco use: comparison with cigarettes and nicotine gum. *Clin Pharmacol Ther* 1998;44:23-8.
- [53]: Cryan JF, Bruijnzeel AW, Skeil KL, Markou A. Bupropion enhances brain reward function and reverses the affective and somatic aspects of nicotine withdrawal in the rat. *Psychopharmacology* 2003;168:347-358.
- [54]: www.emea.europa.eu/ema/index. Accessed September, 5 2010
- [55]: Coe JW, Brooks PR, Vetelino MG et al. Varenicline: an $\alpha 4\beta 2$ receptor partial agonist for smoking cessation. *J Med Chem* 2005;48:3474-7.

- [56]: www.fda.gov/downloads/drugs/drugssafety. Accessed September 5, 2010
- [57]: Hughes JR, Stead LF, Lancaster T. Nortriptyline for smoking cessation: a review. *Nicotine Tob Res* 2005;7:491-499.
- [58]: Gourlay SG, Stead LF, Benowitz NL. Clonidine for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2004;(3):CD000058.
- [59]: Maguire CP, Ryan J, Kelly A et al. Do patient age and medical condition influence medical advice to stop smoking? *Age and Aging* 2000;29:264-6.
- [60]: Vetter NJ, Ford D. Smoking prevention among elderly people aged 60 and over: a randomized control trial. *Age and Aging* 1990;19:164-8.
- [61]: Campell IA, Prescott RJ, Tjeder-Button SM. Transdermal nicotine plus support in patients attending hospital with smoking-related diseases: a placebo-controlled study. *Respir Med* 1996;90:47-51.
- [62]: Russel MAH, Stapleton JA, Feyerabend C et al. Targeting heavy smokers in general practice: randomized control trial of transdermal nicotine patches. *BMJ* 1993;306:1308-12.
- [63]: Orleans CT, Jepson C, Resch N et al. Quitting motives and barriers among older smokers. The 1986 Adult Use of Tobacco Survey revisited. *Cancer* 1994;74:2055-61.
- [64]: Connolly JM. Smoking cessation in old age: closing the stable door? *Age and Aging* 2000;29:193-195.
- [65]: Ruchlin HS. An analysis of smoking patterns among older adults. *Med Care* 1999;37:615-9.
- [66]: Kviz FJ, Clark MA, Crittenden Ks et al. Age and readiness to quit smoking. *Prev Med* 1994;23:211-22.
- [67]: Raveis VH, Kandel DB. Changes in drug behavior from the middle to the late twenties: initiation, persistence, and cessation of use. *Am J Public Health*. 1987;77:607-611.

- [68]: Coombs RB, Li S, Kozlowski LT. Age interacts with heaviness of smoking in predicting success in cessation of smoking. *Am J Epidemiol.* 1992;135:240-246.
- [69]: Clark MA, Rakowski W, Kviz JF, Hogan WJ. Age and Stage of Readiness for Smoking Cessation. *Journal of Gerontology* 1997; 52B:212-221.
- [70]: Lichtenstein E, Lando HA, Nothwehr F. Readiness to quit as a predictor of smoking changes in the Minnesota Heart Health Program. *Health Psychology* 1994;13:393-396.
- [71]: Paalova M, Vartiainen E, Pusca P. Smoking cessation between teenage years and adulthood. *Health Education Research* 2001;16:49-57.
- [72]: Kandel DB, Raveis VH. Cessation of illicit drug use in young adulthood. *Arch Gen Psychiatry.* 1989;46:109-116.
- [73]: Mothersill KJ, McDowell I, Rosser W. Subject characteristics and long-term postprogram smoking cessation. *Addict Behav.*1988;13:29-36.
- [74]: Cohen S, Lichtenstein E, Prochaska JO, et al. Evidence from 10 prospective studies of persons who attempt to quit smoking by themselves: debunking myths about selfquitting. *Am Psychol.* 1989;44:1355-1365.
- [75]: Breslau N, Peterson LE. Smoking Cessation in Young Adults: Age at Initiation of Cigarette Smoking and Other Suspected Influences. *Am J of Public Health* 1996;86:214-20.
- [76]: Escobedo LG, Peddicord JP. Smoking prevalence in US birth cohorts: The influence of gender and education. *Am J of Public Health,* 1996;86:231 – 236 .
- [77]: Sachs-Ericsson N, Schmidt BN, Zvolensky JM, Mitchell M, Collins N, Blazer GD. Smoking cessation behavior in older adults by race and gender: The role of health problems and psychological distress. *Nicotine & Tobacco Research* 2009;11:433-443.
- [78]: Perkins KA. Smoking cessation in women: Special considerations. *CNS Drugs* 2001;15:391–411.

[79]: Jensvold MF, Hamilton JA, & Halbreich U. Future research directions: Methodological considerations for advancing gender-sensitive statistics. In Jensvold MF, Halbreich U, & Hamilton JA. (Eds.) *Psychopharmacology and women: Sex, gender, and hormones* (1996);(pp. 11–42). Washington, DC: American Psychiatric Press.

[80]: American Psychiatric, A. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition*. Washington, DC, *American Psychiatric Association*.

[81]: Abdullah AS, Lam TH, Chan SS, & Hedley AJ. Smoking cessation among Chinese young smokers: Does gender and age difference matters and what are the predictors? *Addictive Behaviors* 2006;31:913–921.

[82]: al'Absi M, Amunrud T, & Wittmers LE. Psychophysiological effects of nicotine abstinence and behavioral challenges in habitual smokers. *Pharmacology Biochemistry and Behavior* 2002;72:707–716.

[83]: Hogle JM, & Curtin JJ. Sex differences in negative affective response during nicotine withdrawal. *Psychophysiology* 2006;43:344–356.

[84]: Pomerleau OF, Pomerleau CS, Mehringer AM, Snedecor SM, Ninowski R, & Sen A. Nicotine dependence, depression, and gender: Characterizing phenotypes based on withdrawal discomfort, response to smoking, and ability to abstain. *Nicotine & Tobacco Research* 2005;7:91–102.

[85]: Svikis DS, Hatsukami DK, Hughes JR, Carroll KM, & Pickens RW. Sex differences in tobacco withdrawal syndrome. *Addictive Behaviors* 1986;11:459–462.

[86]: *The Health Benefits of Smoking Cessation: A Report of the Surgeon General*. Rockville, Md: Office on Smoking and Health; 1990. DHHS publication CDC 90-8416.

[87]: Freund KM, D'Agostino RB, Belanger AJ, Kannel WB, Stokes J. Predictors of smoking cessation: the Framingham Study. *Am J Epidemiol.* 1992;135:957-964.

[88]: Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Women and smoking: A report of the surgeon general. *Morbidity and Mortality Weekly Report* 2002;51:1-30.

- [89]: Scharf D, Shiffman S. Are there gender differences in smoking cessation, with and without bupropion? Pooled- and meta-analyses of clinical trials of bupropion SR. *Addiction* 2004;99:1462-1469.
- [90]: Cepeda-Benito A, Reynoso JT, Erath S. Meta-analysis of the efficacy of nicotine replacement therapy for smoking cessation: Differences between men and women. *Journal of Consulting & Clinical Psychology* 2004;72:712-722.
- [91]: Burgess GD, Fu SS, Noorbaloochi S, Clothier BA, Richards J, Widome R, Van Ryn M. Employment, gender, and smoking cessation outcomes in low-income smokers using nicotine replacement therapy. *Nicotine & Tobacco Research* 2009;11:1439-1447.
- [92]: Franks MM, Pienta AM, Wray LA. It Takes Two: Marriage and Smoking Cessation in the Middle Years. *Journal of Aging and Health* 2002;14:336-354.
- [93]: Roski J, Schmid LA, Lando HA. Long-Term Associations of Helpful and Harmful Spousal Behaviors with Smoking Cessation. *Addictive Behavior*. 1996;21(2):173–85.
- [94]: Monden CWS, De Graaf ND, Kraaykamp G. How Important Are Parents and Partners for Smoking Cessation in Adulthood? An Event History Analysis. *Preventive Medicine*. 2003;36(2):197–203.
- [95]: Homish GG, Leonard KE. Spousal Influence on Smoking Behaviors in a US Community Sample of Newly Married Couples. *Social Science and Medicine*. 2005;61(12):2557–67.
- [96]: Jarvis MJ. Gender differences in smoking cessation: real or myth? *Tobacco Control*.1995;3:324-328.
- [97]: Fletcher CM, Elmes PC, Wood CH. The significance of respiratory symptoms and the diagnosis of chronic bronchitis in a working population. *BMJ* 1959; 1:257-266.
- [98]: Hajiro T, Nishimura K, Tsukino M, Ikeda A, Koyama H, Izumi T. Analysis of clinical methods used to evaluate dyspnea in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Am J Respir Crit Care Med* 1998; 158:1185-1189.

[99]: Reducing the Health Consequences of Smoking: 25 Years of Progress-A Report of the Surgeon General. Rockville, Md: Office on Smoking and Health; 1989. DHHS publication CDC 89-8411.

[100]: Barth J, Critchley J, Bengel J. Efficacy of psychosocial interventions for smoking cessation in patients with coronary heart disease: a systematic review and meta-analysis. *Ann Behav Med.* 2006;32:10–20.

[101]: Smith PM and Burgess E. Smoking cessation initiated during hospital stay for patients with coronary artery disease: a randomized controlled trial. *CMAJ* 2009; 180(13): 1297–1303.

[102]: Taylor CB, Houston Miller N, Killen JD, et al. Smoking cessation after acute myocardial infarction: effects of a nurse-managed intervention. *Ann Intern Med.* 1990;113:118–23.

[103]: DeBusk RF, Houston Miller N, Superko R, et al. A case management system for coronary risk factor modification following acute myocardial infarction. *Ann Intern Med.* 1994;120:721–9.

[104]: Andreas S, Hering T, Mühlhig S, Nowak D, Raupach T, and Worth H. Smoking Cessation in Chronic Obstructive Pulmonary Disease, An Effective Medical Intervention *Dtsch Arztebl Int.* 2009;106:276–282

[105]: Bednarek M, Gorecka D, Wielgomas J, Czajkowska-Malinowska M, Regula J, Mieszko-Filipczyk G, Jasionowicz M, Bijata-Bronisz R, Lempicka-Jastrzebska M, Czajkowski M, Przybylski G, and Zielinski J. Smokers with airway obstruction are more likely to quit smoking *Thorax.* 2006;61: 869–873.

[106]: Manfredi C, Lacey L, Warnecke R, Buis M. Smoking-related behavior, beliefs, and social environment of young Black women in subsidized public housing in Chicago. *Am J Public Health.* 1992;82:267-272.

[107]: Orleans CT, Schoenbach VJ, Salmon MA, et al. A survey of smoking and quitting patterns among Black Americans. *Am J Public Health.* 1989;79:176-181.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ:

ΙΑΤΡΕΙΟ ΔΙΑΚΟΠΗΣ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Ημερομηνία συμπλήρωσης.....

Όνοματεπώνυμο.....

Ημερομηνία γέννησης.....Ηλικία.....

Τόπος κατοικίας.....Επάγγελμα.....

Τηλέφωνο.....

Φύλο: Άνδρας Γυναίκα

Οικογενειακή κατάσταση:

Έγγαμος/η

Άγαμος/η

Χήρος/α

Διαζευγμένος/η

Εν διαστάσει

Αριθμός παιδιών

ΙΕΚ

Μόρφωση:

Δημοτικό

Γυμνάσιο

Λύκειο

ΑΕΙ

ΤΕΙ

Πως μάθατε για το Ιατρείο Διακοπής Καπνίσματος

1. από φίλο ή συγγενή ασθενή του ιατρείου
2. από φίλο ή συγγενή
3. από αφίσες για τη λειτουργία του ιατρείου
4. από εφημερίδες
5. άλλα μέσα μαζικής ενημέρωσης
6. σύσταση ιατρού - **ειδικότητα:**

Για πιο λόγο ήρθατε στο Ιατρείο Διακοπής Καπνίσματος

1. πρόβλημα υγείας
2. πιθανό πρόβλημα υγείας στο μέλλον (πρόληψη)
3. συμπτώματα του αναπνευστικού
4. πίεση του στενού περιβάλλοντος (παιδιά)
5. οικονομικό πρόβλημα
6. εξάρτηση
7. Καλύτερη ποιότητα ζωής-φυσική κατάσταση

ΖΩΤΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

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

ΧΡΗΣΗ ΑΛΚΟΟΛΟΥΧΩΝ ΠΟΤΩΝ

Είδος:

Ημερήσια ποσότητα:

ΧΡΗΣΗ ΑΛΛΩΝ ΕΞΑΡΤΗΣΙΟΓΟΝΩΝ ή ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ ΟΥΣΙΩΝΝΑΙ ΟΧΙ **ΑΤΟΜΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ**Αρτηριακή υπέρταση ΝΑΙ ΟΧΙ Σακχαρώδης διαβήτης ΝΑΙ ΟΧΙ

Ημερομηνία πρώτης διάγνωσης.....

Τύπος I II Έμφραγμα μυοκαρδίου ΝΑΙ ΟΧΙ Στεφανιαία νόσος ΝΑΙ ΟΧΙ Καρδιακή ανεπάρκεια ΝΑΙ ΟΧΙ Υπερλιπιδαιμία ΝΑΙ ΟΧΙ ΧΑΠ ΝΑΙ ΟΧΙ Πρώτη διάγνωση ΝΑΙ ΟΧΙ

Προηγούμενη διάγνωση από: Κέντρο Υγείας, Γενικό γιατρό, Πνευμον, Παθ

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 Νευρογενή ανορεξία ΝΑΙ ΟΧΙ Βουλμία ΝΑΙ ΟΧΙ

ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟΥ

Βήχας ΝΑΙ ΟΧΙ

Χαρακτηριστικά

Διάρκεια

Ξηρός

3 μήνες

Παροξυσμικός

1 χρόνο

Παραγωγικός

2 χρόνια

Πρωινός

>2 χρόνια

Σε όλη τη διάρκεια της μέρας

Πτύελα ΝΑΙ ΟΧΙ

Χαρακτηριστικά

Διάρκεια

Μόνο πρωί

3 μήνες

Σε όλη τη διάρκεια της μέρας

1 χρόνο

Χρώμα

2 χρόνια

>2 χρόνια

Συριγμός ΝΑΙ ΟΧΙ

3 μήνες

2 χρόνια

1 χρόνο

>2 χρόνια

Αιμόπτυση ΝΑΙ ΟΧΙ

3 μήνες

2 χρόνια

1 χρόνο

>2 χρόνια

Δύσπνοια ΝΑΙ ΟΧΙ

3 μήνες

2 χρόνια

1 χρόνο

>2 χρόνια

ΚΛΙΜΑΚΑ MRC

Στάδιο 0 : Απουσία δύσπνοιας εκτός μετά από έντονη εργασία

Στάδιο 1: Όταν βιάζεστε σ' 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 το βήμα σε επίπεδο έδαφος

Στάδιο 3 : Σταματά να ανασαίνει όταν περπατήσει περίπου 100 μέτρα ή από λίγα λεπτά σε επίπεδο έδαφος

Στάδιο 4 : Δεν μπορεί να βγει από το σπίτι, να ντυθεί ή να ξεντυθεί

ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ

-
-
-

ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ

Ηλικία έναρξης:

Έτη καπνίσματος:

Πακέτα / έτη:

Αριθμός τσιγάρων / ημέρα τον τελευταίο χρόνο:

Στο χώρο εργασίας καπνίζει άλλος; ΝΑΙ ΟΧΙ

Στο σπίτι καπνίζει άλλος; ΝΑΙ ΟΧΙ

Προηγούμενη προσπάθεια διακοπής:

Αριθμός Προσπαθειών Διάστημα Διακοπής

- απότομη διακοπή
- σταδιακή μείωση
- υποκατάστατα νικοτίνης
- βουπροπιόνη
- Βαρενικλίνη
- θεραπεία συμπεριφοράς
- βελονισμός
- ηλεκτρονικό τσιγάρο
- antismoking center

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 (0 πόντοι)
2. Σας είναι δύσκολο να μην καπνίσετε σε μέρη όπου το κάπνισμα απαγορεύεται;
 - ναι (1 πόντος)
 - όχι (0 πόντοι)
3. Ποιο τσιγάρο σας είναι πιο δύσκολο να μην το καπνίσετε;
 - Το πρώτο της ημέρας (1 πόντος)
 - Οποιοδήποτε άλλο (0 πόντοι)
4. Πόσα τσιγάρα την ημέρα καπνίζετε;
 - 31 ή περισσότερα (3 πόντοι)
 - 21 – 30 (2 πόντοι)
 - 11 – 20 (1 πόντος)
 - 10 ή λιγότερα (0 πόντοι)
5. Καπνίζετε πιο πολύ το πρωί σε σχέση με το απόγευμα;
 - ναι (1 πόντος)
 - όχι (0 πόντοι)
6. Καπνίζεται ακόμη και όταν μια αρρώστια σας αναγκάζει να μείνετε στο κρεβάτι;
 - ναι (1 πόντος)
 - όχι (0 πόντοι)

Σύνολο πόντων

7 – 10	Καπνιστής πολύ εξαρτημένος	7 – 10	Μεγάλη εξάρτηση
4 – 6	Καπνιστής μέτρια εξαρτημένος	3 – 6	Μέτρια εξάρτηση
0 – 3	Καπνιστής λίγο εξαρτημένος	0 – 2	Χωρίς εξάρτηση

ΣΠΙΡΟΜΕΤΡΗΣΗ

Προ βρογχοδιαστολής

FVC		
FEV ₁		
FEV ₁ /FVC		
PEFR		
FEF ₂₅₋₇₅		

Μετά βρογχοδιαστολής

FVC		
FEV ₁		
FEV ₁ /FVC		
PEFR		
FEF ₂₅₋₇₅		

Σε τρεις μήνες

FVC		
FEV ₁		
FEV ₁ /FVC		
PEFR		
FEF ₂₅₋₇₅		

Σε έξι μήνες

FVC		
FEV ₁		
FEV ₁ /FVC		
PEFR		
FEF ₂₅₋₇₅		

Σε ένα χρόνο

FVC		
FEV ₁		
FEV ₁ /FVC		
PEFR		
FEF ₂₅₋₇₅		

Σε εννέα μήνες

FVC		
FEV ₁		
FEV ₁ /FVC		
PEFR		
FEF ₂₅₋₇₅		

I) ΗΠΙΑ ΧΑΠ	II) ΜΕΤΡΙΑ ΧΑΠ	III) ΣΟΒΑΡΗ ΧΑΠ	IV) ΠΟΛΥΣΟΒΑΡΗ ΧΑΠ
<ul style="list-style-type: none">FEV₁/FVC < 70%FEV₁ ≥ 80% της προβλεπόμενης τιμήςΜε ή χωρίς συμπτώματα	<ul style="list-style-type: none">FEV₁/FVC < 70%50% ≤ FEV₁ < 80% προβλεπόμενης τιμήςΜε ή χωρίς συμπτώματα	<ul style="list-style-type: none">FEV₁/FVC < 70%30% ≤ FEV₁ < 50% προβλεπόμενης τιμήςΜε ή χωρίς συμπτώματα	<ul style="list-style-type: none">FEV₁/FVC < 70%FEV₁ < 30% ή FEV₁ < 50% της προβλεπόμενης τιμής συνοδευόμενη από χρόνια αναπνευστική ανεπάρκεια
Βρογχοδιασταλτικά βραχείας δράσης κατ' επίκληση			
Τακτική θεραπεία με ένα ή περισσότερα βρογχοδιασταλτικά μακράς δράσης			
Προσθήκη εισπνεόμενων γλυκοκορτικοστεροειδών εάν επαναλαμβάνονται εξάρσεις			
Προσθήκη μακράς διάρκειας οξυγονοθεραπείας σε περίπτωση χρόνιας αναπνευστικής ανεπάρκειας			

ΜΕΤΡΗΣΗ ΕΚΠΝΕΟΜΕΝΟΥ ΜΟΝΟΞΕΙΔΙΟΥ ΤΟΥ ΑΝΘΡΑΚΑ (CO)**1^Η ΕΠΙΣΚΕΨΗ**Ημερομηνία: Εκπνεόμενο CO (ppm): **5^Η ΕΠΙΣΚΕΨΗ**Ημερομηνία: Εκπνεόμενο CO (ppm): **2^Η ΕΠΙΣΚΕΨΗ (τηλεφωνική επικοινωνία)**Ημερομηνία: Εκπνεόμενο CO (ppm): **6^Η ΕΠΙΣΚΕΨΗ**Ημερομηνία: Εκπνεόμενο CO (ppm): **3^Η ΕΠΙΣΚΕΨΗ**Ημερομηνία: Εκπνεόμενο CO (ppm): **7^Η ΕΠΙΣΚΕΨΗ**Ημερομηνία: Εκπνεόμενο CO (ppm): **4^Η ΕΠΙΣΚΕΨΗ (τηλεφωνική επικοινωνία)**Ημερομηνία: Εκπνεόμενο CO (ppm): **8^Η ΕΠΙΣΚΕΨΗ**Ημερομηνία: Εκπνεόμενο CO (ppm): **ΕΠΙΣΚΕΨΕΙΣ ΕΠΑΝΕΛΕΓΧΟΥ****1^Η ΕΠΙΣΚΕΨΗ**Ημερομηνία: Ημερομηνία διακοπής καπνίσματος: **2^Η ΕΠΙΣΚΕΨΗ (Μία εβδομάδα μετά) [τηλεφωνική επικοινωνία]**Ημερομηνία: ΝΑΙ ΟΧΙ Συνεχίζει την αποχή από το κάπνισμα; ΝΑΙ ΟΧΙ

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

3^Η ΕΠΙΣΚΕΨΗ (Δύο εβδομάδες μετά)Ημερομηνία: ΝΑΙ ΟΧΙ Συνεχίζει την αποχή από το κάπνισμα; ΝΑΙ ΟΧΙ

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

4^η ΕΠΙΣΚΕΨΗ (Τρεις εβδομάδες μετά) [τηλεφωνική επικοινωνία]Ημερομηνία: ΝΑΙ ΟΧΙ Συνεχίζει την αποχή από το κάπνισμα; ΝΑΙ ΟΧΙ

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

5^η ΕΠΙΣΚΕΨΗ (Τέσσερις εβδομάδες μετά)Ημερομηνία: ΝΑΙ ΟΧΙ Συνεχίζει την αποχή από το κάπνισμα; ΝΑΙ ΟΧΙ

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

6^η ΕΠΙΣΚΕΨΗ (τρεις μήνες μετά)Ημερομηνία: ΝΑΙ ΟΧΙ Συνεχίζει την αποχή από το κάπνισμα; ΝΑΙ ΟΧΙ

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

7^η ΕΠΙΣΚΕΨΗ(έξι μήνες μετά)Ημερομηνία: ΝΑΙ ΟΧΙ Συνεχίζει την αποχή από το κάπνισμα; ΝΑΙ ΟΧΙ

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

8^η ΕΠΙΣΚΕΨΗ(δώδεκα μήνες μετά)Ημερομηνία: ΝΑΙ ΟΧΙ Συνεχίζει την αποχή από το κάπνισμα; ΝΑΙ ΟΧΙ

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

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή Η καπνιστική συνήθεια είναι η πιο συχνή αιτία θνησιμότητας από καρκίνο στο Δυτικό κόσμο: 30% όλων των θανάτων από καρκίνο οφείλονται στο κάπνισμα. Το κάπνισμα αφαιρεί 12-20 χρόνια ζωής και ευθύνεται για το 21% των θανάτων παγκοσμίως. Για να μπορέσει να βοηθηθεί επαρκώς ο καπνιστής που επιθυμεί να διακόψει το κάπνισμα, θα ήταν χρήσιμο οι επαγγελματίες υγείας να γνωρίζουν διάφορες πληροφορίες για τις ιδιότητες του κάθε καπνιστή αλλά και όλους τους επιμέρους παράγοντες που διαφοροποιούν τα άτομα μεταξύ τους, ώστε να επιλέξουν την κατάλληλη προσέγγιση για τον καθένα. Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να εντοπιστούν και να αξιολογηθούν τα ιδιαίτερα δημογραφικά και προσωπικά χαρακτηριστικά εκείνων που διακόπτουν το κάπνισμα για ένα ή περισσότερα χρόνια. **Μέθοδος** Η μελέτη αφορά 534 καπνιστές που προσήλθαν στο ιατρείο διακοπής καπνίσματος του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Λάρισας (Ιανουάριος 2006- Δεκέμβριος 2008). Η συλλογή δεδομένων προήλθε από στοιχεία που προέκυψαν από τον ιατρικό φάκελο του κάθε ασθενούς κατά την επίσκεψή του στο ιατρείο αλλά και στα πλαίσια της παρακολούθησής του. **Αποτελέσματα** Από την ανάλυση των αποτελεσμάτων προέκυψε ότι οι γυναίκες, οι έγγαμοι και οι καπνιστές ηλικίας 40-49 ετών διακόπτουν πιο εύκολα το κάπνισμα, ενώ ως προς το μορφωτικό επίπεδο δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ αυτών που διακόπτουν ή όχι το κάπνισμα. Οι καπνιστές με χρόνια νόσο κόβουν πιο εύκολα το κάπνισμα, κυρίως όταν η νόσος σχετίζεται με αυτό. Ως προς τα συμπτώματα αναπνευστικού ο βήχας, η απόχρεμψη και ο συριγμός φαίνεται να κινητοποιούν τους καπνιστές να διακόψουν το κάπνισμα, ενώ η δύσπνοια όχι τόσο. Η βαρύτητα της καπνιστικής συνήθειας μετρημένη σε πακέτα/έτη δεν παρουσιάζει στατιστικά σημαντική διαφορά στη διακοπή καπνίσματος. Αυτοί που διακόπτουν το κάπνισμα είναι καπνιστές των 21-40 πακέτα/έτη, ξεκίνησαν το κάπνισμα όταν ήταν 15-20 ετών, καπνίζουν εδώ και 21-40 χρόνια και πάνω από 30 τσιγάρα την ημέρα. Επίσης, εκείνοι που διακόπτουν το κάπνισμα είναι οι πιο εξαρτημένοι καπνιστές και αναφέρουν ως κίνητρο για τη διακοπή του καπνίσματος την εξάρτησή τους από την νικοτίνη. **Συμπεράσματα** Τα ευρήματα της παρούσας μελέτης παρέχουν στοιχεία που βοηθούν τους επαγγελματίες υγείας να δημιουργούν μια πιο ξεκάθαρη εικόνα

για τον κάθε καπνιστή ξεχωριστά και να παρέχουν μια πιο εξατομικευμένη και εύστοχη προσέγγιση διακοπής καπνίσματος. Αυτά τα στοιχεία θα αποτελέσουν σημαντικό κομμάτι πληροφοριών για την εφαρμογή διάφορων στρατηγικών διακοπής καπνίσματος και γενικότερα της διαχείρισης της σοβαρής χρόνιας νόσου που είναι το κάπνισμα.

ABSTRACT

Introduction Smoking is the most common cause of death from cancer in the Western World, namely 30% of all death cancers are caused by smoking. Smoking deprives smokers of 12-20 years of life averagely and accounts for 21% of deaths worldwide. In order to help smokers who want to quit smoking, healthcare professionals should be supplied with information about their properties, as well as the individual factors that differentiate smokers among them, so as to choose the right strategy for each one. The purpose of this study is to assess and evaluate the demographic and personal characteristics of those who want to quit smoking for one or more years. **Methods** Our study group consisted of 534 smokers that visited the Smoking Cessation Clinic of the University General Hospital of Larissa during the period January 2006 to December 2008. Data included in the medical record of each patient were collected at his visit to the clinic and by telephone contact during the observation period. **Results** From the analysis of the data it was shown that women, married and smokers aged 40-49 years old were the subgroups that quit smoking easier than the other subgroups, while the educational level presents no statistical difference between those who quit smoking and those who don't. Smokers with chronic diseases quit smoking easier, especially if the disease is related to smoking. As far as the respiratory symptoms are concerned, cough, expectoration and wheezing seem to motivate smokers to quit smoking but dyspnea doesn't. The burden of smoking habit, measured in pack/years, isn't statistically different between those who quit and don't quit smoking. The characteristics of those who quit smoking are smokers of 21-40 pack/years, started smoking at the age of 15-20 years, smoke since 21-40 years and more than 30 cigarettes a day. Moreover, they are more addicted to nicotine and are motivated by their addiction. **Conclusions** These evidence help healthcare professionals create a clear profile of smokers in order to provide them with a more individualized and targeted support for smoking cessation. Such information would provide significant insights in the implementation of smoking cessation strategies and the management of this severe chronic disease, that smoking is.