

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ**

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΓΕΝΙΚΗ / ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ
& ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ**

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**Συστηματική ανασκόπηση της αποτελεσματικότητας
μη φαρμακευτικών παρεμβάσεων στη Γενική Ιατρική
για τη διακοπή του καπνίσματος**

**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟΣ ΦΟΙΤΗΤΗΣ
ΣΟΦΙΑ ΠΑΝΑΓΙΩΤΙΔΟΥ**

Επιβλέποντες:

**Χρήστος Λιονής, Καθηγητής Γενικής Ιατρικής και Πρωτοβάθμιας Φροντίδας
Υγείας, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Κρήτης**

**Αθηνά Τατσιώνη, Λέκτορας Γενικής Ιατρικής, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο
Ιωαννίνων**

**Andrea Manyon, Professor and Chairman of Family Medicine,
SUNY Upstate Medical University, Syracuse, New York, U.S.A**

**Κωνσταντίνος Σιαμόπουλος, Καθηγητής Παθολογίας/Νεφρολογίας, Ιατρική
Σχολή, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων**

Ηράκλειο, Νοέμβριος 2010

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά τους κκ. καθηγητές επιβλέποντες της μεταπτυχιακής εργασίας:

Χρήστο Λιονή, Καθηγητή Γενικής Ιατρικής και Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Κρήτης,

Αθηνά Τατσιώνη, Λέκτορα Γενικής Ιατρικής, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, 3^ο κριτή της συστηματικής ανασκόπησης

Andrea Manyon, Professor and Chairman of Family Medicine, SUNY Upstate Medical University, Syracuse, New York, U.S.A.,

Κωνσταντίνο Σιαμόπουλο, Καθηγητή Παθολογίας/Νεφρολογίας, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων,

για την πολύτιμη στήριξη που μου πρόσφεραν και για τις χρήσιμες συμβουλές και απαραίτητες υποδείξεις οι οποίες συνέβαλαν σημαντικά στην ολοκλήρωση της παρούσας μεταπτυχιακής εργασίας.

Επίσης, θα ήθελα να ευχαριστήσω την ερευνητική ομάδα του SUNY Upstate Medical University, Syracuse, New York, U.S.A., που αποτελείται από τους:

- **Christopher Morley**, Assistant Professor
- **John Epling**, Associate Professor
- **William Grant**, Research Professor
- **Esther Houston** Assistant

για τις χρήσιμες υποδείξεις τους και τη βοήθεια τους στην ανεύρεση του πλήρους κειμένου των άρθρων που συμπεριλήφθηκαν στην παρούσα συστηματική ανασκόπηση.

Τέλος θα ήθελα να ευχαριστήσω το σύζυγό μου

Ιωάννη Τσιάλιο, Ιατρό Γενικής Ιατρικής, συμφοιτητή μου στο πρόγραμμα μεταπτυχιακών σπουδών και 2^ο κριτή της συστηματικής ανασκόπησης

για την συμπαράστασή του και τη συμβολή του στη διενέργεια της συστηματικής ανασκόπησης

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

	Σελίδα
ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ	2
ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ	3
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	6
ABSTRACT	8
1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ	10
1.1 Κάπνισμα	10
1.1.1 Ορισμός.....	10
1.1.2 Επιπολασμός	10
1.1.3 Συνέπειες.....	11
1.2 Διακοπή καπνίσματος	12
1.2.1. Ωφέλειες.....	12
1.2.2. Εμπόδια	12
1.2.3. Παρεμβάσεις.....	13
1.2.4. Αποτελεσματικότητα παρεμβάσεων για διακοπή καπνίσματος	14
1.2.5 Θεωρητικά Πρότυπα	14
1.2.5.1. <i>Διαθεωρητικό πρότυπο των Σταδίων της Αλλαγής</i>	14
1.2.5.2 <i>Συνέντευξη Υποκίνησης</i>	15
1.2.5.3. <i>Θεωρία της Αυτεπάρκειας</i>	16
1.2.5.4 <i>Το πρότυπο Πεποιθήσεων για την Υγεία</i>	16
1.2.5.5 Θεωρία της Απόδοσης Αιτιών.....	17
1.3 Γενικός Ιατρός	17
1.3.1. Ορισμός.....	17
1.3.2. Καταλληλότητα για αλλαγές συμπεριφοράς υγείας.....	18
1.4 Αναγκαιότητα ερευνητικής εργασίας	19
1.5 Σκοπός ερευνητικής εργασίας- Ερευνητικά ερωτήματα	20
2. ΜΕΘΟΔΟΣ	21
2.1 Στρατηγική αναζήτησης	21
2.2 Κριτήρια επιλογής και αποκλεισμού των άρθρων	22
2.2.1. Κριτήρια επιλογής.....	22
2.2.2. Κριτήρια αποκλεισμού.....	23
2.3. Εξαγωγή δεδομένων	24

2.4.	Εκτίμηση ποιότητας των μελετών.....	24
2.5.	Σύνθεση των μελετών.....	25
3.	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....	26
3.1	Περιγραφή των μελετών.....	26
3.1.1.	Γενική περιγραφή.....	26
3.1.1.1	<i>Αποτελέσματα της συστηματικής αναζήτησης</i>	<i>26</i>
3.1.1.2.	<i>Επιλογή σχετικών άρθρων</i>	<i>27</i>
3.1.2.	Πληθυσμός μελέτης	27
3.1.3.	Μέθοδος	28
3.1.4.	Παρέμβαση	28
3.1.5.	Ομάδα σύγκρισης.....	30
3.1.6.	Εκβάσεις.....	30
3.2.	Ανάλυση των δεδομένων.....	31
3.2.1.	Αποτελεσματικότητα της συνέντευξης υποκίνησης	31
3.2.2.	Αποτελεσματικότητα παρεμβάσεων που βασίζονται στο διαθεωρητικό πρότυπο των σταδίων αλλαγής.....	32
3.2.3.	Αποτελεσματικότητα παρεμβάσεων που βασίζονται στο πρότυπο πεποιθήσεων για την υγεία	33
3.2.4.	Αποτελεσματικότητα των εντατικών (δομημένων) συμβουλευτικών παρεμβάσεων.....	33
3.2.5.	Αποτελεσματικότητα των απλών συμβουλευτικών παρεμβάσεων.....	34
3.2.6.	Αποτελεσματικότητα των επιπρόσθετων επισκέψεων υποστήριξης	35
3.2.7.	Αποτελεσματικότητα των εξατομικευμένων επιστολών από υπολογιστή.....	36
3.2.8.	Αποτελεσματικότητα του έντυπου υλικού αυτοβοήθειας	37
3.2.9.	Αποτελεσματικότητα της σπιρομέτρησης.....	38
4.	ΣΥΖΗΤΗΣΗ-ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	40
4.1.	Συζήτηση.....	40
4.2.	Συμπεράσματα.....	49
	Χαρακτηριστικά μελετών που συμπεριλήφθησαν στην ανασκόπηση.....	51
	Κατάλογος μελετών που αποκλείστηκαν από την ανασκόπηση.....	68
	ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ ΜΕΛΕΤΩΝ ΠΟΥ ΣΥΜΠΕΡΙΑΛΗΦΘΗΚΑΝ ΣΤΗΝ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ	69
	ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ ΜΕΛΕΤΩΝ ΠΟΥ ΑΠΟΚΛΕΙΣΤΗΚΑΝ ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ.....	72

ΕΠΙΡΟΣΘΕΤΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	74
Πίνακας 1. Μεθοδολογικά χαρακτηριστικά μελετών που περιλήφθηκαν στην ανασκόπηση.....	79
Πίνακας 2. Αποτελέσματα μελετών που περιλήφθηκαν στην ανασκόπηση.....	81

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή

Το κάπνισμα αποτελεί την κύρια αιτία νοσηρότητας και θνησιμότητας που μπορεί να προληφθεί και η διακοπή του έχει αναχθεί σε σημαντικό ζήτημα της δημόσιας υγείας στις μέρες μας. Ο γενικός ιατρός που εργάζεται στις υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας μπορεί να παίζει σημαντικό ρόλο στη διακοπή του καπνίσματος στους ασθενείς του.

Σκοπός

Η εκτίμηση της αποτελεσματικότητας μη φαρμακευτικών παρεμβάσεων στη γενική ιατρική για τη διακοπή του καπνίσματος, με διενέργεια συστηματικής ανασκόπησης της διεθνούς βιβλιογραφίας.

Στρατηγική Αναζήτησης

Αναζητήθηκαν σχετικά άρθρα στις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων PUBMED και COCHRANE από το 1966 μέχρι τον Αύγουστο του 2010.

Κριτήρια Εισαγωγής

Συμπεριλήφθηκαν τυχαιοποιημένες κλινικές δοκιμές μη φαρμακευτικών παρεμβάσεων από γενικούς ιατρούς για τη διακοπή του καπνίσματος στους ασθενείς τους.

Συλλογή δεδομένων και ανάλυση

Η συλλογή των δεδομένων και η ανάλυσή τους έγινε από δύο ερευνητές οι οποίοι εργάστηκαν ανεξάρτητα. Η διευθέτηση των διαφορών έγινε μετά από συζήτηση και, σε περίπτωση ασυμφωνίας, με παραπομπή σε τρίτο ερευνητή. Επιλέχθηκαν τα άρθρα που πληρούσαν τα κριτήρια εισαγωγής, εκτιμήθηκε η ποιότητα των μελετών και περιγράφηκαν οι πληθυσμοί, οι παρεμβάσεις, οι εκβάσεις και η αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων. Οι μελέτες χωρίστηκαν ανάλογα με την κατηγορία παρέμβασης και εκτιμήθηκε η αποτελεσματικότητα της καθεμίας παρέμβασης ξεχωριστά.

Αποτελέσματα

25 άρθρα συμπεριλήφθηκαν στην ανασκόπηση, τα οποία είχαν δημοσιευθεί μεταξύ του 1972 και του 2009. Όλα τα άρθρα αφορούσαν παρεμβάσεις που γίνονταν από γενικούς ιατρούς σε ασθενείς τους,

σε περιβάλλον Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Οι παρεμβάσεις που έδωσαν στατιστικώς σημαντικές διαφορές στην αύξηση του ποσοστού διακοπής του καπνίσματος σε σχέση με τη συνήθη πρακτική ήταν η συνέντευξη υποκίνησης, οι παρεμβάσεις που βασίζονταν στο διαθεωρητικό πρότυπο των σταδίων αλλαγής και οι εντατικές (δομημένες) συμβουλευτικές παρεμβάσεις. Οι απλές συμβουλευτικές παρεμβάσεις, οι επαναληπτικές επισκέψεις υποστήριξης, η αποστολή εξατομικευμένων επιστολών από υπολογιστή, και η χρήση έντυπου υλικού αυτοβοήθειας δεν παρουσίασαν στατιστικώς σημαντικές διαφορές σε σχέση με τη συνήθη πρακτική. Σε ότι αφορά τη σπιρομέτρηση, τα δεδομένα δείχνουν αύξηση της αποτελεσματικότητας στη διακοπή του καπνίσματος χωρίς αυτή να φτάνει το επίπεδο της στατιστικής σημαντικότητας, παρά μόνον όταν το αποτέλεσμά της ανακοινώνεται στον καπνιστή ως «ηλικία πνευμόνων».

Συμπεράσματα

Οι μη φαρμακευτικές παρεμβάσεις που εφαρμόζονται στη γενική ιατρική για τη διακοπή του καπνίσματος και παρουσιάζουν στατιστικώς σημαντική αποτελεσματικότητα σε σχέση με τη συνήθη πρακτική είναι η συνέντευξη υποκίνησης, όσες βασίζονται στο διαθεωρητικό πρότυπο των σταδίων αλλαγής και οι εντατικές (δομημένες) συμβουλευτικές παρεμβάσεις. Ωστόσο, χρειάζονται περισσότερα στοιχεία προτού καταλήξουμε σε ασφαλή συμπεράσματα για την αποτελεσματικότητα της σπιρομέτρησης και ανακοίνωσης των αποτελεσμάτων της για τη διακοπή του καπνίσματος.

Λέξεις κλειδιά

«κάπνισμα», «διακοπή καπνίσματος», «γενική ιατρική», «πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας», «ιατρική διαβούλευση», «συμβουλευτική»

ABSTRACT

Background

Smoking is the main cause of preventable morbidity and mortality. Smoking cessation is a major public health issue today. General practitioners working in primary health care can play an important role in assisting their patients quit smoking.

Objectives

The aim of this systematic review was to assess the effectiveness of non pharmaceutical interventions in general practice for smoking cessation

Search strategy

The Pubmed database and Cochrane Central Register of Controlled Trials were searched. Date of the most recent search: August 2010

Selection criteria

Randomized controlled trials of non pharmaceutical interventions for smoking cessation delivered by general practitioners in primary health care setting.

Data collection and analysis

Data was extracted in duplicate by two independent reviewers. The differences were settled after discussion and any disagreements were resolved by referral to a third reviewer. Studies that met the inclusion criteria were included in the review, their quality was assessed and the study population, the interventions delivered, the outcomes and the effectiveness of outcomes were documented. Studies included in the review were then categorized according to the type of intervention and the effectiveness of each intervention was assessed separately.

Main results

25 trials were identified, conducted between 1972 and 2009. All trials assessed the effectiveness of interventions delivered by general practitioners in primary health care setting. The most effective interventions that gave statistically significant results were the motivational interviewing,

interventions based on the transtheoretical model of stages of change and intensive (structured) interventions. Simple advice, follow up visits, computer tailored letters and printed self help material showed no statistically significant outcomes compared to usual practice. Spirometry showed an increased effectiveness in smoking cessation that didn't reach statistical significance, except when spirometry results are announced as "lung age".

Authors' conclusions

Interventions based on motivational interviewing, the stages of change model and intensive-structured ones appear to be effective in helping patients quit smoking in primary health care. There is insufficient evidence to support the effectiveness of spirometry in smoking cessation.

Key words

Smoking, smoking cessation, general practice, primary health care, consultation, counseling

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

1.1 Κάπνισμα

1.1.1. Ορισμός

Το κάπνισμα παραμένει η κύρια αιτία νοσηρότητας και θνησιμότητας στις αναπτυγμένες χώρες που μπορεί να προληφθεί (Office for Official Publications of the European Communities 2004, Centers for Disease Control and Prevention 2005).

Ως καπνιστές θεωρούνται όσοι αναφέρουν ότι έχουν καπνίσει τουλάχιστον 100 τσιγάρα στη ζωή τους και οι οποίοι εξακολουθούν να καπνίζουν κάθε μέρα ή κάποιες μέρες (Centers for Disease Control and Prevention, 2009). Το κάπνισμα αποτελεί χρόνια νόσο κατά την οποία εναλλάσσονται οι προσπάθειες διακοπής και οι υποτροπές (Fiore, 2008).

1.1.2. Επιπολασμός

Το κάπνισμα παραμένει ένα από τα σημαντικότερα ζητήματα δημόσιας υγείας που αντιμετωπίζουν οι αναπτυγμένες χώρες (Glyn 1996). Η συντριπτική πλειοψηφία των καπνιστών ξεκινούν τη χρήση προϊόντων καπνού αρκετά πριν από την ηλικία των 18 ετών (US Department of Health and Human Services, 1999). Υπολογίζεται ότι στις ΗΠΑ καπνίζουν 46 εκατομμύρια άνθρωποι (περίπου το 20,6% των ενηλίκων άνω των 18 ετών) και το κάπνισμα είναι πιο συχνό στους άνδρες (23,1%) από ότι στις γυναίκες (18,3%) (Centers for Disease Control and Prevention, 2009). Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ.) υπολογίζει ότι στην Ευρώπη καπνίζουν περίπου 215 εκατομμύρια, από τα οποία τα 130 είναι άνδρες (WHO 2007).

Η Ελλάδα παρουσιάζει την υψηλότερη αναλογία καπνιστών μεταξύ των δυτικοευρωπαϊκών χωρών (37,6%), αν και κατά την τελευταία δεκαετία παρατηρήθηκε μείωση του ποσοστού των καπνιστών (WHO, European Health for All Database, 2008). Ωστόσο, παρά τη παρατηρούμενη μείωση των καπνιστών στη χώρα μας, ο μέσος ετήσιος αριθμός τσιγάρων κατ' άτομο παρουσιάζει αύξηση: στη δεκαετία 1991 - 2001 αυξήθηκε κατά 29,7% και έφτασε τα 3.089,4 τσιγάρα και τελικά, το 2004 τα 3.199,8 τσιγάρα καθιστώντας έτσι την Ελλάδα ως τη χώρα με τον υψηλότερο αριθμό καταναλισκόμενων τσιγάρων κατ' άτομο στη Δυτική Ευρώπη (WHO, European Health for All Database, 2008). Στη χώρα μας, οι αστικές περιοχές εμφανίζουν υψηλότερα ποσοστά καπνιστικής συνήθειας από ότι οι αγροτικές περιοχές (Pitsavos, 2003), ενώ άτομα ανώτερης κοινωνικο-οικονομικής κατάστασης έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να καπνίζουν σε σύγκριση με όσους έχουν χαμηλότερα εισοδήματα και μόρφωση (Huisman, 2005). Επίσης, σύμφωνα με τα στοιχεία της

Eurostat, 2007 η συχνότητα του καπνίσματος στην Ελλάδα, παρουσιάζει τα υψηλότερα ποσοστά στις ηλικίες 35 - 44 ετών.

1.1.3. Συνέπειες

Το τσιγάρο περιλαμβάνει τουλάχιστον 250 ουσίες που είναι τοξικές ή καρκινογόνες (U.S. Department of Health and Human Sciences 2005). Το κάπνισμα προκαλεί τουλάχιστον 25 απειλητικές για τη ζωή ασθένειες ή ομάδες ασθενειών και αποτελεί μείζονα παράγοντα κινδύνου σε οκτώ από τις 16 κύριες αιτίες θανάτου ανθρώπων ηλικίας μεγαλύτερης των 65 ετών (WHO 2007). Οι κύριες βλαπτικές επιπτώσεις του καπνίσματος εντοπίζονται στην αύξηση της συχνότητας εμφάνισης και στην αύξηση της θνησιμότητας νοσημάτων όπως η στεφανιαία νόσος, τα αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια, η χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια και διαφόρων μορφών καρκίνου (πνεύμονα, φάρυγγα, λάρυγγα, οισοφάγου, ουροδόχου κύστης), ενώ σημαντικές είναι οι επιπτώσεις στη βρεφική θνησιμότητα και στις εμβρυϊκές επιπλοκές κατά την κύηση.

Περίπου οι μισοί από τους καπνιστές θα πεθάνουν από νόσο που σχετίζεται με το κάπνισμα (British Heart Foundation, 2001). Ο κίνδυνος αυτός είναι ανάλογος με τη διάρκεια και τη βαρύτητα της καπνιστικής συνήθειας (Campbell 1998, Cook 1986). Ενδεικτικά αναφέρεται ότι για ένα άτομο ηλικίας 25 ετών, η κατανάλωση ενός πακέτου τσιγάρων την ημέρα θα μειώσει το προσδόκιμο ζωής κατά 4,6 έτη, ενώ σε έναν καπνιστή δύο πακέτων την ημέρα, το προσδόκιμο επιβίωσης θα μειωθεί κατά 8,3 έτη. Έναρξη του καπνίσματος σε ηλικία 15 ετών μειώνει κατά μέσο όρο το προσδόκιμο ζωής κατά 8 έτη, ενώ έναρξη σε ηλικία άνω των 25 ετών, επιφέρει μείωση του προσδόκιμου ζωής κατά 4 έτη (US DHHS 1989).

Ο Π.Ο.Υ. εκτιμά ότι το κάπνισμα προκαλεί 3,5 εκατομμύρια θανάτους ετησίως σε παγκόσμιο επίπεδο ενώ με τον τρέχοντα ρυθμό εξέλιξης, μέχρι το τέλος της δεκαετίας του 2020, οι θάνατοι θα έχουν αυξηθεί σε περίπου 10 εκατομμύρια ετησίως (WHO 2007). Στη συντριπτική πλειονότητα των χωρών της Δυτικής Ευρώπης, το κάπνισμα είναι η πρώτη αιτία χαμένων ετών ζωής λόγω θανάτου ή αναπηρίας (DALY's) και ευθύνεται για το 12,3% χαμένων ετών ζωής. Στην Ελλάδα, η οφειλόμενη στο κάπνισμα θνησιμότητα φτάνει το 19,3%, ενώ το ποσοστό των χαμένων ετών ζωής το 12,9% (WHO 2005).

Επίσης, το άμεσο και το έμμεσο κόστος της θεραπείας των νοσημάτων που σχετίζονται με το κάπνισμα αποτελεί τεράστια επιβάρυνση για τον προϋπολογισμό της υγείας παγκοσμίως (WHO 2007). Σύμφωνα με εκτιμήσεις, το κόστος της φροντίδας υγείας για τα νοσήματα που σχετίζονται με το κάπνισμα ποικίλλει στις διάφορες χώρες μεταξύ 0,1 και 1,1% του ακαθάριστου εγχώριου προϊόντος (Prahbat & Chaloupka, 2000). Εντούτοις, μελέτες στην Ευρώπη δείχνουν ότι το άμεσο και

έμμεσο κόστος του καπνίσματος μπορεί να είναι ακόμη υψηλότερο και υπολογίζεται στο 1,04 ως 1,39% του ακαθάριστου εγχώριου προϊόντος της Ευρωπαϊκής Ένωσης, ποσό που αντιστοιχεί μεταξύ 97,7 και 130,3 δισ. Ευρώ (Office for Official Publications of the EC, 2004).

1.2 Διακοπή καπνίσματος

1.2.1. Ωφέλειες

Οι ωφέλειες από τη διακοπή καπνίσματος είναι πολλαπλές. Οι καπνιστές που διακόπτουν το κάπνισμα μειώνουν σημαντικά τον κίνδυνο ασθένειας και πρόωρου θανάτου. Τα οφέλη είναι μεγαλύτερα για αυτούς που διακόπτουν σε μικρότερες ηλικίες, ωστόσο είναι σημαντικά σε κάθε ηλικία.

Είναι χαρακτηριστικό, ότι στην περίπτωση της στεφανιαίας νόσου, στα 5 χρόνια από τη διακοπή του καπνίσματος ο κίνδυνος καρδιακής προσβολής μειώνεται στο μισό του κινδύνου που διατρέχει ένας καπνιστής, ενώ στα 10 χρόνια ο κίνδυνος αυτός μειώνεται στα ίδια επίπεδα με αυτόν ενός μη καπνιστή (Wilson, 2000).

Σε ό,τι αφορά τον καρκίνο του πνεύμονα, μετά 10 - 15 χρόνια διακοπής ο κίνδυνος στους καπνιστές είναι μόνο 5 φορές μεγαλύτερος από ότι τους μη καπνιστές και μετά από 15 - 20 χρόνια ελάχιστα μεγαλύτερος από τους μη καπνιστές (IARC, 2002). Αντίστοιχα είναι και τα ποσοστά μείωσης του κινδύνου για τις άλλες συνέπειες του καπνίσματος.

1.2.2. Εμπόδια

Η διακοπή καπνίσματος είναι δύσκολη και συχνά απαιτεί πολλές προσπάθειες. Πρόβλημα αποτελεί ο εθισμός από τη νικοτίνη, καθώς αποτελεί ουσία που οδηγεί σε σωματική και ψυχική εξάρτηση, προκαλώντας συμπτώματα στέρησης από τη διακοπή της (U.S. Department of Health and Human Services, 2009). Οι περισσότεροι καπνιστές είναι εθισμένοι στη νικοτίνη, η οποία προκαλεί παρόμοιο εθισμό με την ηρωίνη, την κοκαΐνη και το αλκοόλ (American Society of Addiction Medicine, 2009). Η νικοτίνη που εισέρχεται στον οργανισμό με το κάπνισμα περνά γρήγορα στην αρτηριακή κυκλοφορία και από εκεί στον εγκέφαλο, επιδρώντας έντονα στο κεντρικό νευρικό σύστημα. Οι επιδράσεις αυτές ενισχύουν τη συμπεριφορά του καπνίσματος, γιατί επέρχονται πολύ σύντομα μετά το κάπνισμα. Επίσης, τα επίπεδα νικοτίνης στον οργανισμό ελαττώνονται γρήγορα μετά το κάπνισμα του τελευταίου τσιγάρου οδηγώντας έτσι τον καπνιστή στο να αναζητήσει ξανά το κάπνισμα για να ρυθμίσει τη δόση της νικοτίνης που λαμβάνει με τα τσιγάρα και να μειώσει τα συμπτώματα στέρησης όπως η ευερεθιστότητα, το άγχος, η δυσκολία συγκέντρωσης και η αύξηση της όρεξης. Πέρα από αυτές τις επιδράσεις, η χρήση της νικοτίνης είναι συνυφασμένη με την

καθημερινότητα και είναι, ως ένα σημείο, κοινωνικά αποδεκτή (American Psychiatric Association, 1996). Η εξάρτηση από τη νικοτίνη, επομένως, είναι μια χρόνια κατάσταση και συχνά απαιτούνται επανειλημμένες παρεμβάσεις για να διατηρηθεί η διακοπή του καπνίσματος (Fiore, 2008).

Από τους ενήλικες καπνιστές στις ΗΠΑ το 70% αναφέρει ότι επιθυμεί να διακόψει εντελώς το κάπνισμα, ενώ εκατομμύρια έχουν ήδη επιχειρήσει να το διακόψουν αλλά οι υποτροπές είναι πολύ συχνές. Μάλιστα, όπως δείχνουν μελέτες, ένα ποσοστό 40% αυτών που καπνίζουν καθημερινά σε ηλικίες 25-44 ετών και το 38% των καπνιστών στις ηλικίες 45-64 ετών έχουν κάνει τουλάχιστον μία προσπάθεια να διακόψουν το κάπνισμα κατά το προηγούμενο έτος (Centers for Disease Control and Prevention, 2009).

Οι γενικοί ιατροί έρχονται σε επαφή με το 70% των καπνιστών κάθε χρόνο (Lopez-Quintero, 2006). Είναι, επομένως, λογικό να επιχειρούν παρεμβάσεις για διακοπή του καπνίσματος στους ασθενείς τους. Ωστόσο, η συχνότητα της διαβούλευσης για τη διακοπή του καπνίσματος παραμένει μικρή και προκειμένου να εξηγηθεί έχουν αναγνωριστεί ως ανασταλτικοί παράγοντες: η έλλειψη χρόνου (Helgason, 2002, Gallefoss 2002), η απροθυμία των καπνιστών να μιλήσουν για το κάπνισμα (McLeod, 2000, Coleman 2000), τα περιορισμένα κίνητρα των καπνιστών να διακόψουν (Young, 2001, Cornuz 2000), η χαμηλή συμμόρφωση στις οδηγίες (Young, 2001), η επικέντρωση σε άλλα προβλήματα των καπνιστών (Bremberg 2003), η αμηχανία κατά τη συζήτηση για το κάπνισμα (Helgason, 2002, Gallefoss 2002), η έλλειψη δεξιοτήτων από μέρους των ιατρών (Kottke, 1994) και η έλλειψη οικονομικής αποζημίωσης για τους ιατρούς (Saywell, 1996).

1.2.3. Παρεμβάσεις

Οι παρεμβάσεις για τη διακοπή του καπνίσματος στη Γενική Ιατρική διακρίνονται σε φαρμακευτικές και μη φαρμακευτικές.

Οι φαρμακευτικές παρεμβάσεις περιλαμβάνουν:

- Υποκατάστατα νικοτίνης (πχ. η τσίγλα, τα επιθέματα, οι καραμέλες, το ρινικό σπρέι)
- Φάρμακα όπως η βουπροπιόνη και η βαρενικλίνη

Οι μη φαρμακευτικές μέθοδοι περιλαμβάνουν παρεμβάσεις όπως (Silagy and Stead 2003, Gorecka et al. 2003, Fiore 2009):

- Η απλή σύσταση για διακοπή
- Η σύντομη συμβουλευτική παρέμβαση (10λεπτή ή συντομότερη)
- Η εντατική συμβουλευτική παρέμβαση (με περισσότερη διαπροσωπική επαφή, μεγαλύτερη χρονική διάρκεια και χρήση συμπεριφορικών- γνωσιακών τεχνικών)

- Άλλες βοηθητικές παρεμβάσεις όπως η αποστολή εξατομικευμένων επιστολών, η χορήγηση υλικού «αυτοβοήθειας» και η εφαρμογή σπιρομέτρησης

1.2.4 Αποτελεσματικότητα παρεμβάσεων

Η έρευνα σχετικά με την αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων για τη διακοπή του καπνίσματος αφορά ένα ευρύ πεδίο φαρμακευτικών και μη παρεμβάσεων. Στο χώρο της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας η έρευνα εστιάζεται περισσότερο στις μη φαρμακευτικές παρεμβάσεις που εφαρμόζονται από τους ιατρούς αλλά και άλλους επαγγελματίες υγείας, όπως οι νοσηλεύτριες και οι κλινικοί ψυχολόγοι. Σε μία συστηματική ανασκόπηση (Stead, 2008), έχει εκτιμηθεί η αποτελεσματικότητα της συμβουλής από τον ιατρό- όχι απαραίτητα τον γενικό ιατρό- και έχει βρεθεί ότι η σύντομη ιατρική συμβουλή παρουσιάζει μικρή αποτελεσματικότητα στη διακοπή του καπνίσματος (αύξηση των ποσοστών διακοπής περίπου 2,5%) και ότι οι εντατικότερες συμβουλευτικές παρεμβάσεις (διάρκειας >20 λεπτών) εμφανίζονται αποτελεσματικότερες από την απλή συμβουλή. Ωστόσο, δεν υπάρχουν επαρκή στοιχεία σχετικά με τις επιμέρους κατηγορίες των εντατικών παρεμβάσεων (ανάλογα με το θεωρητικό πρότυπο στο οποίο αυτές βασίζονται) και ειδικότερα όταν αυτές εφαρμόζονται από το γενικό ιατρό σε περιβάλλον πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Επίσης, δεν γίνεται αναφορά στη χρήση από το γενικό ιατρό βοηθητικών υποστηρικτικών μέσων για τη διακοπή του καπνίσματος, όπως οι εξατομικευμένες επιστολές, το έντυπο υλικό αυτοβοήθειας και η ανακοίνωση των αποτελεσμάτων της σπιρομέτρησης στον καπνιστή.

1.2.5 Θεωρητικά Πρότυπα

1.2.5.1. Διαθεωρητικό πρότυπο των σταδίων της αλλαγής

Ένα θεωρητικό πρότυπο που έχει χρησιμοποιηθεί προκειμένου να επιτευχθεί αλλαγή στη συμπεριφορά των καπνιστών είναι το διαθεωρητικό πρότυπο των σταδίων της αλλαγής (Transtheoretical Model of Stages of Change), (Prochaska and DiClemente 1982). Το πρότυπο των σταδίων της αλλαγής αναπτύχθηκε για να εξηγήσει, να προβλέψει και να προσδιορίσει τις διαδικασίες αλλαγής της συμπεριφοράς των ατόμων. Υποστηρίζει ότι κάθε αλλαγή της συμπεριφοράς των ατόμων ολοκληρώνεται μέσα από μια σειρά διαδοχικών σταδίων (stages of change), τα οποία είναι:

α) το στάδιο **απουσίας πρόθεσης για αλλαγή της συμπεριφοράς** (precontemplation) όπου τα άτομα δεν σκέφτονται να αλλάξουν την συμπεριφορά τους για τους επόμενους έξι μήνες. Τα

άτομα του σταδίου αυτού πιστεύουν πως τα οφέλη από την βλαβερή συμπεριφορά τους είναι περισσότερα από το κόστος.

β) το στάδιο **πρόθεσης για αλλαγή της συμπεριφοράς** (contemplation), όπου τα άτομα σκοπεύουν να αλλάξουν την συμπεριφορά τους στους επόμενους έξι μήνες. Ανεξάρτητα από την πρόθεσή τους μένουν σε αυτό το σχετικά σταθερό στάδιο κατά μέσο όρο δύο χρόνια. Τα άτομα του σταδίου αυτού θεωρούν ισοσκελισμένα τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα της επικίνδυνης συμπεριφοράς τους.

γ) το στάδιο της **προετοιμασίας** (preparation), κατά το οποίο τα άτομα σχεδιάζουν να αλλάξουν την συμπεριφορά τους στον επόμενο μήνα ή έχουν ξεκινήσει τις προσπάθειες και κάποιες μικρές αλλαγές. Στο στάδιο αυτό το όφελος από την αλλαγή εκτιμάται περισσότερο από το κόστος της βλαβερής συμπεριφοράς. Το στάδιο της προετοιμασίας δεν είναι σταθερό και τα άτομα που βρίσκονται σε αυτό είναι πιθανό να έχουν κάποια πρόοδο στην αλλαγή της συμπεριφοράς τους μέσα στους επόμενους έξι μήνες σε σχέση με τα άτομα των δύο προηγούμενων σταδίων.

δ) το στάδιο της **δράσης** (action), όπου το άτομο έχει αλλάξει την συμπεριφορά του και έχουν σημειωθεί σημαντικές αλλαγές στη συμπεριφορά του στη διάρκεια των έξι τελευταίων μηνών. Τα άτομα πιστεύουν πως τα οφέλη από την αλλαγή της συμπεριφοράς είναι περισσότερα από το κόστος. Είναι το στάδιο με σημαντική αστάθεια και τα άτομα που βρίσκονται σε αυτό έχουν την τάση να επιστρέψουν στις προηγούμενες βλαβερές συμπεριφορές τους.

ε) το στάδιο της **διατήρησης** (maintenance), όπου το άτομο διατηρεί τις αλλαγές στη συμπεριφορά του για έξι και περισσότερους μήνες Υποστηρίζεται ότι χρειάζονται πέντε χρόνια συνεχούς διατήρησης της νέας συμπεριφοράς για να ελαχιστοποιηθεί ο κίνδυνος επιστροφής στην παλιά προβληματική συμπεριφορά (relapse).

στ) το στάδιο της **ολοκλήρωσης** (termination), όπου το άτομο για πάνω από πέντε χρόνια διατηρεί τις αλλαγές στη συμπεριφορά του. Στο στάδιο αυτό είναι περιορισμένες οι πιθανότητες επιστροφής στην παλιά συμπεριφορά.

1.2.5.2. Συνέντευξη υποκίνησης

Η συνέντευξη υποκίνησης (Motivational Interviewing), η οποία περιγράφηκε από τον Miller το 1983 και χρησιμοποιήθηκε αρχικά για τη θεραπεία του αλκοολισμού είναι χρήσιμη και για να προωθήσει αλλαγές όπου υπάρχει εθισμός (Miller, 1991). Είναι μια ιατρική συνέντευξη επικεντρωμένη στον ασθενή, η οποία εξετάζει και επιλύει τις αντιφάσεις που υπάρχουν σε ανθυγιεινές συμπεριφορές και συνήθειες. Η βασική ιδέα της τεχνικής είναι ότι ο ασθενής εκφράζει τα προβλήματά του και την επιθυμία του για αλλαγή. Οι τεχνικές αυτές επιτρέπουν στο γενικό ιατρό

να κινητοποιήσει τον ασθενή, λαμβάνοντας υπόψη τα κίνητρα του ασθενούς και σεβόμενος πάντα τις τελικές του αποφάσεις, χωρίς να τον τιμωρεί γι' αυτές.

1.2.5.3. Θεωρία αυτεπάρκειας

Η θεωρία της αυτεπάρκειας (Self Efficacy Theory) ισχυρίζεται ότι για να υπάρξει αλλαγή, οι άνθρωποι πρέπει να πιστέψουν ότι η αλλαγή αξίζει να γίνει και ότι είναι εφικτή (Bandura, 1994). Ο ψυχολόγος Bandura όρισε την αυτεπάρκεια σαν την εμπιστοσύνη ενός ατόμου στην ικανότητά του να πετύχει σε συγκριμένες καταστάσεις. Η εμπιστοσύνη αυτή μπορεί να παίζει κυρίαρχο ρόλο στην προσέγγιση των στόχων και των προκλήσεων από το άτομο. Η έννοια της αυτεπάρκειας αποτελεί κεντρική έννοια στην κοινωνική γνωστική θεωρία του Bandura. Ο ίδιος αναγνωρίζει τέσσερις παράγοντες που επηρεάζουν την αυτεπάρκεια (την εμπειρία, το πρότυπο, τις κοινωνικές επιρροές και διάφορους φυσιολογικούς παράγοντες όπως συμπτώματα που εμφανίζονται σε στρεσογόνα γεγονότα).

1.2.5.4 Πρότυπο πεποιθήσεων υγείας

Το πρότυπο πεποιθήσεων για την υγεία (Health Belief Model) είναι ένα ψυχολογικό πρότυπο που επιχειρεί να εξηγήσει και να προβλέψει τη συμπεριφορά σε θέματα υγείας (Becker, 1974). Επικεντρώνεται σε στάσεις και πεποιθήσεις των ατόμων. Το πρότυπο πεποιθήσεων για την υγεία αναπτύχθηκε αρχικά τη δεκαετία του 1950 από τους κοινωνικούς ψυχολόγους Hochbaum, Rosenstock και Kegels. Βασίζεται στην αντίληψη ότι ένα άτομο θα προβεί σε μία πράξη που σχετίζεται με την υγεία του αν:

- αισθάνεται ότι μια αρνητική κατάσταση για την υγεία του μπορεί να αποφευχθεί
- προσδοκεί ότι με αυτή την πράξη θα αποφευχθεί η αρνητική κατάσταση για την υγεία του
- πιστεύει ότι μπορεί με επιτυχία να προβεί σε αυτή την πράξη

Το πρότυπο των πεποιθήσεων για την υγεία περιλαμβάνει τέσσερα στοιχεία που αντιπροσωπεύουν τις αντιλαμβανόμενες απειλές και το καθαρό όφελος: αντιλαμβανόμενη ευαισθησία, αντιλαμβανόμενη σοβαρότητα, αντιλαμβανόμενα οφέλη και εμπόδια. Σε αυτές τις έννοιες οφείλεται κατά τη θεωρία η ετοιμότητα κάποιου ατόμου να δράσει. Μια πρόσφατη προσθήκη στο πρότυπο είναι η έννοια της αυτεπάρκειας ή της πίστης κάποιου στις ικανότητες του να εκτελέσει με επιτυχία κάποια πράξη. Αυτή η έννοια προστέθηκε από τον Rosenstock το 1988 για να βοηθήσει το πρότυπο να ανταποκριθεί καλύτερα στις προκλήσεις της αλλαγής της καθ' ἑξιν ανθυγιεινής συμπεριφοράς όπως της καθιστικής ζωής, του καπνίσματος και της παχυσαρκίας.

1.2.5.5 Θεωρία απόδοσης αιτιών

Η θεωρία της απόδοσης αιτιών (Attribution theory) προσπαθεί να εξηγήσει τον τρόπο με τον οποίο τα άτομα ερμηνεύουν τα γεγονότα και τον τρόπο με τον οποίο αυτό επηρεάζει τη σκέψη και τη συμπεριφορά τους (Weiner, 1986). Ο Heider (1958) ήταν ο πρώτος που πρότεινε μια ψυχολογική θεωρία για την απόδοση αιτιών, αλλά ο Weiner και οι συνεργάτες του ανέπτυξαν το θεωρητικό πλαίσιο που χρησιμοποιείται σήμερα στην κοινωνική ψυχολογία. Ο Weiner αναγνώρισε την ικανότητα, την προσπάθεια, την δυσκολία του στόχου αλλά και την τύχη σαν τους πιο σημαντικούς παράγοντες που επηρεάζουν την επίτευξη κάποιου στόχου. Η θεωρία της απόδοσης αιτιών κατά τον Weiner περιλαμβάνει τρία στοιχεία:

- τον εντοπισμό της αιτίας, η οποία μπορεί να είναι εσωτερική ή εξωτερική
- τη σταθερότητα της αιτίας, δηλαδή την πιθανότητα να παραμείνει η ίδια ή να μεταβληθεί
- τη δυνατότητα ελέγχου, δηλαδή αν το άτομο μπορεί να ελέγξει την αιτία

1.3 Γενικός ιατρός

1.3.1. Ορισμός

Ο Leeuwenhorst έδωσε τον ακόλουθο ορισμό του γενικού ιατρού το 1974:

«Ο γενικός ιατρός είναι ο ιατρός που παρέχει προσωπική, πρωτοβάθμια και συνεχή φροντίδα σε άτομα, οικογένειες και στον πληθυσμό ευθύνης του ανεξάρτητα από ηλικία, φύλο και ασθένεια. Η σύνθεση αυτών των λειτουργιών είναι μοναδική... Σκοπός του είναι η πρόωπη διάγνωση. Λαμβάνει υπόψη του βιολογικούς, ψυχολογικούς και κοινωνικούς παράγοντες στην αντιμετώπιση της υγείας και της νόσου... Συνεργάζεται με άλλους συναδέλφους ιατρούς και μη και αποδέχεται την επαγγελματική του ευθύνη απέναντι στην κοινότητα.» (Leeuwenhorst, 1974).

Η παγκόσμια οργάνωση γενικών/οικογενειακών ιατρών WONCA έδωσε το δικό της ορισμό το 1991, ο οποίος τροποποιήθηκε το 2002 (Wonca Europe 2002).

Σύμφωνα με το νέο ορισμό τα χαρακτηριστικά της ειδικότητας της Γενικής/Οικογενειακής ιατρικής είναι ότι:

- Αποτελεί το σημείο πρώτης επαφής του ασθενούς με το σύστημα υγείας, παρέχει ανοιχτή και απεριόριστη πρόσβαση στους χρήστες της και ασχολείται με όλα τα προβλήματα υγείας ανεξάρτητα από την ηλικία, το φύλο ή άλλα χαρακτηριστικά του ασθενούς.
- Χρησιμοποιεί αποτελεσματικά τις άλλες υπηρεσίες του συστήματος υγείας συντονίζοντας τη φροντίδα του ασθενούς, εργάζεται μαζί με άλλους επαγγελματίες σε περιβάλλον πρωτοβάθμιας

φροντίδας υγείας και λαμβάνει ένα συμβουλευτικό ρόλο για τον ασθενή στην επαφή του με τις άλλες ειδικότητες, όταν αυτό χρειάζεται.

- Αναπτύσσει μια ανθρωποκεντρική προσέγγιση, προσανατολισμένη στο άτομο, στην οικογένειά του και στην κοινότητά τους.
- Αναπτύσσει μια μοναδική διαδικασία εξέτασης, η οποία εδραιώνει μια σχέση με το πέρασμα του χρόνου μέσα από την αποτελεσματική επικοινωνία ιατρού-ασθενούς
- Είναι υπεύθυνη για την παροχή μακροχρόνιας συνέχειας στη φροντίδα, ανάλογα με τις ανάγκες του ασθενούς.
- Διαθέτει μια συγκεκριμένη διαδικασία λήψης απόφασης η οποία επηρεάζεται από τον επιπολασμό και την επίπτωση της νόσου στην κοινότητα.
- Διαχειρίζεται ταυτόχρονα οξεία και χρόνια προβλήματα υγείας στους ασθενείς.
- Διαχειρίζεται τη νόσο, αδιαφοροποίητη στα πρώιμα στάδια, καθώς εξελίσσεται και μπορεί να εφαρμόσει επείγουσα παρέμβαση, εφόσον απαιτηθεί.
- Προάγει την υγεία και την ευεξία με κατάλληλες και αποτελεσματικές παρεμβάσεις.
- Έχει συγκεκριμένη ευθύνη για την υγεία της κοινότητας.
- Ασχολείται με προβλήματα υγείας στις βιολογικές, ψυχολογικές, κοινωνικές, πολιτιστικές και υπαρξιακές διαστάσεις τους.

1.3.2. Καταλληλότητα για αλλαγές συμπεριφοράς υγείας

Οι επαγγελματίες υγείας παίζουν σημαντικό ρόλο στην προαγωγή της διακοπής καπνίσματος- οι καπνιστές αναγνωρίζουν ότι η συμβουλή του ιατρού είναι καθοριστική για τη διακοπή του καπνίσματος από τους ίδιους (Ockene 1987).

Ο γενικός ιατρός, ο οποίος έχει το πλεονέκτημα της ολιστικής προσέγγισης του ασθενούς και της συνέχειας στη φροντίδα του, είναι κατάλληλος για παρεμβάσεις που στοχεύουν σε τροποποίηση της συμπεριφοράς υγείας του ασθενούς, όπως η διακοπή του καπνίσματος (Ockene 1987). Οι περισσότεροι ασθενείς επισκέπτονται τον οικογενειακό τους ιατρό τουλάχιστον μια φορά ετησίως (Zwar 2006) και πολλοί καπνιστές τον θεωρούν ως σημαντικό παράγοντα που θα τους επηρεάσει σχετικά με τη διακοπή του καπνίσματος (Owen 1990, Richmond 1996, Duaso 2002). Η σχέση εμπιστοσύνης που έχουν με τους ασθενείς τους και η συνολική γνώση της κατάστασης της υγείας τους μπορεί να αποτελέσουν κίνητρο που θα κινητοποιήσει τους καπνιστές να διακόψουν το κάπνισμα.

Αναγνωρίζοντας το σημαντικό ρόλο που μπορεί να διαδραματίσει ένας ιατρός της ΠΦΥ για να προάγει τη διακοπή καπνίσματος, οι κατευθυντήριες οδηγίες για την κλινική πρακτική συστήνουν

ότι οι ιατροί της ΠΦΥ οφείλουν να αναλαμβάνουν δράσεις για να βοηθούν τους καπνιστές ασθενείς τους να διακόψουν το κάπνισμα (IPCRG 2008, NICE 2006, US Dept of Health and Human Services- Public Health Service 2008).

1.4. Αναγκαιότητα ερευνητικής εργασίας

Ο πληθυσμός των καπνιστών που προσέρχονται στο γενικό ιατρό αποτελεί μέρος του γενικού πληθυσμού και είναι διαφορετικός από τον πληθυσμό των καπνιστών που προσέρχονται σε κέντρα διακοπής καπνίσματος (άρα είναι ήδη κινητοποιημένοι για διακοπή) ή βρίσκονται σε νοσοκομεία και κλινικές (πχ. καρδιολογικές μετά από ένα μείζων καρδιαγγειακό συμβάν). Ακόμη, ο πληθυσμός των καπνιστών που προσέρχονται στο γενικό ιατρό διαφέρει από το γενικό πληθυσμό στον οποίο απευθύνονται παρεμβάσεις όπως οι τηλεφωνικές γραμμές υποστήριξης διακοπής του καπνίσματος.

Επίσης, ο γενικός ιατρός είναι σε θέση να γνωρίζει καλύτερα την προσωπικότητα του ασθενούς του, το οικογενειακό, εργασιακό και κοινωνικό περιβάλλον του, ενώ διαχειρίζεται το σύνολο των προβλημάτων της υγείας του ακολουθώντας τη βιο-ψυχο-κοινωνική προσέγγιση. Η μακροχρόνια σχέση που αναπτύσσεται μεταξύ του γενικού ιατρού και του ασθενούς του βασίζεται στην καλή επικοινωνία, στον αμοιβαίο σεβασμό και στην εμπιστοσύνη. Αυτή η σχέση που αναπτύσσει ο γενικός ιατρός με τους ασθενείς του είναι μοναδική, διαφέρει από αυτήν που αναπτύσσουν οι άλλοι επαγγελματίες υγείας και ενδεχομένως επηρεάζει την επιτυχία των παρεμβάσεων του στην τροποποίηση της συμπεριφοράς των ασθενών σε θέματα υγείας και τρόπου ζωής, όπως το κάπνισμα.

Στη βιβλιογραφία υπάρχουν αρκετές μελέτες παρεμβάσεων (φαρμακευτικών και μη φαρμακευτικών) για τη διακοπή καπνίσματος από ιατρούς (γενικούς και ειδικούς) και άλλους επαγγελματίες υγείας (νοσηλευτές, επισκέπτες υγείας, κλινικούς ψυχολόγους, οδοντιάτρους, φαρμακοποιούς) (Esther 2004, Stead 2008, Lancaster 2009, Bize 2010, Lai 2010). Ωστόσο, απουσιάζει μια συστηματική ανασκόπηση τυχαιοποιημένων κλινικών μελετών της αποτελεσματικότητας μη φαρμακευτικών παρεμβάσεων που εφαρμόζονται από το γενικό ιατρό σε περιβάλλον πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας για τη διακοπή του καπνίσματος στους ασθενείς του. Επομένως, είναι σημαντικό να φωτιστούν τα προβλήματα και οι δυσκολίες στην προσπάθεια να πεισθούν καπνιστές που προσέρχονται στο γενικό ιατρό για την αναγκαιότητα και τις ωφέλειες από τη διακοπή του καπνίσματος αλλά και να αναδειχθούν οι πλέον κατάλληλες και αποτελεσματικές παρεμβάσεις που μπορεί να εφαρμόσει ο γενικός ιατρός για το σκοπό αυτό.

1.5. Σκοπός ερευνητικής εργασίας-ερευνητικά ερωτήματα

Σκοπός της μελέτης αυτής είναι η καταγραφή μη φαρμακευτικών παρεμβάσεων που εφαρμόζονται στη γενική ιατρική για τη διακοπή του καπνίσματος και η εκτίμηση της αποτελεσματικότητάς τους.

Η συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας αποτελεί την κατάλληλη ερευνητική μέθοδο για να αναδειχθούν οι παρεμβάσεις αυτές και να διαπιστωθεί η αποτελεσματικότητά τους.

Συγκεκριμένα, τα ερευνητικά ερωτήματα που διατυπώθηκαν είναι:

- Υπάρχουν στη διεθνή βιβλιογραφία μελέτες που αξιολογούν μη φαρμακευτικές παρεμβάσεις στη γενική ιατρική για τη διακοπή του καπνίσματος; Ποιες είναι αυτές οι παρεμβάσεις;
- Ποια η αποτελεσματικότητά των παρεμβάσεων αυτών;
- Για τις μελέτες με κοινή παρέμβαση, αναπαράγονται τα αποτελέσματα της πρώτης κλινικής δοκιμής και στις επόμενες μελέτες;

2. ΜΕΘΟΔΟΣ

2.1. Στρατηγική αναζήτησης

Η μεθοδολογία αναζήτησης αφορούσε τον εντοπισμό μελετών στη διεθνή βιβλιογραφία σχετικών με την αποτελεσματικότητα μη φαρμακευτικών παρεμβάσεων που εφαρμόζονται στη γενική ιατρική για τη διακοπή του καπνίσματος.

Οι ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων που χρησιμοποιήθηκαν ήταν οι εξής:

1. Pubmed (<http://www.pubmed.com/>) (1966 μέχρι Αύγουστος 2010)
2. Cochrane Central Register of Controlled Trials (<http://www.cochrane.org/>) (Issue 3 of 4, July 2010)

Στην στρατηγική αναζήτησης χρησιμοποιήθηκαν οι όροι “general practice”, “general practitioner”, “smoking”, “tobacco”, “behavioural treatment”, “consultation”, “counselling” είτε ως MeSH terms, είτε ως όροι στον τίτλο ή την περίληψη του άρθρου προκειμένου να αυξηθεί η ευαισθησία του στην εύρεση κατάλληλων μελετών.

Ο αλγόριθμος αναζήτησης για το Pubmed ήταν:

Behavioral Medicine"[Mesh] OR "Behavioral Disciplines and Activities"[Mesh] OR "Cognitive Therapy"[Mesh] OR "Cognitive Dissonance"[Mesh] OR "Self Efficacy"[Mesh] OR "Motivation"[Mesh] OR "cognitive therapy"[tiab] OR "cognitive treatment"[tiab] OR "cognitive behavioral"[tiab] OR "behavioral treatment"[tiab] OR "behavioral therapy"[tiab] OR “behavior therapy” OR “behavior treatment” OR "Counseling"[Mesh] OR "Directive Counseling"[Mesh] OR "Disease Management"[Mesh] OR "Hospice Care"[Mesh] OR "Hotlines"[Mesh] OR "Child Guidance Clinics"[Mesh] OR counsel*[tiab] OR advice[tiab] OR consultation[tiab] OR change[tiab] OR precontemplation[tiab] OR contemplation[tiab] OR preparation[tiab] OR action[tiab] OR maintenance[tiab] OR “life style”[Mesh] OR “risk reduction behavior”[Mesh] OR lifestyle[tiab] OR risk[tiab]) AND ("Family Practice"[Mesh] OR "Primary Health Care"[Mesh] OR "Physicians, Family"[Mesh] OR “family medicine”[tiab] OR “family practice”[tiab] OR “general medicine”[tiab] OR “general practice”[tiab] OR “general internal medicine”[tiab] OR “family physician”[tiab] OR “general practitioner”[tiab] OR “primary care”[tiab]) AND ("Clinical Trials as Topic"[Mesh] OR "randomized controlled trial"[pt] OR "controlled clinical trial"[pt] OR randomized[tiab] OR placebo[tiab] OR randomly[tiab] OR trial[tiab]) AND (“smoking cessation”[Mesh] OR smoking[tiab] or tobacco[tiab])

Ο αλγόριθμος αναζήτησης για την Cochrane (clinical trials registry) ήταν:

"Family Practice" OR "Primary Health Care" OR "Physicians, Family" OR "family medicine" OR "general medicine" OR "general practice" OR "general internal medicine" OR "family physician" OR "general practitioner" "primary care" AND "smoking cessation" OR smoking OR tobacco

Επιπρόσθετα, έγινε αναζήτηση της βιβλιογραφίας των άρθρων που συμπεριλήφθησαν στην ανασκόπηση αλλά και άλλων συστηματικών ανασκοπήσεων σχετικών με το ερευνητικό ερώτημα, ώστε να διαπιστωθεί αν υπήρχαν και άρθρα που δε βρέθηκαν κατά την αρχική ηλεκτρονική αναζήτηση.

2.2. Κριτήρια επιλογής και αποκλεισμού των άρθρων

2.2.1. Κριτήρια επιλογής

Η αναζήτηση στους παραπάνω δικτυακούς τόπους πραγματοποιήθηκε:

1. Στο Pubmed (1966 μέχρι Αύγουστος 2010)
2. Στο Cochrane Central Register of Controlled Trials (Issue 3 of 4, July 2010)

Αναζητήθηκαν άρθρα στην Αγγλική γλώσσα.

Συμπεριλήφθηκαν μόνο τυχαιοποιημένες κλινικές δοκιμές και τυχαιοποιημένες κλινικές δοκιμές όπου η τυχαιοποίηση δεν είχε γίνει στο επίπεδο των καπνιστών, αλλά στο επίπεδο των ιατρών που έκαναν την παρέμβαση ή των κέντρων υγείας.

Οι μελέτες που συμπεριλαμβάνονταν πραγματοποιήθηκαν σε περιβάλλον Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και ο γενικός ιατρός είχε ενεργό συμμετοχή στην παρέμβαση (μόνος ή σε συνεργασία με άλλους επαγγελματίες υγείας).

Ο πληθυσμός περιλάμβανε ενήλικες καπνιστές που προσέρχονται στο γενικό ιατρό για οποιαδήποτε αιτία. Δεν τέθηκε περιορισμός ανάλογα με το φύλο ή με τα έτη καπνίσματος και τη βαρύτητα της καπνιστικής συνήθειας.

Η μελέτη μπορούσε να συμπεριλαμβάνει οποιαδήποτε μη φαρμακευτική παρέμβαση στοχεύει στη διακοπή του καπνίσματος, όπως αυτή αναφέρεται από τους συγγραφείς π.χ., συμβουλευτική, γνωσιακή- συμπεριφερσιολογική θεραπεία, ανεξάρτητα από τη διάρκεια (σύντομη ή εκτεταμένη), τη συχνότητα (απλή ή επαναλαμβανόμενη) και την εφαρμογή από το γενικό ιατρό μόνο ή σε συνδυασμό με άλλους επαγγελματιών υγείας. Επίσης, συμπεριλήφθηκαν μελέτες όπου χρησιμοποίησαν βοηθητικά μέσα για τη διακοπή του καπνίσματος, όπως εξατομικευμένα γράμματα από υπολογιστή, υλικό αυτοβοήθειας και σπιρομέτρηση, διότι αυτά αποτελούν μη φαρμακευτικές

παρεμβάσεις. Ακόμη, συμπεριλήφθηκαν μελέτες που περιλάμβαναν και χορήγηση φαρμάκων για τη διακοπή του καπνίσματος εφόσον αυτά παρεχόταν τόσο στην ομάδα παρέμβασης όσο και στην ομάδα ελέγχου.

Η ομάδα σύγκρισης μπορούσε να περιλαμβάνει καπνιστές στους οποίους δε γινόταν καμία παρέμβαση ή στους οποίους ακολουθούσαν η συνηθισμένη πρακτική. Επίσης, συμπεριλήφθηκαν μελέτες στις οποίες η ομάδα σύγκρισης περιλάμβανε την εφαρμογή μιας άλλης μη φαρμακευτικής παρέμβασης πχ. απλής σύστασης για διακοπή του καπνίσματος.

Οι εκβάσεις μπορούσαν να συμπεριλαμβάνουν τη διακοπή του καπνίσματος, όπως αυτή οριζόταν από τη μελέτη, τη διάρκεια διακοπής του καπνίσματος, τη βελτίωση στην ποιότητα ζωής, τη μείωση του καρδιαγγειακού κινδύνου και των καρδιαγγειακών συμβαμάτων, τη μείωση του καρκίνου του πνεύμονα, και τη μείωση της θνητότητας.

Δεν τέθηκε χρονικό όριο ως προς την παρακολούθηση των καπνιστών, επομένως συμπεριλήφθηκαν εργασίες ανεξάρτητα από τη διάρκεια παρακολούθησης των καπνιστών μετά την παρέμβαση.

2.2.2. Κριτήρια αποκλεισμού

Από την έρευνα αποκλείστηκαν μελέτες που δεν ήταν γραμμένες στην Αγγλική γλώσσα.

Δεν συμπεριλήφθηκαν ημιτυχαιοποιημένες κλινικές δοκιμές.

Επίσης, αποκλείστηκαν μελέτες που συμπεριλάμβαναν μόνο εγκύους ή εφήβους καπνιστές, καθώς οι ειδικές συνθήκες και οι ανάγκες τους επιβάλλουν την αντιμετώπισή τους σαν ξεχωριστούς πληθυσμούς.

Αποκλείστηκαν μελέτες που έγιναν σε περιβάλλον νοσοκομείου ή ειδικού κέντρου διακοπής καπνίσματος, όπως επίσης και μελέτες με παρεμβάσεις που απευθύνονται στο γενικό πληθυσμό, πχ. από τηλεφωνικές γραμμές για τη διακοπή καπνίσματος.

Δεν συμπεριλήφθηκαν μελέτες στις οποίες η παρέμβαση γίνονταν μόνον από νοσηλεύτριες ή άλλους εργαζόμενους στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας.

Δεν συμπεριλήφθηκαν μελέτες στις οποίες οι παρεμβάσεις για το κάπνισμα ήταν μέρος πολυπαραγοντικών παρεμβάσεων για αλλαγή του τρόπου ζωής (πχ. διακοπή καπνίσματος και απώλεια βάρους ή αύξηση σωματικής δραστηριότητας κα.) ή μέρους ενός συνολικότερου προγράμματος για την επίτευξη συγκεκριμένων στόχων σε χρόνιες παθήσεις, (όπως Σακχαρώδης Διαβήτης, Αρτηριακή Υπέρταση, Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια) .

Επίσης, αποκλείστηκαν παρεμβάσεις βασισμένες σε εναλλακτικές μεθόδους θεραπείας (υπνοθεραπεία και βελονισμός) και παρεμβάσεις που σχετίζονταν με παροχή οικονομικής φύσεως

κινήτρων στους καπνιστές για διακοπή. Ακόμη, αποκλείστηκαν μελέτες στις οποίες ως παρέμβαση θεωρούνταν η παραπομπή του καπνιστού από το γενικό ιατρό σε ειδικά κέντρα διακοπής.

2.3. Εξαγωγή δεδομένων

Δύο ανεξάρτητοι ερευνητές (Σ.Π., Ι.Τ.) κατέγραψαν σε πίνακες τεκμηρίων για κάθε μία μελέτη:

- Το σχεδιασμό της μελέτης
- Το μέγεθος του δείγματος
- Το είδος του πληθυσμού
- Το είδος της παρέμβασης
- Τα αναφερόμενα αποτελέσματα
- Τη διάρκεια παρακολούθησης
- Στοιχεία για την ποιότητα των μελετών (μέθοδος τυχαιοποίησης, αποκρυφή διανομής, τυφλοποίηση, υπολογισμός του μεγέθους του δείγματος).

Η ανασκόπηση όλων των άρθρων έγινε από δύο ερευνητές (Σ.Π. και Ι.Τ), οι οποίοι εργάστηκαν ανεξάρτητα. Η διευθέτηση των διαφορών έγινε μετά από συζήτηση και, σε περίπτωση ασυμφωνίας, με παραπομπή σε τρίτο ερευνητή (Α.Τ.).

2.4. Εκτίμηση ποιότητας των μελετών

Η εκτίμηση της ποιότητας των μελετών στηρίχθηκε στο εργαλείο για την ποιότητα των τυχαιοποιημένων κλινικών δοκιμών CONSORT (Campbell 2004, Moher, 2010).

Για κάθε μελέτη καταγράφηκαν πληροφορίες σχετικά με:

- τη μέθοδο τυχαιοποίησης,
- την αποκρυφή διανομής,
- την τυφλοποίηση και ποιους αφορούσε (πχ αυτούς που συνέλεξαν τα στοιχεία, τους εκτιμητές του αποτελέσματος, αυτούς που έκαναν τη στατιστική ανάλυση)
- τον υπολογισμό του μεγέθους του δείγματος
- το ποσοστό απόσυρσης από τη μελέτη
- τη βιοχημική επιβεβαίωση της διακοπής του καπνίσματος

Μελέτες που ανέφεραν τα περισσότερα από τα ανωτέρω θεωρήθηκαν καλής ποιότητας, μελέτες που ανέφεραν μερικά από τα ανωτέρω ή δεν έδιναν επαρκή στοιχεία, μέτριας ποιότητας και μελέτες που δεν ανέφεραν ή ανέφεραν ελάχιστα από τα ανωτέρω, θεωρήθηκαν ανεπαρκείς.

2.5. Σύνοψη των μελετών

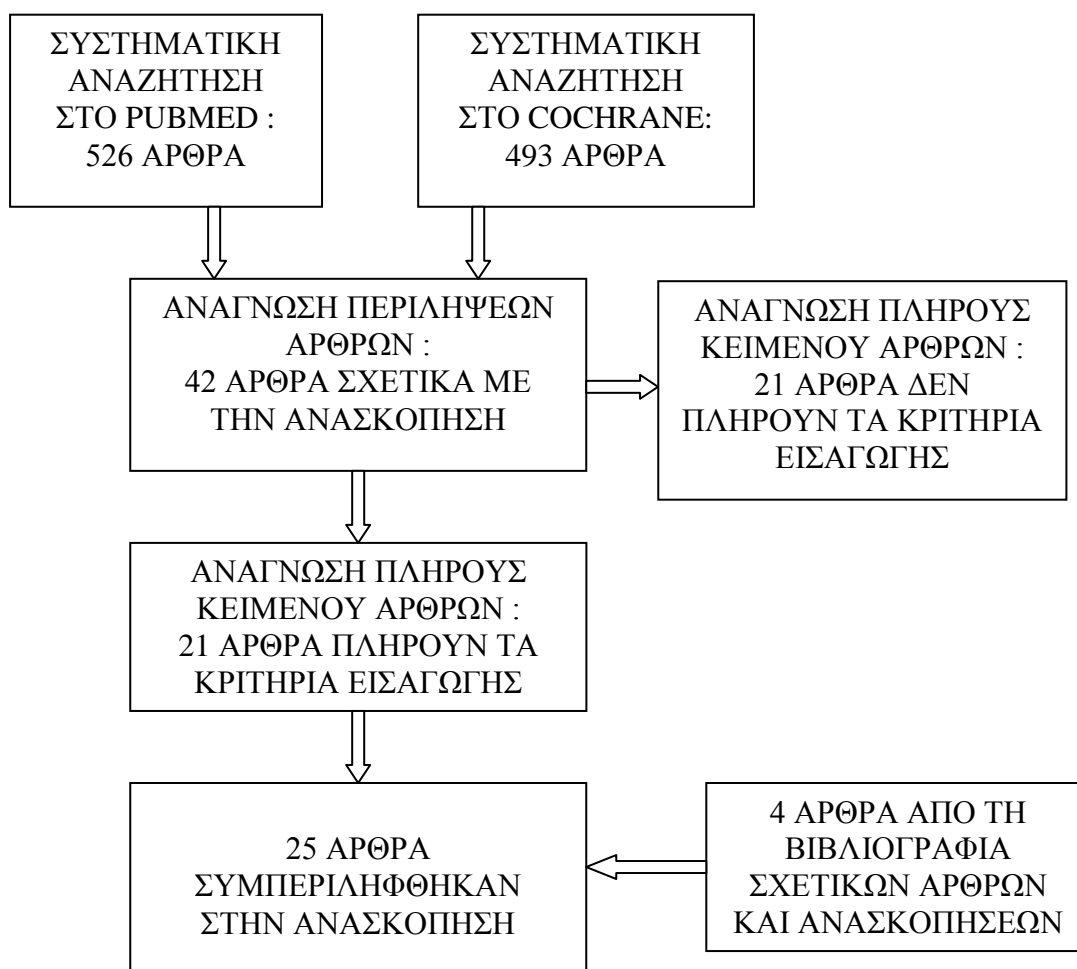
Περιγράφηκαν οι πληθυσμοί που μελετήθηκαν, οι παρεμβάσεις, οι εκβάσεις που αξιολογήθηκαν και η αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων. Οι μελέτες χωρίστηκαν ανάλογα με την κατηγορία παρέμβασης. Εξετάστηκε αν η κάθε παρέμβαση είχε μελετηθεί σε περισσότερες από μία μελέτες. Για τις παρεμβάσεις αυτές, διερευνήθηκε αν τα αποτελέσματα της πρώτης κλινικής δοκιμής αναπαράγονται και στις επόμενες μελέτες.

3. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

3.1 Περιγραφή των μελετών

3.1.1. Γενική περιγραφή

Σχήμα 1. Διάγραμμα ροής των μελετών που συμπεριλήφθηκαν στην ανασκόπηση



3.1.1.1. Αποτελέσματα της συστηματικής αναζήτησης

Από την αναζήτηση βρέθηκαν 532 άρθρα στο Medline/PubMed και 493 άρθρα στο Cochrane.

Οι τίτλοι και οι περιλήψεις όλων των άρθρων που εντοπίστηκαν από την ηλεκτρονική αναζήτηση ελέγχθηκαν και απορρίφθηκαν εκείνα που δεν ικανοποιούσαν τα πρότυπα που είχαν τεθεί με βάση τα κριτήρια εισαγωγής και αποκλεισμού. Έτσι, από τα αρχικά άρθρα επιλέχθηκαν σαράντα

δύο (42) άρθρα, τα οποία αφορούσαν μη φαρμακευτικές παρεμβάσεις στη γενική ιατρική για τη διακοπή του καπνίσματος.

3.1.1.2.Επιλογή σχετικών άρθρων

Στη συνέχεια, ελέγχθηκαν τα σαράντα δύο (42) άρθρα βάσει ολόκληρου του κειμένου σύμφωνα με τα κριτήρια εισαγωγής και αποκλεισμού. Από τα άρθρα αυτά, εικοσιένα (21) δεν πληρούσαν τα κριτήρια εισαγωγής και δεν συμπεριλήφθηκαν στην ανασκόπηση. Οι λόγοι αποκλεισμού αφορούσαν: διενέργεια ημιτυχαιοποιημένων κλινικών δοκιμών (10 άρθρα), εφαρμογή παρεμβάσεων από άλλους επαγγελματίες υγείας εκτός από το γενικό ιατρό (4 άρθρα), χορήγηση φαρμακοθεραπείας μόνον στην ομάδα παρέμβασης (2 άρθρα), εφαρμογή πολυπαραγοντικών παρεμβάσεων για αλλαγή του τρόπου ζωής (2 άρθρα), παρέμβαση που στόχευε όχι άμεσα στη διακοπή του καπνίσματος αλλά στην κινητοποίηση των καπνιστών να αναζητήσουν υποστήριξη για διακοπή (2 άρθρα) και παρέμβαση σε καπνιστές με χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια στην οποία η ομάδα ελέγχου περιλάμβανε καπνιστές με φυσιολογική αναπνευστική λειτουργία (1 άρθρο), (Βλέπε Κατάλογο μελετών που αποκλείστηκαν από την ανασκόπηση).

Επίσης, ελέγχθηκε και η βιβλιογραφία των άρθρων αυτών και βρέθηκαν ακόμη 4 άρθρα που πληρούσαν τα κριτήρια εισαγωγής. Μετά από την τελευταία αξιολόγηση, στην ανασκόπηση συμπεριλήφθηκαν τελικά 25 μελέτες που αφορούσαν τυχαιοποιημένες κλινικές δοκιμές μη φαρμακευτικών παρεμβάσεων στη γενική ιατρική με στόχο τη διακοπή του καπνίσματος. Οι μελέτες αυτές έχουν δημοσιευθεί μεταξύ του 1972 και του 2009. Οι περισσότερες μελέτες έχουν γίνει στις χώρες Η.Π.Α.(6), Μεγάλη Βρετανία (6) και Καναδά (5) και οι υπόλοιπες στις χώρες Αυστραλία (2), Ισπανία (2), Ολλανδία (2), Ιταλία και Βέλγιο (από μία έκαστη).

Βλέπε Πίνακα 1. Μεθοδολογικά χαρακτηριστικά μελετών που περιλήφθηκαν στην ανασκόπηση

3.1.2. Πληθυσμός μελέτης

Ο πληθυσμός των μελετών αυτών κυμαίνονταν από 72 καπνιστές στη μελέτη Strecher (μελέτη 1) 1994 έως 2612 στη μελέτη Lennox 2001. Οι καπνιστές είχαν ηλικία > 16 ετών. Μόνον σε τρεις (3) μελέτες συμπεριλήφθηκαν και καπνιστές μικρότερης ηλικίας και συγκεκριμένα στη μελέτη Stewart, 1982 όπου συμπεριλήφθηκαν καπνιστές >11 ετών, και στις μελέτες Soria 2006 και McDowell, 1985 όπου συμπεριλήφθηκαν καπνιστές >15 ετών. Μία μελέτη (Hilbernik, 2005) έχει

ως πληθυσμό ασθενείς που πάσχουν από Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια. Επίσης, στις μελέτες Secades-Villa 2009, Buffels 2006 και Gilbert 1992, οι καπνιστές που συμπεριλήφθηκαν ήταν εκείνοι που επιθυμούσαν να διακόψουν το κάπνισμα.

3.1.3. Μέθοδος

Οι μελέτες που συμπεριλήφθηκαν στην ανασκόπηση είναι τυχαιοποιημένες κλινικές δοκιμές. Στις περισσότερες, η τυχαιοποίηση έγινε σε επίπεδο καπνιστών. Σε τέσσερις (4) η τυχαιοποίηση έγινε σε επίπεδο ιατρικών / κέντρων υγείας (δηλαδή, ομάδων ιατρών) (Hilbernick 2005, Wilson David 1990, Wilson Douglas 1988, Conger 1987). Σε όλες τα αποτελέσματα δίνονται σε επίπεδο καπνιστών. Μόνο σε δέκα (10) μελέτες υπήρχαν επαρκείς πληροφορίες για τη μέθοδο τυχαιοποίησης. Επίσης, οι πιο πολλές δεν αναφέρουν μέθοδο αποκρυφής διανομής, εκτός από επτά (7), στις περισσότερες από τις οποίες χρησιμοποιήθηκαν για το σκοπό αυτό σφραγισμένοι φάκελοι (Soria 2006, Buttler 1999, Gilbert 1992, Segnan 1991, Ockene 1991, Thompson 1988, Steward 1982). Σε ότι αφορά την τυφλοποίηση, λίγες μόνον μελέτες αναφέρουν ότι έγινε κατά την εκτίμηση των αποτελεσμάτων (Butler 1999, Gilbert 1992, Wilson David 1990, Thompson 1988), ενώ στην μελέτη Soria 2006 αναφέρεται ότι η τυφλοποίηση έγινε κατά τη στατιστική ανάλυση των αποτελεσμάτων. Σε 21 από τις 25 μελέτες υπάρχει αναφορά ποσοστού απόσυρσης των συμμετεχόντων στη μελέτη. Σε έξι (6) από αυτές η απόσυρση ήταν >20% του αρχικού δείγματος (Lennox 2001, Pieterse 2001, Williams 2001, Butler 1999, Strecher 1994 μελέτη 1, Strecher 1994 μελέτη 2).

Οκτώ (8) μελέτες έκαναν υπολογισμό μεγέθους δείγματος προκειμένου να έχουν δεδομένη ισχύ (>80%). Πέντε (5) μελέτες αναφέρουν ότι είχαν το επιθυμητό μέγεθος δείγματος σύμφωνα με τους υπολογισμούς τους (Parkes 2008, Soria 2006, Gilbert 1992, Wilson David 1990, Wilson Douglas 1982), ενώ τρεις (3) αν και έκαναν υπολογισμό μεγέθους δείγματος, δεν μπόρεσαν να συγκεντρώσουν το συγκεκριμένο δείγμα (Aveyard 2003, Wilson Douglas 1988, Butler 1999).

3.1.4. Παρέμβαση

Αναγνωρίστηκαν τα ακόλουθα είδη μη φαρμακευτικών παρεμβάσεων που εφαρμόζουν οι γενικοί ιατροί στους καπνιστές ασθενείς τους με στόχο τη διακοπή του καπνίσματος:

- 1) **Συνέντευξη Υποκίνησης:** δύο (2) μελέτες (Soria 2006, Butler 1999)

2) **Διαθεωρητικό Πρότυπο των Σταδίων της Αλλαγής:** δύο (2) μελέτες (Pieterse 2001, Hilbernick 2005)

3) **Πρότυπο Πεποιθήσεων για την Υγεία:** μία (1) μελέτη (Thompson 1988)

4) **Εντατικές (δομημένες) συμβουλευτικές παρεμβάσεις:** τέσσερις (4) μελέτες (Williams 2001, Ockene 1991, Wilson David 1990, Slama 1990)

Ως **εντατικές (δομημένες)** θεωρήθηκαν οι συμβουλευτικές παρεμβάσεις για τη διακοπή του καπνίσματος που προϋπόθεταν ειδική εκπαίδευση του ιατρού για την εφαρμογή τους και βασίζονταν σε ένα πλαίσιο παραμέτρων που έπρεπε να διευθετηθούν κατά τη διάρκειά τους. Οι εντατικές παρεμβάσεις που βασίζονται σε ειδικά πρότυπα, όπως συνέντευξη υποκίνησης, στάδια αλλαγών και πεποιθήσεις υγείας, εξετάστηκαν ξεχωριστά.

5) **Απλές συμβουλευτικές παρεμβάσεις:** πέντε (5) μελέτες (Slama 1990, Thompson 1988, Conger 1987, Stewart 1982, Porter 1972)

Ως **απλές** θεωρήθηκαν οι συμβουλευτικές παρεμβάσεις για τη διακοπή του καπνίσματος που δεν προϋπόθεταν ειδική εκπαίδευση του ιατρού για την εφαρμογή τους και στις οποίες ο ιατρός ήταν ελεύθερος να επιλέξει τον τρόπο της άσκησης τους κατά την κρίση του. Στην κατηγορία αυτή συμπεριλήφθησαν και παρεμβάσεις που αφορούσαν την παροχή σύντομης τυποποιημένης συμβουλής που προτρέπει στη διακοπή του καπνίσματος (απλή σύσταση για διακοπή).

6) **Επιπρόσθετες επισκέψεις υποστήριξης:** πέντε (5) μελέτες (Gilbert 1992, Segnan 1991, Wilson Douglas 1988, Marshal 1985, Wilson Douglas 1982)

7) **Εξατομικευμένες επιστολές από υπολογιστή:** τέσσερις (4) μελέτες (Aveyard 2003, Lennox 2001, Strecher (μελέτη 1) 1994, Strecher (μελέτη 2) 1994)

8) **Έντυπο υλικό αυτοβοήθειας :** τέσσερις (4) μελέτες (Secades-Villa 2009, Thompson 1988, McDowell 1985, Stewart 1982)

9) **Σπιρομέτρηση:** τρεις (3) μελέτες (Parkes 2008, Buffells 2006, Segnan 1991)

Σημειώνεται ότι σε τέσσερις (4) μελέτες εκτιμήθηκαν περισσότερες από μία παρεμβάσεις (Thompson 1988, Slama 1990, Stewart 1982, Segnan 1991).

Υπήρχαν επτά (7) μελέτες στις οποίες χρησιμοποιήθηκε φαρμακοθεραπεία για τη διακοπή του καπνίσματος. Αυτές έγιναν αποδεκτές στην ανασκόπηση επειδή η ίδια φαρμακευτική αγωγή παρέχονταν τόσο την ομάδα παρέμβασης όσο και την ομάδα ελέγχου (Soria, 2006, Buffels 2006, Williams 2001, Pieterse 2001, Gilbert 1992, Wilson Douglas 1988, Marshal 1985).

3.1.5.Ομάδα σύγκρισης

Πολλές μελέτες σύγκριναν την παρέμβαση για τη διακοπή του καπνίσματος σε σχέση με καμία παρέμβαση (έξι μελέτες) ή σε σχέση με τη συνηθισμένη πρακτική (πέντε μελέτες).

Υπήρχαν και μελέτες που σύγκριναν μία παρέμβαση για τη διακοπή του καπνίσματος σε σχέση με κάποια άλλη, συνήθως με την παροχή απλής συμβουλής για διακοπή (οκτώ μελέτες). Τέλος, υπήρχαν μελέτες (έξι) που εξέταζαν την αποτελεσματικότητα μιας μεθόδου όταν αυτή χρησιμοποιούνταν ως επιπρόσθετη μιας άλλης και, τότε, ως ομάδα σύγκρισης χρησιμοποιήθηκαν το τυποποιημένο υλικό αυτοβοήθειας (Aveyard 2003), η απλή συμβουλή με φαρμακοθεραπεία (Buffels 2006), η εντατική παρέμβαση (Gilbert 1992), η ανακοίνωση των αποτελεσμάτων της σπιρομέτρησης ως FEV1 (Parkes 2008), οι τυποποιημένες επιστολές (Strecher 1994, μελέτη 1) και ο «ιατροκεντρικός» τρόπος συμβουλευτικής βασισμένος στα 4 A (Williams 2001).

3.1.6. Εκβάσεις

Όλες οι μελέτες που συμπεριλήφθηκαν εξέταζαν ως κύριο (πρωτογενές) αποτέλεσμα τη διακοπή του καπνίσματος, η οποία βασίζονταν στην απάντηση του ασθενούς στην ερώτηση «καπνίζετε;». Ορισμένες έθεταν ως όριο να μην έχει καπνίσει για έναν αριθμό ημερών (συνήθως 7) ή εβδομάδων (συνήθως 4) πριν από την ημέρα της ερώτησης.

Δε βρέθηκαν άλλες πρωτογενείς εκβάσεις εκτός από τη διακοπή του καπνίσματος πχ. μείωση της θνητότητας, των καρδιαγγειακών συμβάντων ή του καρκίνου του πνεύμονα .

Έντεκα (11) από τις μελέτες ανέφεραν ότι έγινε και βιοχημική επιβεβαίωση της διακοπής του καπνίσματος σε όσους δήλωσαν ότι έχουν διακόψει το κάπνισμα ή τουλάχιστον σε ένα δείγμα αυτών. Οι βιοχημικές μέθοδοι επιβεβαίωσης περιλάμβαναν μέτρηση στα ούρα (Buffels 2006, Segnan 1991), στο σίελο (Aveyard 2003, Lennox 2001, Gilbert 1992, Slama 1990, Wilson 1988), ή στον εκπνεόμενο αέρα (Secades-Villa 2009, Soria 2006, Williams 2001, Marshall 1985).

Η διακοπή του καπνίσματος εκτιμήθηκε είτε ως διακοπή σε συγκεκριμένη χρονική στιγμή (point prevalence abstinence), είτε ως συνεχιζόμενη διακοπή για συγκεκριμένη χρονική περίοδο (continuous or sustained abstinence).

Σε ότι αφορά τη διακοπή σε συγκεκριμένη χρονική στιγμή, σχεδόν όλες οι μελέτες επέλεξαν την παρέλευση 6 ή και 12 μηνών από την παρέμβαση για την αξιολόγησή της. Εξαίρεση αποτελούσαν δύο (2) μελέτες που αξιολογούσαν τη διακοπή στους τέσσερις (4) μήνες από την παρέμβαση (Conger 1987, Strecher 1994) και δύο (2) που αξιολογούσαν τη διακοπή και σε μεγαλύτερο χρονικό διάστημα (Buffels 2006 στους 24 μήνες, Williams 2001 στους 30 μήνες).

Σε ότι αφορά τη συνεχιζόμενη αποχή από το κάπνισμα, αυτή οριζόνταν στις περισσότερες μελέτες ως η αποχή από το κάπνισμα τόσο κατά τους 6 όσο και κατά τους 12 μήνες από την παρέμβαση. Εννέα (9) από τις μελέτες εκτίμησαν και τη συνεχιζόμενη αποχή από το κάπνισμα (Secades-Villa 2009, Pieterse 2001, Williams 2001, Gilbert 1992, Segnan 1991, Slama 1990, Wilson 1988, Marshal 1985, Steward 1982).

Υπήρχαν μελέτες που περιλάμβαναν και δευτερεύοντα αποτελέσματα όπως η μετακίνηση στα στάδια αλλαγής για τη διακοπή του καπνίσματος, η μείωση του αριθμού των τσιγάρων που καπνίζονται ημερησίως και η αύξηση στις απόπειρες διακοπής. Παρ' όλο που σε ορισμένες μελέτες αναφέρονταν στατιστικώς σημαντικά αποτελέσματα σε δευτερογενείς εκβάσεις, αυτά δεν μελετήθηκαν στην παρούσα ανασκόπηση, η οποία εστιάστηκε στο πρωτογενές αποτέλεσμα της διακοπής του καπνίσματος.

Σε δεκατρείς μελέτες (13) γίνεται αναφορά χρηματοδότησης και συγκεκριμένα σε πέντε (5) από ιδιωτικούς φορείς και σε οκτώ (8) από κρατικούς φορείς.

3.2. Ανάλυση των δεδομένων

Βλέπε Πίνακα 2. Αποτελέσματα μελετών που περιλήφθηκαν στην ανασκόπηση

3.2.1. Αποτελεσματικότητα της συνέντευξης υποκίνησης

Βρέθηκαν 2 μελέτες που εκτιμούσαν την αποτελεσματικότητα της συνέντευξης υποκίνησης από γενικούς ιατρούς για τη διακοπή του καπνίσματος.

Στη μελέτη Soria 2006, γενικοί ιατροί που εργάζονταν σε Κέντρα Υγείας εκπαιδεύτηκαν στη συνέντευξη υποκίνησης για τη διακοπή του καπνίσματος και την εφάρμοσαν στους καπνιστές ασθενείς τους. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η συνέντευξη υποκίνησης οδήγησε σε 5 φορές μεγαλύτερα ποσοστά διακοπής του καπνίσματος στους 6 και στους 12 μήνες σε σχέση με την παροχή απλής συμβουλής (18,4% vs 3,5%) και η διαφορά αυτή ήταν στατιστικώς σημαντική ($p < 0,001$).

Στη μελέτη Butler, 1999 ειδικευόμενοι γενικοί ιατροί κατά το τελευταίο έτος της ειδικότητάς τους εκπαιδεύθηκαν στη συνέντευξη υποκίνησης και συμμετείχαν στην έρευνα για την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητάς της στη διακοπή του καπνίσματος σε σχέση με την παροχή απλής συμβουλής. Τα αποτελέσματα της μελέτης έδειξαν σαφή υπεροχή της συνέντευξης υποκίνησης στους 6 μήνες και έφταναν το επίπεδο της στατιστικής σημαντικότητας όταν η διακοπή καπνίσματος οριζόνταν ως η αποχή για τουλάχιστον 1 ημέρα (8,1% vs 3%, $p < 0,01$) κάτι που όμως δεν γίνονταν εφικτό όταν η διακοπή καπνίσματος οριζόνταν ως η αποχή για τουλάχιστον 1 μήνα (3% vs 1,5%, $p = 0,25$). Επίσης, τα αποτελέσματα υποστηρίζουν ότι η παρέμβαση είχε μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα σε αυτούς που ήταν λιγότερο «προετοιμασμένοι» για να κόψουν το κάπνισμα σε σχέση με αυτούς που δήλωναν περισσότερο «έτοιμοι».

3.2.2. Αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων που βασίζονται στο διαθεωρητικό πρότυπο των σταδίων αλλαγής

Βρέθηκαν 2 μελέτες που εκτιμούσαν την αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων που βασίζονται στο διαθεωρητικό πρότυπο των σταδίων αλλαγής από γενικούς ιατρούς για τη διακοπή του καπνίσματος.

Στη μελέτη Pieterse, 2001 οι γενικοί ιατροί, μετά από μια σύντομη εκπαίδευση, εφάρμοσαν μια παρέμβαση που βασίστηκε στο πρότυπο των σταδίων της αλλαγής, με στόχο την διακοπή του καπνίσματος στους ασθενείς τους. Η παρέμβαση αυτή βρέθηκε να είναι πιο αποτελεσματική σε σχέση με τη συνήθη πρακτική, αυξάνοντας στατιστικώς σημαντικά τόσο τη διακοπή του καπνίσματος στους 1, 6 και 12 μήνες (18,6%, 11,9% και 13,4% vs 3,8%, 3,8% και 7,3% $p < 0,05$) όσο και τη συνεχιζόμενη αποχή από το κάπνισμα στους 6 και 12 μήνες (8,2% vs 3,1% $p < 0,001$).

Στη μελέτη Hilberink, 2005 οι γενικοί ιατροί, μετά από μια σύντομη εκπαίδευση, εφάρμοσαν μια παρέμβαση που βασίζεται στο πρότυπο των σταδίων της αλλαγής με στόχο την διακοπή του καπνίσματος σε ασθενείς τους που πάσχουν από Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια. Η παρέμβαση αυτή συγκρίθηκε με τη συνήθη πρακτική που εφαρμόζεται στους ασθενείς αυτούς και τα αποτελέσματα έδειξαν ότι παρατηρήθηκε αύξηση στα ποσοστά διακοπής του καπνίσματος στους 6 μήνες στην ομάδα της παρέμβασης (16% vs 8%, $p = 0,046$) η οποία ήταν στατιστικώς σημαντική για επίπεδο σημαντικότητας $p < 0,05$ αλλά όχι για επίπεδο $p < 0,01$.

3.2.3. Αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων που βασίζονται στο πρότυπο πεποιθήσεων για την υγεία

Βρέθηκε 1 μελέτη που εκτιμούσε την αποτελεσματικότητα της παρέμβασης που βασίζεται στο πρότυπο πεποιθήσεων για την υγεία από γενικούς ιατρούς για τη διακοπή του καπνίσματος.

Η μελέτη αυτή (Thompson 1988) δεν ανάδειξε καμία αποτελεσματικότητα στη διακοπή του καπνίσματος στους 9 μήνες της εφαρμογής συμβουλευτικής παρέμβασης (διάρκειας 3-5 λεπτών) που βασίζεται στο πρότυπο πεποιθήσεων για την υγεία σε σχέση με την παροχή απλής συμβουλής για τη διακοπή του καπνίσματος, αλλά και σε σχέση με τη συνήθη πρακτική (11,2% vs 15,5% vs 12,8%).

3.2.4. Αποτελεσματικότητα των εντατικών (δομημένων) συμβουλευτικών παρεμβάσεων

Βρέθηκαν 3 μελέτες που εκτιμούσαν την αποτελεσματικότητα των εντατικών (δομημένων) συμβουλευτικών παρεμβάσεων από γενικούς ιατρούς για τη διακοπή του καπνίσματος.

Στη μελέτη Wilson David 1990, οι γενικοί ιατροί εκπαιδεύτηκαν στην παροχή μιας σύντομης συμβουλευτικής παρέμβασης που βασίζονταν στην συσχέτιση των προβλημάτων υγείας του καπνιστή με το κάπνισμα, την συζήτηση για τους κινδύνους από αυτό και τις ωφέλειες από τη διακοπή του καθώς και στην παροχή σχετικού φυλλαδίου και έντυπου υλικού αυτοβοήθειας. Η παρέμβαση αυτή συγκρίθηκε με τη συνήθη πρακτική και βρέθηκε ότι αύξησε τα ποσοστά αυτό-αναφερόμενης αποχής από το κάπνισμα στους 6-12 μήνες, διαφορά που αναδείχθηκε στατιστικώς σημαντική (7,5% vs 4,3%, $p=0,003$).

Στη μελέτη Slama 1990, οι γενικοί ιατροί μετά από εκπαίδευση παρείχαν δομημένη συμβουλευτική παρέμβαση στους καπνιστές ασθενείς τους, που περιελάμβανε ενημέρωση για τους κινδύνους από το κάπνισμα και τις ωφέλειες από τη διακοπή του, εκτίμηση της αυτεπάρκειας του καπνιστή για τη διακοπή, παροχή ορισμένων βοηθητικών συμπεριφορικών τεχνικών διακοπής και χορήγηση σχετικών φυλλαδίων. Η παρέμβαση αυτή είχε σαφώς καλύτερα αποτελέσματα τόσο σε σχέση με την παροχή απλής συμβουλής με φυλλάδια όσο και με την ομάδα ελέγχου (καμία παρέμβαση), αλλά οι διαφορές δεν έφτασαν το επίπεδο της στατιστικής σημαντικότητας (επιβεβαιωμένη διακοπή στον 1 μήνα: 8% vs 2% vs 2%, στους 6 μήνες: 12% vs 7% vs 6%, στους 12 μήνες: 12% vs 5% vs 8% και συνεχιζόμενη αποχή στους 1 και 12 μήνες: 5% vs 1% vs 1%, $p>0,05$).

Στη μελέτη Ockene 1991, ειδικευόμενοι ιατροί εκπαιδεύτηκαν στην παροχή εντατικής συμβουλευτικής παρέμβασης που εστιαζόταν περισσότερο στον καπνιστή και περιλάμβανε πεδία σχετικά με την επιθυμία του καπνιστή να διακόψει, τις προηγούμενες εμπειρίες του, τις δυσκολίες

που συναντά για να διακόψει, τους τρόπους με τους οποίους θα μπορούσε να βοηθηθεί και το ενδιαφέρον του να σχεδιάσει ένα πρόγραμμα διακοπής. Αυτά συνδυάζονταν με την παροχή ξεκάθαρης συμβουλής για διακοπή, χορήγηση έντυπου υλικού αυτοβοήθειας και αποστολή επιστολής 1 εβδομάδα μετά την επίσκεψη. Στην ομάδα ελέγχου δόθηκε τυποποιημένη σύντομη συμβουλή για διακοπή και γινόταν συσχέτιση του καπνίσματος με τυχόν προβλήματα υγείας του ασθενή. Η αποτελεσματικότητα της παρέμβασης έδειξε μικρή αλλά στατιστικώς σημαντική υπεροχή για την ομάδα παρέμβασης στα ποσοστά διακοπής (αυτό-αναφερόμενη διακοπή καπνίσματος στους 6 μήνες 12,2% vs 7,9%, συνεχιζόμενη αποχή 3-6 μήνες 9,2% vs 5,9%, $p < 0,001$).

Επίσης, βρέθηκε 1 μελέτη (Williams 2001) που συνέκρινε σύντομη συμβουλή που δίνεται με τρόπο που προάγει την αυτονομία και υποστηρίζει τον ασθενή με την ίδια όταν δίνεται με πιο τυποποιημένο και απόλυτο τρόπο. Οι δύο παρεμβάσεις είχαν την ίδια διάρκεια (περίπου 11 λεπτά) και ενώ υπήρχε μια μικρή υπεροχή υπέρ της πρώτης παρέμβασης, τα αποτελέσματα δεν έδειξαν στατιστικώς σημαντική διαφορά.

3.2.5. Αποτελεσματικότητα των απλών συμβουλευτικών παρεμβάσεων

Βρέθηκαν 5 μελέτες που εκτιμούσαν την αποτελεσματικότητα των απλών συμβουλευτικών παρεμβάσεων για τη διακοπή του καπνίσματος.

Σε 2 μελέτες αξιολογούνταν, μεταξύ άλλων παρεμβάσεων, η παροχή μιας σύντομης τυποποιημένης σύστασης για τη διακοπή του καπνίσματος.

Η μελέτη Thompson, 1988, μεταξύ άλλων, έδειξε μικρή αποτελεσματικότητα στη διακοπή του καπνίσματος στους 9 μήνες όταν ο γενικός ιατρός έδινε τυποποιημένη σύντομη σύσταση για διακοπή σε όλους τους καπνιστές («Το κάπνισμα βλάπτει την υγεία σας και, ως ιατρός σας, σας συστήνω να σταματήσετε να καπνίζετε») σε σχέση με την συνήθη πρακτική (15,5% vs 12,8%), χωρίς η διαφορά αυτή να είναι στατιστικώς σημαντική.

Στη μελέτη Slama 1990, μεταξύ άλλων, συγκρίθηκε και η αποτελεσματικότητα της τυποποιημένης σύντομης σύστασης για διακοπή καπνίσματος σε συνδυασμό με την παροχή 3 σχετικών φυλλαδίων σε σχέση με καμία παρέμβαση, χωρίς να σημειωθεί διαφορά στα αποτελέσματα (επιβεβαιωμένη διακοπή στον 1 μήνα: 2% vs 2%, στους 6 μήνες: 7% vs 6%, στους 12 μήνες: 5% vs 8% και συνεχιζόμενη αποχή στους 1 και 12 μήνες: 1% vs 1%).

Σε 3 μελέτες ο γενικός ιατρός ακολούθησε όποιο τρόπο συμβουλευτικής έκρινε ο ίδιος ότι ήταν κατάλληλος για να επιτύχει τη διακοπή του καπνίσματος στους ασθενείς του, χωρίς να έχει υποστεί προηγουμένως εκπαίδευση για αυτό το σκοπό και χωρίς να ακολουθεί κάποιο συγκεκριμένο πρότυπο ή τυποποιημένη δομή. Οι περισσότεροι ερευνητές αναφέρουν ότι στις παρεμβάσεις αυτές οι

γιατροί προσπαθούσαν να συσχετίσουν το κάπνισμα με την κατάσταση της υγείας του καπνιστή και να αναφέρουν τους κινδύνους που μπορεί να προκύψουν από αυτό.

Στη μελέτη Porter 1972, ο συγγραφέας τυχαιοποίησε τους καπνιστές ασθενείς του στην ομάδα συμβουλευτικής παρέμβασης για τη διακοπή του καπνίσματος (στην οποία χορηγούσε και σχετικό φυλλάδιο) και στην ομάδα ελέγχου (καμία παρέμβαση). Μετά από 6 μήνες δεν διαπίστωσε καμία διαφορά στις καπνιστικές τους συνήθειες (5% vs 4,5%).

Στη μελέτη Stewart 1982, μεταξύ των άλλων, βρέθηκε ότι η απλή συμβουλευτική παρέμβαση για τη διακοπή του καπνίσματος δεν οδήγησε σε στατιστικώς σημαντική διαφορά της διακοπής σε σχέση με την ομάδα στην οποία δεν εφαρμόστηκε παρέμβαση (διακοπή στους 5 μήνες: 10,1% vs 14,5%, 12 μήνες: 10,5% vs 11,7% και συνεχιζόμενη αποχή: 3,1% ως 3,1%).

Στη μελέτη Conger 1987, οι γενικοί ιατροί της ομάδας παρέμβασης έλαβαν ειδικό έντυπο υλικό για να ενημερωθούν σχετικά με τη διακοπή καπνίσματος και σχετικά φυλλάδια για να χορηγήσουν στους καπνιστές ασθενείς τους. Ωστόσο δεν αναδείχθηκε διαφορά στη διακοπή καπνίσματος στους 4 μήνες σε σχέση με την ομάδα συνήθους πρακτικής (6% vs 7%).

3.2.6. Αποτελεσματικότητα των επιπρόσθετων επισκέψεων υποστήριξης

Βρέθηκαν 5 μελέτες που εκτιμούσαν την αποτελεσματικότητα της παροχής επιπρόσθετων επισκέψεων υποστήριξης για τη διακοπή του καπνίσματος.

Οι 3 από τις μελέτες προέρχονται από το ίδιο ερευνητικό κέντρο (Wilson Douglas 1982, Wilson Douglas 1988, Gilbert 1992). Η πρώτη μελέτη (Wilson Douglas 1982) διαπίστωσε ότι όταν εφαρμόζεται συστηματική παρακολούθηση υποστήριξης με 3 προγραμματισμένες συναντήσεις (1,3 και 6 μήνες μετά από την αρχική σύντομη συμβουλευτική παρέμβαση για διακοπή του καπνίσματος), τότε τα ποσοστά αυτό-αναφερόμενης διακοπής που επιτυγχάνονται στους 6 μήνες αυξάνονται στατιστικώς σημαντικά σε σχέση με την παροχή μόνον της αρχικής συμβουλευτικής παρέμβασης (23% vs 12%, $p=0,034$). Η δεύτερη μελέτη (Wilson Douglas 1988), που χρησιμοποίησε βιοχημική επιβεβαίωση της διακοπής του καπνίσματος στους 12 μήνες, απέτυχε να αναδείξει στατιστικώς σημαντική διαφορά μεταξύ της ομάδας στην οποία προσφέρθηκε εντατική συμβουλή από εκπαιδευμένους γενικούς ιατρούς με 4 επιπλέον επισκέψεις υποστήριξης σε 2 μήνες και της ομάδας ελέγχου στην οποία προσφέρθηκε απλή συμβουλή (9,9% vs 8,4%), παρόλο που αναδείχθηκε στατιστικώς σημαντική διαφορά στην αυτό-αναφερόμενη συνεχιζόμενη αποχή (9-12μήνες) (7% vs 3,3%, $p=0,001$). Στην τρίτη μελέτη (Gilbert 1992) οι ερευνητές συμπεριέλαβαν καπνιστές που επιθυμούσαν να διακόψουν και γενικούς ιατρούς που είχαν εκπαιδευτεί στη διακοπή καπνίσματος. Στη μελέτη αυτή επιβεβαιώθηκε τελικά ότι η παροχή 4 επιπλέον επισκέψεων

υποστήριξης σε 3 μήνες δεν παρουσίασε στατιστικώς σημαντική διαφορά στη βιοχημικά επιβεβαιωμένη διακοπή του καπνίσματος στους 12 μήνες (14% vs 13,1%, $p=0,64$) αλλά ούτε και στην αυτό-αναφερόμενη συνεχιζόμενη αποχή (9-12 μήνες) (12,5% vs 10,2%, $p=0,3$). Ωστόσο, διαπίστωσαν ότι, όπως είχε συμβεί και στην προηγούμενη μελέτη, τα ποσοστά διακοπής αυξάνονται όσο αυξάνεται ο αριθμός των επισκέψεων που πραγματοποίησαν οι καπνιστές, δηλ. αυτοί που συμμετείχαν σε 3 ή 4 επισκέψεις είχαν υψηλότερα ποσοστά διακοπής σε σχέση με αυτούς που συμμετείχαν σε 1-2 επισκέψεις.

Στη μελέτη Marshall 1985, η παροχή 4 επιπλέον επισκέψεων υποστήριξης ως επιπρόσθετης παρέμβασης στην παροχή απλής συμβουλής με χορήγηση νικοτίνης δεν ανέδειξε στατιστικώς σημαντική διαφορά στην βιοχημικά επιβεβαιωμένη διακοπή καπνίσματος στους 12 μήνες (17% vs 14%, $p>0,05$).

Στη μελέτη Segnan 1991, η παροχή 4 επιπλέον επισκέψεων υποστήριξης (1,3,6,9 μήνες) ως επιπρόσθετης παρέμβασης στην παροχή απλής συμβουλής με χορήγηση φυλλαδίου δεν ανέδειξε στατιστικώς σημαντική διαφορά στην βιοχημικά επιβεβαιωμένη διακοπή καπνίσματος στους 12 μήνες (5,5% vs 4,8%, $p>0,05$).

3.2.7. Αποτελεσματικότητα των εξατομικευμένων επιστολών από υπολογιστή

Βρέθηκαν 3 μελέτες που εκτιμούσαν την αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων που βασίζονται στη χρήση των εξατομικευμένων επιστολών από υπολογιστή για τη διακοπή του καπνίσματος στο περιβάλλον της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, δηλαδή στους ασθενείς που επισκέπτονται το γενικό ιατρό.

Στη μελέτη Strecher 1994 έγιναν 2 έρευνες για να εκτιμηθεί η αποτελεσματικότητα των εξατομικευμένων επιστολών από υπολογιστή. Η πρώτη έρευνα σύγκρινε την αποτελεσματικότητά τους σε σχέση με ομάδα ελέγχου στην οποία δεν έγινε παρέμβαση, ενώ η δεύτερη έγινε σε καπνιστές που επιθυμούσαν να διακόψουν και συνέκρινε την αποτελεσματικότητά τους σε σχέση με τυποποιημένες (όχι εξατομικευμένες) επιστολές διακοπής καπνίσματος. Και στις δύο μελέτες η αποτελεσματικότητα των εξατομικευμένων επιστολών ήταν μεγαλύτερη σε σχέση με τις ομάδες σύγκρισης, αλλά δεν έφτασε τα επίπεδα στατιστικής σημαντικότητας ($p>0,05$). Ωστόσο, όταν η ανάλυση εστιαζόταν στην υποομάδα των ελαφρών ως μέτριων καπνιστών, τότε οι διαφορές των παρεμβάσεων γίνονταν στατιστικώς σημαντικές (πρώτη μελέτη: διακοπή καπνίσματος στους 4 μήνες: 30,7% vs 7,1% ($p<0,05$) και στη δεύτερη μελέτη: διακοπή καπνίσματος στους 6 μήνες: 19,1% vs 7,3% ($p<0,05$)).

Η μελέτη Lennox 2001 βρήκε ότι τα ποσοστά διακοπής του καπνίσματος στους 6 μήνες ήταν 3,5% για την ομάδα που έλαβε εξατομικευμένες επιστολές από υπολογιστή, 4,4% για την ομάδα που έλαβε τυποποιημένες (μη εξατομικευμένες) επιστολές και 2,6% για την ομάδα που έλαβε απλώς ευχαριστήριες επιστολές για τη συμμετοχή στη μελέτη. Σύμφωνα με την μελέτη αυτή, οι τυποποιημένες επιστολές αποδείχθηκαν αποτελεσματικότερες από τις εξατομικευμένες στη διακοπή του καπνίσματος και μόνο αυτές πέτυχαν την ανάδειξη στατιστικώς σημαντικής διαφοράς ($p=0,05$) σε σχέση με την ομάδα ελέγχου (ευχαριστήρια επιστολή).

Στη μελέτη Aveyard 2003 συγκρίθηκε η αποτελεσματικότητα μεταξύ των εξατομικευμένων επιστολών από υπολογιστή (3 επιστολές) σε συνδυασμό με χορήγηση έντυπου υλικού αυτοβοήθειας που βασίζεται στην εξατομικευμένη προσέγγιση σε σχέση με τη χορήγηση τυποποιημένων υλικών αυτοβοήθειας. Τα αποτελέσματα διακοπής στους 6 μήνες (3,3% vs 2,2%) και τη συνεχιζόμενη αποχής στους 12 μήνες (2,1% vs 1,4) έδειξαν μια ελαφρά υπεροχή της εξατομικευμένης προσέγγισης σε σύγκριση με την τυποποιημένη, χωρίς όμως να φτάσουν τα επίπεδα της στατιστικής σημαντικότητας.

3.2.8. Αποτελεσματικότητα του έντυπου υλικού αυτοβοήθειας

Βρέθηκαν 4 μελέτες που εκτιμούσαν την αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων που βασίζονται στη χορήγηση τυποποιημένου έντυπου υλικού αυτοβοήθειας (φυλλάδια, εγχειρίδια) για τη διακοπή του καπνίσματος.

Στη μελέτη Stewart 1982, μεταξύ των άλλων βρέθηκε ότι η χορήγηση ενός απλού φυλλαδίου για τη διακοπή του καπνίσματος ως επιπρόσθετο στην παροχή σύντομης συμβουλής δεν οδήγησε σε στατιστικώς σημαντική αύξηση της διακοπής σε σχέση με την παροχή σύντομης συμβουλής μόνον (διακοπή στους 5 μήνες: 16,3% vs 10,1%, 12 μήνες: 12,8% vs 10,5% και συνεχιζόμενη αποχή: 4,3% vs 3,1%).

Η μελέτη MacDowell 1985, έγινε από το ίδιο ερευνητικό κέντρο και κατέληξε, μεταξύ άλλων ότι ούτε η χορήγηση ενός εγχειριδίου αυτοβοήθειας σε συνδυασμό με την ιατρική συμβουλή ήταν ικανή να παρουσιάσει στατιστικώς σημαντική διαφορά με την ομάδα ελέγχου, στην οποία δεν έγινε καμία παρέμβαση (διακοπή 2 στους 6 μήνες: 11,5% vs 17,9%, διακοπή στους 12 μήνες 14,9% vs 14,1%).

Η μελέτη Thompson 1988 δεν ανάδειξε καμία αποτελεσματικότητα στη διακοπή του καπνίσματος στους 9 μήνες της χορήγησης εγχειριδίου αυτοβοήθειας σε συνδυασμό με την αποστολή τυποποιημένης επιστολής σε σχέση με την παροχή απλής συμβουλής για τη διακοπή του καπνίσματος αλλά και σε σχέση με τη συνήθη πρακτική (11,2% vs 15,5% vs 12,8%) Τα ποσοστά

διακοπής βελτιώνονταν όταν η παρέμβαση συνδυαζόταν με σύντομη διαβούλευση διάρκειας 3-5 λεπτών για τη διακοπή του καπνίσματος (διακοπή στους 9 μήνες: 16,2%), αλλά και πάλι δεν έφταναν το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας.

Στη μελέτη Secades-Villa 2009 συμμετείχαν ασθενείς που επιθυμούσαν να διακόψουν το κάπνισμα και αξιολογήθηκαν τρεις διαφορετικές παρεμβάσεις. Σε μία ομάδα παρέμβασης εκτός από μια σύντομη συμβουλευτική παρέμβαση χορηγήθηκε ένα εγχειρίδιο αυτοβοήθειας για τη διακοπή του καπνίσματος 25 σελίδων και ακολούθησαν 4 τηλεφωνικές επικοινωνίες παρακολούθησης και υποστήριξης. Η παρέμβαση αυτή, παρόλο που αύξησε τα ποσοστά διακοπής του καπνίσματος σε σχέση με την σύντομη συμβουλευτική παρέμβαση (με χορήγηση απλού φυλλαδίου) δεν κατόρθωσε να επιτύχει τέτοια διαφορά που να είναι στατιστικώς σημαντική (διακοπή στους 12 μήνες: 27,5% vs 12,9% και συνεχιζόμενη αποχή 17,2% vs 9,7%, $p=0,39$).

3.2.9. Αποτελεσματικότητα της σπιρομέτρησης

Βρέθηκαν 3 μελέτες που εκτιμούσαν την αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων που βασίζονται στη διενέργεια σπιρομέτρησης και της ανακοίνωσης των αποτελεσμάτων της από γενικούς ιατρούς στους ασθενείς τους για τη διακοπή του καπνίσματος.

Στη μελέτη Segnan, 1991, μεταξύ άλλων παρεμβάσεων, αξιολογήθηκε και η αποτελεσματικότητα της σύστασης για σπιρομέτρηση όταν εφαρμόζεται ως επιπρόσθετη παρέμβαση στην επαναλαμβανόμενη συμβουλευτική για τη διακοπή του καπνίσματος. Η ενημέρωση των καπνιστών με τα αποτελέσματα της σπιρομέτρησης αύξησε τα ποσοστά διακοπής του καπνίσματος στους 6 (7,9% vs 5,8%) και στους 12 μήνες (6,5% vs 5,5%), αλλά οι διαφορές που παρατηρήθηκαν δεν ήταν στατιστικώς σημαντικές.

Η μελέτη Buffels, 2006 έγινε για να αξιολογηθεί η αποτελεσματικότητα στη διακοπή του καπνίσματος της σπιρομέτρησης, ως επιπρόσθετης παρέμβασης στην απλή συμβουλή με φαρμακοθεραπεία. Στη μελέτη αυτή δεν υπήρξε στατιστικώς σημαντική διαφορά μεταξύ της ομάδας που εφαρμόστηκε η σπιρομέτρηση και της ομάδας ελέγχου, παρόλο που αυξήθηκαν τα ποσοστά διακοπής του καπνίσματος με την εφαρμογή της (6μήνες 34,3% vs 29%, 12μήνες 22,5% vs 20,4% και 24 μήνες 19,1% vs 14%)

Στη μελέτη Parkes 2008, όλοι οι συμμετέχοντες υποβλήθηκαν σε σπιρομέτρηση και η έρευνα εστίασε στον τρόπο που ανακοινώνει ο γενικός ιατρός το αποτέλεσμα της σπιρομέτρησης στον καπνιστή ασθενή του. Σε όλους τους καπνιστές δόθηκε ξεκάθαρη συμβουλή για τη διακοπή του καπνίσματος και τους προσφέρθηκε πρόσβαση σε εξειδικευμένα κέντρα διακοπής. Οι ομάδες που συγκρίθηκαν διέφεραν μεταξύ τους μόνον στον τρόπο ανακοίνωσης των αποτελεσμάτων. Η μελέτη

βρήκε ότι η διακοπή του καπνίσματος στους 12 μήνες παρουσιάζει στατιστικώς σημαντική αύξηση (13,6% vs 6,4%, $p=0,005$) όταν το αποτέλεσμα ανακοινώνεται άμεσα ως «ηλικία των πνευμόνων» σε σχέση με την ανακοίνωση του με επιστολή (ένα μήνα αργότερα) ως μέτρηση της πνευμονικής λειτουργίας FEV1 (χωρίς περαιτέρω εξήγηση).

4. ΣΥΖΗΤΗΣΗ-ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

4.1 Συζήτηση

Ομοιογένεια

Στην ανασκόπηση συμπεριλήφθησαν τελικά 25 μελέτες. Όλες αφορούσαν τυχαιοποιημένες κλινικές δοκιμές μη φαρμακευτικών παρεμβάσεων από γενικούς ιατρούς στους καπνιστές ασθενείς τους και εκτιμούσαν ως πρωτογενές αποτέλεσμα τη διακοπή του καπνίσματος. Σε καμία μελέτη δεν γίνονταν εκτίμηση σκληρών εκβάσεων, όπως καρδιαγγειακά συμβάματα ή καρκίνος πνευμόνων. Όλες οι μελέτες έγιναν σε περιβάλλον πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας και ο πληθυσμός τους αφορούσε ασθενείς καπνιστές που προσέρχονταν στο γενικό ιατρό για οποιαδήποτε αιτία. Σε όλες τις μελέτες οι καπνιστές προέρχονταν από το γενικό πληθυσμό και δεν συγκροτούσαν μια ιδιαίτερη υποομάδα ανάλογα με την ασθένειά τους, εκτός από τη μελέτη Buffels που έγινε σε ασθενείς με Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια. Σε όλες τις μελέτες ο γενικός ιατρός είχε τον κύριο ρόλο στην εφαρμογή της παρέμβασης και αυτή αφορούσε αποκλειστικά τη διακοπή του καπνίσματος χωρίς να γίνονταν στα πλαίσια ενός ευρύτερου προληπτικού προγράμματος ή ενός προγράμματος επίτευξης στόχων σε ασθενείς συγκεκριμένης νόσου.

Ετερογένεια

Ωστόσο, μεταξύ των μελετών που συμπεριλήφθησαν στην ανασκόπηση, διαπιστώθηκε σημαντική ετερογένεια. Η ετερογένεια αυτή οφείλονταν κυρίως στις εννέα διαφορετικές κατηγορίες παρεμβάσεων για τη διακοπή του καπνίσματος-που περιλάμβαναν από απλές έως εντατικές συμβουλευτικές παρεμβάσεις, παρεμβάσεις βασισμένες σε διαφορετικά θεωρητικά μοντέλα για την αλλαγή της συμπεριφοράς και παρεμβάσεις με βοηθητικά μέσα (επιπρόσθετες επισκέψεις υποστήριξης, εξατομικευμένα γράμματα από υπολογιστή, έντυπο υλικό αυτοβοήθειας, σπιρομέτρηση). Επίσης, ετερογένεια παρατηρήθηκε και στην ομάδα σύγκρισης που χρησιμοποιήθηκε στις μελέτες για την αξιολόγηση των παρεμβάσεων αυτών, καθώς αυτή περιλάμβανε άλλοτε μια διαφορετική παρέμβαση και άλλοτε τη συνήθη πρακτική ή καμία παρέμβαση. Ακόμη, ορισμένες μελέτες που έγιναν δεκτές στην ανασκόπηση περιελάμβαναν και χρήση φαρμακοθεραπείας τόσο στην ομάδα παρέμβασης όσο και στην ομάδα ελέγχου. Οι παρεμβάσεις για τη διακοπή εφαρμόζονταν από γενικούς ιατρούς, ωστόσο σε αρκετές μελέτες οι ιατροί συνεπικουρούνταν από άλλους επαγγελματίες υγείας, όπως νοσηλεύτριες και επισκέπτες

υγείας. Ετερογένεια διαπιστώθηκε επίσης και ως προς τον τρόπο εκτίμησης της διακοπής του καπνίσματος, καθώς υπήρχαν μελέτες που εκτιμούσαν τη διακοπή σε ορισμένο χρονικό σημείο 4 ή 6 ή 12 ή 24 ή και 30 μηνών, ενώ άλλες εκτιμούσαν τη διακοπή ως συνεχιζόμενη αποχή για χρονικό διάστημα 6-12 μηνών ή 9-12 μηνών από την εφαρμογή της παρέμβασης. Διαφορές διαπιστώθηκαν επίσης και σε ότι αφορά την τεκμηρίωση της διακοπής καπνίσματος, καθώς άλλες μελέτες βασίζονταν στις αναφορές των ίδιων των καπνιστών, ενώ άλλες προχωρούσαν και στη βιοχημική επιβεβαίωση των αποτελεσμάτων. Τέλος, ετερογένεια διαπιστώθηκε και σε μεθοδολογικά ζητήματα, όπως η τυχαιοποίηση (οι περισσότερες είχαν ως μονάδα τυχαιοποίησης τους καπνιστές ασθενείς, αλλά ορισμένες είχαν ως μονάδα τυχαιοποίησης τους ιατρούς ή τις μονάδες υγείας), η αποκρυφή διανομής και η τυφλοποίηση.

Δυνατότητα ποσοτικής σύνθεσης των αποτελεσμάτων

Επειδή υπήρξε μεγάλη ετερογένεια παρεμβάσεων αλλά και επειδή σε κάθε κατηγορία παρέμβασης περιλαμβάνονταν μικρός σχετικά αριθμού μελετών με σημαντική μεταξύ τους ετερογένεια σε άλλες παραμέτρους, δεν κρίθηκε σκόπιμο να γίνει ποσοτική σύνθεση των αποτελεσμάτων των μελετών.

Συμφωνία αποτελεσμάτων σε μελέτες για παρεμβάσεις της ίδιας κατηγορίας

Μελέτες που ανήκαν στην ίδια κατηγορία παρέμβασης δε συμφωνούσαν πάντα ως προς τη στατιστική σημαντικότητα των αποτελεσμάτων. Διαφορές στο σχεδιασμό και την ποιότητα της μελέτης μπορεί να επηρέασαν σημαντικά τα αποτελέσματα, έτσι ώστε ενώ μελετάται η ίδια παρέμβαση να μην αναπαράγονται τα ίδια αποτελέσματα. Παρακάτω συζητούνται αναλυτικά τα αποτελέσματα για κάθε κατηγορία παρέμβασης.

Συνέντευξη υποκίνησης

Οι μελέτες που αφορούν στην εφαρμογή της συνέντευξης υποκίνησης από το γενικό ιατρό για τη διακοπή του καπνίσματος αξιολογούν την αποτελεσματικότητά της σε σχέση με την παροχή απλής συμβουλής και βρίσκουν ότι η συνέντευξη υποκίνησης επιτυγχάνει 2-5 φορές υψηλότερα ποσοστά διακοπής. Η μελέτη Soria 2006 βρίσκει ότι η συνέντευξη υποκίνησης επιτυγχάνει υψηλότερα ποσοστά διακοπής καπνίσματος σε σχέση με τη μελέτη Butler 1999. Η διαφορά αυτή θα μπορούσε να εξηγηθεί αν λάβουμε υπόψη μας ότι α) η παρέμβαση στη μελέτη Soria 2006

εφαρμόστηκε από γενικούς ιατρούς στους ασθενείς τους (με τους οποίους είχαν ήδη αναπτύξει μακροχρόνιες σχέσεις συνεργασίας) ενώ στη μελέτη Butler 1999 από ειδικευμένους γενικούς ιατρούς (με λιγότερη εμπειρία και γνώση των ασθενών τους) και β) στη μελέτη Soria 2006 εφαρμόστηκαν 3 συνεδρίες συνεντεύξεων υποκίνησης ενώ στη μελέτη Butler, 1999 μία μόνο συνεδρία. Ωστόσο, και οι δύο μελέτες δείχνουν ότι η συνέντευξη υποκίνησης είναι μια χρήσιμη μέθοδος στην οποία θα μπορούσε να εκπαιδευθεί ο γενικός ιατρός και στη συνέχεια να την εφαρμόσει στους καπνιστές ασθενείς του επιτυγχάνοντας μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα στη διακοπή του καπνίσματος σε σχέση με την παροχή απλής συμβουλής. Μάλιστα, παρεμβάσεις που έχουν μεγαλύτερη διάρκεια δύνανται να είναι πιο αποτελεσματικές από τις αντίστοιχες σύντομες. Ωστόσο, δεδομένου του μικρού αριθμού μελετών που ερευνούν την αποτελεσματικότητα της συνέντευξης υποκίνησης από γενικούς ιατρούς (Soria 2006 και Butler 1999), οφείλουμε να έχουμε περισσότερα δεδομένα προτού καταλήξουμε σε ασφαλές συμπέρασμα.

Τα αποτελέσματα συμφωνούν με αυτά συστηματικής ανασκόπησης για την αποτελεσματικότητα της συνέντευξης υποκίνησης για τη διακοπή του καπνίσματος γενικά από επαγγελματίες υγείας (Lai 2010), η οποία, μάλιστα, υποστηρίζει ότι υπάρχουν ενδείξεις ότι η συνέντευξη υποκίνησης που εφαρμόζεται από γενικούς ιατρούς δίνει καλύτερα αποτελέσματα σε σύγκριση με αυτή που γίνεται από νοσηλεύτριες ή άλλους επαγγελματίες υγείας. Αυτό αποδίδεται στη μακροχρόνια σχέση ιατρού-ασθενούς, ενώ σημειώνεται ότι τα καλά αποτελέσματα μπορεί να οφείλονται τόσο στη σχέση αυτή όσο και στην αποτελεσματικότητα της συνέντευξης υποκίνησης.

Πρότυπο των σταδίων αλλαγής

Οι μελέτες που αφορούν στην εφαρμογή παρεμβάσεων βασισμένων στο πρότυπο των σταδίων αλλαγής από το γενικό ιατρό για τη διακοπή του καπνίσματος αξιολογούν την αποτελεσματικότητά τους σε σχέση με τη συνήθη πρακτική και βρίσκουν ότι το πρότυπο των σταδίων αλλαγής επιτυγχάνει 2-3 φορές υψηλότερα ποσοστά διακοπής. Η μελέτη Pieterse 2001 βρίσκει ότι το πρότυπο των σταδίων αλλαγής επιτυγχάνει υψηλότερα ποσοστά διακοπής καπνίσματος σε σχέση με τη μελέτη Hilberinnk 2005. Η διαφορά αυτή θα μπορούσε να εξηγηθεί αν λάβουμε υπόψη μας ότι η παρέμβαση στη μελέτη Pieterse 2001 εφαρμόστηκε σε καπνιστές ασθενείς ανεξάρτητα από τη συνοσηρότητά τους, ενώ στη μελέτη Hilberinnk 2005 εφαρμόστηκε σε καπνιστές ασθενείς που έπασχαν από ΧΑΠ, οι οποίοι, σύμφωνα με άλλες μελέτες, έχει βρεθεί ότι αποτελούν μια ιδιαίτερα δύσκολη ομάδα σε ότι αφορά τη διακοπή του καπνίσματος (Crowley 1995, Daughton 1980). Αμφότερες οι μελέτες καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι η εφαρμογή παρεμβάσεων

βασισμένων στα στάδια της αλλαγής από το γενικό ιατρό είναι πιο αποτελεσματική στη διακοπή του καπνίσματος σε σχέση με τη συνήθη πρακτική.

Σε παρόμοια συμπεράσματα καταλήγει και συστηματική ανασκόπηση που μελέτησε την αποτελεσματικότητα παρεμβάσεων που βασίζονται στο πρότυπο των σταδίων αλλαγής και στοχεύουν σε θέματα μεταβολής τρόπου ζωής των ασθενών σε περισσότερο υγιεινά πρότυπα. (Esther 2004). Η ανασκόπηση, μεταξύ των άλλων, συμπεριλαμβάνει και μελέτες με παρεμβάσεις για διακοπή καπνίσματος και συμπεραίνει ότι υπάρχει ένα μικρό αλλά θετικό αποτέλεσμα αυτών των παρεμβάσεων, ιδιαίτερα όταν αυτές γίνονται στα πλαίσια της ιατρικής διαβούλευσης και όχι με άλλες μορφές όπως η αποστολή επιστολών.

Πρότυπο Πεποιθήσεων για την Υγεία

Σε ότι αφορά τις παρεμβάσεις για διακοπή καπνίσματος που βασίζονται στο πρότυπο πεποιθήσεων για την υγεία, η μοναδική μελέτη που συμπεριλήφθηκε στην παρούσα ανασκόπηση (Thompson, 1998) δεν ανέδειξε κάποια επιπλέον αποτελεσματικότητά της σε σχέση με την παροχή απλής συμβουλής για διακοπή ή τη συνήθη πρακτική.

Εντατικές (δομημένες) συμβουλευτικές παρεμβάσεις

Και οι 3 μελέτες σχετικά με την αποτελεσματικότητα των εντατικών (δομημένων) συμβουλευτικές παρεμβάσεων των γενικών ιατρών για τη διακοπή του καπνίσματος που συμπεριλήφθηκαν στην ανασκόπηση έδειξαν ότι οι παρεμβάσεις αυτές αυξάνουν τα ποσοστά διακοπής του καπνίσματος σε σχέση με την παροχή απλής συμβουλής ή τη συνήθη πρακτική. Ωστόσο, μόνον στις δύο από αυτές τις μελέτες (Wilson David 1990, Ockene 1991) η παρατηρούμενη αύξηση έφτασε στα επίπεδα στατιστικής σημαντικότητας. Οι δύο αυτές μελέτες βασίστηκαν στην αυτό-αναφερόμενη διακοπή καπνίσματος, ενώ η μελέτη στην οποία η διαφορά δεν έφτασε σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας (Slama 1990) εκτίμησε τη διακοπή του καπνίσματος με βιοχημική επιβεβαίωση.

Τα αποτελέσματα έρχονται σε συμφωνία με τα αποτελέσματα της συστηματικής ανασκόπησης για την αποτελεσματικότητα της ιατρικής συμβουλής στη διακοπή καπνίσματος (Stead 2008). Σύμφωνα με αυτή οι εντατικές παρεμβάσεις έχουν μια μικρή υπεροχή απέναντι στις απλές παρεμβάσεις, η οποία είναι μεγαλύτερη, όταν αυτές εφαρμόζονται σε καπνιστές με περισσότερα κίνητρα για διακοπή του καπνίσματος και όχι στο γενικό πληθυσμό.

Απλές συμβουλευτικές παρεμβάσεις

Οι μελέτες απλής συμβουλευτικής παρέμβασης για τη διακοπή του καπνίσματος δεν αναδεικνύουν κάποια σημαντική αποτελεσματικότητα και αυτό ίσως αντανακλά το γεγονός ότι οι καπνιστές είναι ήδη ενήμεροι για τις βλαβερές επιπτώσεις του καπνίσματος και απαιτείται κάποια πιο ειδική προσέγγιση για την τροποποίηση της συμπεριφοράς τους. Ωστόσο, πρέπει να επισημάνουμε ότι οι μελέτες αυτές κρίθηκαν ως ανεπαρκούς μεθοδολογικής ποιότητας και, επομένως, θα πρέπει να βασισθούμε σε περισσότερο έγκυρα δεδομένα πριν καταλήξουμε σε ασφαλή συμπεράσματα.

Τα αποτελέσματα αυτά δεν έρχονται σε συμφωνία με τα αποτελέσματα συστηματικής ανασκόπησης για την αποτελεσματικότητα της συμβουλής του ιατρού για τη διακοπή καπνίσματος (Stead 2008). Η ανασκόπηση αυτή αναφέρει ότι υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφορά στην αποτελεσματικότητα της απλής συμβουλής σε σύγκριση με καμία συμβουλή. Τα συμπεράσματα αυτά προέκυψαν από 17 μελέτες, αρκετές από τις οποίες δεν έγιναν σε περιβάλλον ΠΦΥ, ενώ άλλες που έγιναν σε περιβάλλον ΠΦΥ ήταν ημιτυχαιοποιημένες (Slama 1995, Jamrozik 1984, Russel 1979) και δεν συμπεριλήφθηκαν στην παρούσα ανασκόπηση. Κάποια από τις μελέτες που συμπεριλήφθηκε και στην παρούσα ανασκόπηση (McDowell 1985) αναλύθηκε σε άλλη κατηγορία, λόγω διαφορετικού ορισμού που δόθηκε για την απλή συμβουλή. Στην παρούσα ανασκόπηση απλή συμβουλευτική παρέμβαση θεωρήθηκε αυτή που δεν προϋπόθετε ειδική εκπαίδευση του ιατρού και στην οποία ο ιατρός ήταν ελεύθερος να επιλέξει τον τρόπο της συμβουλευτικής παρέμβασης, ενώ στην ανασκόπηση Stead, 2008 θεωρήθηκαν απλές συμβουλευτικές εκείνες οι παρεμβάσεις στις οποίες παρέχονταν συμβουλή σε μία μόνον επίσκεψη διάρκειας μικρότερης των 20 λεπτών με το πολύ μία ακόμη επαναληπτική επίσκεψη υποστήριξης. Πρέπει να σημειωθεί ότι οι μελέτες αυτές (Slama 1995, Jamrozik 1984, Russel 1979) που συμπεριλήφθηκαν στην ανάλυση της προηγούμενης ανασκόπησης (Stead 2008) αλλά αποκλείστηκαν από την παρούσα λόγω ημιτυχαιοποίησης, ήταν κυρίως αυτές που έδιναν στατιστικώς σημαντικά αποτελέσματα για τη μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα της απλής συμβουλευτικής σε σύγκριση με καμία συμβουλή.

Επιπρόσθετες επισκέψεις υποστήριξης

Τα αποτελέσματα των μελετών που περιλαμβάνουν επιπρόσθετες επισκέψεις υποστήριξης οδηγούν στο συμπέρασμα ότι η παροχή επιπρόσθετων επισκέψεων δεν επιτυγχάνει στατιστικώς σημαντική αύξηση στα ποσοστά διακοπής του καπνίσματος. Επίσης, σε όλες σχεδόν τις μελέτες διαπιστώθηκαν δύο ενδιαφέρουσες παρατηρήσεις, έστω και αν αυτές δεν αφορούσαν το κυρίως

ερευνητικό αποτέλεσμα: Η πρώτη παρατήρηση είναι ότι τα ποσοστά διακοπής αυξάνονται με την αύξηση των συμμετοχών των καπνιστών στις προσφερόμενες επισκέψεις υποστήριξης και οφείλεται πιθανώς στο φαινόμενο της αυτό-επιλογής, δηλ. οι καπνιστές που ήταν αποφασισμένοι να διακόψουν ανεξάρτητα από την παρέμβαση ήταν αυτοί που ολοκλήρωναν το πρόγραμμα των επαναληπτικών επισκέψεων, ενώ αυτοί που δεν ήταν αποφασισμένοι να διακόψουν δεν προσέρχονταν στις προκαθορισμένες επισκέψεις. Μια δεύτερη διαπίστωση στις συγκεκριμένες μελέτες είναι το γεγονός ότι τα αυτό-αναφερόμενα ποσοστά διακοπής καπνίσματος είναι σημαντικά υψηλότερα σε σχέση με τα βιοχημικά επιβεβαιωμένα, αντανακλώντας πιθανώς το γεγονός ότι οι καπνιστές που συμμετέχουν σε παρεμβάσεις με επαναληπτικές επισκέψεις είναι πιο πιθανό να αναφέρουν ψευδώς διακοπή του καπνίσματος.

Τα αποτελέσματα αυτά συμφωνούν με τα αποτελέσματα της συστηματικής ανασκόπησης για την αποτελεσματικότητα της ιατρικής συμβουλής στη διακοπή καπνίσματος (Stead 2008). Η ανασκόπηση αναφέρει ότι η παροχή επιπρόσθετων επισκέψεων, αν και δείχνει ένα μικρό επιπρόσθετο όφελος, δεν μπόρεσε να δώσει στατιστικώς σημαντικά αποτελέσματα σε καμία από τις μελέτες που αναλύθηκαν.

Εξατομικευμένες επιστολές από υπολογιστή

Σε ότι αφορά τις μελέτες αποτελεσματικότητας των εξατομικευμένων επιστολών από υπολογιστή στο περιβάλλον της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, οι περισσότερες υποστηρίζουν ότι εμφανίζεται μικρή μόνον αύξηση στα ποσοστά διακοπής καπνίσματος και ότι οι εξατομικευμένες επιστολές υπερτερούν των τυποποιημένων, χωρίς όμως οι διαφορές να φτάνουν το επίπεδο της στατιστικής σημαντικότητας.

Στις μελέτες Strecher 1994 υποστηρίζεται η υπεροχή της αποτελεσματικότητας των εξατομικευμένων επιστολών για τη διακοπή του καπνίσματος, τόσο σε σχέση με τη μη αποστολή επιστολών, όσο και σε σχέση με την αποστολή τυποποιημένων επιστολών. Ωστόσο, η στατιστική σημαντικότητα της διαφοράς αυτής αναδείχθηκε μόνο στην υποομάδα των ελαφρών ως μέτριων καπνιστών, ενώ στο συνολικό πληθυσμό των καπνιστών της παρέμβασης παρέμεινε μη στατιστικώς σημαντική, πιθανώς λόγω μικρού μεγέθους δείγματος.

Η μελέτη Lennox 2001, αντίθετα, εφαρμόζει βιοχημική επιβεβαίωση για τη διακοπή του καπνίσματος και τα αποτελέσματά της δείχνουν ότι η χρήση των τυποποιημένων επιστολών για τη διακοπή του καπνίσματος υπερτερεί των εξατομικευμένων επιστολών και δύναται να αυξήσει τα ποσοστά διακοπής κατά 2% στο περιβάλλον πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, χωρίς όμως να υπάρχει στατιστική σημαντικότητα στη μεταξύ τους διαφορά.

Η μελέτη Aveyard 2003 δείχνει ότι μεταξύ της εξατομικευμένης και της τυποποιημένης προσέγγισης στην αποστολή υλικών αυτοβοήθειας και επιστολών δεν υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφορά, παρά μικρή μόνον υπεροχή της εξατομικευμένης προσέγγισης.

Τα συμπεράσματα αυτά συμφωνούν με προηγούμενη συστηματική ανασκόπηση που μελέτησε τις παρεμβάσεις για διακοπή καπνίσματος με τη χρήση υλικού αυτοβοήθειας. (Lancaster 2009), η οποία υποστηρίζει ότι παρά το γεγονός ότι υπάρχουν αντικρουόμενα αποτελέσματα, το εξατομικευμένο υλικό είναι πιο αποτελεσματικό από καμία παρέμβαση αυτοβοήθειας, αλλά και από τα τυποποιημένα υλικά.

Έντυπο υλικό αυτοβοήθειας

Διαπιστώνεται ότι η χορήγηση έντυπου υλικού αυτοβοήθειας, στα πλαίσια των παρεμβάσεων του γενικού ιατρού για τη διακοπή του καπνίσματος, δεν έχει τεκμηριώσει την αποτελεσματικότητά της. Ως πιθανές εξηγήσεις προτείνονται η μεγάλη διάδοση και η εύκολη πρόσβαση που έχουν όλοι οι καπνιστές σε υλικό αυτοβοήθειας (άρα είναι πιθανό και καπνιστές από την ομάδα ελέγχου να είχαν εκτεθεί σε αυτό), το γεγονός ότι μακροσκελή κείμενα μπορεί να είναι δύσχρηστα και, τέλος, η τυποποιημένη μη εξατομικευμένη μορφή τους μπορεί να μην ανταποκρίνεται στις ιδιαίτερες ανάγκες του κάθε καπνιστή. Ενδεχομένως η αποτελεσματικότητά του να είναι μεγαλύτερη όταν συνδυάζεται με μια τακτική συστηματικής παρακολούθησης και υποστήριξης του καπνιστή στην προσπάθεια του να διακόψει ή όταν εφαρμόζεται εστιασμένα σε καπνιστές που επιθυμούν να διακόψουν. Αυτό φάνηκε στη μελέτη Secades-Villa 2009, όπου αξιολογήθηκε η αποτελεσματικότητα της χορήγησης υλικού αυτοβοήθειας σε συνδυασμό με την συστηματική παρακολούθηση και υποστήριξη μέσω τηλεφωνικής επικοινωνίας ως επιπρόσθετη παρέμβαση στην σύντομη συμβουλευτική για τη διακοπή του καπνίσματος σε καπνιστές που επιθυμούσαν να διακόψουν. Ωστόσο, παρόλο που τα ποσοστά διακοπής υπερδιπλασιάστηκαν στην ομάδα παρέμβασης, το μικρό μέγεθος του δείγματος δεν επέτρεψε την ανάδειξη στατιστικώς σημαντικής διαφοράς.

Τα αποτελέσματα αυτά έρχονται σε συμφωνία με τα συμπεράσματα προηγούμενης συστηματικής ανασκόπησης που μελετούσε τις παρεμβάσεις για διακοπή καπνίσματος με τη χρήση υλικού αυτοβοήθειας (Lancaster 2009). Η ανασκόπηση συμπεραίνει ότι υπάρχουν περιορισμένες ενδείξεις για την αποτελεσματικότητα του υλικού αυτοβοήθειας, ιδιαίτερα όταν αυτό είναι τυποποιημένο και χρησιμοποιείται μόνο του χωρίς άλλες συμπληρωματικές παρεμβάσεις.

Σπιρομέτρηση

Από τα μέχρι τώρα δεδομένα δεν προκύπτει σαφώς ότι η σπιρομέτρηση που γίνεται από το γενικό ιατρό στους καπνιστές ασθενείς του μπορεί να αυξήσει σημαντικά τα ποσοστά διακοπής του καπνίσματος, αν και μια μελέτη (Parkes 2008) υποστηρίζει ότι η ανακοίνωση των αποτελεσμάτων ως «ηλικία των πνευμόνων» μπορεί να αποδειχθεί χρήσιμη προς την κατεύθυνση αυτή.

Στη μελέτη Segnan 1991, η σύσταση για διενέργεια σπιρομέτρησης στους καπνιστές αύξησε τα ποσοστά διακοπής του καπνίσματος χωρίς όμως να αναδειχθεί η στατιστική σημαντικότητα της διαφοράς αυτής. Ωστόσο, όπως αναφέρεται και από τους συγγραφείς, η υπολογιζόμενη ισχύς της μελέτης είναι μικρή. Σημειώνεται, επίσης, ότι μόνον οι μισοί (50,2%) από τους καπνιστές στους οποίους συστήθηκε διενέργεια σπιρομέτρησης συμμορφώθηκαν με την οδηγία αυτή. Αυτοί που δεν συμμορφώθηκαν, αν και συνυπολογίστηκαν στην ομάδα παρέμβασης, εμφάνισαν χαμηλότερα ποσοστά διακοπής σε σχέση με αυτούς που συμμορφώθηκαν, οδηγώντας έτσι στην υποεκτίμηση της αποτελεσματικότητας της σπιρομέτρησης.

Στη μελέτη Buffels 2006, η σπιρομέτρηση, παρά την αύξηση που προκάλεσε στα ποσοστά διακοπής καπνίσματος, δεν έδωσε στατιστικώς σημαντικά αποτελέσματα. Ωστόσο, οι καπνιστές που συμμετείχαν στη μελέτη προήλθαν από διαλογή και ήδη επιθυμούσαν να διακόψουν (βρίσκονταν σε στάδια 3 και 4 κατά Prochanska), ενώ η σπιρομέτρηση αξιολογήθηκε ως επιπρόσθετη παρέμβαση στη συμβουλευτική και φαρμακοθεραπεία. Αυτό σημαίνει ότι η μελέτη έγινε σε έναν ήδη ευαισθητοποιημένο για διακοπή πληθυσμό καπνιστών, ο οποίος υποστηριζόταν και με φαρμακευτικά μέσα για διακοπή, και στον οποίο η εφαρμογή της σπιρομέτρησης δεν οδήγησε σε κάποιο στατιστικώς σημαντικό επιπλέον όφελος.

Η μελέτη Parkes 2008 υποστηρίζει ότι ο τρόπος που επικοινωνεί ο ιατρός το αποτέλεσμα της σπιρομέτρησης είναι σημαντικός για τη διακοπή του καπνίσματος και συγκεκριμένα ότι η ανακοίνωση του αποτελέσματος ως «ηλικία πνευμόνων» είναι αποτελεσματικότερη από την ανακοίνωση του ως FEV1. Ωστόσο, τα στατιστικώς σημαντικά ευρήματα της μελέτης πιθανώς να οφείλονται στο γεγονός ότι στην ομάδα παρέμβασης τα αποτελέσματα της σπιρομέτρησης ανακοινώθηκαν προφορικά από τον ιατρό τους, ενώ στην ομάδα ελέγχου ανακοινώθηκαν με αποστολή επιστολής ένα μήνα αργότερα. Σημειώνεται, επίσης, ότι το αποτέλεσμα δεν εξέταζε συνεχιζόμενη αποχή και ότι δεν έγινε σύγκριση με ομάδα καπνιστών χωρίς εφαρμογή σπιρομέτρησης. Ένα ενδιαφέρον σημείο της μελέτης είναι η διαπίστωση ότι δεν υπήρχε διαφορά στη διακοπή του καπνίσματος μεταξύ αυτών που εμφάνισαν παθολογική και αυτών με φυσιολογική πνευμονική λειτουργία. Οι συγγραφείς, προσπαθώντας να ερμηνεύσουν αυτό το εύρημα, πιθανολογούν ότι η ανακοίνωση «μεγάλης ηλικίας πνευμόνων» στους πρώτους δίνει το κίνητρο της

«μη περαιτέρω επιδείνωσης», ενώ η ανακοίνωση της «φυσιολογικής ηλικίας πνευμόνων» στους δεύτερους δίνει το κίνητρο της «έγκαιρης πρόληψης». Επισημαίνεται ότι στη μελέτη αυτή η απουσία σύγκρισης με ομάδα καπνιστών που δεν υποβλήθηκαν σε σπιρομέτρηση, υποδεικνύει την αναγκαιότητα για περαιτέρω έρευνα σχετικά με την εφαρμογή της σπιρομέτρησης για τη διακοπή του καπνίσματος στη γενική ιατρική.

Παρόμοια αποτελέσματα εμφανίζει και συστηματική ανασκόπηση που έγινε για να αξιολογήσει την αποτελεσματικότητα της εκτίμησης βιοχημικών δεικτών για τη διακοπή του καπνίσματος (Bize 2010) σύμφωνα με την οποία δεν αναδείχθηκε στατιστικώς σημαντική διαφορά μεταξύ της ομάδας παρέμβασης (σπιρομέτρηση) και της ομάδας ελέγχου. Εξάιρεση αποτελεί και εδώ η μελέτη με την ανακοίνωση του αποτελέσματος ως «ηλικία πνευμόνων» (Parkes 2008), τα στατιστικώς σημαντικά ευρήματα της οποίας εξετάζονται σε ειδική κατηγορία, χωρίς να ομαδοποιείται με τις υπόλοιπες μελέτες.

Στατιστικώς σημαντική αποτελεσματικότητα

Οι μελέτες που έδωσαν στατιστικώς σημαντικά αποτελέσματα στην αύξηση των ποσοστών διακοπής του καπνίσματος ήταν αυτές που μελετούσαν τις παρεμβάσεις που βασίζονται:

- στην συνέντευξη υποκίνησης
- στο διαθεωρητικό πρότυπο των σταδίων αλλαγής
- στις εντατικές (δομημένες) συμβουλευτικές παρεμβάσεις

Οι μελέτες που συμπεριλαμβάνονται στις κατηγορίες αυτές χαρακτηρίζονται από καλή ποιότητα (σε ότι αφορά τη συνέντευξη υποκίνησης) έως μέτρια ποιότητα (σε ότι αφορά τις παρεμβάσεις που βασίζονται στο διαθεωρητικό πρότυπο των σταδίων αλλαγής και τις εντατικές συμβουλευτικές παρεμβάσεις).

Παλαιότερες συστηματικές ανασκοπήσεις

Η παρούσα συστηματική ανασκόπηση διαφέρει από παλαιότερες συστηματικές ανασκοπήσεις που μελετούσαν παρεμβάσεις για τη διακοπή του καπνίσματος (Esther 2004, Stead 2008, Lancaster 2009, Bize 2010, Lai 2010), γιατί:

- η καθεμία από αυτές μελέτησε διαφορετικές παρεμβάσεις για τη διακοπή του καπνίσματος, όπως συμβουλή από το ιατρό (Stead 2008), συνέντευξη υποκίνησης (Lai 2010), παρεμβάσεις βασισμένες στη θεωρία των σταδίων αλλαγής (Esther 2004), χρήση υλικού αυτοβοήθειας

(Lancaster 2009) ή εκτίμηση βιοχημικών δεικτών για τη διακοπή του καπνίσματος (Bize 2010). Η παρούσα ανασκόπηση συμπεριέλαβε συνολικά τις μη φαρμακευτικές παρεμβάσεις για τη διακοπή του καπνίσματος (με εξαίρεση τον βελονισμό και την υπνοθεραπεία)

- συμπεριέλαβαν και παρεμβάσεις που έγιναν σε πιο εξειδικευμένα περιβάλλοντα (όπως ιατρεία διακοπής καπνίσματος, εξωτερικά ιατρεία νοσοκομείων) ή παρεμβάσεις που απευθύνονται στο γενικό πληθυσμό (όπως οι τηλεφωνικές γραμμές υποστήριξης διακοπής), ενώ η παρούσα ανασκόπηση περιέλαβε μόνο παρεμβάσεις που έχουν γίνει σε περιβάλλον πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (καπνιστές ασθενείς που επισκέπτονται τον γενικό ιατρό)
- συμπεριέλαβαν και παρεμβάσεις που έγιναν από ιατρούς άλλων ειδικοτήτων ή αποκλειστικά από άλλους επαγγελματίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (όπως νοσηλεύτριες, κλινικούς ψυχολόγους, οδοντιάτρους, φαρμακοποιούς), ενώ η παρούσα ανασκόπηση περιέλαβε μόνο παρεμβάσεις από γενικό ιατρό
- συμπεριέλαβαν και ημι-τυχαίοποιημένες ελεγχόμενες κλινικές δοκιμές, ενώ η παρούσα ανασκόπηση περιέλαβε μόνο πλήρως τυχαίοποιημένες ελεγχόμενες κλινικές δοκιμές

Περιορισμοί μελέτης

Η παρούσα ανασκόπηση εμφανίζει ορισμένους περιορισμούς όπως είναι η έρευνα σε δύο μόνον ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων (MEDLINE, COCHRANE) και ο αποκλεισμός μελετών που δεν είναι γραμμένες στην Αγγλική γλώσσα. Ακόμη, η παρούσα ανασκόπηση δεν προχώρησε στην ποσοτική σύνθεση των δεδομένων, λόγω της μεγάλης ετερογένειας των παρεμβάσεων που συμπεριέλαβε.

4.2. Συμπεράσματα

Εφαρμογή στην κλινική πρακτική

Η ανασκόπηση δείχνει ότι οι μη φαρμακευτικές παρεμβάσεις για τη διακοπή καπνίσματος που υπόσχονται καλύτερη αποτελεσματικότητα είναι αυτές που βασίζονται στη συνέντευξη υποκίνησης και στο διαθεωρητικό πρότυπο των σταδίων της αλλαγής. Οι εντατικές (δομημένες) συμβουλευτικές παρεμβάσεις έχουν καλύτερη αποτελεσματικότητα σε σχέση με τις απλές συμβουλευτικές παρεμβάσεις, χωρίς όμως να φτάνουν το επίπεδο αποτελεσματικότητας των εξειδικευμένων παρεμβάσεων (συνέντευξη υποκίνησης, θεωρία σταδίων αλλαγής). Για τις υπόλοιπες μορφές παρεμβάσεων (απλή συμβουλή, επιπρόσθετες επισκέψεις υποστήριξης,

εξατομικευμένες επιστολές, έντυπο υλικό αυτοβοήθειας) δεν υπάρχουν επαρκή στοιχεία που να αποδεικνύουν την αποτελεσματικότητά τους.

Εφαρμογή στην κλινική έρευνα

Χρειάζονται περισσότερες μελέτες καλής μεθοδολογικής ποιότητας που να εξετάζουν την αποτελεσματικότητα της απλής συμβουλευτικής παρέμβασης του γενικού ιατρού στο σημερινό πληθυσμό καπνιστών, που είναι περισσότερο ενημερωμένος για τις βλαβερές συνέπειες του καπνίσματος.

Επίσης, χρειάζεται περισσότερη έρευνα σχετικά με την αποτελεσματικότητα της σπιρομέτρησης ως παρέμβασης που μπορεί να εφαρμοσθεί από το γενικό ιατρό για τη διακοπή του καπνίσματος σε περιβάλλον πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

Χαρακτηριστικά μελετών που συμπεριλήφθησαν στην ανασκόπηση

Aveyard 2003		
ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ		Μεγάλη Βρετανία, 2471 ενήλικες
ΜΕΘΟΔΟΣ	ΤΥΧΑΙΟΠΟΙΗΣΗ	ναι
	ΑΠΟΚΡΥΦΗ ΔΙΑΝΟΜΗΣ	ναι
	ΤΥΦΛΟΠΟΙΗΣΗ	ασαφές
ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ	1	Εξατομικευμένες επιστολές από υπολογιστή (3 επιστολές) + έντυπο υλικό αυτοβοήθειας βασισμένο στην εξατομικευμένη προσέγγιση
	2	Όπως η 1. + 3 τηλεφωνικές επικοινωνίες παρακολούθησης και ενίσχυσης (συνυπολογίστηκε με την 1)
	3	Όπως η + 3 επισκέψεις σε εξειδικευμένη νοσηλεύτρια (συνυπολογίστηκε με την 1)
		Τυποποιημένο έντυπο υλικό αυτοβοήθειας
	ΦΑΡΜΑΚΟ-ΘΕΡΑΠΕΙΑ	όχι
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ	ΔΙΑΚΟΠΗ στους 6 μήνες	3,3% ως 2,2% (p>0.05)
	ΣΥΝΕΧΙΖΟΜΕΝΗ ΑΠΟΧΗ (6-12μ)	2,1% ως 1,4% (p>0.05)
	ΒΙΟΧΗΜΙΚΗ ΕΠΙΒΕΒΑΙΩΣΗ	Εξέταση σίελου
ΣΧΟΛΙΑ		Εξατομικευμένο vs τυποποιημένο υλικό αυτοβοήθειας
ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ		Καλής ποιότητας

Buffels 2006		
ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ		Βέλγιο, 221 καπνιστές >15 ετών που επιθυμούσαν να διακόψουν το κάπνισμα (στάδια 3 και 4 κατά Prochnska)
ΜΕΘΟΔΟΣ	ΤΥΧΑΙΟΠΟΙΗΣΗ	Ρίψη κέρματος

	ΑΠΟΚΡΥΦΗ ΔΙΑΝΟΜΗΣ	Ασαφές
	ΤΥΦΛΟΠΟΙΗΣΗ	Ασαφές
ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ	1.	Ελάχιστη παρέμβαση βασισμένη στα 5Α και σπιρομέτρηση
	2.	Ελάχιστη παρέμβαση βασισμένη στα 5Α
	ΦΑΡΜΑΚΟ-ΘΕΡΑΠΕΙΑ	Νικοτίνη , Βουπροπιόνη
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ	ΔΙΑΚΟΠΗ στους 6 μήνες	34,3% vs 29% (p= 0,67)
	ΔΙΑΚΟΠΗ στους 12 μήνες	22,5% vs 20,4% (p=0,987)
	ΔΙΑΚΟΠΗ στους 24 μήνες	19,1% vs 14% (p= 0,58)
	ΒΙΟΧΗΜΙΚΗ ΕΠΙΒΕΒΑΙΩΣΗ	Μόνον σε 8 άτομα κατά την αξιολόγηση στους 24 μήνες (δείγμα ούρων)
ΣΧΟΛΙΑ		Σπιρομέτρηση ως επιπρόσθετη παρέμβαση στην ελάχιστη συμβουλευτική παρέμβαση και φαρμακοθεραπεία
ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ		Ανεπαρκής

Butler 1999		
ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ		Μεγάλη Βρετανία, 536 ενήλικες καπνιστές
ΜΕΘΟΔΟΣ	ΤΥΧΑΙΟΠΟΙΗΣΗ	blocked randomization
	ΑΠΟΚΡΥΦΗ ΔΙΑΝΟΜΗΣ	Σφραγισμένοι φάκελοι
	ΤΥΦΛΟΠΟΙΗΣΗ	Εκτιμητές αποτελέσματος
ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ	1.	Συμβουλευτική υποκίνησης (10 min)
	2.	Τυποποιημένη σύντομη συμβουλή (2 min)
	ΦΑΡΜΑΚΟ-ΘΕΡΑΠΕΙΑ	όχι
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ	ΔΙΑΚΟΠΗ στους 6 μήνες	(διακοπή για τουλάχιστον 1 μέρα) 3%vs 1,5% (p<0,01)
	ΔΙΑΚΟΠΗ στους 6 μήνες	(διακοπή για τουλάχιστον 1 μήνα) 8,1%vs3% (p<0,01)

	ΒΙΟΧΗΜΙΚΗ ΕΠΙΒΕΒΑΙΩΣΗ	όχι
ΣΧΟΛΙΑ		Συνέντευξη υποκίνησης vs ελάχιστη παρέμβαση
ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ		Καλής ποιότητας

Conger 1987		
ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ		Η.Π.Α, 328 καπνιστές, ηλικίας 35-59 ετών
ΜΕΘΟΔΟΣ	ΤΥΧΑΙΟΠΟΙΗΣΗ	Cluster randomization (ιατρεία)
	ΑΠΟΚΡΥΦΗ ΔΙΑΝΟΜΗΣ	ασαφές
	ΤΥΦΛΟΠΟΙΗΣΗ	ασαφές
ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ		Απλή συμβουλή (κατά την κρίση του ιατρού)+ φυλλάδια
		Συνήθης πρακτική
	ΦΑΡΜΑΚΟ- ΘΕΡΑΠΕΙΑ	όχι
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ	ΔΙΑΚΟΠΗ στους 4 μήνες	6% vs 7% (p>0,05)
	ΒΙΟΧΗΜΙΚΗ ΕΠΙΒΕΒΑΙΩΣΗ	όχι
ΣΧΟΛΙΑ		Ελάχιστη παρέμβαση vs συνήθης πρακτική Δεν αναφέρεται υπολογισμός ισχύος της μελέτης
ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ		Ανεπαρκής

Gilbert 1992		
ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ		Καναδάς 647 καπνιστές >16
ΜΕΘΟΔΟΣ	ΤΥΧΑΙΟΠΟΙΗΣΗ	Ναι από υπολογιστή
	ΑΠΟΚΡΥΦΗ ΔΙΑΝΟΜΗΣ	Σφραγισμένους φακέλους
	ΤΥΦΛΟΠΟΙΗΣΗ	Εκτιμητές αποτελέσματος

ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ	1	Εντατική παρέμβαση σε δύο επισκέψεις + υλικό αυτοβοήθειας+ τέσσερις επισκέψεις υποστήριξης
	2	Εντατική παρέμβαση σε δύο επισκέψεις + υλικό αυτοβοήθειας
	ΦΑΡΜΑΚΟ-ΘΕΡΑΠΕΙΑ	νικοτίνη
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ	ΔΙΑΚΟΠΗ στους 12 μήνες	14% v 13.1%` (p=0,64)
	ΣΥΝΕΧΙΖΟΜΕΝΗ ΑΠΟΧΗ(9-12Μ)	12,5% v 10,2% (p=0,3)
	ΒΙΟΧΗΜΙΚΗ ΕΠΙΒΕΒΑΙΩΣΗ	Εξέταση σιέλου
ΣΧΟΛΙΑ		Επιπλέον επισκέψεις ως επιπρόσθετες στη εντατική συμβουλή
ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ		Καλής ποιότητας

Hilberink 2005		
ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ		Ολλανδία, 406 ασθενείς με Χ.Α.Π
ΜΕΘΟΔΟΣ	ΤΥΧΑΙΟΠΟΙΗΣΗ	Cluster randomization (ιατρεία)
	ΑΠΟΚΡΥΦΗ ΔΙΑΝΟΜΗΣ	Ασαφές
	ΤΥΦΛΟΠΟΙΗΣΗ	Ασαφές
ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ	1.	Εντατική Παρέμβαση βασισμένη στη θεωρία των σταδίων αλλαγής (2 επισκέψεις + 1-2 επισκέψεις παρακολούθησης)
	2.	Συνήθης πρακτική
	ΦΑΡΜΑΚΟ-ΘΕΡΑΠΕΙΑ	όχι
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ	ΔΙΑΚΟΠΗ στους 6 μήνες	16.0% v 8.8% (0,01<p<0,05)
	ΒΙΟΧΗΜΙΚΗ ΕΠΙΒΕΒΑΙΩΣΗ	όχι
ΣΧΟΛΙΑ		Παρέμβαση βασισμένη στη θεωρία των σταδίων αλλαγής σε σύγκριση με τη συνήθη πρακτική
ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ		Ανεπαρκής

Lennox 2001		
ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ		Μ. Βρετανία, 2612 ενήλικες καπνιστές
ΜΕΘΟΔΟΣ	ΤΥΧΑΙΟΠΟΙΗΣΗ	ναι
	ΑΠΟΚΡΥΦΗ ΔΙΑΝΟΜΗΣ	ναι
	ΤΥΦΛΟΠΟΙΗΣΗ	ασαφές
ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ	1	Εξατομικευμένο γράμμα από υπολογιστή
	2	Τυποποιημένο (μη εξατομικευμένο) γράμμα
	3	Ευχαριστήρια επιστολή (ομάδα ελέγχου)
	ΦΑΡΜΑΚΟ-ΘΕΡΑΠΕΙΑ	Όχι
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ	ΔΙΑΚΟΠΗ στους 6 μήνες	3.5% vs 4.4% vs 2.6% (p=0,28)
	ΒΙΟΧΗΜΙΚΗ ΕΠΙΒΕΒΑΙΩΣΗ	Εξέταση σιέλου
ΣΧΟΛΙΑ		Εξατομικευμένο γράμμα σε σύγκριση με απλό και με καμία παρέμβαση
ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ		Καλής ποιότητας

Marshall 1985		
ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ		Μ. Βρετανία, 200 ενήλικες καπνιστές
ΜΕΘΟΔΟΣ	ΤΥΧΑΙΟΠΟΙΗΣΗ	Ασαφές
	ΑΠΟΚΡΥΦΗ ΔΙΑΝΟΜΗΣ	Ασαφές
	ΤΥΦΛΟΠΟΙΗΣΗ	Ασαφές
ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ	1	Σύντομη συμβουλή + 4 επισκέψεις υποστήριξης + νικοτίνη
	2	Σύντομη συμβουλή + νικοτίνη
	ΦΑΡΜΑΚΟ-ΘΕΡΑΠΕΙΑ	νικοτίνη

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ	ΔΙΑΚΟΠΗ στους 12 μήνες	17% V 14% (p>0,05)
	ΒΙΟΧΗΜΙΚΗ ΕΠΙΒΕΒΑΙΩΣΗ	Εκπνεόμενος αέρας
ΣΧΟΛΙΑ		Επισκέψεις υποστήριξης vs χωρίς επισκέψεις υποστήριξης
ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ		Μέτριας ποιότητας

McDowell 1985		
ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ		Καναδάς, 366 καπνιστές >15 ετών
ΜΕΘΟΔΟΣ	ΤΥΧΑΙΟΠΟΙΗΣΗ	Ασαφές
	ΑΠΟΚΡΥΦΗ ΔΙΑΝΟΜΗΣ	Ασαφές
	ΤΥΦΛΟΠΟΙΗΣΗ	Ασαφές
ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ	1	Συμβουλευτική από ιατρό 15 min + γραπτό υλικό αυτοβοήθειας
	2	Ομαδικές συναντήσεις για εκπαίδευση σε θέματα υγείας από εξειδικευμένη νοσηλεύτρια (εξαιρείται της μελέτης)
	3	Ομαδικές συναντήσεις για τροποποίηση συμπεριφοράς από ψυχολόγο (εξαιρείται της μελέτης)
	4	Ομάδα ελέγχου (παρακολούθηση της καπνιστικής συνήθειας)
	ΦΑΡΜΑΚΟ-ΘΕΡΑΠΕΙΑ	όχι
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ	ΔΙΑΚΟΠΗ στους 6 μήνες	11,5% v 17,9% (p>0,05)
	ΔΙΑΚΟΠΗ στους 12 μήνες	14,9% v 14,1% (p>0,05)
	ΣΥΝΕΧΙΖΟΜΕΝΗ ΑΠΟΧΗ	όχι
	ΒΙΟΧΗΜΙΚΗ ΕΠΙΒΕΒΑΙΩΣΗ	όχι
ΣΧΟΛΙΑ		Συμβουλή + Υλικό Αυτοβοήθειας vs Καμία παρέμβαση
ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ		Μέτριας ποιότητας

Ockene 1991		
ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ		Η.Π.Α, 1286 ενήλικες καπνιστές
ΜΕΘΟΔΟΣ	ΤΥΧΑΙΟΠΟΙΗΣΗ	ασαφές
	ΑΠΟΚΡΥΦΗ ΔΙΑΝΟΜΗΣ	ναι
	ΤΥΦΛΟΠΟΙΗΣΗ	ασαφές
ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ	1	Απλή Συμβουλή +/- επισκέψεις ή τηλεφωνήματα
	2	Συμβουλευτική επικεντρωμένη στον ασθενή + υλικό αυτοβοήθειας + γράμμα +/- επισκέψεις ή τηλεφωνήματα
	3	Συμβουλευτική + χρήση νικοτίνης +/- επισκέψεις ή τηλεφωνήματα (εξαιρείται της μελέτης)
	ΦΑΡΜΑΚΟ-ΘΕΡΑΠΕΙΑ	Ναι, μόνο στην ομάδα που εξαιρείται
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ	ΔΙΑΚΟΠΗ στους 6 μήνες	12,2% vs 7,9% (p< 0.001)
	ΣΥΝΕΧΙΖΟΜΕΝΗ ΑΠΟΧΗ 3-6Μ	9,2% vs 5,9% (p< 0.001)
	ΒΙΟΧΗΜΙΚΗ ΕΠΙΒΕΒΑΙΩΣΗ	Όχι
ΣΧΟΛΙΑ		Εντατική παρέμβαση σε σύγκριση με απλή συμβουλή
ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ		Καλής ποιότητας

Parkes 2008		
ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ		Μεγάλη Βρετανία, 561 καπνιστές > 35 ετών
ΜΕΘΟΔΟΣ	ΤΥΧΑΙΟΠΟΙΗΣΗ	Τυχαίοι αριθμοί από Η/Υ
	ΑΠΟΚΡΥΦΗ ΔΙΑΝΟΜΗΣ	Σφραγισμένοι φάκελοι
	ΤΥΦΛΟΠΟΙΗΣΗ	Εκτιμητές αποτελέσματος
ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ	1	Σπιρομέτρηση και άμεση ενημέρωση αποτελεσμάτων ως «ηλικία πνευμόνων» +συμβουλή +προσφορά εξειδικευμένης υποστήριξης

	2	Σπυρομέτρηση και ενημέρωση αποτελεσμάτων μετά από ένα μήνα ως «FEV1» +συμβουλή +προσφορά εξειδικευμένης υποστήριξης
	ΦΑΡΜΑΚΟ-ΘΕΡΑΠΕΙΑ	Ναι (10%)
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ	ΔΙΑΚΟΠΗ στους 12 μήνες	13,6% vs 6,4% (P=0,005)
	ΒΙΟΧΗΜΙΚΗ ΕΠΙΒΕΒΑΙΩΣΗ	CO εκπνοής, Εξέταση ούρων
ΣΧΟΛΙΑ		Ανακοίνωση αποτελεσμάτων σπυρομέτρησης ως «ηλικία πνευμόνων» vs ως «FEV1»
ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ		Καλής ποιότητας

Pieterse 2001		
ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ		Ολλανδία, 530 ενήλικες καπνιστές
ΜΕΘΟΔΟΣ	ΤΥΧΑΙΟΠΟΙΗΣΗ	Ναι
	ΑΠΟΚΡΥΦΗ ΔΙΑΝΟΜΗΣ	Ασαφές
	ΤΥΦΛΟΠΟΙΗΣΗ	Ασαφές
ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ	1	Συμπεριφορική συμβουλευτική βασισμένη στα στάδια της αλλαγής (10 min)
	2	Συνήθης πρακτική
	ΦΑΡΜΑΚΟ-ΘΕΡΑΠΕΙΑ	Όχι
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ	ΔΙΑΚΟΠΗ στον 1 μήνα	18,6% vs 3,8% (p<0,05)
	ΔΙΑΚΟΠΗ στους 6 μήνες	11,9% vs 3,8% (p<0,05)
	ΔΙΑΚΟΠΗ στους 12 μήνες	13,4% vs 7,3% (p<0,05)
	ΣΥΝΕΧΙΖΟΜΕΝΗ ΑΠΟΧΗ (6-12μ)	8,2% vs 3,1% (p<0,001)
	ΒΙΟΧΗΜΙΚΗ ΕΠΙΒΕΒΑΙΩΣΗ	Όχι
ΣΧΟΛΙΑ		Συμπεριφορική συμβουλευτική βασισμένη στα στάδια της αλλαγής σε σύγκριση με τη συνήθη πρακτική

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ		Μέτριας ποιότητας
------------	--	-------------------

Porter 1972		
ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ		191 ενήλικες καπνιστές
ΜΕΘΟΔΟΣ	ΤΥΧΑΙΟΠΟΙΗΣΗ	Ναι
	ΑΠΟΚΡΥΦΗ ΔΙΑΝΟΜΗΣ	Ασαφές
	ΤΥΦΛΟΠΟΙΗΣΗ	Ασαφές
ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ		Απλή συμβουλή + γραπτό υλικό
		καμία παρέμβαση
	ΦΑΡΜΑΚΟ-ΘΕΡΑΠΕΙΑ	Όχι
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ	ΔΙΑΚΟΠΗ στους 6 μήνες	5% vs 4,5% (p>0,05)
	ΒΙΟΧΗΜΙΚΗ ΕΠΙΒΕΒΑΙΩΣΗ	Όχι
ΣΧΟΛΙΑ		Απλή συμβουλή σε σύγκριση με καμία συμβουλή
ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ		Ανεπαρκής

Secades-Villa 2009		
ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ		Ισπανία , 89 καπνιστές >18 ετών που επιθυμούσαν να διακόψουν το κάπνισμα
ΜΕΘΟΔΟΣ	ΤΥΧΑΙΟΠΟΙΗΣΗ	Ασαφές
	ΑΠΟΚΡΥΦΗ ΔΙΑΝΟΜΗΣ	Ασαφές
	ΤΥΦΛΟΠΟΙΗΣΗ	Ασαφές
ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ	1	Σύντομη συμβουλή (7 min)+ φυλλάδιο
	2	Σύντομη συμβουλή (7 min) + υλικό αυτοβοήθειας + τηλεφωνική υποστήριξη

	3	Εντατική συμπεριφορική θεραπεία από κλινικό ψυχολόγο (εξαιρέθηκε της μελέτης)
	ΦΑΡΜΑΚΟ-ΘΕΡΑΠΕΙΑ	όχι
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ	ΔΙΑΚΟΠΗ στους 6 μήνες	6,4% vs 37,9% (p>0,05)
	ΔΙΑΚΟΠΗ στους 12 μήνες	12,9% vs 27,5% (p>0,05)
	ΣΥΝΕΧΙΖΟΜΕΝΗ ΑΠΟΧΗ	9.7% vs 17.2% (P=0,39)
	ΒΙΟΧΗΜΙΚΗ ΕΠΙΒΕΒΑΙΩΣΗ	CO σε εκπνεόμενο αέρα
ΣΧΟΛΙΑ		Υλικό αυτοβοήθειας + τηλεφωνική υποστήριξη ως επιπρόσθετα σε σύντομη συμβουλή vs σύντομη συμβουλή μόνον
ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ		Μέτριας ποιότητας

Segnan 1991		
ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ		Ιταλία, 923 καπνιστές 20-60 ετών
ΜΕΘΟΔΟΣ	ΤΥΧΑΙΟΠΟΙΗΣΗ	Ναι
	ΑΠΟΚΡΥΦΗ ΔΙΑΝΟΜΗΣ	Σφραγισμένοι φάκελοι
	ΤΥΦΛΟΠΟΙΗΣΗ	ασαφές
ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ	1.	Απλή συμβουλή + φυλλάδιο
	2.	Απλή συμβουλή + φυλλάδιο+ Επαναλαμβανόμενη συμβουλευτική (4 επισκέψεις)
	3.	Απλή συμβουλή + φυλλάδιο+ Επαναλαμβανόμενη συμβουλευτική + χρήση νικοτίνης (εξαιρείται από τη μελέτη)
	4.	Απλή συμβουλή + φυλλάδιο+ Επαναλαμβανόμενη συμβουλευτική + σπιρομέτρηση
	ΦΑΡΜΑΚΟ-ΘΕΡΑΠΕΙΑ	Ναι (μόνον στην ομάδα που εξαιρείται από τη μελέτη)
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ	ΔΙΑΚΟΠΗ στους 12 μήνες (για 3μ)	4.8% v 5.8% v 7,9% (p>0,05)
	ΒΙΟΧΗΜΙΚΗ ΕΠΙΒΕΒΑΙΩΣΗ	Εξέταση ούρων

ΣΧΟΛΙΑ		α) επισκέψεις υποστήριξης vs άνευ β) σπιρομέτρηση ως επιπρόσθετη παρέμβαση σε επαναλαμβανόμενη συμβουλευτική
ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ		Καλής ποιότητας

Slama 1990		
ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ		Αυστραλία, 311 καπνιστές 18-64 ετών
ΜΕΘΟΔΟΣ	ΤΥΧΑΙΟΠΟΙΗΣΗ	Ασαφές
	ΑΠΟΚΡΥΦΗ ΔΙΑΝΟΜΗΣ	Ασαφές
	ΤΥΦΛΟΠΟΙΗΣΗ	Εκτιμητές αποτελεσμάτων
ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ	1	Εντατική συμβουλευτική παρέμβαση + φυλλάδια
	2	Απλή συμβουλή + φυλλάδια
	3	Καμία συμβουλή
	ΦΑΡΜΑΚΟ-ΘΕΡΑΠΕΙΑ	Όχι
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ	ΔΙΑΚΟΠΗ στον 1 μήνα	8% v 2% v 2% (p>0,05)
	ΔΙΑΚΟΠΗ στους 6 μήνες	12% v 7% v 6% (p>0,05)
	ΔΙΑΚΟΠΗ στους 12 μήνες	12% v 5% v 8% (p>0,05)
	ΣΥΝΕΧΙΖΟΜΕΝΗ ΑΠΟΧΗ 1Μ-6Μ	6% v 1% v 1% (p>0,05)
	ΣΥΝΕΧΙΖΟΜΕΝΗ ΑΠΟΧΗ 1-6-12Μ	5% v 1% v 1% (p>0,05)
	ΒΙΟΧΗΜΙΚΗ ΕΠΙΒΕΒΑΙΩΣΗ	Εξέταση σιέλου
ΣΧΟΛΙΑ		Εντατική συμβουλή v απλή συμβουλή v καμία παρέμβαση
ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ		Μέτριας ποιότητας

Soria 2006		
ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ		Ισπανία, 200 καπνιστές 15-75 ετών

ΜΕΘΟΔΟΣ	ΤΥΧΑΙΟΠΟΙΗΣΗ	Ναι
	ΑΠΟΚΡΥΦΗ ΔΙΑΝΟΜΗΣ	Σφραγισμένοι αδιαφανείς φάκελοι
	ΤΥΦΛΟΠΟΙΗΣΗ	Κατά τη στατιστική ανάλυση
ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ	1.	Συνέντευξη υποστήριξης (3 X 20 min)
	2.	Σύντομη συμβουλή (3 min)
	ΦΑΡΜΑΚΟ-ΘΕΡΑΠΕΙΑ	Βουπροπρόνη
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ	ΔΙΑΚΟΠΗ στους 6 μήνες	18,4% V3,4% (p<0,001)
	ΔΙΑΚΟΠΗ στους 12 μήνες	18,4% V3,4% (p<0,001)
	ΒΙΟΧΗΜΙΚΗ ΕΠΙΒΕΒΑΙΩΣΗ	CO εκπνεόμενου αέρα
ΣΧΟΛΙΑ		Συνέντευξη υποκίνησης vs σύντομη συμβουλή
ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ		Καλής ποιότητας

Stewart 1982		
ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ		Καναδάς, 691 καπνιστές >11 ετών
ΜΕΘΟΔΟΣ	ΤΥΧΑΙΟΠΟΙΗΣΗ	Ασαφές
	ΑΠΟΚΡΥΦΗ ΔΙΑΝΟΜΗΣ	Σφραγισμένοι φάκελοι
	ΤΥΦΛΟΠΟΙΗΣΗ	Ασαφές
ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ	1	Απλή συμβουλή μία φορά
	2	Απλή συμβουλή σε κάθε επίσκεψη για ένα χρόνο (η παρεμβάσεις ένα και δύο ενοποιήθηκαν και αναλύθηκαν μαζί ως ένα)
	3	Απλή συμβουλή + φυλλάδιο
	4	Καμία παρέμβαση
	ΦΑΡΜΑΚΟ-ΘΕΡΑΠΕΙΑ	Όχι

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ	ΔΙΑΚΟΠΗ στους 5 μήνες	10,1% vs 16,3% vs 14,5% (p>0,05)
	ΔΙΑΚΟΠΗ στους 12 μήνες	10,5% vs 17,8% vs 11,7% (p>0,05)
	ΣΥΝΕΧΙΖΟΜΕΝΗ ΑΠΟΧΗ (5 & 12μ)	3,1% vs 4,3% vs 3,1% (p>0,05)
	ΒΙΟΧΗΜΙΚΗ ΕΠΙΒΕΒΑΙΩΣΗ	Όχι
ΣΧΟΛΙΑ		A) Απλή συμβουλή με καμία συμβουλή B) Απλή συμβουλή και φυλλάδιο vs απλή συμβουλή
ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ		Ανεπαρκής

Strecher 1994, study a		
ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ		Η.Π.Α, 72 καπνιστές 40-65 ετών
ΜΕΘΟΔΟΣ	ΤΥΧΑΙΟΠΟΙΗΣΗ	Ασαφές
	ΑΠΟΚΡΥΦΗ ΔΙΑΝΟΜΗΣ	Ασαφές
	ΤΥΦΛΟΠΟΙΗΣΗ	Ασαφές
ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ	1	Εξατομικευμένα γράμματα από υπολογιστή
	2	Τυποποιημένα γράμματα από υπολογιστή
	ΦΑΡΜΑΚΟ-ΘΕΡΑΠΕΙΑ	Όχι
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ	ΔΙΑΚΟΠΗ στους 4 μήνες	20.8% vs 7.4% , (P>0.05) 30,7% vs 7.1% (P<0.05) σε μέτριους και ελαφρούς καπνιστές
	ΒΙΟΧΗΜΙΚΗ ΕΠΙΒΕΒΑΙΩΣΗ	Όχι
ΣΧΟΛΙΑ		Εξατομικευμένα γράμματα από υπολογιστή σε σύγκριση με Τυποποιημένα γράμματα από υπολογιστή
ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ		Ανεπαρκής

Strecher 1994 study b		
ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ		Η.Π.Α, 296 καπνιστές 18-75 ετών που επιθυμούν να διακόψουν το κάπνισμα
ΜΕΘΟΔΟΣ	ΤΥΧΑΙΟΠΟΙΗΣΗ	Ασαφές
	ΑΠΟΚΡΥΦΗ ΔΙΑΝΟΜΗΣ	Ασαφές
	ΤΥΦΛΟΠΟΙΗΣΗ	Ασαφές
ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ	1	Εξατομικευμένα γράμματα από υπολογιστή
	2	Κανένα γράμμα
	ΦΑΡΜΑΚΟ-ΘΕΡΑΠΕΙΑ	Όχι
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ	ΔΙΑΚΟΠΗ στους 6 μήνες	($P > 0,05$) 19.1% vs 7.3% ($P < 0,05$) σε μέτριους και ελαφρούς καπνιστές
	ΒΙΟΧΗΜΙΚΗ ΕΠΙΒΕΒΑΙΩΣΗ	Όχι
ΣΧΟΛΙΑ		Εξατομικευμένα γράμματα από υπολογιστή vs κανένα γράμμα
ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ		Ανεπαρκής

Thompson 1988		
ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ		ΗΠΑ, 953 ενήλικες καπνιστές
ΜΕΘΟΔΟΣ	ΤΥΧΑΙΟΠΟΙΗΣΗ	Ναι
	ΑΠΟΚΡΥΦΗ ΔΙΑΝΟΜΗΣ	Ναι
	ΤΥΦΛΟΠΟΙΗΣΗ	Εκτιμητές του αποτελέσματος
ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ	1	Δομημένη συμβουλή από ιατρό (3-5 min) που βασίζεται στο πρότυπο πεποιθήσεων για την υγεία
	2	Υλικό αυτοβοήθειας και τυποποιημένη επιστολή
	3	Παραπομπή σε ομάδες διακοπής καπνίσματος (εξαιρείται της μελέτης)

	4	Σύντομη τυποποιημένη συμβουλή
	5	Συνήθης πρακτική
	ΦΑΡΜΑΚΟ-ΘΕΡΑΠΕΙΑ	Όχι
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ	ΔΙΑΚΟΠΗ στους 9 μήνες	11,2% v 11,2% v 15,5% v 12,8% (p>0,05)
	ΒΙΟΧΗΜΙΚΗ ΕΠΙΒΕΒΑΙΩΣΗ	Όχι
ΣΧΟΛΙΑ		Συμβουλή που βασίζεται στο πρότυπο πεποιοθήσεων για την υγεία v Υλικό αυτοβοήθειας v τυποποιημένη συμβουλή v Συνήθης πρακτική
ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ		Καλής ποιότητας

Williams 2001		
ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ		Η.Π.Α, 316 ενήλικες καπνιστές
ΜΕΘΟΔΟΣ	ΤΥΧΑΙΟΠΟΙΗΣΗ	Ασαφές
	ΑΠΟΚΡΥΦΗ ΔΙΑΝΟΜΗΣ	Ασαφές
	ΤΥΦΛΟΠΟΙΗΣΗ	Ασαφές
ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ	1	Συμβουλή βασισμένη στα 4 Α σε στυλ αυτονομίας και υποστήριξης του ασθενούς (βοήθεια στον ασθενή να λάβει τη δική του πληροφορημένη απόφαση για διακοπή)
	2	Συμβουλή βασισμένη στα 4 Α με ελεγχόμενο τρόπο (ο ιατρός έχει τον έλεγχο και εφαρμόζει το πρότυπο από τη δική του οπτική)
	ΦΑΡΜΑΚΟ-ΘΕΡΑΠΕΙΑ	Ναι σε όσους ήταν πρόθυμοι να διακόψουν
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ	ΔΙΑΚΟΠΗ στους 6 μήνες	7,4% vs 12,5% (p=0,18)
	ΔΙΑΚΟΠΗ στους 12 μήνες	10,7% vs 12,5% (p=0,67)
	ΔΙΑΚΟΠΗ στους 30 μήνες	18,2% vs 20,3% (p=0,67)
	ΣΥΝΕΧΙΖΟΜΕΝΗ ΑΠΟΧΗ (6,12,30μ)	5% vs 9,4% (p=0,18)

	ΒΙΟΧΗΜΙΚΗ ΕΠΙΒΕΒΑΙΩΣΗ	Έλεγχος εκπνεόμενου αέρα
ΣΧΟΛΙΑ		Εντατική συμβουλή σε στυλ αυτονομίας vs Εντατική συμβουλή με ελεγχόμενο τρόπο
ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ		Μέτριας ποιότητας

Wilson David 1990		
ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ		Αυστραλία, 1109 καπνιστές 16-64 ετών
ΜΕΘΟΔΟΣ	ΤΥΧΑΙΟΠΟΙΗΣΗ	Cluster σε επίπεδο ιατρείων
	ΑΠΟΚΡΥΦΗ ΔΙΑΝΟΜΗΣ	Ασαφές
	ΤΥΦΛΟΠΟΙΗΣΗ	Εκτιμητές αποτελέσματος
ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ	1	Προσωπική συμβουλή + φυλλάδιο + οπτικό υλικό + έντυπο υλικό αυτοβοήθειας
	2	Συνήθης πρακτική
	ΦΑΡΜΑΚΟ- ΘΕΡΑΠΕΙΑ	Όχι
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ	ΣΥΝΕΧΙΖΟΜΕΝΗ ΑΠΟΧΗ(6-12Μ)	7,5% v 3,2% (p=0,003)
	ΒΙΟΧΗΜΙΚΗ ΕΠΙΒΕΒΑΙΩΣΗ	Όχι
ΣΧΟΛΙΑ		Εντατική παρέμβαση v συνήθης πρακτική
ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ		Μέτριας ποιότητας

Wilson Douglas 1982		
ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ		Καναδάς, 211 ενήλικες καπνιστές
ΜΕΘΟΔΟΣ	ΤΥΧΑΙΟΠΟΙΗΣΗ	Ασαφές
	ΑΠΟΚΡΥΦΗ ΔΙΑΝΟΜΗΣ	Ασαφές
	ΤΥΦΛΟΠΟΙΗΣΗ	Ασαφές
ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ	1	Απλή συμβουλή (3-5 min) + 3 επισκέψεις (1,3,6 μήνες μετά την αρχική παρέμβαση)

	2	Απλή συμβουλή (3-5 min)
	ΦΑΡΜΑΚΟ-ΘΕΡΑΠΕΙΑ	Όχι
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ	ΔΙΑΚΟΠΗ στους 6-14 μήνες	23% v 12% (P = 0.034)
	ΒΙΟΧΗΜΙΚΗ ΕΠΙΒΕΒΑΙΩΣΗ	Όχι
ΣΧΟΛΙΑ		Συμβουλή + υποστηρικτική παρακολούθηση vs συμβουλή μόνον. Δεν αποσαφηνίζεται επαρκώς ο χρόνος εκτίμησης του αποτελέσματος
ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ		Μέτριας ποιότητας

Wilson Douglas 1988		
ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ		Καναδάς 1933 καπνιστές 16-65 ετών
ΜΕΘΟΔΟΣ	ΤΥΧΑΙΟΠΟΙΗΣΗ	Cluster σε επίπεδο ιατρού
	ΑΠΟΚΡΥΦΗ ΔΙΑΝΟΜΗΣ	Ασαφές
	ΤΥΦΛΟΠΟΙΗΣΗ	Ασαφές
ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ	1	Απλή συμβουλή + νικοτίνη
	2	Απλή συμβουλή + νικοτίνη + συμβόλαιο για διακοπή + 4 επισκέψεις υποστήριξης
	3	Συνήθης πρακτική (εξαιρείται της μελέτης)
	ΦΑΡΜΑΚΟ-ΘΕΡΑΠΕΙΑ	Ναι
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ	ΔΙΑΚΟΠΗ στους 12 μήνες	9,9% vs 8,4% (p=0,3)
	ΣΥΝΕΧΙΖΟΜΕΝΗ ΑΠΟΧΗ(9-12Μ)	7% v 3,3% (p>0,05)
	ΒΙΟΧΗΜΙΚΗ ΕΠΙΒΕΒΑΙΩΣΗ	Εξέταση σιέλου
ΣΧΟΛΙΑ		Απλή συμβουλή + 4 επισκέψεις υποστήριξης vs Απλή συμβουλή
ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ		Ανεπαρκής

Κατάλογος μελετών που αποκλείστηκαν από την ανασκόπηση

Άρθρο	Λόγος αποκλεισμού
Aveyard 2007	Χωρίς ενεργή παρέμβαση του γενικού ιατρού- παρέμβαση από νοσηλεύτριες
Cabezas 2009	Φαρμακευτική θεραπεία δόθηκε μόνο στην ομάδα παρέμβασης
Demers 1990	Ημι-τυχαιοποιημένη
Ellerbeck 2009	Χωρίς ενεργή παρέμβαση του γενικού ιατρού- παρέμβαση από συμβούλους εκπαιδευμένους στη διακοπή καπνίσματος και στη συνέντευξη υποκίνησης
Gilbert 2007	Η παρέμβαση στοχεύει στην κινητοποίηση καπνιστών για αναζήτηση βοήθειας και όχι άμεσα στην διακοπή καπνίσματος
Hyman 2007	Πολυπαραγοντική παρέμβαση για αλλαγή του τρόπου ζωής
Jamrosik 1984	Ημι-τυχαιοποιημένη
Kreuter 2000	Πολυπαραγοντική παρέμβαση για αλλαγή του τρόπου ζωής
Meyer 2007	Ημι-τυχαιοποιημένη
Morgan 1996	Φαρμακευτική θεραπεία δόθηκε μόνο στην ομάδα παρέμβασης
Pisinger 2009	Χωρίς ενεργή παρέμβαση του γενικού ιατρού- παραπομπή καπνιστών σε ομαδική συμβουλευτική για διακοπή καπνίσματος ή σε πρόγραμμα διακοπής μέσω διαδικτύου
Puschel 2008	Ημι-τυχαιοποιημένη
Richmond 1985	Ημι-τυχαιοποιημένη
Richmond 1996	Ημι-τυχαιοποιημένη
Russel 1983	Ημι-τυχαιοποιημένη
Russel 1979	Ημι-τυχαιοποιημένη
Sippel 1999	Ημι-τυχαιοποιημένη- παρέμβαση από ερευνητές όχι από το γενικό ιατρό
Slama 1995	Ημι-τυχαιοποιημένη
Smith 2007	Πρωτογενές αποτέλεσμα η σχέση κόστους αποτελεσματικότητας της παρέμβασης-βασισμένη σε στοιχεία άλλης μελέτης (Unrod 2007)
Stratelis 2006	Η παρέμβαση σε καπνιστές με ΧΑΠ σε σύγκριση με καπνιστές με φυσιολογική πνευμονική λειτουργία
Sutton 2007	Χωρίς ενεργή παρέμβαση του γενικού ιατρού- αφορά καπνιστές που χρησιμοποιούν τηλεφωνικές γραμμές υποστήριξης για διακοπή καπνίσματος, επομένως, δεν προέρχονται από περιβάλλον ΠΦΥ

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ ΜΕΛΕΤΩΝ ΠΟΥ ΣΥΜΠΕΡΙΛΗΦΘΗΚΑΝ ΣΤΗΝ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

Aveyard 2003

Aveyard P, Griffin C, Lawrence T, Cheng KK. A controlled trial of an expert system and self-help manual intervention based on the stages of change versus standard self-help materials in smoking cessation. *Addiction* 2003;98(3):345–54.

Buffels 2006

Buffels J, Degryse J, Decramer M, Heyrman J. Spirometry and smoking cessation advice in general practice: A randomised clinical trial. *Respiratory Medicine* 2006;100(11):2012–7.

Butler 1999

Butler CC, Rollnick S, Cohen D, Bachmann M, Russell I, Stott N. Motivational consulting versus brief advice for smokers in general practice: a randomized trial. *British Journal of General Practice* 1999;49(445):611–6.

Conger 1987

Conger B, Nelson EC, Dietrich AJ, Blanchard C, McHugo GJ, Simmons JJ, et al. Effectiveness of physician antismoking advice. *American Journal of Preventive Medicine* 1987;3:223–6.

Gilbert 1992

Gilbert JR, Wilson DM, Singer J, Lindsay EA, Willms DG, Best JA, et al. A family physician smoking cessation program: an evaluation of the role of follow-up visits. *American Journal of Preventive Medicine* 1992;8:91–5.

Hilberink 2005

Hilberink SR, Jacobs JE, Bottema BJ, de Vries H, Grol RP. Smoking cessation in patients with COPD in daily general practice (SMOCC): six months' results. *Preventive Medicine* 2005;41(5-6):822–7.

Lennox 2001

Lennox AS, Osman LM, Reiter E, Robertson R, Friend J, McCann I, et al. Cost effectiveness of computer tailored and non tailored smoking cessation letters in general practice: randomized controlled trial. *BMJ* 2001;322(7299):1396.

Marshall 1985

Marshall A, Raw M. Nicotine chewing gum in general practice: effect of follow up appointments. *British Medical Journal* 1985; 290:1397–8.

McDowell 1985

McDowell I, Mothersill KJ, Rosser W, Hartman R. A randomized trial of three approaches to smoking cessation. *Canadian Family Physician* 1985;31:351–5.

Mothersill KJ, McDowell I, Rosser WW. Subject characteristics and long term post-program smoking cessation. *Addictive Behaviors* 1988;13(1):29–36.

Ockene 1991

Ockene JK, Kristeller J, Goldberg R, Amick TL, Pekow PS, Hosmer D, et al. Increasing the efficacy of physician-delivered smoking interventions: a randomized clinical trial. *Journal of General Internal Medicine* 1991;6:1–8.

Parkes 2008

Parkes G, Greenhalgh T, Griffin M, Dent R. Effect on smoking quit rate of telling patients their lung age: The Step2quit randomised controlled trial. *BMJ* 2008;336(7644):598–600.

Pieterse 2001

Pieterse ME, Seydel ER, Devries H, Mudde AN, Kok GJ. Effectiveness of a minimal contact smoking cessation program for Dutch general practitioners: A randomized controlled trial. *Preventive Medicine* 2001;32(2):182–90.

Porter 1972

Porter AM, McCullough DM. Counselling against cigarette smoking. A controlled study from a general practice. *Practitioner* 1972;209:686–9.

Secades-Villa 2009

Secades-Villa R, Alonso-Perez F, Secades-Villa-Rodriguez O, Fernandez-Hermida J. Effectiveness of three intensities of smoking cessation treatment in primary care, *Psychological Reports* 2009, 105,747-758

Segnan 1991

Segnan N, Ponti A, Battista RN, Senore C, Rosso S, Shapiro SH, et al. A randomized trial of smoking cessation interventions in general practice in Italy. *Cancer Causes and Control* 1991;2:239–46.

Slama 1990

Slama K, Redman S, Perkins J, Reid AL, Sanson-Fisher RW. The effectiveness of two smoking cessation programmes for use in general practice: a randomised clinical trial. *BMJ* 1990;300:1707–9.

Soria 2006

Soria R, Legido A, Escolano C, Yeste AL, Montoya J. A randomised controlled trial of motivational interviewing for smoking cessation. *British Journal of General Practice* 2006; 56: 768–74.

Stewart 1982

Stewart PJ, Rosser WW. The impact of routine advice on smoking cessation from family physicians. *Canadian Medical Association Journal* 1982;126 :1051–4.

Strecher 1994

Strecher V, Kreuter M, Den Boer D, Kobrin S, Hospers H, Skinner C, The effects of computer-tailored smoking cessation messages in family practice settings. *Journal of Family Practice* 1994 39n3 : 262-269

Thompson 1988

Thompson RS, Michnich ME, Friedlander L, Gilson B, Grothaus LC, Storer B. Effectiveness of smoking cessation interventions integrated into primary care practice. *Medical Care* 1988;26:62–76.

Williams 2001

Williams GC, Deci EL. Activating patients for smoking cessation through physician autonomy support. *Medical Care* 2001;39: 813–23.

Williams GC, Gagne M, Ryan RM, Deci EL. Facilitating autonomous motivation for smoking cessation. *Health Psychology* 2002;21(1):40–50.

Wilson David 1990

Wilson DH, Wakefield MA, Steven ID, Rohrsheim RA, Esterman AJ, Graham NM. “Sick of Smoking”: evaluation of a targeted minimal smoking cessation intervention in general practice. *Medical Journal of Australia* 1990;152:518–21.

Wilson Douglas 1982

Wilson D, Wood G, Johnston N, Sicurella J. Randomized clinical trial of supportive follow-up for cigarette smokers in a family practice. *Canadian Medical Association Journal* 1982;126:127–9.

Wilson Douglas 1988

Wilson DM, Taylor DW, Gilbert JR. A randomised trial of a family physician intervention for smoking cessation. *JAMA* 1988;260: 1570–4.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ ΜΕΛΕΤΩΝ ΠΟΥ ΑΠΟΚΛΕΙΣΤΗΚΑΝ ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

Aveyard 2007

Aveyard P, Brown K, Saunders C, Alexander A, Johnstone E, Munafo`M R ,
Murphy M. Weekly versus basic smoking cessation support in primary care: a randomised controlled trial *Thorax* 2007; 62:898–903

Cabezas 2009

Cabezas C, Martin C, Granollers S, Morera C, Ballve J , Zarza E, Blade J, Borrás M,
Serra A, Puente D and Grupo ISTAPS. Effectiveness of a stepped primary care smoking cessation intervention (ISTAPS study): design of a cluster randomised trial *BMC Public Health* 2009, 9:48
doi:10.1186/1471-2458-9-48

Demers 1990

Demers RY, Neale AV, Adams R, Trembath C, Herman SC. The impact of physicians' brief smoking cessation counseling: a MIRNET study. *Journal of Family Practice* 1990;31:625–9.

Ellerbeck 2009

Ellerbeck E, Jonathan D. Mahnken, A. Paula Cupertino, Lisa Sanderson Cox, K. Allen Greiner, ,
Laura M. Mussulman, , Niaman Nazir, Theresa I. Shireman, Kenneth Resnicow, and Jasjit S.
Ahluwalia, Impact of Varying Levels of Disease Management on Smoking Cessation: A
Randomized Trial *Ann Intern Med.* 2009 April 7; 150(7): 437–446.

Gilbert 2007

Gilbert H, Nazareth I and Sutton S. Assessing the feasibility of proactive recruitment of smokers to an intervention in general practice for smoking cessation using computer-tailored feedback reports *Family Practice* June 2007

Hyman 2007

Hyman DJ, Pavlik VN, Taylor WC, Goodrick GK, Moye L, Simultaneous vs sequential counseling for multiple behavior change, *Arch Intern Med.* 2007 Jun 11;167(11):1152-8.

Jamrozik 1984

Jamrozik K, Vessey M, Fowler G, Wald N, Parker G, van Vunakis H. Controlled trial of three different antismoking interventions in general practice. *British Medical Journal* 1984;288:1499–503.

Kreuter 2000

Kreuter MW, Chheda SG, Bull FC. How does physician advice influence patient behavior? Evidence for a priming effect. *Archives of Family Medicine* 2000;9:426–33.

Meyer 2008

Meyer C, Ulbricht S, Baumeister SE, Schumann A, Ruge J, Bischof G, et al. Proactive interventions for smoking cessation in general medical practice: a quasi-randomized controlled trial to examine the efficacy of computer-tailored letters and physician-delivered brief advice. *Addiction* 2008;103:294–304.

Meyer C, Ulbricht S, Schumann A, Hannover W, Hapke U, Rumpf HJ, et al. Interventions fostering the motivation to quit for smokers in general practice. *Suchtmedizin in Forschung und Praxis* 2003;5: 134–6.

Morgan 1996

Morgan GD, Noll EL, Orleans CT, Rimer BK, Amfoh K, Bonney G. Reaching midlife and older smokers - tailored interventions for routine medical care. *Preventive Medicine* 1996;25:346–54.

Pisinger 2009

Pisinger C, Jorgensen M, Moller N, Dossing M, Jorgensen T. A cluster randomized trial in general practice with referral to a group-based or an internet-based smoking cessation programme *Journal of Public Health* Vol. 32, No. 1, pp. 62–70

Puschel 2008

Puschel K, Thompson B, Coronado G, Huang Y, Gonzalez L and Rivera S. Effectiveness of a brief intervention based on the '5A' model for smoking cessation at the primary care level in Santiago, Chile *Health Promotion International*, Vol. 23 No. 3 # The Author (2008). Published by Oxford University Press. All rights reserved. doi:10.1093

Richmond 1986

Richmond R, Webster I. Evaluation of general practitioner's use of a smoking intervention programme. *International Journal of Epidemiology* 1985;14:396–401. _ Richmond RL, Austin A, Webster IW. Three year evaluation of a programme by general practitioners to help patients to stop smoking. *British Medical Journal* 1986;292:803–6.

Richmond RL, Webster IW. A smoking cessation programme for use in general practice. *Medical Journal of Australia* 1985;142: 190–4

Richmond 1996

Richmond R, Retracing the steps of Marco Polo: from clinical trials to diffusion of interventions for smokers. *Addictive Behaviors* Vol.21, No 6, pp 683-697

Russell 1983

Russell MAH, Merriman R, Stapleton J, Taylor W. Effect of nicotine chewing gum as an adjunct to general practitioner's advice against smoking. *British Medical Journal* 1983;287:1782–5.

Russell 1979

Russell MAH, Wilson C, Taylor C, Baker CD. Effect of general practitioners' advice against smoking. *British Medical Journal* 1979; 2:231–5

Sippel 1999

Sippel JM, Osborne ML, Bjornson W, Goldberg B, Buist AS. Smoking cessation in primary care clinics. *Journal of General Internal Medicine* 1999;14:670–6.

Slama 1995

Slama K, Karsenty S, Hirsch A. Effectiveness of minimal intervention by general practitioners with their smoking patients: a randomised controlled trial in France. *Tobacco Control* 1995;4: 162–9.

Smith 2007

Smith M, Purdue Pharma, Stamford, Cromwell J, DePue J, Providence, Redd W, Unrod M, Determining the Cost-Effectiveness Of a Computer-Based Smoking Cessation Intervention in Primary Care JULY 2007 / MANAGED CARE

Stratelis 2006

Stratelis G, Molstad S, Jakobsson P, Zetterstrom O. The impact of repeated spirometry and smoking cessation advice on smokers with mild COPD. *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 2006; 24:133–9.

Sutton 2007

Sutton S, Gilbert H. Effectiveness of individually tailored smoking cessation advice letters as an adjunct to telephone counselling and generic self-help materials: Randomized controlled trial. *Addiction* 2007;102(6):994–1000.

Gilbert H, Sutton S. Does adding tailored feedback to telephone counselling improve quit rates? (POS1-033). Society for Research on Nicotine and Tobacco 10th Annual Meeting February 18-21, Phoenix, Arizona. 2004.

ΕΠΙΠΡΟΣΘΕΤΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

American Society of Addiction Medicine. Nicotine Dependence and Tobacco, Public Policy of American Society of Addiction Medicine; 1996 [accessed 2009 Feb 06].

Bandura A. Self-efficacy: The exercise of control. New York: Freeman, 1994

Becker MH. The health belief model and personal health behavior. Health Educ Monogr 1974; 2:324-473

Bize R, Burnand B, Mueller Y, Rège Walther M, Cornuz J 2009, Biomedical risk assessment as an aid for smoking cessation (Review) The Cochrane Library 2009, Issue 2

British Heart Foundation (Factfile 8/2001). Stopping smoking - evidence-based guidance

Bremberg S, Nilstun T, Kovac V et al. GPs facing reluctant and demanding patients: analysing ethical justifications. Fam Pract 2003;20(3):254–61

Campbell NC et al. Secondary prevention in coronary heart disease: baseline survey of provision in general practice. BMJ 1998; 316: 1430-4.

Campbell MK, Elbourne DR, Altman DG, 2004; CONSORT group. CONSORT statement: extension to cluster randomised trials BMJ. 2004 Mar 20;328(7441):702-8.

Centers for Disease Control and Prevention. Annual smoking—attributable mortality, years of potential life lost, and productivity losses—United States, 1997–2001. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2005;54:625–8.)

Centers for Disease Control and Prevention. Cigarette Smoking Among Adults—United States, 2007. Morbidity and Mortality Weekly Report [serial online] 2008;57(45):1221–1226 [accessed 2009 Feb 06].

Centers for Disease Control and Prevention. State-Specific Secondhand Smoke Exposure and Current Cigarette Smoking Among Adults—United States, 2008. Morbidity and Mortality Weekly Report 2009;58(44):1232–1235 [accessed 2009 Nov 16]. .

Centers for Disease Control and Prevention. Cigarette Smoking Among Adults and Trends in Smoking Cessation—United States, 2008. Morbidity and Mortality Weekly Report 2009;58(44):1227–1232 [accessed 2009 Nov 16].

Coleman T, Murphy E, Cheater F. Factors influencing discussion of smoking between general practitioners and patients who smoke: a qualitative study. Br J Gen Pract 2000;50(452):207–10.

Cook DG et al. Giving up smoking and the risk of heart attacks. A report from The British Regional Heart Study. Lancet 1986; 2: 1376-80.

Cornuz J, Ghali WA, Di Carlantonio D et al. Physicians' attitudes towards prevention: importance of intervention-specific barriers and physicians' health habits. Fam Pract 2000;17(6):535–40.

- Crowley, TI, McDonald, MJ, Walter, MI, 1995. Behavioral anti-smoking trial in chronic obstructive pulmonary disease patients. *Psychopharmacology* 119, 193-204.
- Daughton, DM, Fix, AJ, Kass, I, Patil, KD, 1980. Smoking cessation among patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Addictive Behavior* 5, 125-128.
- Esther 2004, Stage-Based Lifestyle Interventions in Primary Care Are They Effective? [review] *Am J Prev Med* 2004;26
- Fiore, MCJC.; Baker, TB., et al. *Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update*. Rockville, MD: US Dept of Health and Human Services; 2008 May [Accessed May28,2008].
- Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ, Dorfman SF, Goldstein MG, Gritz ER, et al. *Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update—Clinical Practice Guidelines* . Rockville, MD:
- Gallefoss F, Drangsholt K. Smoking cessation intervention and barriers against it among general practitioners in Vest-Agder county. *Tidsskr Nor Laegeforen* 2002;122(27):2608–11.
- Glyn TJ, Manley MW. Physicians, cancer control and the treatment of nicotine dependence: defining success. *Health Educ Res* 1996; 4: 479-487. .
- Helgason AR, Lund KE. General practitioners' perceived barriers to smoking cessation—results from four Nordic countries. *ScandJ Public Health* 2002;30:141–7.
- Huisman M, Kunst AE, Mackenbach JP. Inequalities in the prevalence of smoking in the European Union: comparing education and income. *Prev Med* 2005;40:756–64.
- IARC - International Agency for Research on Cancer, 2002, *Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans. Tobacco Smoke and Involuntary Smoking*. Volum 83, Lyon, IARC, World Health Organization.
- IPCRG Consensus statement: tackling the smoking epidemic - practical guidance for primary care., Van Schayck OC, Pinnock H, Ostrem A, Litt J, Tomlins R, Williams S, Buffels J, Giannopoulos D, Henrichsen S, Kaper J, Korzh O, Rodriguez AM, Kawaldip S, Zwar N, Yaman H. , 2008, *Prim Care Respir J*. Sep;17(3):185-93.
- Kottke TE, Willms DG, Solberg LI et al. Physicians-delivered smoking cessation advice: issues identified during ethnographic interviews. *Tob Control* 1994;3:46
- Lai DTC, Cahill K, Quin Y, Tang JL. Motivational interviewing for smoking cessation [review] *The Cochrane Collaboration* 2010
- Lancaster T, Stead L, Silagy C, Sowden A. Effectiveness of actions to help people stop smoking: findings from the Cochrane Library. *BMJ* 2000; 321: 355–358
- Lancaster T, Stead LF. Physician advice for smoking cessation [review]. *Cochrane Database Syst Rev* 2004; Issue 4: CD000165

Lancaster T, Self-help interventions for smoking cessation [Review] The Cochrane Library 2009, Issue 2

Leeuwenhorst The General Practitioner In Europe: A statement by the working party appointed by the European Conference on the Teaching of General Practice, Netherlands 1974

Lopez-Quintero C, Crum RM, Neumark YD. Racial/ethnic disparities in report of physician-provided smoking cessation advice: analysis of the 2000 National Health Interview Survey. *Am J Public Health* 2006;96(12):2235–2239.

Moher D, Hopewell S, Schulz KF, Montori V, Gøtzsche PC, Devereaux PJ, Elbourne D, Egger M, Altman DG; Consolidated Standards of Reporting Trials Group. CONSORT 2010 Explanation and Elaboration: Updated guidelines for reporting parallel group randomised trials *J Clin Epidemiol*. 2010 Aug;63(8):e1-37. Epub 2010 Mar 25

McLeod D, Somasundaram R, Howden-Chapman P et al. Promotion of smoking cessation by New Zealand general practitioners: a description of current practice. *N Z Med J* 2000;113(1122):480–5.

Mayo report on addressing the worldwide tobacco epidemic through effective, evidence-based treatment. WHO

Miller WR. Motivational interviewing with problem drinkers. *Behavioral Psychotherapy* 1983; 11: 147–172. .

Miller WR, Rollnick S. Motivational interviewing: preparing people to change addictive behavior. New York: The Guilford Press, 1991.

National Institute for Health and Clinical Excellence, Brief interventions and referral for smoking cessation in primary care and other settings, March 2006; (available at <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/11375/31866/31866.pdf>)

National Toxicology Program. Report on Carcinogens, Eleventh Edition (PDF–220 KB). Research Triangle Park (NC): U.S. Department of Health and Human Sciences, National Institute of Environmental Health Sciences, National Toxicology Program, 2005 [accessed 2009 Aug 25].

Ockene JK. Smoking intervention: the expanding role of the physician. *Am J Public Health*. 1987;77(7):782-783.

Office for Official Publications of the European Communities, (2004). Tobacco or health in the European Union. Past, present and future. The ASPECT Consortium. Luxembourg,

Owen N, Davies MJ. Smokers' preference for assistance with cessation. *Prev Med*. 1990;19(4):424-431

OECD health indicators, 2005. Health at a glance OECD publishing

Pitsavos C, Panagiotakos D, Chrysohoou C, Stefanadis C. Epidemiology of cardiovascular risk factors in Greece: aims, design and baseline characteristics of the ATTICA study. *BMC Public Health* 2003;3:32

Prahabat J., Chaloupka F.J., (2000). Tobacco control in developing countries. Oxford University Press.97–99

Prochaska JO, DiClemente CC. Towards a comprehensive model of change.1982

Saywell RM, Jay SJ, Lukas PJ et al. Indiana family physician attitudes and practices concerning smoking cessation. Indiana Med 1996;89(2):149–56.

The European Definition of General Practice/ Family Medicine, Wonca Europe 2002

US Department of Health and Human Services ,1989, Reducing the health consequences of smoking: 25 years of progress. A report of the Surgeon General. Washington, Department of Health and Human Services

U.S. Department of Health and Human Services. Women and Smoking: A Report of the Surgeon General. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Office of the Surgeon General, 2001

U.S. Department of Health and Human Services. The Health Benefits of Smoking Cessation: A Report of the Surgeon General . Atlanta, GA: Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health; 1990 [accessed 2006 Feb 06].

U.S. Department of Health and Human Services. The Health Consequences of Smoking: Nicotine Addiction: A Report of the Surgeon General . Atlanta, GA: National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 1988 [accessed 2009 Feb 6].

U.S. Department of Health and Human Services. Reducing Tobacco Use: A Report of the Surgeon General. Atlanta, GA: National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health; 2000 [2009 Feb 06].

U.S. Department of Health and Human Services. Reducing Tobacco Use: A Report of the Surgeon General. Atlanta, GA: National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health; 2000 [2009 Feb 06]

US Department of Health and Human Services. Preventing tobacco use among young people. A report of the Surgeon General. Atlanta, Georgia: Public Health Service, Centers for Disease Control and Prevention, Office on Smoking and Health, 1994.

US Dept of Health and Human Services, Public Health Service; 2008, Fiore MC, Jaen CR, Baker TB, et al. Treating Tobacco Use and Dependence: Clinical Practice Guideline. Update 2008. Rockville, MD: Available at: www.surgeongeneral.gov/tobacco/default.htm.

Weiner B. An attributional theory of motivation and emotion. New York, NY: Springer-Verlag, 1986.

Wilson, K., Gibson, N., Willan, A. & Cook, D. (2000) Effect of smoking cessation on mortality after myocardial infarction: meta-analysis of cohort studies. Archives of Internal Medicine. 160, pp. 939–44

World Health Organisation (WHO), 2007, The European health report. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.

World Health Organisation (WHO), 2007, The European Tobacco Control Report. Copenhagen. WHO Regional Office for Europe.

World Health Organisation (WHO), 2008, Health for all database

Young JM, Ward JE. Implementing guidelines for smoking cessation advice in Australian general practice: opinions, current practices, readiness to change and perceived barriers. Fam Pract 2001;18(1):14–20.

ΠΙΝΑΚΑΣ 1. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΜΕΛΕΤΩΝ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗΣ

ΣΥΓΓΡΑΦΕΑΣ	ΕΤΟΣ ΔΗΜΟΣΙΕΥΣΗΣ.	ΧΩΡΑ	ΜΕΓΕΘΟΣ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ	ΓΥΝΑΙΚΕΣ (%)	ΗΛΙΚΙΑ (ετ)	ΜΟΝΑΔΑ ΤΥΧΑΙΟΠΟΙΗΣΗΣ	ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ	ΟΜΑΔΑ ΣΥΓΚΡΙΣΗΣ	ΠΟΙΟΤΗΤΑ
Soria	2006	Ισπανία	200	53	38	καπνιστής	Συνέντευξη Υποκίνησης	Απλή συμβουλή	Καλή
Butler	1999	Μ.Βρετανία	536	70	41	καπνιστής	Συνέντευξη Υποκίνησης	Απλή συμβουλή	Καλή
Pieterse	2001	Ολλανδία	530	60	35	καπνιστής	Διαθεωρητικό Μοντέλο των Σταδίων της Αλλαγής	Συνήθης πρακτική	Μέτρια
Hilberink	2005	Ολλανδία	406	48	59	ιατρεία	Διαθεωρητικό Μοντέλο των Σταδίων της Αλλαγής	Συνήθης πρακτική	Ανεπαρκής
Thompson	1988	ΗΠΑ	953	65		καπνιστής	1.Μοντέλο Πεποιθήσεων Υγείας 2.Απλές συμβουλευτικές 3.τυποποιημένο έντυπο υλικό	Συνήθης πρακτική	Καλή
Wilson David	1990	Αυστραλία	1109	54		ιατρεία	Εντατικές συμβουλευτικές	Συνήθης πρακτική	Μέτρια
Slama	1990	Αυστραλία	311			καπνιστής	1.Εντατικές συμβουλευτικές 2.Απλές συμβουλευτικές	Καμία παρέμβαση	Μέτρια
Ockene	1991	ΗΠΑ	1286	57	37	καπνιστής	Εντατικές συμβουλευτικές	Απλή συμβουλή	Καλή
Williams	2001	ΗΠΑ	316	62	43	καπνιστής	Εντατικές συμβουλευτικές	Απλή συμβουλή	Μέτρια
Porter	1971	Μ.Βρετανία	191	57	40		Απλές συμβουλευτικές	Καμία παρέμβαση	Ανεπαρκής

Stewart	1982	Καναδάς	691			καπνιστής	1.Απλές συμβουλευτικές 2.τυποποιημένο έντυπο υλικό	Απλή συμβουλή	Ανεπαρκής
Conger	1987	ΗΠΑ	328	63	46	Ιατρεία	Απλές συμβουλευτικές	Συνήθης πρακτική	Ανεπαρκής
Wilson Douglas	1982	Καναδάς	211	52		καπνιστής	Επιπρόσθετες επισκέψεις υποστήριξης	Απλή συμβουλή	Μέτρια
Wilson Douglas	1988	Καναδάς	1933			Ιατρεία	Επιπρόσθετες επισκέψεις υποστήριξης	Απλή συμβουλή	Ανεπαρκής
Gilbert	1992	Καναδάς	647	53	40	καπνιστής	Επιπρόσθετες επισκέψεις υποστήριξης	Εντατική συμβουλή	Καλή
Marshall	1985	Μ.Βρετανία	200	56	41	καπνιστής	Επιπρόσθετες επισκέψεις υποστήριξης	Απλή συμβουλή	Μέτρια
Segnan	1991	Ιταλία	923	36		καπνιστής	1.Επιπρόσθετες επισκέψεις υποστήριξης 2.Σπιρομέτρηση	Απλή συμβουλή	Καλή
Strecher Μελέτη 1	1994	ΗΠΑ	72	67	49	καπνιστής	Εξατομικευμένη επιστολή από υπολογιστή	Εξατομικευμένες επιστολές	Ανεπαρκής
Strecher Μελέτη 2	1994	ΗΠΑ	296	67	36	καπνιστής	Εξατομικευμένη επιστολή από υπολογιστή	Καμία παρέμβαση	Ανεπαρκής
Lennox	2001	Μ Βρετανία	2612			καπνιστής	Εξατομικευμένη επιστολή από υπολογιστή	Καμία παρέμβαση	Καλή
Aveyard	2003	Μ Βρετανία	2471	55	41	καπνιστής	Εξατομικευμένη επιστολή από υπολογιστή	Τυποποιημένο υλικό αυτοβοήθειας	Καλή
McDowell	1985	Καναδάς	366	60	36	καπνιστής	τυποποιημένο έντυπο υλικό	Καμία παρέμβαση	Μέτρια
Secades-Villa	2009	Ισπανία	89	61	43	καπνιστής	τυποποιημένο έντυπο υλικό	Απλή συμβουλή	Μέτρια
Buffels	2006	Βέλγιο	221	45	40	καπνιστής	Σπιρομέτρηση	Απλή συμβουλή	Ανεπαρκής
Parkes	2008	Μ Βρετανία	561	54	53	καπνιστής	Σπιρομέτρηση (ανακοίνωση αποτελέσμ. ως «ηλικία» πνευμ.)	Ανακοίνωση αποτελέσματος ως FEV1	Καλή

ΠΙΝΑΚΑΣ 2. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΜΕΛΕΤΩΝ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗΣ

ΣΥΓΓΡΑΦΕΑΣ	ΕΤΟΣ ΔΗΜΟΣΙΕΥΣΗΣ	ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ	ΔΙΑΡΚΕΙΑ (ΜΕΙΓΤΗΣ) ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ	ΒΙΟΧΗΜΙΚΗ ΕΠΙΒΕΒΑΙΩΣΗ ΕΚΒΑΣΗΣ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΚΑΙΠΝΙΣΤΩΝ (ΟΜΑΔΑ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ)	ΑΡΙΘΜΟΣ ΚΑΙΠΝΙΣΤΩΝ (ΟΜΑΔΑ ΕΛΕΓΧΟΥ)	ΠΟΣΟΣΤΟ ΠΟΥ ΔΙΑΚΟΨΕ ΤΟ ΚΑΙΠΝΙΣΜΑ (ΟΜΑΔΑ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ)	ΠΟΣΟΣΤΟ ΠΟΥ ΔΙΑΚΟΨΕ ΤΟ ΚΑΙΠΝΙΣΜΑ (ΟΜΑΔΑ ΕΛΕΓΧΟΥ)	ΕΠΙΠΕΔΟ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗΣ ΣΗΜΑΝΤΙΚΟΤΗΤΑΣ
Secades-Villa	2009	Υλικό αυτοβοήθειας+ τηλεφωνική υποστήριξη ως επιπρόσθετα σε σύντομη συμβουλή	12μήνες	Ναι	29	31	17,2%	9,7%	Όχι p=0,39
Parkes	2008	Ανακοίνωση αποτελεσμάτων σπιρομέτρησης ως «ηλικία πνευμόνων»	12μήνες	Ναι	281	280	13,6%	6,4%	Ναι p=0,005
Soria	2006	Συνέντευξη υποκίνησης	12μήνες	Ναι	114	86	18,4%	3,4%	Ναι p<0,001
Buffels	2006	Σπιρομέτρηση	24μήνες	8 άτομα	89	142	19,1%	14%	Όχι p= 0,58
Hilberink	2005	Βασισμένη στη θεωρία των σταδίων αλλαγής	6μήνες	Όχι	252	154	16,0%	8,8%	0,01<p<0,05
Aveyard	2003	Εξατομικευμένο υλικό αυτοβοήθειας	12μήνες	Ναι	683	690	2,1%	1,4%	Όχι p>0,05
Lennox	2001	Εξατομικευμένο γράμμα	6μήνες	Ναι	870	871	3,5%	2,6%	Όχι p=0,28
Pieterse	2001	Βασισμένη στη θεωρία των σταδίων αλλαγής	12μήνες	Όχι	269	268	8,2%	3,1%	Ναι p<0,001
Williams	2001	εντατική συμβουλευτική παρέμβαση	30μήνες	Ναι	121	128	5%	9,4%	Όχι p=0,18

Butler	1999	Συνέντευξη υποκίνησης	6μήνες	Όχι	270	266	8,1%	3%	Ναι p<0,01
Strecher study 1	1994	Εξατομικευμένα γράμματα από υπολογιστή	4μήνες	Όχι	ΔΑ	ΔΑ	20.8%	7.4%	Όχι p>0,05
Strecher study 2	1994	Εξατομικευμένα γράμματα από υπολογιστή	6μήνες	Όχι	ΔΑ	ΔΑ	ΔΑ	ΔΑ	Όχι p>0,05
Gilbert	1992	Επιπλέον επισκέψεις ως επιπρόσθετες στη εντατική συμβουλή	12μήνες	Ναι	330	317	12,5%	10,2%	Όχι p=0,64
Segnan	1991	σπιρομέτρηση ως επιπρόσθετη παρέμβαση σε επαναλαμβανόμενη συμβουλευτική	12μήνες	Ναι	292	62	7,9%	4.8%	Όχι p>0,05
Ockene	1991	Εντατική συμβουλευτική παρέμβαση	6μήνες	Όχι	329	349	9,2%	5,9%	Ναι p<0,001
Slama	1990	Εντατική συμβουλευτική παρέμβαση	12μήνες	Ναι	101	106	5%	1 %	Όχι p>0,05
Wilson David	1990	Εντατική συμβουλευτική παρέμβαση	12μήνες	Όχι	577	532	7,5%	3,2%	Ναι p=0,003
Thompson	1988	βασίζεται στο μοντέλο πεποιθήσεων για την υγεία	9μήνες	Όχι	653	300	11,2%	11,2%	Όχι p>0,05
Wilson Douglas	1988	Απλή συμβουλή + 4 επισκέψεις υποστήριξης	12μήνες	Ναι	606	726	7%	3,3%	Όχι p>0,05
Conger	1987	Απλή συμβουλευτική	4μήνες	Όχι	173	155	6%	7%	Όχι p>0,05
Marshall	1985	Επισκέψεις υποστήριξης	12μήνες	Ναι	100	100	17%	14%	Όχι p>0,05
McDowel	1985	Συμβουλή + Υλικό Αυτοβοήθειας	12μήνες	Όχι	90	93	14,9%	14,1%	Όχι p>0,05
Stewart	1982	Απλή συμβουλή και φυλλάδιο	12μήνες	Όχι	159	187	4,3%	3,1%	Όχι p>0,05
Wilson Douglas	1982	Συμβουλή + υποστηρικτική παρακολούθηση	6 μήνες	Όχι	106	105	23%	12%	Ναι p= 0.034
Porter	1971	Απλή συμβουλευτική	6μήνες	Όχι	101	90	5%	4,5%	Όχι p>0,05