



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ - ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ**

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ  
ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ & ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ**

## **ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**«Οργάνωση και Αποτελεσματικότητα του Ιατρείου Διακοπής  
Καπνίσματος του Βενιζέλειου-Πανάνειου Γενικού Νοσοκομείου  
Ηρακλείου.»**

**ΣΦΑΚΙΩΤΑΚΗ ΜΑΡΙΑ**  
Ιατρός

Επιβλέποντες:	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Τζανάκης Νικόλαος, Πνευμονολόγος, Επίκουρος Καθηγητής Επιδημιολογίας, Τομέα Κοινωνικής Ιατρικής, Ιατρικής Σχολής Παν/μίου Κρητης</li><li>2. Μελέτης Γεώργιος, Πνευμονολόγος, επιμελητής Α, Πνευμονολογικής Κλινικής ΒΠΓΝΗ.</li></ol>
---------------	---

## Ευχαριστίες

Θα ήθελα να ευχαριστήσω την συντονιστική επιτροπή και ιδιαίτερα τον συντονιστή του μεταπτυχιακού προγράμματος και αναπληρωτή καθηγητή κοινωνικής ιατρικής κ. Φιλαλήθη Αναστάσιο που μου έδωσαν την ευκαιρία να παρακολουθήσω το πρόγραμμα αυτό και που με την ακάματη προσπάθειά τους έκαναν εμένα και τους συμφοιτητές μου κοινωνούς των γνώσεων τους, διευρύνοντας τους ορίζοντες μας και παρέχοντας μας τα εφόδια εκείνα που θα μας επιτρέψουν να στηρίξουμε το δικό μας οικοδόμημα σε στέρεες βάσεις .

Ιδιαίτερες ευχαριστίες απευθύνω στον αναπληρωτή καθηγητή κοινωνικής και οικογενειακής ιατρικής κ.Λιονή Χρήστο καθώς η συμβολή του στην επιτυχή έκβαση αυτού του προγράμματος υπήρξε καθοριστική.

Αρωγός στην ολοκλήρωση της εργασίας, στάθηκε ο επίκουρος καθηγητής επιδημιολογίας κ. Τζανάκης Νικόλαος, τον οποίο ευχαριστώ θερμά τόσο για την επιλογή του θέματος όσο και για τις πολύτιμες συμβουλές και υποδείξεις του καθ'όλη τη διάρκεια της εκπόνησης της μεταπτυχιακής μου εργασίας. Η βοήθεια του σε κάθε μου βήμα σε συνάρτηση με την αδιάκοπη και ευγενική του προσήλωση ήταν πολύτιμη.

Παράλληλα, εκφράζω τις ευχαριστίες μου στον επιμελητή πνευμονολογίας του ΒΠΓΝΗ κ. Μελέτη Γεώργιο για το αμείωτο ενδιαφέρον που έδειξε έως την ολοκλήρωση της εργασίας μου καθώς και για την βοήθεια του ιδιαίτερω στο κομμάτι της συλλογής των δεδομένων. Ευχαριστώ επίσης όλο το προσωπικό της Πνευμονολογικής κλινικής του ΒΠΓΝΗ χωρίς την συμβολή των οποίων δεν θα ήταν δυνατόν να πραγματοποιηθεί η εργασία.

Ιδιαίτερη μνεία θα ήθελα να απονείμω στον διευθυντή της ΈΒ Παθολογικής κλινικής και διευθυντή της ιατρικής υπηρεσίας του ΒΠΓΝΗ κ.Αποστολάκη Θεόδωρο, στους καταξιωμένους επιμελητές κ.Κισσαμιτάκη,κ.Κυριακάκη,κ.Λυδατάκη,κ.Τζωρτζακάκη,κ. Κόμη, στους συναδέλφους μου συνειδικευόμενους της ΈΒ Παθολογικής κλινικής του ΒΠΓΝΗ, καθώς και στο νοσηλευτικό προσωπικό, για την αμέριστη συμπαράστασή τους.

Ευχαριστώ την κ.Ρουμελιωτάκη Θεανώ, τον κ. Στεφανάκη Ευάγγελο, τον κ. Καραμανώλη Κωνσταντίνο, τον κ. Παπαδακάκη Νεκτάριο και τον κ. Θαλασσινό Ευάγγελο για τις επισημάνσεις στο στατιστικό σκέλος της εργασίας, την κ. Πατελάρου Ευριδίκη και τον κ.Βαρδαβά Κώστα για τις εύστοχες παρατηρήσεις τους, και φυσικά τη γραμματέα του τομέα κ. Τασσέλη Κική για την πολύτιμη συνεργασία της.

Ένα μεγάλο ευχαριστώ, που ίσως δεν είναι αρκετό, το οφείλω στους γονείς μου Μανόλη και Ιωάννα, καθώς και στον θείο μου Γιώργο, που ενθαρρύνουν πάντα κάθε μου ενέργεια.

Τέλος, δεν θα μπορούσα να μην ευχαριστήσω το σύντροφο της ζωής μου, Αλεξανδρή Αθανάσιο, ο οποίος στάθηκε στο πλευρό μου πολύτιμο στήριγμα από την αρχή σε αυτή την προσπάθεια.

*\* Στην γιαγιά μου \**

**ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ**

<b>ΠΕΡΙΛΗΨΗ</b> .....	<b>4</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>6</b>
<b>A. ΕΙΣΑΓΩΓΗ</b> .....	<b>8</b>
A.1. Η ΙΣΤΟΡΙΑ ΤΟΥ ΚΑΠΝΟΥ .....	8
A.2. ΔΙΕΘΝΗ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΓΙΑ ΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ .....	11
A.3. ΝΙΚΟΤΙΝΗ .....	15
<b>B. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ</b> .....	<b>18</b>
B.1. ΟΦΕΛΗ ΑΠΟ ΤΗΝ ΔΙΑΚΟΠΗ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ .....	18
B.2. ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΑΚΟΠΗ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ .....	21
B.3. ΚΛΙΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΗΣ ΕΞΑΡΤΗΣΗΣ ΑΠΟ ΤΗ ΝΙΚΟΤΙΝΗ.....	26
B.4. ΤΡΕΧΟΥΣΕΣ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΑΚΟΠΗ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ .....	27
B.4.1. Θεραπεία υποκατάστασης της νικοτίνης (NRT) .....	27
B.4.1.1 Τσίκλες νικοτίνης.....	28
B.4.1.2. Δερματικά αυτοκόλλητα νικοτίνης.....	29
B.4.1.3. Εισπνεόμενη νικοτίνη (ρινικό εκνέφωμα-εισπνοές από το στόμα) .....	29
B.4.1.4. Παστίλιες νικοτίνης.....	30
B.4.1.5. Υπογλώσσιες ταμπλέτες νικοτίνης .....	31
B.4.1.6. Κλινική αποτελεσματικότητα των NRT .....	32
B.4.2. Υδροχλωρική βουπροπιόνη βραδείας αποδέσμευσης .....	33
B.4.2.1. Μηχανισμός δράσης.....	34
B.4.2.2. Αντενδείξεις και προφυλάξεις στη θεραπεία με βουπροπιόνη .....	35
B.4.2.3. Κλινική αποτελεσματικότητα της βουπροπιόνης.....	35
B.4.3 Βαρενικλίνη .....	36
B.4.3.1. Μηχανισμός δράσης της Βαρενικλίνη.....	37
B.4.3.2. Κλινική αποτελεσματικότητα της Βαρενικλίνη.....	38
B.4.3.3. Αντενδείξεις και προφυλάξεις στη θεραπεία με Βαρενικλίνη .....	39
B.4.3.4. Αλληλεπιδράσεις με άλλα φαρμακευτικά προϊόντα και άλλες μορφές αλληλεπίδρασης.....	41
B.4.3.5. Χρήση με άλλες θεραπείες για τη διακοπή του καπνίσματος: .....	42
B.4.4. Άλλες φαρμακολογικές παρεμβάσεις .....	42
B.4.4.1. Αντικαταθλιπτικά και αγχολυτικά .....	42
B.4.4.2. Άλλες φαρμακολογικές θεραπείες .....	43
B.4.4. Εναλλακτικές θεραπείες .....	44
B.4.4.1. Βελονισμός.....	44
B.4.4.2. Υπνοθεραπεία .....	44
B.5. ΠΟΙΟ ΕΙΝΑΙ ΤΟ ΜΕΛΛΟΝ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΔΙΑΚΟΠΗΣ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ .....	45
B.6. ΙΑΤΡΕΙΑ ΔΙΑΚΟΠΗΣ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ .....	50
B.6.1. Ιατρεία Διακοπής Καπνίσματος που λειτουργούν σε Νοσοκομεία και δημοτικά Ιατρεία..	51
<b>Γ. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ</b> .....	<b>53</b>
Γ.1 .ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ .....	53
Γ.1.1.ΣΥΓΚΕΚΡΙΜΕΝΟΙ ΣΤΟΧΟΙ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ.....	53
Γ.2. ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ .....	54
<b>Δ. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ</b> .....	<b>55</b>
Δ.1. ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ.....	55
Δ.2. ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΙΣ- ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΟΛΟΓΙΑ.....	60
<b>Ε. ΣΥΖΗΤΗΣΗ</b> .....	<b>67</b>
<b>ΣΤ. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ</b> .....	<b>73</b>
<b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ</b> .....	<b>74</b>
<b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ</b> .....	<b>83</b>

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

<b>Τίτλος εργασίας:</b>	<b>Οργάνωση και αποτελεσματικότητα του Ιατρείου Διακοπής Καπνίσματος του Βενιζελείου-Πανάνειου Γενικού Νοσοκομείου Ηρακλείου</b>
<b>Της:</b>	<b>Σφακιωτάκη Μαρίας, Ειδικευόμενης Ιατρού Β Παθολογικής Κλινικής του ΒΠΓΝΗ.</b>
<b>Υπό την επίβλεψη των :</b>	<b>1. Τζανάκη Νικόλαο, Πνευμονολόγο, Επίκουρο Καθηγητή Επιδημιολογίας, Τομέα Κοινωνικής Ιατρικής, Ιατρικής Σχολής Παν/μίου Κρητης, 2. Μελέτη Γεώργιο, Πνευμονολόγο, Επιμελητή Α, Πνευμονολογικής Κλινικής Βενιζελείου Πανάνειου Γενικού Νοσοκομείου.</b>
<b>Ημερομηνία:</b>	<b>Μάιος 2007</b>

**Εισαγωγή:** Το κάπνισμα παγκοσμίως αποτελεί έναν από τους μεγαλύτερους παράγοντες κινδύνου για την υγεία και κάθε χρόνο εκατομμύρια άνθρωποι πεθαίνουν εξαιτίας του. Ο καπνός του τσιγάρου κατηγορείται για πρόκληση σοβαρών καρδιοαναπνευστικών νοσημάτων, για εμφάνιση καρκίνου και όχι μόνο. Η νικοτίνη που εμπεριέχεται στον καπνό του τσιγάρου είναι μια ουσία που προκαλεί έξη στον άνθρωπο με αποτέλεσμα οι καπνιστές να μην μπορούν εύκολα να απεξαρτηθούν από το κάπνισμα. Καθημερινά, οι επιστήμονες προσπαθούν να ανακαλύψουν όλο και πιο αποτελεσματικούς τρόπους απεξάρτησης από την νικοτίνη. Τα τελευταία χρόνια γίνεται μια προσπάθεια από την ιατρική κοινότητα και ιδιαίτερα τους πνευμονολόγους για την διακοπή του καπνίσματος αλλά και την πρόληψη του μέσω των ιατρικών διακοπής καπνίσματος που δημιουργήθηκαν στα εξωτερικά ιατρεία των δημοσίων νοσοκομείων.

**Σκοπός:** Σκοπός αυτής της εργασίας είναι η μελέτη της επίδρασης του φύλου, της ηλικίας, των κοινωνικο-οικονομικών χαρακτηριστικών και του ιατρικού προφίλ των ατόμων που απευθύνθηκαν στο ιατρείο διακοπής καπνίσματος του Βενιζελείου-Πανάνειου Νοσοκομείου Ηρακλείου καθώς και το ποσοστό επιτυχούς διακοπής καπνίσματος όπως προκύπτει από αυτήν.

**Μέθοδος:** Μελετήθηκε η κίνηση του ιατρείου διακοπής καπνίσματος του Βενιζελείου νοσοκομείου Ηρακλείου από την έναρξη λειτουργίας του τον Ιανουάριο του 2004 έως τον Μάρτιο του 2007 (ημερομηνία λήψης δεδομένων). Επεξεργάζονται τα δεδομένα,

παράμετροι των ερωτηματολογίων συνέντευξης των καπνιστών, καταχωρούνται στην εφαρμογή Microsoft Office Access και αναλύονται με το στατιστικό πακέτο SPSS εκδ. 14.0.

**Αποτελέσματα:** Το δείγμα αποτελείται από 334 άτομα, καπνιστές, στην πλειοψηφία του άνδρες (60,2%), ανήκουν σε επαγγέλματα εκτός του χώρου υγείας, και στην μεσαία τάξη κατά δήλωση τους. Όσον αφορά το εκπαιδευτικό τους επίπεδο η επικρατούσα τιμή είναι απόφοιτοι Γυμνασίου με ποσοστό 25,4% και η μέση ηλικία είναι 44,53 έτη. Το 50% του αρχικού δείγματος χάθηκε στο follow up. Είχαμε επιτυχή έκβαση στο 31,7% περίπου των ασθενών. Όπως βλέπουμε το 2004 είχαμε 146 επισκέψεις, ενώ το 2006, 81. Υπάρχει κάποια τάση μείωσης των επισκέψεων στο ιατρείο όσο φτάνουμε από το 2004 στο τέλος του 2006.

**Συμπεράσματα:** Παρατηρείται φθίνουσα πορεία των επισκέψεων στο ιατρείο από την έναρξη λειτουργίας του μέχρι και την ημέρα λήψης των δεδομένων. Μεγάλος αριθμός καπνιστών χάνονται μετά το πρώτο ραντεβού, πράγμα που σημαίνει ότι δεν ήταν έτοιμοι για να διακόψουν το κάπνισμα ή περίμεναν η διακοπή του καπνίσματος να γίνει χωρίς προσωπική προσπάθεια. Το κοινωνικο-οικονομικό προφίλ των καπνιστών χρήζει ιδιαίτερης προσοχής καθώς μπορεί να βοηθήσει στην αύξηση των επιτυχών αποτελεσμάτων του ιατρείου.

**Λέξεις κλειδιά:** Κάπνισμα, νικοτίνη, εξάρτηση, μέθοδοι διακοπής καπνίσματος, πρόληψη.

## ABSTRACT

**Title:** *Organization and effectiveness of the Smoking Cessation Office of the Venizeleio-Pananeio Hospital of Heraklion*

**Author:** *Sfakiotaki Maria, Intern, 2<sup>nd</sup> Pathology Clinic of VPGHH*

**Supervising Professor:** *Nikos Tzanakis, George Meletis*

**Date:** *May 2007*

**Introduction:** Smoking is one of the largest threats to health globally and millions die because of it. Tobacco is responsible for the development and aggravation of cardiovascular disease and cancer among others. The tobacco's concentration in nicotine causes its dependence from which smokers find it very difficult to escape once addicted. Currently the scientific community is trying to discover more effective ways of helping people to become independent of nicotine. Recently, the medical community and especially pneumonologists have made effort to help people curb this habit by creating smoking cessation clinics.

**Aim:** The aim of this study was to evaluate the effect of gender, age, socioeconomical status and medical profile of those who had visited the smoking cessation office of the Venizeleio – Pananeio Hospital and the effectiveness of the smoking cessation programme.

**Methods:** Data regarding all visits to the smoking cessation office from January 2004 to March 2007 were accessed and recoded using Microsoft Office Access. The statistical analysis was performed using the statistical package spss 14.0

**Results:** In total 334 smokers visited the smoking cessation office, with most of the patients male (60.2%) and coming from non health related fields of work. As for their educational status 25,4% were high school graduates and their mean age was 44,5. One in two were lost during the follow up, and the success rate was estimated at 31,7%. During 2004, 146 visits were made, while in 2006 merely 81.

**Conclusions:** A decrease in the number of visits to the smoking cessation office was noticed. While a large number of smokers were lost during follow up, which could be due to the fact that they were not ready to quit or they did not take this attempt seriously enough. The socioeconomical status of the smokers that visited the office could be used

so as to see what part of the population is more likely to visit smoking cessation clinics, and therefore should be focused during recruitment.

**Key words:** *Smoking, nicotine, dependence, smoking cessation methods, prevention*

# A. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

## A.1. Η ΙΣΤΟΡΙΑ ΤΟΥ ΚΑΠΝΟΥ

Είναι ευρέως γνωστό ότι ο καπνός είναι ένα φυτό της οικογένειας των Solanaeae, στην οποία επίσης ανήκουν η πιπεριά , η ντομάτα , το πιπέρι , η πετούνια καθώς και το δηλητηριώδες νυχτολούλουδο. Το γένος Nicotiana περιλαμβάνει 100 είδη από τα οποία η Nicotiana Tabacum είναι ο κυριότερος τύπος για την παραγωγή τσιγάρων και καπνού (το όνομα του οφείλεται στον Γάλλο πρεσβευτή Jean Nicot ο οποίος τον εισήγαγε και τον διέδωσε στην Γαλλία το 1560).

Πιστεύεται ότι ο καπνός άρχισε να φυτρώνει στην Αμερική περίπου το 6000 π. χ όπου οι ιθαγενείς Ινδιάνοι τον χρησιμοποιούσαν με πολλούς διαφορετικούς τρόπους. Ο καπνός εθεωρείτο πανάκεια και χρησιμοποιείτο για ιατρικές πρακτικές (παυσίπονο, επικαλυπτικό πληγών , για την ενίσχυση της γονιμότητας ) , θρησκευτικές τελετές (επικοινωνία με τα πνεύματα) καθώς και σε περιπτώσεις σύναψης ειρήνης( είναι γνωστή η πίπα της ειρήνης) και συμφωνιών . Στην αρχαία Ελλάδα από το 700-600 π. χ η ιέρεια των Δελφών λέγεται ότι προφήτευε καθώς ήταν ζαλισμένη από τους ατμούς που εξέρχονταν από μια σχισμή των βράχων κάτω από τα πόδια της. Μετέπειτα οι Έλληνες άρχισαν να προσφέρουν λιβάνι στους βωμούς.

Στις 15 Οκτωβρίου 1492 προσφέρθηκε στον Χριστόφορο Κολόμβο σα δώρο αποξηραμένος καπνός από τους Ινδιάνους της Αμερικής που συνάντησε ανακαλύπτοντας το νέο κόσμο. Σύντομα μετά οι ναύτες μετέφεραν τον καπνό στην Ευρώπη και το φυτό άρχισε να καλλιεργείται σε όλη την ήπειρο κυρίως λόγω των υποτιθέμενων θεραπευτικών του ικανοτήτων (πίστευαν ότι ο καπνός μπορούσε να θεραπεύσει σχεδόν τα πάντα, από κακοσμία μέχρι καρκίνο). Έως τα μέσα του 17<sup>ου</sup> αιώνα ο καπνός ήταν διαδεδομένος στην δύση. Γύρω στο 1600 ο καπνός ήταν τόσο δημοφιλής που χρησιμοποιείτο ως μέσο συναλλαγής, θεωρούμενος μάλιστα ισάξιος του χρυσού ή του αργύρου.

Εν αντιθέσει με τους ιθαγενείς Ινδιάνους της Αμερικής που χρησιμοποιούσαν τον καπνό για "ιερούς" σκοπούς , οι Ευρωπαίοι τον χρησιμοποιούσαν επειδή τον απολάμβαναν και χωρίς τελετές. Συν το χρόνο , οι νοτιότερες αμερικανικές αποικίες είχαν σαν κύριο έσοδο για την επιβίωση τους την πώληση καπνού, και τα δύο θεμέλια που στηρίζονταν ήταν οι σκλάβοι που μετέφεραν βιαίως από την Αφρική για να καλλιεργήσουν τον καπνό και οι Ευρωπαίοι σκλάβοι της καπνιστικής έξης.

Προοδευτικά το κάπνισμα , μέσα σε έναν αιώνα από την ανακάλυψη της Αμερικής από τον Κολόμβο , έγινε παγκόσμια κουλτούρα, φαινόμενο μοναδικό. Τόσο λόγω των



εθιστικών ιδιοτήτων της νικοτίνης όσο και του πολιτιστικού εισοδήματος που αναπτύχθηκε γύρω από αυτό. Την ίδια περίοδο κάποιες από τις δυσάρεστες συνέπειες του καπνού άρχισαν να γίνονται συνειδητές σε μεμονωμένα άτομα ενώ με το πέρασμα των χρόνων ολοένα και περισσότεροι επιστήμονες άρχισαν να κατανοούν την τοξικότητα του καπνού καθώς και τις επικίνδυνες ιατρικές του συνέπειες.

Από το 1760 μια αλματώδη ανάπτυξη της βιομηχανίας καπνού σημειώνεται, με αποκορύφωμα την διάρκεια του Α Παγκοσμίου πολέμου όπου η χρήση των τσιγάρων παρουσίασε εκρηκτική άνοδο και τα τσιγάρα πλέον ονομάζονται "ο καπνός του στρατιώτη". Αλλά και κατά τη διάρκεια του Β Παγκοσμίου πολέμου(1939-1945) οι πωλήσεις των τσιγάρων είναι συνεχώς ψηλά.

Οι εταιρείες καπνού(αρκετές πλέον τον αριθμό)έστειλαν εκατομμύρια τσιγάρα στους στρατιώτες δωρεάν και όταν οι στρατιώτες επέστρεφαν γινόταν βέβαια πιστοί πελάτες. Κατά τη διάρκεια του 1950 όλο και περισσότερες αποδείξεις εμφανίζονται ότι το κάπνισμα συνδέεται με καρκίνο πνεύμονα ενώ τη δεκαετία του 1960 εμφανίζονται πολλές ανακοινώσεις σε σχέσεις με τους κινδύνους υγείας που προκαλεί το κάπνισμα.

Το 1965 τηλεοπτικές διαφημίσεις τσιγάρων διακόπτονται στον αέρα στη Μ. Βρετανία ενώ το 1966 εμφανίζονται προειδοποιήσεις στα κουτιά των τσιγάρων. Εξαιτίας της αρνητικής πίεσης για τον καπνό οι μεγάλες εταιρείες καπνού αρχίζουν να ασχολούνται και με άλλα προϊόντα. Παρά τους περιορισμούς τα τσιγάρα παραμένουν τα δεύτερα πιο πολυδιαφημιζόμενα προϊόντα μετά τα αυτοκίνητα.

Κατά τη διάρκεια του 1980 υπήρξαν πολλές μηνύσεις εναντίον της βιομηχανίας του καπνού εξαιτίας των ζημιογόνων αποτελεσμάτων των προϊόντων της. Το κάπνισμα γίνεται πολιτικά μη ορθό και απαγορεύεται σε πολλούς δημόσιους χώρους. Το 1982 ανακοινώνεται ότι το παθητικό κάπνισμα μπορεί να προκαλέσει καρκίνο του πνεύμονα, ο οποίος το 1985 γίνεται ο νούμερο ένα κίνδυνος για τις γυναίκες ξεπερνώντας τον καρκίνο του μαστού.

Οι μεγάλες καπνοβιομηχανίες εξακολουθούν να επεκτείνουν τη δράση τους σε άλλα προϊόντα, όπως στον τομέα των τροφίμων. Το 1987 το Κογκρέσο απαγορεύει το κάπνισμα σε όλες τις πτήσεις εσωτερικού με διάρκεια μικρότερη των δύο ωρών. Τις δεκαετίες του 1980 και 1990 η καπνοβιομηχανία αρχίζει να προωθεί τις δραστηριότητες της σε περιοχές εκτός των Η.Π.Α, ειδικά σε χώρες της Ασίας. Τα τελευταία χρόνια υπάρχουν όλο και περισσότερες αποδείξεις ότι η καπνοβιομηχανία ήξερε από την αρχή τα τσιγάρα βλάπτουν, αλλά συνέχισε να τα προωθεί και να τα πουλάει. Υπάρχουν ακόμα αποδείξεις

ότι ήξεραν ότι η νικοτίνη ήταν εθιστική και εκμεταλλεύτηκε αυτή τη γνώση, ώστε εκατομμύρια ανθρώπων να αποκτήσουν αυτή την επικίνδυνη συνήθεια.

## A.2. ΔΙΕΘΝΗ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΓΙΑ ΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ

Το κάπνισμα αποτελεί την μεγαλύτερη επιδημία του αιώνα. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ) ανακοίνωσε πρόσφατα ότι θεωρεί το κάπνισμα μια μεταδοτική ασθένεια που σκοτώνει <sup>2,6</sup>. Κάθε χρόνο το κάπνισμα σκοτώνει 4,2 εκατομμύρια ανθρώπους σε όλο τον κόσμο. Μεταδίδεται μέσω της διαφήμισης, της προώθησης των προϊόντων και της χρηματοδότησης εκστρατειών, που στόχο έχουν να προσελκύσουν στο κάπνισμα νέους κυρίως ανθρώπους, με κάθε δυνατό τρόπο. Ο Π.Ο.Υ υπολογίζει ότι υπάρχουν σήμερα 1,26 δις καπνιστές στον κόσμο ή περίπου το 1/3 του πληθυσμού 15 ετών και άνω. Η μεγάλη πλειονότητα των καπνιστών (περίπου 800 εκατ.) βρίσκονται στις αναπτυσσόμενες χώρες και είναι κυρίως άνδρες. Στις ανεπτυγμένες χώρες το 1/3 των καπνιστών είναι γυναίκες. Τραγική διαπίστωση αποτελεί ότι ένας στους τρεις καρκινοπαθείς είναι θύμα του καπνίσματος.

Ο Π.Ο.Υ προειδοποίησε με έκθεση της ότι 'κάθε 10 δευτερόλεπτα το κάπνισμα προκαλεί και ένα θύμα'. Αν η κατανάλωση τσιγάρων συνεχιστεί με το σημερινό ρυθμό, προβλέπεται να υπάρξουν 150 εκατ. νεκροί έως το 2020 και το 70% από αυτούς θα είναι σε αναπτυσσόμενες χώρες. Το 2030, οι ετήσιοι θάνατοι από τσιγάρο θα αυξηθούν στα 10.000.000. (θα δολοφονεί δηλ το τσιγάρο έναν Τιτανικό κάθε 78 λεπτά). Κάθε χρόνο, μισό εκατομμύριο άνθρωποι πεθαίνουν στην κοινότητα από τις επιπτώσεις του καπνού. Οι θάνατοι από το κάπνισμα θα αυξηθούν σημαντικά τις επόμενες δεκαετίες καθώς οι αλλαγές στην πληθυσμιακή δομή και ο αντίκτυπος του καπνίσματος στην υγεία θα εκδηλωθούν πλήρως.

Στην Κίνα, υπάρχουν σήμερα 300 εκατ. άτομα άρρενος φύλου ηλικίας από 0-29 ετών από τους οποίους το 1/3 θα σκοτωθούν δηλώνει ο Π.Ο.Υ από το κάπνισμα. Η Κίνα έχει ξεκινήσει εκστρατεία με όλα τα μέσα για την απαγόρευση και τον περιορισμό του καπνίσματος.

Η Ελλάδα είναι βρίσκεται στις πρώτες θέσεις της θανατηφόρου επιδημίας. Στην Ελλάδα καπνίζει το 46% των ανδρών και το 28% των γυναικών. Συγκριτικά με τις Η.Π.Α οι αντίστοιχες τιμές είναι 28% και 23%. Οι περισσότερες οικονομικά ανεπτυγμένες χώρες παρουσιάζουν σταδιακή μείωση στη συχνότητα του καπνίσματος κάτι που δεν καταγράφεται στην πατρίδα μας. Αντίθετα, στις οικονομικά ενδεείς χώρες η διάδοση του καπνίσματος αυξάνεται. Ο αριθμός των καπνιστών στην κοινότητα μειώνεται τις τελευταίες δεκαετίες αλλά με επιβραδυνόμενο ρυθμό πτώσης τα τελευταία χρόνια. Άνω του 40% του ενηλικού πληθυσμού εξακολουθεί να καπνίζει. Σε αδρά ποσοστά, 25% των θανάτων από κάπνισμα οφείλονται σε καρκίνο του πνεύμονα, 20% σε χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια, 20% σε ισχαιμική νόσο, 13% σε καρκίνους εκτός του

πνεύμονα(λάρυγγας, ουροδόχος κύστη , οισοφάγος, νεφρός κ.α) και 12% σε διάφορες αγγειακές παθήσεις<sup>61</sup> .

Οι βλαπτικές συνέπειες του καπνού έχουν αποδειχθεί τα τελευταία 50 χρόνια . Ο καπνός του τσιγάρου περιέχει περίπου 4000 χημικές ουσίες, μεταξύ των οποίων και 40 γνωστά καρκινογόνα. Εάν το τσιγάρο είχε εφευρεθεί στην εποχή μας (όπου όλα τα προϊόντα περνούν από αυστηρούς υγειονομικούς ελέγχους) δεν θα έπαιρνε ποτέ άδεια κυκλοφορίας και χρήσης. Πολλά φάρμακα αποκλείονται από τη χρήση ή αποσύρονται μετά από πολλά χρόνια κυκλοφορίας διότι συστατικά προκαλούν π.χ 5-10 θανάτους στο εκατομμύριο των χρηστών.

Στην περίπτωση του καπνού όμως μιλάμε για θανάτους όχι στο εκατομμύριο, αλλά στους 100 καπνιστές, δηλ. για αριθμούς χιλιάδες φορές μεγαλύτερους. Στην Αγγλία η κυβέρνηση ανησυχεί για τους 120.000 πρόωρους θανάτους ετησίως από το κάπνισμα ενώ στις Η.Π.Α καταγράφονται 434.000 θάνατοι ετησίως, δηλ 1200 την ημέρα ή 50 την ώρα.

Το κάπνισμα στη νυχτερινή διασκέδαση είναι γένους θηλυκού. Τρία στα τέσσερα κορίτσια ηλικίας 15-18 ετών και τέσσερα στα πέντε ηλικίας 18-25 ετών καπνίζουν κατά τη διάρκεια της νυχτερινής διασκέδασης . Την ίδια στιγμή τα αντίστοιχα ποσοστά στα αγόρια ηλικίας 15-18 ετών είναι δύο στα τρία και ηλικίας 18-25 ετών είναι τρία στα τέσσερα. Κορίτσια και αγόρια ωστόσο στην συντριπτική τους πλειοψηφία θεωρούν το κάπνισμα ως προθάλαμο των ναρκωτικών. Αλλά παρόλα αυτά δυσκολεύονται να το κόψουν.

Οι θάνατοι λόγοι του καρκίνου του πνεύμονα στις γυναίκες λευκού χρώματος μεταξύ 1950 και 2000, έχουν αυξηθεί κατά 600%. Το 1950 η συχνότητα των θανάτων ήταν 5 για κάθε 100.000 γυναίκες ενώ το 2000 το ποσοστό αυξήθηκαν σε 35. Το 1950 ο καρκίνος του πνεύμονα ήταν υπεύθυνος μόνο για το 3% του συνόλου των θανάτων στο γυναικείο πληθυσμό ενώ το 2000 το ποσοστό ανέβηκε στο 25%. Οι Έλληνες καπνίζουν 1,5 δις πακέτα ετησίως. Ο καρκίνος του πνεύμονα, η πρώτη αιτία θανάτου στους άνδρες , αφανίζει κάθε χρόνο στη χώρα μας τον πληθυσμό μιας μικρής πόλης σύμφωνα με τα στατιστικά δεδομένα η νόσος αυτή θα αποτελέσει την κύρια αιτία θανάτου και στις γυναίκες, ξεπερνώντας ακόμα και τον καρκίνο του μαστού. Οκτώ στα δέκα παιδιά μεγαλώνουν μέσα στον καπνό. Μόνο το 25% των παιδιών στη χώρα μας μεγαλώνει σε ένα περιβάλλον ελεύθερο από τον καπνό των τσιγάρων. Τα παιδιά παθητικοί καπνιστές έχουν τρεις φορές περισσότερες πιθανότητες να παρουσιάσουν προβλήματα στο ανώτερο αναπνευστικό, ενώ επιβαρύνεται ιδιαίτερα η κατάσταση τους στην περίπτωση που παρουσιάζουν σοβαρότερα προβλήματα στο κατώτερο αναπνευστικό, όπως άσθμα και πνευμονία.

Ένας άνδρας καπνιστής χάνει κατά μέσο όρο 13,2 χρόνια ζωής και μια γυναίκα καπνίστρια 14,5 <sup>6</sup>. Οι καπνιστές που κόβουν το κάπνισμα πριν τα 35 αποφεύγουν κατά 90% τους κινδύνους υγείας που αντιμετωπίζει ο καπνιστής. Καπνιστές που κόβουν το κάπνισμα πριν τα 50 μειώνουν στο μισό τον κίνδυνο να πεθάνουν τα επόμενα 15 χρόνια, συγκρινόμενοι με αυτούς που συνεχίζουν. Οι χρόνιοι καπνιστές κερδίζουν με τη διακοπή του καπνίσματος 3 χρόνια ζωής περισσότερο. Ένας υπερτασικός που καπνίζει 1 πακέτο τσιγάρα την ημέρα, θα ελαττώσει τον καρδιαγγειακό κίνδυνο κατά 35-40% εάν διακόψει το κάπνισμα. Τα οφέλη για το καρδιαγγειακό σύστημα, μετά τη διακοπή του καπνίσματος, επιτυγχάνονται σε σύντομο χρονικό διάστημα. Έτσι ο κίνδυνος για στεφανιαία νόσο των καπνιστών που διέκοψαν το κάπνισμα θα είναι μετά από τρία χρόνια ίδιος με τον κίνδυνο αυτών που δεν κάπνισαν ποτέ.

Ένας καπνιστής έχει 2 ή και 3 φορές μεγαλύτερο κίνδυνο να πάθει έμφραγμα από έναν μη καπνιστή. Οι καπνιστές παρουσιάζουν θνησιμότητα διπλάσια από τους μη καπνιστές. Το πεπτικό έλκος είναι 117 φορές συχνότερο στους καπνιστές, παρά στους μη καπνιστές. Το κάπνισμα θεωρείται ο σπουδαιότερος παράγοντας κινδύνου για τον καρκίνο του πνεύμονα, ο οποίος είναι 10 φορές συχνότερος στους καπνιστές, από ό,τι στους μη καπνιστές. Ο δε κίνδυνος αυξάνει, όσο αυξάνει η ποσότητα και η διάρκεια του καπνίσματος. Ο καπνιστής έχει 3-6 φορές μεγαλύτερο κίνδυνο να πάθει καρκίνο του λάρυγγα.

Ο κίνδυνος είναι 4-7 φορές μεγαλύτερος για καρκίνο της στοματικής κοιλότητας και 2 φορές μεγαλύτερος για καρκίνο του ρινοφάρυγγα και για καρκίνο του οισοφάγου. Το κάπνισμα στη διάρκεια της εγκυμοσύνης ευθύνεται για το 20-30% των περιπτώσεων νεογνών με χαμηλό βάρος γέννησης (λιποβαρή νεογνά), για το 14% των πρόωρων τοκετών και για το 10% των βρεφικών θανάτων. Οι καπνιστές έχουν δύο έως έξι φορές περισσότερες πιθανότητες να καταλήξουν λόγω αιφνίδιου καρδιαγγειακού ή εγκεφαλικού επεισοδίου σε σχέση με τους μη καπνιστές. Ένας καπνιστής που εμφανίζει έμφραγμα του μυοκαρδίου και συνεχίζει να καπνίζει μετά το επεισόδιο έχει εξαπλάσιες πιθανότητες να υποστεί και δεύτερο έμφραγμα.

Κάθε χρόνο στη χώρα μας, η ηρωίνη ευθύνεται για το θάνατο 300 περίπου νέων, τη στιγμή που οι θάνατοι από το κάπνισμα ανέρχονται στους 16,5 χιλιάδες. Η νικοτίνη είναι τόσο εθιστική όσο και η ηρωίνη ή η κοκαΐνη. Το ποσό των 6 δισεκατομμυρίων δολαρίων ξοδεύεται παγκοσμίως μόνο για μηνύματα που εξυμνούν τον καπνό. Το 90% του συνόλου των καπνιστών έχει την πρώτη του επαφή με το τσιγάρο πριν τα 19 του χρόνια. Οι μισοί συστηματικοί καπνιστές χάνουν τη ζωή τους από το κάπνισμα. Το ένα τέταρτο από αυτούς πεθαίνει 15 χρόνια νωρίτερα σε σχέση με μη καπνιστές.

Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε 6.206 μαθητές Γυμνασίου και Λυκείου όλης της χώρας επισημάνθηκε ότι τρεις στους δέκα δοκιμάζουν τσιγάρο από την ηλικία των 13 ετών, ενώ περισσότεροι από τους μισούς έφηβους καπνιστές καταναλώνουν πάνω από το μισό πακέτο την ημέρα. Το 65% των μαθητών αρχίζει το κάπνισμα έπειτα από παρότρυνση φίλων ή συμμαθητών, ενώ το 27% δοκιμάζει το τσιγάρο από περιέργεια. Σε αρκετές χώρες, ο μέσος όρος ηλικίας που ξεκινάει κάποιος το κάπνισμα είναι τα 15 έτη. Όταν καπνίζουν και οι 2 γονείς, καπνίζει και το 80% των παιδιών.

Όταν καπνίζει ο ένας γονιός, καπνίζει το 50% των παιδιών. Όταν κανείς από τους γονείς δεν καπνίζει, καπνίζει μόνο το 10% των παιδιών. Καπνίζουμε τις συντάξεις των συνταξιούχων του Δημοσίου ή τον προϋπολογισμό του υπουργείου Εθνικής Άμυνας. Διότι, όπως προκύπτει από έρευνα του IOBE, το 2000 οι Έλληνες ξόδεψαν 3,1 δισ. ευρώ (1,06 τρισ. δρχ.) για να καπνίσουν 32,1 δισ. τσιγάρα. Πολύ απλά αυτό σημαίνει ότι ξόδεψαν για τσιγάρα τον προϋπολογισμό του υπουργείου Άμυνας για το 2002, που ήταν 3,18 δισ. ευρώ, ή κάτι λιγότερο από τις συντάξεις του Δημοσίου που είναι 3,44 δισ. ευρώ. Ή ότι "φούμαραν ακριβώς το ποσό που υπολογίζει να εισπράξει το κράτος από μη φορολογικά έσοδα (3,11 δισ. ευρώ). Στην Ελλάδα ο βαρύς καπνιστής ξοδεύει περίπου το 40% του επιδόματος ανεργίας ή το 30% του κατώτατου μισθού.

Υπολογίζεται ότι 8.000 έως 26.000 παιδιά αναπτύσσουν άσθμα κάθε χρόνο στις ΗΠΑ λόγω καπνίσματος, (μητέρες που καπνίζουν 10 τσιγάρα ημερησίως). Κάθε χρόνο καταγράφονται περίπου 3.000 θάνατοι από καρκίνο του πνεύμονα, ανάμεσα σε ανθρώπους που εκτέθηκαν σε περιβάλλον καπνιστών. Στην Αμερική, το παθητικό κάπνισμα υπολογίζεται σαν η τρίτη σημαντικότερη αιτία θανάτου σε παιδιά ηλικίας κάτω των 5 ετών. Το κάπνισμα από μόνο του προκαλεί περισσότερους θανάτους απ' ότι το σύνολο των παρακάτω: AIDS, κατάχρηση αλκοόλ, οδικά ατυχήματα, χρήση παράνομων ουσιών, αυτοκτονίες. Το 42% των ενηλίκων της Ε.Ε. είναι καπνιστές. Υπολογίζεται ότι 1,26 δις άνθρωποι καπνίζουν. Το 2030 το νούμερο θα φτάσει στο 1,6 δις. Το 2030 μόνο το 15% των καπνιστών θα ζει στις ανεπτυγμένες χώρες. Η Ελλάδα είναι πρώτη στην ημερήσια κατά κεφαλή κατανάλωση τσιγάρων με 7,8 ενώ οι ΗΠΑ είναι στο 5,6. Είναι πρώτη μαζί με τη Βουλγαρία, Πολωνία και Κίνα, όσον αφορά το ποσοστό καπνιστών στις ηλικίες 15-30.

Το 10% των παιδιών της 5ης και 6ης Δημοτικού έχουν εμπειρία καπνίσματος. Η μέση ηλικία έναρξης του καπνίσματος είναι τα 13,9 έτη, 6 μήνες νωρίτερα από τα παιδιά στις ΗΠΑ, με τα αγόρια να πειραματίζονται λίγο νωρίτερα. Ένα πρόσφατο γκάλοπ αποκάλυψε ότι 8 στους 10 αυτοκινητιστές που καπνίζουν προκαλούν ατυχήματα στους επιβάτες του ίδιου του αυτοκινήτου τους .

### A.3. ΝΙΚΟΤΙΝΗ

Η περίπτωση "Καπνός" άρχισε σαν ωραίο παραμύθι πριν από αιώνες. Το ταπεινό χόρτο έμελλε να διαδραματίσει τον πιο αποτρόπαιο ρόλο στις γενιές του μετέπειτα κόσμου. Οι άνθρωποι της συνοδείας του Κολόμβου είχαν για πρώτη φορά την παράξενη εμπειρία να παρακολουθήσουν έκπληκτοι την "τελετουργία" του καπνίσματος μεταξύ των ιθαγενών στους νέους τόπους που ανακάλυπταν και εξερευνούσαν. Τα νέα έφθασαν στην Ευρώπη με λεπτομερείς περιγραφές του αλλόκοτου και πρωτοφανούς αυτού γεγονότος. Κανείς δεν θα μπορούσε να φανταστεί ότι τα φύλλα του καπνού των Ιθαγενών και η συνήθειά τους να τα καπνίζουν θα έμπαιναν σε βασιλικά παλάτια, στα πλουσιότερα σαλόνια και στην αριστοκρατία της Ευρώπης. Εκλεκτές ποικιλίες πούρων και σιγαρέτων είχαν τιμητική θέση μέσα σε χρυσές, αργυρές και βελούδινες θήκες σαν πολύτιμα δώρα προς μεγάλες προσωπικότητες. Ακόμα κανείς δεν θα μπορούσε να φανταστεί, ότι το ταπεινό αυτό φυτό των ιθαγενών θα έπαιρνε τέτοιες διαστάσεις και προεκτάσεις στη ζωή των ανθρώπων τόσοι αιώνες μετά και ούτε σήμερα ακόμη συνειδητοποιούμε ότι έχει καταδυναστεύσει τον κόσμο και έχει γίνει η μάστιγα του αιώνα μας. Γι' αυτό οι πολιτισμένοι λαοί άρχισαν να στοχεύουν στην ενημέρωση για την πρόληψη και παύση του καπνίσματος, που θεωρείται πια μια συνήθεια αναχρονιστική, περιθωριοποιημένη και κιτς και συνδέεται μόνο με τον όλεθρο και την καταστροφή του ανθρώπινου οργανισμού, αφού δε φέρνει τίποτε άλλο, παρά μόνο την εξάρτηση, την αρρώστια και το θάνατο.

Το κάπνισμα είναι μία συνήθεια, που ξαφνιάζει και αναστατώνει τον ανθρώπινο οργανισμό, τον δυσκολεύει και τον καταπονεί μέχρι να την υιοθετήσει, διότι είναι ξένη προς τις φυσιολογικές, βιολογικές λειτουργίες του οργανισμού. Δεν είναι λειτουργία, που έχει προβλέψει η φύση, αλλά συνήθεια, που έχει επινοήσει ο άνθρωπος και μάλιστα από την εποχή, που ζούσε ακόμη σε σχεδόν πρωτόγονη κατάσταση. Παρά ταύτα όμως, όταν ο οργανισμός εθιστεί στον καπνό, τον κάνει αδιάσπαστο μέρος της ζωής του και δυσκολεύεται μετά να απαλλαγεί.

Η μεγάλη σημασία εστιάζεται στα φύλλα του καπνού, τα οποία περιέχουν μια πολύ δραστική ουσία, τη νικοτίνη <sup>10</sup>. Η ναρκωτική επίδραση των φύλλων του καπνού οφείλεται στη νικοτίνη, η οποία είναι αλκαλοειδές υγρό, άχρωμο και δηλητηριώδες σε τέτοιο βαθμό ώστε μία σταγόνα αρκεί για να θανατώσει ένα σκύλο μετρίου μεγέθους. Γι' αυτό άλλωστε χρησιμοποιείται κατά διαφόρων ζωικών και φυτικών ασθενειών. Στην κτηνιατρική χρησιμοποιείται σαν ισχυρό φάρμακο κατά των παρασίτων του δέρματος (ψύλλων, κοριών, τσιμπουριών κ.λ.π.) και μάλιστα αναμεμειγμένη με νερό. Το απόβρεγμα του καπνού χρησιμοποιείται ως εντομοκτόνος ουσία, το δε αφέψημα των καπνόφυλλων καταπολεμά την αρρώστια "μελίγκρα".

Τη ναρκωτική αυτή επίδραση των φύλλων του καπνού δέχεται ο καπνιστής, αφού τα φύλλα ξηραθούν και επεξεργαστούν κατάλληλα.

Τι γίνεται ακριβώς μέσα μας όταν ανάβουμε τσιγάρο και γιατί η νικοτίνη θεωρείται ότι μας "ανεβάζει;". Γιατί η νικοτίνη θεωρείται ο "Δούρειος Ίππος" για το τσιγάρο; Αν υποθέσουμε ότι ο καπνιστής τραβάει μόνο μία ρουφηξιά από το τσιγάρο του και στη συνέχεια το σβήνει, ο μηχανισμός που τίθεται σε λειτουργία αμέσως μετά είναι ο εξής: Η νικοτίνη που εισπνεύσθηκε μπαίνει στην κυκλοφορία του αίματος και φτάνει παντού συμπεριλαμβανομένου του εγκεφάλου. Στον εγκέφαλο φτάνει μέσα σε 8 έως 18 δευτερόλεπτα. Εκεί διεγείρει τους νευρώνες και αυτομάτως στέλνονται διάφορα μηνύματα στα όργανα του καπνιστή. Δίνεται η εντολή να εκκριθεί αδρεναλίνη, "ειδοποιείται" η καρδιά να αρχίσει να χτυπά πιο γρήγορα, τα αγγεία συσπώνται, απελευθερώνεται γλυκόζη κ.λ.π. Η νικοτίνη σε μικρή ποσότητα διεγείρει, ενώ σε μεγάλη ναρκώνει και προκαλεί το θάνατο.

Η περιεκτικότητα της στο αίμα πέφτει κατά 50% μισή ώρα μετά από μία ρουφηξιά και κατά 75% στα τρία τέταρτα της ώρας. Η δράση των ορμονών που εκκρίθηκαν διαρκεί επίσης περίπου μισή ώρα.

Από τη στιγμή που μειώνεται η περιεκτικότητα της νικοτίνης στο αίμα, ο καπνιστής νιώθει την ανάγκη να ανεβάσει εκ νέου τα επίπεδα της, γι' αυτό οι περισσότεροι καπνίζουν περίπου ένα πακέτο την ημέρα - δύο τσιγάρα την ώρα. Στους μανιώδεις καπνιστές η νικοτίνη σωρεύεται στον οργανισμό και "αρκεί" ακόμα και για τις ώρες του ύπνου.

Επειδή πάντως, τα επίπεδα μειώνονται πολύ στη διάρκεια της νύχτας, το πρωινό τσιγάρο προκαλεί πάντα μία έντονη ευχαρίστηση - γεγονός που αποδίδεται στο ότι η νικοτίνη προκαλεί την έκκριση της ντοπαμίνης, μίας ουσίας που μοιάζει με ορμόνη, αλλά είναι νευροδιαβιβαστής. Η ντοπαμίνη συνδέεται με το αίσθημα της ικανοποίησης και της απόλαυσης του σεξ ή του καλού φαγητού. Τα επόμενα τσιγάρα πάντως ανάβονται μηχανικά, γιατί δεν προκαλούν το ίδιο αίσθημα ευχαρίστησης. Ο οργανισμός μένει σχετικά αδιάφορος, επειδή τα επίπεδα της νικοτίνης δεν προλαβαίνουν να πέσουν στο μηδέν, και έτσι οι νευρώνες δεν διεγείρονται όσο με το πρώτο τσιγάρο. Επιπλέον, με την πάροδο του χρόνου, η νικοτίνη διεγείρει τα εγκεφαλικά κύτταρα, ώστε και νέοι νευρώνες να την "υποδέχονται", με αποτέλεσμα όσο περισσότερο καπνίζει ένα άτομο, τόσο περισσότερα τσιγάρα να ζητά. Οι νέοι νευρώνες "απαιτούν" τη δική τους "δόση" και το αίσθημα "κορεσμού" των εγκεφαλικών νευρώνων από νικοτίνη ικανοποιείται πλέον με όλο και μεγαλύτερο αριθμό τσιγάρων. Σύμφωνα με έρευνες, αυτοί οι επιπλέον νευρώνες, που κάνουν τον άνθρωπο να αποζητά όλο και περισσότερη νικοτίνη αρχίζουν να αδρανοποιούνται περίπου ενάμισι μήνα μετά το κόψιμο του τσιγάρου. Η ανάμνηση όμως



της τέρψης που έφερνε κάποτε η νικοτίνη, διαρκεί. Έτσι ο πρώην καπνιστής μπορεί ανά πάσα στιγμή να παρεκτραπεί και να ξαναρχίσει το κάπνισμα.

## **B. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

### **B.1. ΟΦΕΛΗ ΑΠΟ ΤΗΝ ΔΙΑΚΟΠΗ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ**

Η διακοπή του καπνίσματος είναι το πιο απλό και το πιο σημαντικό βήμα για τους καπνιστές, αν θέλουν να αυξήσουν το μήκος και την ποιότητα της ζωής τους. Η διακοπή του καπνίσματος δεν είναι εύκολη υπόθεση, αλλά μπορεί να πραγματοποιηθεί. Ο Μαρκ Τουέιν είχε πει με χιουμοριστικό τρόπο: "Το να κόψει κάποιος το κάπνισμα είναι το πιο εύκολο πράγμα στον κόσμο. Εγώ το έχω κόψει χιλιάδες φορές". Γιατί είναι τόσο δύσκολο να κοπεί το κάπνισμα, το είπαμε στην προηγούμενη ενότητα. Ο λόγος είναι ο εθισμός στη νικοτίνη, η οποία σημειωτέον είναι πιο εθιστική και από την ηρωίνη και από την κοκαΐνη. Ο εθισμός στη νικοτίνη είναι και σωματικός και ψυχικός. Για να θεωρηθεί ότι κάποιος διέκοψε το κάπνισμα, πρέπει βέβαια να υπερνικήσει και τους δύο εθισμούς. Όταν ο καπνιστής προσπαθεί να κόψει το κάπνισμα η απουσία νικοτίνης οδηγεί στο λεγόμενο σύνδρομο στέρησης. Τα συμπτώματα της στέρησης μπορεί να περιλαμβάνουν κάποιο ή πολλά από τα ακόλουθα: Κατάθλιψη, αγχωτική διάθεση ή και θυμό, ευερεθιστότητα, διαταραχές ύπνου, προβλήματα στη συγκέντρωση, ανησυχία, πονοκέφαλο, κούραση, διαταραχές στην όρεξη, κλπ.

Αυτά τα φαινόμενα δεν είναι ευχάριστα και σπρώχνουν το άτομο να ξαναρχίσει το κάπνισμα. Το σύνδρομο στέρησης είναι πιο πιθανό να προκύψει σε απότομη διακοπή, κυρίως σε άτομα που είναι βαρείς καπνιστές. Τα συμπτώματα συνήθως αρχίζουν εντός λίγων ωρών από το τελευταίο τσιγάρο και παρουσιάζουν τη μεγαλύτερη έντασή τους σε 2-3 ημέρες, διαρκούν δε αρκετές ημέρες έως μερικές εβδομάδες.

Εκτός από τη νικοτίνη, που είναι υπεύθυνη για τον εθισμό, ο καπνός περιέχει κι άλλες ουσίες, οι οποίες είναι υπεύθυνες για τις καταστρεπτικές συνέπειές του πάνω στον οργανισμό. Από αυτές, οι πιο βλαπτικές είναι το μονοξειδίο του άνθρακα και η πίσσα. Το μονοξειδίο του άνθρακα είναι η ίδια δηλητηριώδης ουσία που εκπέμπεται από τα καυσαέρια των αυτοκινήτων. Ενώ η νικοτίνη κάνει την καρδιά να χτυπά πιο γρήγορα, το μονοξειδίο του άνθρακα της στερεί το έχτρα οξυγόνο που της χρειάζεται. Η αναπνοή γίνεται πιο γρήγορη και η θερμοκρασία του σώματος πέφτει κατά ένα - δύο δέκατα. Αυτή η "κόντρα" γίνεται αιτία για πολλές καρδιαγγειακές και αναπνευστικές παθήσεις.

Η πίσσα είναι από τις πιο τοξικές ουσίες από τις 4.000, που περιέχει το τσιγάρο. Πρόκειται στην πραγματικότητα για ένωση πολλών και καρκινογόνων ουσιών, έχει σκούρο χρώμα και κολλώδη υφή. Επικάθεται στους βλεννογόνους τους στόματος, των πνευμόνων, του στομάχου και του εντέρου, συμβάλλοντας στην πρόκληση καρκίνου

αυτών των περιοχών, αλλά και στην εκδήλωση εμφυσήματος, χρόνιων αναπνευστικών παθήσεων κ.λ.π.

Οι κυριότεροι λόγοι για τους οποίους θέλουν οι καπνιστές να κόψουν το κάπνισμα είναι λόγοι υγείας. Σχεδόν ο καθένας ξέρει ότι το κάπνισμα μπορεί να προκαλέσει καρκίνο στους πνεύμονες, αλλά πολύ λίγοι αντιλαμβάνονται ότι είναι επίσης παράγοντας κινδύνου για πολλά άλλα είδη καρκίνου, όπως είναι ο καρκίνος του στόματος, του λάρυγγα, του φάρυγγα, του οισοφάγου, της ουροδόχου κύστης, των νεφρών, του παγκρέατος, του ήπατος, του τραχήλου της μήτρας, του στομάχου, του παχέος εντέρου, αλλά και πρόξενος λευχαιμιών.

Το κάπνισμα είναι γνωστό επίσης ότι προκαλεί εμφύσημα και χρόνια βρογχίτιδα, παθήσεις που μπορεί να εξελιχθούν σε χρόνια αναπνευστική ανεπάρκεια και μεγάλη αναπηρία και να προκαλέσουν τελικά το θάνατο. Το κάπνισμα προκαλεί επίσης στεφανιαία νόσο της καρδιάς και αποφρακτική αρτηριοπάθεια, που μπορεί να καταλήξει ακόμα και σε γάγγραινα των άκρων και ακρωτηριασμό<sup>61</sup>.

Οι γυναίκες που λαμβάνουν αντισυλληπτικά χάπια και ταυτόχρονα καπνίζουν είναι σε μεγάλο κίνδυνο καρδιακής προσβολής, εγκεφαλικού και πνευμονικής εμβολής. Επίσης μπορεί να παρουσιάσουν αποβολές ή να γεννήσουν παιδιά μικρού σωματικού βάρους.

Αυτά είναι λίγα από τα πολλά που προκαλεί το κάπνισμα. Και βέβαια αφήνουμε τα "παραμικρά", που είναι το πρόωρο ζάρωμα του δέρματος, η κάκοσμη αναπνοή, η τσιγαρίλα των ρούχων και των μαλλιών και τα κίτρινα νύχια.

Οι άνθρωποι που διακόπτουν το κάπνισμα ζουν πιο πολύ, αποφεύγουν κατά κανόνα όλα τα "σαράκια" που αναφέραμε πιο πάνω, γενικά είναι πιο υγιείς, σε καλύτερη φόρμα, λιγότερο φιλάσθενοι.

Τι γίνεται στον οργανισμό όταν διακόπτεται το τσιγάρο;

Σε 20 λεπτά: Η πίεση του αίματος και οι σφυγμοί πέφτουν στο κανονικό. Η θερμοκρασία των άκρων ανεβαίνει στο κανονικό.

Σε 8 ώρες: Το μονοξείδιο του άνθρακα στο αίμα πέφτει στο κανονικό. Το οξυγόνο ανεβαίνει στα φυσιολογικά επίπεδα.

Σε 24 ώρες: Μειώνεται η πιθανότητα καρδιακής προσβολής.

Σε 48 ώρες: Ενδυναμώνει η γεύση και η όσφρηση.

Σε 72 ώρες: Η αναπνοή αρχίζει να λειτουργεί ομαλότερα. Αυξάνεται η χωρητικότητα των πνευμόνων.

Από 2 εβδομάδες έως 3 μήνες: Η κυκλοφορία του αίματος βελτιώνεται. Το περπάτημα γίνεται ευκολότερο. Η λειτουργία των πνευμόνων βελτιώνεται κατά 30%.

Από 1 έως 9 μήνες: Σταματάει ο βήχας και η χρόνια κούραση. Οι κροσσοί του βρογχικού επιθηλίου επανακτούν τη φυσιολογική λειτουργία τους.

Μετά 1 χρόνο: Ο κίνδυνος καρδιακής προσβολής πέφτει στο μισό, απ' ότι στον καπνιστή.

Μετά από 5 χρόνια: Ο θάνατος από καρκίνο του πνεύμονα στο μέσο καπνιστή (ένα πακέτο την ημέρα) μειώνεται κατά 50%.

Μετά από 10 χρόνια: Ο κίνδυνος για καρκίνο στον πνεύμονα πέφτει στο μισό απ' ότι στον καπνιστή. Οι πιθανότητες άλλων καρκίνων (στόματος, λάρυγγα, οισοφάγου, κύστης, νεφρών και παγκρέατος) μειώνονται.

## **B.2. ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΑΚΟΠΗ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ**

Δεδομένου ότι τα οφέλη από τη διακοπή του καπνίσματος είναι τεράστια και ότι σημαντικό ποσοστό θνητότητας, θνησιμότητας και οικονομικής επιβάρυνσης οφείλονται στο κάπνισμα, έχουν δημοσιευθεί κατά καιρούς κατευθυντήριες οδηγίες για την κλινική πράξη που παρέχουν προτάσεις για παρεμβάσεις, καθώς και στρατηγικές για την προώθηση της θεραπείας από την εξάρτηση από τον καπνό. Σε όλες αυτές τις προτάσεις υπάρχει μια γενική ομοφωνία για το τι συνιστά την επιτυχημένη θεραπεία <sup>1</sup>.

Οι τελευταίες αναθεωρημένες κατευθυντήριες οδηγίες του 2000, βασίσθηκαν κυρίως σε μετά-αναλύσεις ενός συνόλου 6000 άρθρων και τυχαιοποιημένων κλινικών μελετών, και είχαν ως στόχο τη θεραπεία της χρήσης καπνού σε ειδικές ομάδες, όπως έγκυες γυναίκες, νοσηλευόμενους καπνιστές, παιδιά και έφηβους και πιο ηλικιωμένους καπνιστές <sup>4</sup>. Με βάση αυτές τις κατευθυντήριες γραμμές δημοσιεύθηκε στο περιοδικό "Chest" το 2002, ένα άρθρο τοποθέτησης του ACCP (American College of Chest Physicians) με τίτλο: "Η Θεραπεία της Χρήσης και Εξάρτησης από τον Καπνό: Κατευθυντήριες Οδηγίες που βασίζονται σε δεδομένα της Κλινικής Πράξης για τη Διακοπή του Καπνίσματος" <sup>5</sup>, με σκοπό να τονισθούν οι πιο σημαντικές στρατηγικές και προτάσεις των κλινικών γιατρών για τη διακοπή του καπνίσματος.

Έτσι, αυτό που τονίζεται αρχικά, είναι οι γιατροί να εντοπίζουν τους καπνιστές, να τους κινητοποιούν να κάνουν μια προσπάθεια να διακόψουν το κάπνισμα και να τους στηρίζουν στο να πετύχουν τη διακοπή μέσω συμβουλευτικής παραίνεσης, φαρμακοθεραπείας και μετέπειτα παρακολούθησης. Οι γιατροί θα πρέπει λοιπόν ως ρουτίνα, να αξιολογούν και να καταγράφουν την καπνιστική συνήθεια, να συμβουλεύουν τους καπνιστές να διακόψουν το κάπνισμα, να αξιολογούν την κινητοποίησή τους να το πετύχουν και να τους βοηθούν προσφέροντάς τους υποστήριξη <sup>5,6</sup>. Οι θεραπευτικές παρεμβάσεις διαφέρουν ανάλογα με τον τύπο των καπνιστών.

Οι καπνιστές ταξινομούνται σε μια από τις ακόλουθες ομάδες ανάλογα με την κινητοποίηση και την προθυμία τους να διακόψουν το κάπνισμα:

- α) Καπνιστές που επιθυμούν να προσπαθήσουν να διακόψουν το κάπνισμα
- β) Καπνιστές που αυτή τη στιγμή δεν είναι πρόθυμοι να προσπαθήσουν να διακόψουν το κάπνισμα και
- γ) Πρώην καπνιστές που διέκοψαν το κάπνισμα πρόσφατα.

Σύμφωνα λοιπόν, με αυτή την κατάταξη υπαγορεύεται και η θεραπευτική παρέμβαση. Στους καπνιστές που είναι διατεθειμένοι να προσπαθήσουν να διακόψουν, είναι σημαντική η ενίσχυση των κινήτρων για να το πετύχουν (Πίνακας 1), ενώ στους καπνιστές που έχουν

διακόψει το κάπνισμα σημαντική είναι η πρόληψη της υποτροπής (Πίνακας 2).

Δύο προσεγγίσεις έχουν ένδειξη ισχυρής αποτελεσματικότητας για τη διακοπή του καπνίσματος: η φαρμακευτική αγωγή και η συμβουλευτική παραίνεση<sup>4,6,9</sup>. Κάθε μια μέθοδος είναι αποτελεσματική από μόνη της, αλλά ο συνδυασμός και των δυο επιτυγχάνει τα υψηλότερα ποσοστά στη διακοπή του καπνίσματος. Η αποτελεσματικότητα μιας θεραπείας σχετίζεται με την έντασή της, αλλά ακόμη και βραχείες παρεμβάσεις γιατρών στις επισκέψεις στο γραφείο τους προάγουν το κίνητρο για τη διακοπή καπνίσματος.

Η παροχή μιας μικρής διάρκειας συμβουλευτικής παραίνεσης (τρία λεπτά ή λιγότερο) είναι πιο αποτελεσματική από την απλή συμβουλή στον ασθενή να διακόψει το κάπνισμα και διπλασιάζει το ποσοστό διακοπής συγκριτικά με τη μη παρέμβαση.

Όλες οι ιατρικές υπηρεσίες (π.χ. Κ.Υ., νοσοκομεία) πρέπει να καταγράψουν την καπνιστική συνήθεια των ασθενών, να προσφέρουν βοήθεια για τη διακοπή του καπνίσματος και να αρχειοθετούν αυτές τις ενέργειες.

Οι κατευθυντήριες οδηγίες υπαγορεύουν στους ασφαλιστικούς φορείς την αναγκαιότητα, να καλύπτουν όλες τις προτεινόμενες θεραπείες, συμπεριλαμβανομένων της συμβουλευτικής παραίνεσης και της φαρμακευτικής θεραπείας<sup>4,5,6</sup>.

**Πίνακας 1.** Ενίσχυση κινήτρων για τη διακοπή του καπνίσματος

## 1. Ατομική κινητοποίηση.

- Παρότρυνση του ασθενούς, δείχνοντάς του γιατί η διακοπή του καπνίσματος τον αφορά προσωπικά.
- Ο γιατρός πρέπει να είναι πολύ συγκεκριμένος.
- Ψυχολογική υποστήριξη με γνώμονα τις ιδιαιτερότητες του συγκεκριμένου καπνιστή (π.χ. πρόβλημα υγείας που υπαγορεύει τη διακοπή του καπνίσματος, οικογενειακή ή κοινωνική κατάσταση του καπνιστή, ηλικία φύλο, προηγούμενες εμπειρίες από προσπάθειες για διακοπή του καπνίσματος, προσωπικά εμπόδια για τη διακοπή του καπνίσματος).

## 2. Επισήμανση κινδύνων

- Ασθένειες που σχετίζονται με την καπνιστική συνήθεια (άσθμα, προβλήματα στην εγκυμοσύνη, στειρότητα, ανικανότητα κ.λπ.).
- Μακροπρόθεσμοι κίνδυνοι (π.χ. έμφραγμα μυοκαρδίου, καρκίνος του πνεύμονα, εγκεφαλικά επεισόδια άλλοι καρκίνοι, όπως λάρυγγα, στοματικής κοιλότητας, οισοφάγου, παγκρέατος, ουροδόχου κύστης, τραχήλου μήτρας).
- Χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια.
- Μακροχρόνια αναπηρία και ανάγκη παρατεταμένης φροντίδας.

3. Αναφορά στα οφέλη από τη διακοπή του καπνίσματος (π.χ. βελτίωση της υγείας, βελτίωση όσφρησης, εξοικονόμηση χρημάτων, καλύτερη εμφάνιση, θετικό πρότυπο ( για τα παιδιά του, πιο υγιή παιδιά στο οικογενειακό του περιβάλλον, καλύτερη φυσική κατάσταση, μείωση ρυτίδων γήρανσης της επιδερμίδας).

4. Συζήτηση προβλημάτων (τα συμπτώματα στέρησης, ο φόβος της αποτυχίας, η αύξηση του βάρους, η έλλειψη υποστήριξης, η κατάθλιψη, η απόλαυση από το κάπνισμα).

## 5. Πρόληψη υποτροπής.

## **Πίνακας 2.** Πρόληψη υποτροπής

### 1. Έλλειψη υποστήριξης για τη διακοπή.

- Προγραμματισμός επισκέψεων παρακολούθησης ή τηλεφωνική επικοινωνία με τον ασθενή.
- Παροχή βοήθειας στον ασθενή με σκοπό τον προσδιορισμό μέσων υποστήριξης στο περιβάλλον του
- Παραπομπή του ασθενή σε αρμόδιο φορέα που παρέχει συμβουλευτική αγωγή ή ψυχολογική υποστήριξη για τη διακοπή του καπνίσματος.

### 2. Αρνητική διάθεση ή κατάθλιψη

- Αν είναι σημαντική, παρέχετε ψυχολογική υποστήριξη, χορηγήστε κατάλληλη φαρμακευτική αγωγή ή παραπέμψτε τον ασθενή σε κάποιον ειδικό.

### 3. Έντονα ή παρατεταμένα συμπτώματα στέρησης

- Αν ο ασθενής αναφέρει παρατεταμένη επιθυμία ή άλλα συμπτώματα στέρησης, πρέπει να εξετασθεί το ενδεχόμενο αύξησης της χρήσης μιας εγκεκριμένης φαρμακευτικής αγωγής ή προσθήκης/χορήγησης συνδυασμού φαρμάκων, για να μειώσετε τα έντονα συμπτώματα στέρησης.

### 4. Αύξηση βάρους

- Συστήστε έναρξη ή αύξηση της σωματικής άσκησης, αποθαρρύνετε τις εξαντλητικές δίαιτες.
- Διαβεβαιώστε τον ασθενή ότι μια μικρή αύξηση σωματικού βάρους μετά τη διακοπή του καπνίσματος είναι αναμενόμενη και σιγά-σιγά περιορίζεται από μόνη της.
- Δώστε έμφαση στη σημασία που έχει η υγιεινή διατροφή.
- Συνεχίστε της χορήγησης στον ασθενή φαρμάκων, που είναι γνωστό ότι καθυστερούν την αύξηση του βάρους (π.χ. βουπροπιόνη βραδείας αποδέσμευσης, υποκατάστατα νικοτίνης, ιδιαίτερα τσίχλα νικοτίνης).
- Παραπέμψτε τον ασθενή σε κάποιον ειδικό ή σε κάποιο πρόγραμμα.

### 5. Μείωση των κινήτρων/συμπτώματα στέρησης

- Διαβεβαιώστε τον ασθενή ότι αυτά τα συναισθήματα είναι συνηθισμένα.
- Υποδείξτε δραστηριότητες επιβράβευσης.
- Διασφαλίστε ότι ο ασθενής δεν καπνίζει περιστασιακά.



- Δώστε έμφαση στο γεγονός ότι αρχίζοντας το κάπνισμα ξανά (ακόμη και μια ρουφηξιά) θα αυξηθεί η επιθυμία για κάπνισμα και η προσπάθεια διακοπής του καπνίσματος θα γίνει πιο δύσκολη.

### **B.3. ΚΛΙΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΗΣ ΕΞΑΡΤΗΣΗΣ ΑΠΟ ΤΗ ΝΙΚΟΤΙΝΗ**

Οι περισσότεροι καπνιστές (> 98% ) καπνίζουν τσιγάρα. Παρά το γεγονός ότι μια μικρή μερίδα καπνιστών δεν καπνίζουν καθημερινά, οι περισσότεροι καπνίζουν συστηματικά και φυσιολογικά έχουν εξάρτηση από την νικοτίνη <sup>10</sup>. Η εξάρτηση από τη νικοτίνη ορίζεται κλινικά, ως το καθημερινό κάπνισμα (10-40 τσιγάρα την ημέρα) για πολλές εβδομάδες, με στοιχεία ανοχής στη νικοτίνη (δηλαδή, έλλειψη των αρνητικών δράσεων της νικοτίνης, όπως π.χ. της ναυτίας) και την παρουσία συμπτωμάτων στέρησης, κάθε φορά που επιχειρείται διακοπή του καπνίσματος (όπως δυσφορίας, άγχους, ευερεθιστότητας, ελαττωμένης καρδιακής συχνότητας, αϋπνίας, αυξημένης όρεξης και μεγάλης επιθυμίας για τσιγάρα <sup>11</sup>. Επίσης, οι περισσότεροι καπνιστές αναφέρουν ότι καπνίζουν το πρώτο τσιγάρο της ημέρας μέσα στα πρώτα 30 λεπτά από την ώρα που ξυπνούν το πρωί. Στο ερωτηματολόγιο Fagerstrom, που αποτελεί ένα τεστ του βαθμού εξάρτησης από τη νικοτίνη, βαθμολογία >4 (σε μια κλίμακα από 0-10) αντικατοπτρίζει φυσιολογική εξάρτηση από τη νικοτίνη και αυτό έχει επιβεβαιωθεί και στην πράξη <sup>12</sup>.

Εκτός από τη θετική ενέργεια που δίνει η νικοτίνη (δηλαδή, την ικανοποίηση που παίρνει κανείς όταν καπνίζει), τα συμπτώματα στέρησης και την έντονη επιθυμία για κάπνισμα, υπάρχουν και δευτερεύουσες δράσεις της νικοτίνης και της χρήσης καπνού που συμβάλλουν στη συνέχιση του καπνίσματος και στην υποτροπή του καπνίσματος, όπως είναι η αλλαγή στη διάθεση (δηλαδή, η ελάττωση των αρνητικών αισθημάτων), η ελάττωση του άγχους, ο έλεγχος του βάρους και η καλύτερη συγκέντρωση. Διάφορες καταστάσεις μπορεί να πυροδοτήσουν ξανά την ανάγκη για κάπνισμα, ακόμη και μετά από μεγάλες περιόδους αποχής. Αυτές μπορεί να σχετίζονται με την εξατομικευμένη ανάγκη για έλεγχο της αύξησης βάρους, έλεγχο ψυχιατρικών διαταραχών (αλλαγής της διάθεσης ή ελάττωσης του άγχους) και καταστάσεων χρόνιου πόνου. Αυτές οι δευτερεύουσες δράσεις της νικοτίνης μπορούν να αποτελέσουν άλλον ένα στόχο των φαρμακευτικών παρεμβάσεων.

## **B.4. ΤΡΕΧΟΥΣΕΣ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΑΚΟΠΗ ΤΟΥ**

### **ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ**

Σήμερα, υπάρχουν αρκετές αποτελεσματικές φαρμακευτικές θεραπείες για τη διακοπή του καπνίσματος. Εκτός από την παρουσία αντενδείξεων, αυτές θα πρέπει να χορηγούνται σε όλους τους ασθενείς που επιχειρούν να διακόψουν το κάπνισμα.

Η σωστή ιατρική αξιολόγηση των καπνιστών (καπνιστική συνήθεια, ιατρικό ιστορικό, άλλη φαρμακευτική αγωγή, προηγούμενες προσπάθειες), που επιθυμούν να διακόψουν το κάπνισμα λαμβάνοντας φαρμακευτική αγωγή, είναι σημαντική και μπορεί να υπαγορεύσει και το είδος της θεραπείας που θα δοθεί στον εκάστοτε καπνιστή, ώστε να διασφαλιστεί η καλύτερη αποτελεσματικότητα με τις λιγότερες παρενέργειες από την αγωγή (Πίνακας 3)<sup>1,5,6,7,13,14,15</sup>.

Έχουν αναγνωρισθεί 6 φαρμακευτικές αγωγές πρώτης γραμμής, που τεκμηριωμένα αυξάνουν τα ποσοστά μακροχρόνιας αποχής από το κάπνισμα: α) βουπροπιόνη βραδείας αποδέσμευσης, β) τσίχλες νικοτίνης, γ) εισπνεόμενη νικοτίνη, δ) ρινικό σπρέυ νικοτίνης, ε) αυτοκόλλητα νικοτίνης και στ) βαρενικλίνη .

Η θεραπεία υποκατάστασης νικοτίνης ή η βραδείας αποδέσμευσης βουπροπιόνη (Bupropion SR), σε συνδυασμό με τη παρέμβαση συμπεριφοράς για την αντιμετώπιση της διακοπής καπνίσματος, συστήνονται ως παρεμβάσεις πρώτης γραμμής.

Δύο δεύτερης γραμμής φαρμακευτικές θεραπείες (κλονιδίνη και νορτριπτυλίνη) έχουν αναγνωρισθεί ως αποτελεσματικές και μπορούν να χρησιμοποιηθούν από τους κλινικούς γιατρούς, αν οι πρώτης γραμμής φαρμακοθεραπείες αποδειχθούν μη αποτελεσματικές (Πίνακας 5).

#### **B.4.1. Θεραπεία υποκατάστασης της νικοτίνης (NRT)**

Η εξάρτηση από τη νικοτίνη αποτελεί σημαντικό στοιχείο του εθισμού στον καπνό και ως αποτέλεσμα, η θεραπεία υποκατάστασης της νικοτίνης (NRT) είναι μία κλασική προσέγγιση φαρμακευτικής θεραπείας για τη διακοπή του καπνίσματος<sup>13,15</sup>. Η θεραπεία με NRT έχει ως στόχο να αντικαταστήσει τη νικοτίνη που προσλαμβάνεται από τα τσιγάρα, ελαττώνοντας έτσι τα συμπτώματα στέρησης που παρουσιάζονται με τη διακοπή του καπνίσματος. Υπάρχουν διάφορες μορφές υποκατάστατων νικοτίνης, που έχουν αποδειχθεί αποτελεσματικές και καλά ανεκτές από τους καπνιστές, όπως είναι οι τσίχλες νικοτίνης, τα δερματικά αυτοκόλλητα, η εισπνεόμενη νικοτίνη από το στόμα, το ρινικό σπρέι νικοτίνης, οι υπογλώσσιες ταμπλέτες και οι παστίλιες<sup>15</sup> (Πίνακας 4).

Στην Ελλάδα, οι μόνες μορφές που διατίθενται στην αγορά είναι οι τσίχλες νικοτίνης (2

mg) και τα αυτοκόλλητα νικοτίνης (5, 10 και 15 mg/16 ώρες).

#### **B.4.1.1 Τσίκλες νικοτίνης**

Η τσίκλα που περιέχει νικοτίνη ήταν η πρώτη θεραπεία υποκατάστασης νικοτίνης. Διατίθεται σε δύο δόσεις (2 και 4 mg ανά τεμάχιο, στην Ελλάδα δε κυκλοφορεί η τσίχλα των 2 mg). Οι καπνιστές που έχουν μικρό βαθμό εξάρτησης στη νικοτίνη (βαθμολογία μικρότερη από 5 βαθμούς στο ερωτηματολόγιο Fagerstrom ή αυτοί που ξεκινούν να καπνίζουν 30 λεπτά ή περισσότερο μετά το πρωινό ξύπνημα) πρέπει να χρησιμοποιούν την τσίχλα των 2 mg και αυτοί με υψηλό βαθμό εξάρτησης (περισσότερο από 5 βαθμούς στο ερωτηματολόγιο Fagerstrom ή αυτοί που ξεκινούν να καπνίζουν πριν τα 30 πρώτα λεπτά μετά το πρωινό ξύπνημα) πρέπει να χρησιμοποιούνται τεμάχια των 4 mg.

Η οδηγία είναι να μασούν ένα τεμάχιο κάθε 1 ως 2 ώρες, κατά τη διάρκεια της ημέρας για 6-8 εβδομάδες, ελαττώνοντας σταδιακά τη δόση σε ένα τεμάχιο κάθε 2 ως 4 ώρες για 7-9 εβδομάδες και στη συνέχεια ένα τεμάχιο κάθε 4-8 ώρες για 10 ως 12 εβδομάδες. Η προτεινόμενη διάρκεια θεραπείας είναι 12 εβδομάδες με μέγιστη δόση αυτή των 24 τεμαχίων την ημέρα. Οι καπνιστές με τον υψηλότερο βαθμό εξάρτησης θα πρέπει να ενθαρρύνονται να χρησιμοποιούν τη τσίκλα για 12-26 εβδομάδες ή και για ένα χρόνο<sup>15</sup>.

Μασώντας την τσίχλα απελευθερώνεται νικοτίνη η οποία απορροφάται από τον βλεννογόνο του στόματος. Οι καπνιστές που χρησιμοποιούν τσίκλες νικοτίνης πρέπει να συμβουλευονται να μη μασούν για πολλές ώρες τις τσίχλες νικοτίνης. Ο λόγος είναι ότι, η νικοτίνη που καταπίνεται μεταβολίζεται στο ήπαρ και χάνει τη θεραπευτική της δράση. Μεσολαμβάνουν 3-5 λεπτά πριν αρχίσουν να υποχωρούν τα στερητικά συμπτώματα με την τσίχλα νικοτίνης.

Οι ανεπιθύμητες ενέργειες από την τσίκλα είναι ήπιες, παροδικές τοπικές ενοχλήσεις στο στόμα, το λαιμό και το στομάχι, όπως για παράδειγμα ναυτία, έμετος, δυσπεψία και ερυγές. Πολλές από αυτές τις παρενέργειες εμφανίζονται την πρώτη εβδομάδα και σχεδόν όλες εξαφανίζονται με τη συνεχιζόμενη και σωστή χρήση της τσίκλας. Οι τσίκλες πρέπει να χρησιμοποιούνται με προσοχή από ασθενείς με προβλήματα στα δόντια, με πόνο στην κροταφογναθική άρθρωση, ασταθή στηθάγχη, στεφανιαία νόσο με αρχική εμφάνιση σε διάστημα μικρότερο των 8 εβδομάδων και με χρόνια φλεγμονή του βλεννογόνου του στόματος.

Με τη χρήση της τσίκλας καθ' όλη τη διάρκεια της ημέρας επιτυγχάνονται επίπεδα νικοτίνης στο αίμα, που ισοδυναμούν με το 1/3-2/3 των επιπέδων που επιτυγχάνονται με το κάπνισμα<sup>16,17</sup>. Το κύριο πλεονέκτημα της τσίκλας είναι η δυνατότητα που δίνεται σε κάθε καπνιστή να ρυθμίσει τη δόση ανάλογα με τις ανάγκες του. Όμως το κύριο

μειονέκτημα είναι η πιθανή υποθεραπεία. Αυτό το πρόβλημα, καθώς και η ελαττωμένη απορρόφηση όταν λαμβάνεται με καφέ ή όξινα ποτά, οδήγησε στην ανάπτυξη άλλων μορφών και οδών χορήγησης θεραπειών υποκατάστασης.

#### **B.4.1.2. Δερματικά αυτοκόλλητα νικοτίνης**

Τα αυτοκόλλητα νικοτίνης επιτρέπουν την απορρόφηση της νικοτίνης από το δέρμα. Δρουν απελευθερώνοντας ένα σταθερό ποσό νικοτίνης κατά τη διάρκεια της ημέρας και μπορούν να επικολληθούν σε σημεία που δεν φαίνονται.

Η κύρια ανεπιθύμητη ενέργεια από τη χρήση τους είναι ο ερεθισμός του δέρματος. Το αυτοκόλλητο συνιστάται να τοποθετείται στο δέρμα των χεριών και του θώρακα (όχι πάνω από την καρδιά). Επιπλέον, πρέπει να τοποθετείται σε διαφορετικές θέσεις κάθε ημέρα. Το δέρμα πρέπει να είναι καθαρό και χωρίς πυκνό τρίχωμα.

Στην περίπτωση των αυτοκόλλητων με 16ωρη διάρκεια δράσης, πρέπει να τοποθετείται κάθε ημέρα το πρωί μετά την αφύπνιση και να αφαιρείται το βράδυ πριν τον ύπνο. ενώ στα 24ώρης διάρκειας δράσης πρέπει να αφαιρείται την επόμενη ημέρα.

Η συνιστώμενη διάρκεια θεραπείας είναι 8-12 εβδομάδες. Δεν υπάρχουν στοιχεία που να τεκμηριώνουν ότι η σταδιακή ελάττωση είναι καλύτερη από την απότομη διακοπή τους. Η ημερήσια χρήση του αυτοκόλλητου, τις ώρες που ο καπνιστής είναι ξύπνιος (16 ώρες την ημέρα) έχει βρεθεί ότι είναι το ίδιο αποτελεσματική με τη χρήση του σε 24ώρη βάση. Τα αυτοκόλλητα νικοτίνης πρέπει να χρησιμοποιούνται σε υψηλές δόσεις τις πρώτες 6-8 εβδομάδες. Για τα 16ωρης δράσης αυτοκόλλητα η συνιστώμενη δόση είναι 15 mg τη ημέρα και για τα 24ωρης τα 21 mg την ημέρα.

Στην Ελλάδα, διατίθενται στην αγορά τα αυτοκόλλητα 16ωρης διάρκειας δράσης (5,10 και 15 mg) και το συνιστώμενο δοσολογικό σχήμα είναι 15 mg για 4 ή 8 εβδομάδες, 10 mg για 2 εβδομάδες και 5 mg για 2 εβδομάδες. Τα δοσολογικά θεραπευτικά σχήματα εξατομικεύονται και προσαρμόζονται ανάλογα με τις ανάγκες και τις ιδιαιτερότητες του κάθε καπνιστή<sup>18,19,24</sup>.

#### **B.4.1.3. Εισπνεόμενη νικοτίνη (ρινικό εκνέφωμα-εισπνοές από το στόμα)**

Υπάρχουν δυο μορφές εισπνεόμενης νικοτίνης, το ρινικό εκνέφωμα και η εισπνεόμενη νικοτίνη από το στόμα.

Η εισπνεόμενη νικοτίνη από το στόμα προσομοιάζει στο τσιγάρο και μπορεί να φανεί χρήσιμη σε ανθρώπους που θέλουν να υποκαταστήσουν την κίνηση του καπνίσματος. Αντίθετα, το ρινικό εκνέφωμα προσφέρει νικοτίνη γρηγορότερα από οποιαδήποτε άλλη μορφή θεραπείας υποκατάστασης και έτσι ικανοποιεί την ανάγκη για κάπνισμα.

Οι διαφορές που υπάρχουν στην ταχύτητα και στην ποσότητα νικοτίνης που απελευθερώνεται, επιτρέπουν στους ασθενείς να διαλέξουν τη μορφή της νικοτίνης που ταιριάζει περισσότερο στις ιδιαίτερες ανάγκες και προτιμήσεις τους.

Η εισπνεόμενη νικοτίνη από το στόμα μπορεί να χρησιμοποιηθεί, είτε εισπνέοντας βαθιά, είτε με γρήγορες και συχνές εισπνοές. Ανεξάρτητα από τον τρόπο χρήσης, η υποκατάσταση νικοτίνης που επιτυγχάνεται (βασισμένη σε μετρήσεις μετά από 1-2 εβδομάδες θεραπείας) αγγίζει το 38%-43% των επιπέδων που επιτυγχάνονται με το κάπνισμα<sup>29,21</sup>. Κάθε συσκευή εισπνοών περιέχει 10 mg νικοτίνης και 400 εισπνοές. Με κάθε εισπνοή απελευθερώνονται περίπου 2-3 mg νικοτίνης. Οι ασθενείς θα πρέπει να χρησιμοποιούν από 4 μέχρι 20 εισπνοές την ημέρα. Η θεραπεία μπορεί να παραταθεί για 6 μήνες, ελαττώνοντας τις δόσεις σταδιακά από τον τρίτο μήνα και μετά.

Το ρινικό σπρέι πρέπει να χρησιμοποιείται εφαρμόζοντας μία εισπνοή ανά ρουθούνη. Οι συνιστώμενες δόσεις είναι 2-3 mg νικοτίνης ανά ώρα κατά τη διάρκεια της ημέρας. Η διάρκεια της θεραπείας πρέπει να είναι 12 ως 26 εβδομάδες. Οι δόσεις πρέπει να ελαττώνονται σταδιακά από τη 12η εβδομάδα. Προτείνεται να μην χρησιμοποιούνται πάνω από 5 mg την ώρα ή 40 mg την ημέρα. Κύριοι υποψήφιοι για αυτόν τον τύπο θεραπείας είναι οι σοβαρά εξαρτημένοι από τη νικοτίνη καπνιστές.

Κάθε εισπνοή περιέχει 0,5 mg νικοτίνης. Κατά τη διάρκεια συστηματικής χρήσης, μετά από μία απλή δόση 1 mg νικοτίνης, το μέγιστο επίπεδο συγκέντρωσης νικοτίνης επιτυγχάνεται σε 5-10 λεπτά, με επίπεδα πλάσματος 16-20 ng/ml. Αυτό σημαίνει ότι το ρινικό εκνέφωμα επιτυγχάνει επίπεδα νικοτίνης όμοια με αυτά της τσίκλας στο μισό χρόνο. Αυτό είναι μοναδικό χαρακτηριστικό αυτού του τρόπου χορήγησης. Αυτός ο τύπος θεραπείας υποκατάστασης είναι ο ταχύτερος και αυτός που προσομοιάζει περισσότερο με το κάπνισμα.

Τα ρινικά σπρέι προκαλούν τοπικές ανεπιθύμητες ενέργειες όπως φάρνισμα, ερεθισμός της μύτης, καταρροή, βήχας, δακρύρροια και ερεθισμός των επιπεφυκώτων. Αυτές οι ανεπιθύμητες ενέργειες εμφανίζονται συχνά (80%-94%), αλλά οι περισσότερες υποχωρούν μέσα σε λίγες ημέρες μετά την έναρξη της θεραπείας. Ένα ποσοστό 5%-10% των ασθενών εγκαταλείπουν τη θεραπεία λόγω των παρενεργειών.

#### **B.4.1.4. Παστίλιες νικοτίνης**

Στο εμπόριο διατίθενται δύο μορφές. Μία παλαιότερη, που περιέχει 1 mg νικοτίνης και δύο νεότερες που περιέχουν 2 και 4 mg αντίστοιχα. Δεν υπάρχουν δημοσιευμένα στοιχεία σχετικά με τις φαρμακοκινητικές ιδιότητες και την αποτελεσματικότητα της μορφής του 1 mg. Στην Ελλάδα δεν κυκλοφορεί αυτή η μορφή.

Οι παστίλιες απελευθερώνουν 25% περισσότερη νικοτίνη από τις τσίγκλες. Η τσίγκλα συνήθως συγκρατεί κάποια ποσότητα νικοτίνης, ενώ η παστίλια απελευθερώνει όλη τη δόση. Η παστίλια τοποθετείται μέσα στο στόμα και διαλύεται σε 30 λεπτά. Πρέπει να μετακινείται περιοδικά μέσα στο στόμα και να αποφεύγεται η μάσηση ή η κατάποσή της.

Η δόση πρέπει να επιλέγεται με βάση τον βαθμό της εξάρτησης. Οι καπνιστές με υψηλό βαθμό εξάρτησης πρέπει να χρησιμοποιούν τις παστίλιες των 4mg (μία παστίλια κάθε 1-2 ώρες κατά τη διάρκεια των 6 πρώτων εβδομάδων και στη συνέχεια σε σταδιακά ελαττούμενη δόση μέχρι τις 12 εβδομάδες). Οι καπνιστές με μικρό βαθμό εξάρτησης πρέπει να χρησιμοποιούν τις παστίλιες των 2mg ακολουθώντας το ίδιο σχήμα. Οι παστίλιες μπορούν να χρησιμοποιηθούν για 6 μήνες και στη συνέχεια περιστασιακά από 12 μέχρι 24 εβδομάδες μετά τη διακοπή. Αυτοί που χρησιμοποιούν περισσότερες παστίλιες έχουν τα υψηλότερα ποσοστά επιτυχίας<sup>22</sup>.

Οι πιο συνηθισμένες ανεπιθύμητες ενέργειες είναι οπισθοστερνικός καύσος, λόξυγγας και ναυτία, αν και μπορούν επίσης να εμφανισθούν βήχας και άλγος στο φάρυγγα. Η συχνότητα των ανεπιθύμητων ενεργειών αυξάνεται με τον αριθμό των χρησιμοποιούμενων παστίλιων, αν και οι παστίλιες νικοτίνης θεωρούνται μία ασφαλής μορφή θεραπείας υποκατάστασης.

#### **B.4.1.5. Υπογλώσσσιες ταμπλέτες νικοτίνης**

Η μικροταμπλέτα είναι μία διαλυτή ταμπλέτα διαμέτρου 6mm, που περιέχει 2mg νικοτίνης συνδεδεμένης με βετακυκλοδεξτρίνη<sup>23</sup>. Η ταμπλέτα τοποθετείται κάτω από τη γλώσσα και διαλύεται σε 20 λεπτά. Η χορήγηση μιας μικροταμπλέτας των 2mg νικοτίνης την ώρα, επιτυγχάνει σταθερά επίπεδα νικοτίνης στο πλάσμα περίπου 12 ng/ml.

Οι ανεπιθύμητες ενέργειες είναι ήπιες και τοπικές και υποχωρούν μετά από 5-6 εβδομάδες περίπου. Αυτές είναι συνήθως ξηρότητα του στόματος και ερεθισμός/άλγος στο στόμα και το λαιμό. Στο 9% των περιπτώσεων, μπορεί να παρατηρηθεί υπερκεράτωση στη βάση του στόματος, στο σημείο επαφής της ταμπλέτας, η δε βλάβη υποχωρεί μετά από περίπου 6 μήνες<sup>23</sup>. Αυτή η μορφή της χορήγησης νικοτίνης μπορεί να φανεί χρήσιμη σε άτομα που δεν τους αρέσει να μασούν ή απορρίπτουν την τσίγκλα.

Οι σοβαρά εξαρτημένοι καπνιστές πρέπει να χρησιμοποιούν 2 ταμπλέτες των 2 mg την ώρα, με μέγιστη δόση τις 40 ταμπλέτες την ημέρα, ενώ οι ήπια εξαρτημένοι πρέπει να χρησιμοποιούν τη μισή δόση.

Η θεραπεία πρέπει να διαρκεί τρεις μήνες και μετά να ακολουθείται σταδιακή ελάττωση για συνολικά 6 μήνες (25% ελάττωση κάθε μήνα). Η χρήση αυτού του φαρμάκου συστήνεται περισσότερο στους σοβαρά παρά στους ήπια εξαρτημένους καπνιστές<sup>23</sup>.

#### **B.4.1.6. Κλινική αποτελεσματικότητα των NRT**

Όλες οι μορφές υποκατάστατων νικοτίνης διατίθενται σε καπνιστές ηλικίας άνω των 18 ετών, ενώ, σε μικρότερης ηλικίας καπνιστές παρέχονται μόνο μετά από σύσταση ιατρού. Στους καπνιστές με ειδικά προβλήματα υγείας (καρδιαγγειακά νοσήματα, υπερθυρεοειδισμό, σακχαρώδη διαβήτη, σοβαρή νεφρική και ηπατική νόσο, πεπτικό έλκος), θα πρέπει να προτείνονται μόνο μετά από προσεκτική εκτίμηση των κινδύνων και των ωφελειών της θεραπείας και μετά από συζήτηση με έναν ειδικό. Το ίδιο ισχύει και για έγκυες γυναίκες ή μητέρες που θηλάζουν.

Οι θεραπείες υποκατάστασης της νικοτίνης είναι γενικά καλά ανεκτές. Οι πιο συνηθισμένες ανεπιθύμητες ενέργειες είναι τοπικές αντιδράσεις και ειδικότερα ερεθισμός του δέρματος με τα αυτοκόλλητα και ερεθισμός της μύτης με τα εκνεφώματα, που συνήθως δεν απαιτούν διακοπή της θεραπείας. Οι διαταραχές του ύπνου που παρατηρούνται με τη διακοπή της νικοτίνης, μπορεί να παρατηρηθούν επίσης και με τα δερματικά αυτοκόλλητα<sup>24</sup>.

Οι δόσεις των NRT καθορίζονται σύμφωνα με τον αριθμό των τσιγάρων που καπνίζονται την ημέρα. Η διάρκεια της χρήσης πρέπει να περιορίζεται στη επιτρεπόμενη και προκαθορισμένη για κάθε μορφή NRT. Όμως η χρήση μπορεί να παρατείνεται και μέχρι 3 μήνες στις περιπτώσεις συνέχισης της εξάρτησης από τη νικοτίνη (στην περίπτωση των αυτοκόλλητων, η δόση πρέπει να ελαττώνεται μετά από 3 μήνες). Η θεραπεία με NRT πρέπει να διακόπτεται αν ξαναρχίσει το κάπνισμα.

Η χρήση των NRT αυξάνει τα ποσοστά διακοπής του καπνίσματος σε βάθος χρόνου, ανακουφίζει από την επιθυμία για κάπνισμα και από τα στερητικά συμπτώματα. Τα ποσοστά διακοπής του καπνίσματος μεγιστοποιούνται όταν τα NRT εφαρμόζονται σε συνδυασμό με θεραπεία συμπεριφοράς<sup>15,19,24</sup>. Περίπου 20% των καπνιστών που λαμβάνουν NRT και έχουν ειδική στήριξη παραμένουν χωρίς κάπνισμα για 12 μήνες, ενώ 10% διατηρούν την αποχή από το κάπνισμα εάν τους δοθεί μία σύντομη ενημέρωση από έναν ειδικό σε συνδυασμό με υποκατάσταση της νικοτίνης<sup>14,15,18-26</sup>.

Η ανασκόπηση Cochrane, περιλαμβάνοντας περισσότερες από 90 μελέτες, κατέδειξε ότι η υποκατάσταση της νικοτίνης βοηθά τους καπνιστές να διακόψουν το κάπνισμα<sup>15</sup>. Ένα σύνολο 96 ελεγχόμενων με εικονική θεραπεία, τυχαιοποιημένων μελετών για τη χρήση των NRT, έδειξε ότι η χρήση τους αυξάνει την πιθανότητα για έναν καπνιστή να σταματήσει το κάπνισμα για τουλάχιστον 6 μήνες κατά ένα ποσοστό 7%. Ένα πρόγραμμα συμπεριφορικής υποστήριξης, με επαναλαμβανόμενες συνεδρίες ομάδων ή ατομικές, έδειξε επίσης ότι αυξάνει τα ποσοστά επιτυχίας κατά 7% και επί διάστημα μεγαλύτερο των 6 μηνών. Σε συνδυασμό με τη συμπεριφορική υποστήριξη τα ποσοστά διακοπής του



καπνίσματος αυξάνονται στο 15%. Η πρώιμη υποτροπή είναι συχνή στις μελέτες των NRT και είναι ενδεικτική μίας ανεπιτυχούς προσπάθειας διακοπής<sup>15</sup>.

Υπάρχουν λίγα σαφή στοιχεία για τη σύγκριση της αποτελεσματικότητας των διαφόρων NRT μεταξύ τους, γι' αυτό η απόφαση για το ποίο προϊόν θα χρησιμοποιηθεί μπορεί να καθορίζεται από τις ιδιαίτερες προτιμήσεις των καπνιστών<sup>15,19</sup>.

Οι μονοθεραπείες με NRT έχουν αποδειχθεί αποτελεσματικές σε καπνιστές που είναι αποφασισμένοι να κάνουν προσπάθεια διακοπής.

Σε αυτούς όμως που είναι σοβαρά εξαρτημένοι μπορεί να αποδειχθεί χρήσιμο να συνδυαστούν διαφορετικά προϊόντα NRT. Μερικοί ειδικοί συνιστούν τέτοιου είδους συνδυασμούς (π.χ. εξασφάλιση ενός επιπέδου νικοτίνης με αυτοκόλλητα και έλεγχος της επιθυμίας με ταχύτερης δράσης προϊόντα). Σε έξι μελέτες φάνηκε ότι τα αυτοκόλλητα νικοτίνης με υψηλή δόση είναι πιο αποτελεσματικά από αυτά των συνήθων δόσεων<sup>19,24, 26</sup>.

#### **B.4.2. Υδροχλωρική βουπροπιόνη βραδείας αποδέσμευσης**

Η υδροχλωρική βουπροπιόνη είναι η πρώτη φαρμακολογική ουσία που δεν περιέχει νικοτίνη και έχει εγκριθεί για τη διακοπή του καπνίσματος τόσο στις Η.Π.Α. όσο και στην Ευρωπαϊκή Ένωση από το 1997<sup>1,6,5, 7,14</sup>. Έχει αποδεδειγμένη αποτελεσματικότητα σε άτομα που καπνίζουν περισσότερο από 10-15 τσιγάρα την ημέρα και είναι αποφασισμένα να διακόψουν το κάπνισμα.

Η υδροχλωρική βουπροπιόνη θεωρείται καλή θεραπευτική επιλογή σε καπνιστές που επιχειρούν να κόψουν το κάπνισμα για πρώτη φορά καθώς και στους καπνιστές που δεν μπορούν να ανεχθούν τις NRT, θέλουν να λάβουν αγωγή που δεν περιέχει νικοτίνη ή τέλος σε αυτούς που η αγωγή με NRT έχει αποτύχει<sup>28-33</sup>. Συνιστώμενη δόση υδροχλωρικής βουπροπιόνης για τη διακοπή του καπνίσματος είναι τα 150mg δύο φορές την ημέρα. Η θεραπεία ξεκινά με δόση 150mg την ημέρα για τις πρώτες 6 ημέρες, με αύξηση στα 300mg την ημέρα (150mg δύο φορές την ημέρα) από την 7<sup>η</sup> ημέρα και μετά. Οι καπνιστές που λαμβάνουν υδροχλωρική βουπροπιόνη συμβουλεύονται να συνεχίζουν το κάπνισμα μέχρι την ημερομηνία διακοπής του καπνίσματος, που ορίζεται μέσα στις πρώτες δύο εβδομάδες θεραπείας. Μειωμένη δόση (μία ταμπλέτα την ημέρα) προτείνεται στους ηλικιωμένους ασθενείς και σε αυτούς με ηπατική ή νεφρική βλάβη.

Η προτεινόμενη διάρκεια θεραπείας είναι οι 7 έως 12 εβδομάδες<sup>1,6,5,7,14,26</sup>. Αντίθετα με τα NRT, η θεραπεία με υδροχλωρική βουπροπιόνη ξεκινά αμέσως με την προσπάθεια διακοπής του καπνίσματος.

Η θεραπεία με υδροχλωρική βουπροπιόνη καλό θα είναι να συνδυάζεται με πρόγραμμα ψυχολογικής υποστήριξης και η αγωγή να δίνεται από ειδική ομάδα γιατρών, νοσηλευτών

που να στηρίζουν την ανεύρεση/τόνωση κινήτρων για την επιτυχία, να έχουν τη γνώση να προσφέρουν επιπρόσθετες πληροφορίες για τη διακοπή του καπνίσματος και να προλαμβάνουν τις υποτροπές.

#### **B.4.2.1. Μηχανισμός δράσης**

Ο μηχανισμός δράσης της υδροχλωρικής βουπροπιόνης διαφέρει από αυτόν των υποκατάστατων νικοτίνης, με τα οποία γίνεται αντικατάσταση της νικοτίνης των τσιγάρων με νικοτίνη που προσφέρεται με διαφορετικό τρόπο. Η υδροχλωρική βουπροπιόνη είναι μία μη-νικοτινική θεραπεία, που δρα σε νευρολογικά μονοπάτια εμπλεκόμενα στην εξάρτηση από τη νικοτίνη<sup>31</sup>. Είναι ένας εκλεκτικός αναστολέας των νευρώνων επαναπρόσληψης των κατεχολαμινών (νοραδρεναλίνη και ντοπαμίνη) με ελάχιστη επίδραση στην επαναπρόσληψη της σεροτονίνης και καμία ανασταλτική επίδραση στη μονοαμινοξειδάση. Ο ακριβής μηχανισμός με τον οποίο ενισχύει την ικανότητα αποχής από το κάπνισμα δεν είναι γνωστός, αλλά πιστεύεται ότι σχετίζεται με τη μειωμένη επαναπρόσληψη της ντοπαμίνης στο μεσομεταιχμιακό σύστημα και της νοραδρεναλίνης στον υπομέλανα τόπο. Η νικοτίνη είναι γνωστό ότι ελαττώνει τη δράση του μεσομεταιχμιακού συστήματος, οδηγώντας στην απελευθέρωση ντοπαμίνης στον επικλινή πυρήνα.

Αυτό είναι το μονοπάτι που πιστεύεται ότι είναι υπεύθυνο για την ανταμοιβή και τις επιθυμίες, ενώ η διακοπή πιστεύεται ότι συσχετίζεται με αναστολή της νοραδρενικής δραστηριότητας στον υπομέλανα τόπο. Η βουπροπιόνη έχει αποδειχθεί ότι ελαττώνει τη δραστηριότητα αυτών των νευρώνων που απελευθερώνουν ντοπαμίνη και με αυτό τον τρόπο μπορεί να απενεργοποιεί τον κύκλο της ανταμοιβής και να ελαττώνει την επιθυμία. Έχει αποδειχθεί επίσης, ότι ελαττώνει τη δραστηριότητα των νευρώνων που απελευθερώνουν νορεπινεφρίνη στα ζώα.

Επιπλέον, σε κλινικές δόσεις στους ανθρώπους, ελαττώνει τον κύκλο της ολικής νορεπινεφρίνης του οργανισμού, χωρίς να ελαττώνει τα επίπεδα στο πλάσμα<sup>34</sup>. Αυτές οι νοραδρενικές επιδράσεις μπορεί να συμβάλουν στην ικανότητα της βουπροπιόνης να ελαττώνει τα συμπτώματα στέρησης από τη διακοπή του καπνίσματος.

Πρόσφατα *in vitro* στοιχεία δείχνουν ότι η υδροχλωρική βουπροπιόνη, αναστέλλοντας την επαναπρόσληψη της νορεπινεφρίνης και της ντοπαμίνης, μπορεί να αποτελεί έναν μη-ανταγωνισμό, λειτουργικό αναστολέα των νικοτινικών υποδοχέων της ακετυλοχολίνης<sup>32,34</sup>. Αυτή η αντι-νικοτινική δράση της υδροχλωρικής βουπροπιόνης ίσως να συμβάλει στην αποτελεσματικότητα της για τη θεραπεία της εξάρτησης από τη νικοτίνη.

#### **B.4.2.2. Αντενδείξεις και προφυλάξεις στη θεραπεία με βουπροπιόνη**

Η υδροχλωρική βουπροπιόνη είναι γενικώς καλά ανεκτή. Είναι καλό να συνταγογραφείται από ιατρό, ύστερα από λήψη ιστορικού και κλινική εξέταση, έτσι ώστε να αποκλειστούν καταστάσεις και θεραπείες που αποτελούν αντενδείξεις ή απαιτούν προσοχή κατά τη χορήγηση. Οι ανεπιθύμητες ενέργειες που έχουν παρατηρηθεί σε κλινικές μελέτες περιλαμβάνουν άγχος, ξηροστομία, κεφαλαλγία, αϋπνία και εξάνθημα και ήταν ήπιες<sup>28,32,33-37</sup>. Πιο συχνά αναφέρονται ξηροστομία και αϋπνία, οι οποίες, σε ελεγχόμενες κλινικές μελέτες, εμφανίζονται δύο φορές πιο συχνά με τη χορήγηση βουπροπιόνης σε σχέση με το εικονικό φάρμακο. Οι πιο σοβαρές παρενέργειες είναι οι σπασμοί, οι οποίοι δεν παρουσιάζονται συχνά και συσχετίζονται με παράγοντες κινδύνου όπως η παρουσία καταστάσεων που προδιαθέτουν σε κρίσεις (π.χ. επιληψία) και σε παράγοντες που σχετίζονται με το φαγητό (βουλιμία ή νευρογενής ανορεξία). Όταν η βουπροπιόνη χορηγείται σύμφωνα με τις προδιαγραφές και τις οδηγίες του προϊόντος, η πιθανότητα εμφάνισης σπασμών είναι 0,1 %<sup>14,28,32</sup>.

Η βουπροπιόνη φθάνει σε μέγιστη συγκέντρωση στο πλάσμα τρεις ώρες μετά τη χορήγηση από το στόμα και σε σταθερή συγκέντρωση μέσα σε 8 ημέρες. Έχει χρόνο ημίσειας ζωής 20 ώρες και μεταβολίζεται στο ήπαρ από το κυτόχρωμα p450.

Η χορήγησή της αντενδείκνυται σε ασθενείς με τρέχον ή παλαιό ιστορικό επιληψίας. Επίσης, πρέπει να χορηγείται με προσοχή σε ασθενείς με καταστάσεις που ελαττώνουν τον ουδό των σπασμών (ιστορικό τραύματος στην κεφαλή, αλκοολισμός, σακχαρώδης διαβήτης που αντιμετωπίζεται με υπογλυκαιμικούς παράγοντες ή ινσουλίνη), καθώς και σε ασθενείς που λαμβάνουν φάρμακα που ελαττώνουν τον ουδό των σπασμών (π.χ. θεοφυλλίνη, αντιψυχωσικά, αντικαταθλιπτικά και συστηματικά κορτικοστεροειδή). Η βουπροπιόνη επίσης αντενδείκνυται σε ασθενείς με ιστορικό νευρογενούς ανορεξίας ή βουλιμίας, σοβαρή ηπατική νέκρωση ή διπολική διαταραχή. Δεν πρέπει να συγχορηγείται με αναστολείς της μονοαμινοξειδάσης, ενώ πρέπει να μεσολαβούν τουλάχιστον 14 ημέρες ανάμεσα στη διακοπή αυτής της θεραπείας και την έναρξη της βουπροπιόνης.

Η βουπροπιόνη αλληλεπιδρά με έναν μεγάλο αριθμό συχνά χρησιμοποιούμενων φαρμάκων όπως αντικαταθλιπτικά, τύπου Ic αντιαρρυθμικά και αντιψυχωσικά.

#### **B.4.2.3. Κλινική αποτελεσματικότητα της βουπροπιόνης.**

Η κλινική αποτελεσματικότητα της βουπροπιόνης έχει τεκμηριωθεί σε αρκετές καλώς ελεγχόμενες μελέτες<sup>33</sup>. Η καθημερινή χορήγηση των 300mg την ημέρα έχει αποδειχθεί πιο αποτελεσματική από αυτή των 100mg, στη βραχυ- και μακροπρόθεσμη αποχή από το κάπνισμα. Η βουπροπιόνη αυξάνει τα ποσοστά διακοπής του καπνίσματος και ελαττώνει

την επιθυμία και τα στερητικά συμπτώματα.

Η αποτελεσματικότητά της δεν ποικίλλει σημαντικά με βάση το φύλο των ασθενών, το ιστορικό κατάθλιψης ή αλκοολισμού ή το βαθμό της εξάρτησης από τη νικοτίνη <sup>38</sup>.

Εκτός από την αποτελεσματικότητά της σε σχέση με τη διακοπή του καπνίσματος, όταν χορηγείται για σύντομα διαστήματα (7-12 εβδομάδες), η βουπροπιόνη χορηγούμενη για 12 μήνες αποδείχθηκε αποτελεσματική και στην καθυστέρηση των υποτροπών στους ασθενείς που διέκοψαν το κάπνισμα εντός των 7 πρώτων εβδομάδων από την έναρξη της θεραπείας. Σε μία άλλη μελέτη, η βουπροπιόνη αύξησε τη μακρόχρονη διακοπή του καπνίσματος σε ασθενείς που αρχικά απέτυχαν στην προσπάθειά τους <sup>33</sup>. Το φάρμακο γίνεται να είναι εξίσου αποτελεσματικό σε καπνιστές με ή χωρίς παλαιό ιστορικό κατάθλιψης, γεγονός που δείχνει ότι η αποτελεσματικότητά του δεν οφείλεται στην αντικαταθλιπτική του δράση <sup>30,34</sup>.

Στον κλινικό πρακτικό οδηγό του Τμήματος Υγείας και Ανθρώπινων Υπηρεσιών των Η.Π.Α (US Department of Health and Human Services Clinical Practice Guideline) που δημοσιεύθηκε τον Ιούνιο του 2000, ο Fiore και συν <sup>5</sup> ανακοίνωσαν στο τέλος των 6 μηνών περίπου το 30% των καπνιστών που χρησιμοποίησαν βουπροπιόνη δεν κάπνιζαν και το 18% έως 30% αυτών που ελάμβαναν NRT επίσης δεν κάπνιζαν. Στη μια μελέτη 47 καπνιστών που απέτυχαν στη θεραπεία, η συνέχιση της θεραπείας με βουπροπιόνη μόνο ή σε συνδυασμό με αυτοκόλλητα νικοτίνης είχε υψηλότερα βραχυπρόθεσμα (9 εβδομάδες) και μακροπρόθεσμα (6 με 12 μήνες) ποσοστά αποχής σε σχέση με τη θεραπεία με αυτοκόλλητα μόνο ή εικονικό φάρμακο.

Υπάρχουν πολύ λίγες μελέτες για τις θεραπείες διακοπής του καπνίσματος σε άτομα με χρόνιες νόσους όπως ΧΑΠ ή καρδιαγγειακές παθήσεις.

#### **B.4.3 Βαρενικλίνη**

Η βαρενικλίνη, η δραστική ουσία του φαρμακευτικού σκευάσματος CHAMPIX, αποτελεί ένα νέο, πολλά υποσχόμενο φάρμακο που προστέθηκε πρόσφατα στην διεθνή αγορά, (στις 26 Σεπτεμβρίου 2006 η Ευρωπαϊκή Επιτροπή χορήγησε άδεια κυκλοφορίας), και ξεκίνησε να χρησιμοποιείται ευρέως στον αγώνα διακοπής του καπνίσματος. Χορηγείται μόνο με ιατρική συνταγή.

Η βαρενικλίνη, όπως και η υδροχλωρική βουπροπιόνη, θεωρείται καλή θεραπευτική επιλογή σε ενήλικες καπνιστές που επιχειρούν να κόψουν το κάπνισμα για πρώτη φορά καθώς και στους καπνιστές που δεν μπορούν να ανεχθούν τις NRT, θέλουν να λάβουν αγωγή που δεν περιέχει νικοτίνη ή τέλος σε αυτούς που η αγωγή με NRT έχει αποτύχει, ενώ παράλληλα βρίσκονται υπό συμβουλευτική καθοδήγηση και υποστήριξη. Οι ασθενείς

θα πρέπει πρώτα να ορίσουν μια ημερομηνία διακοπής του καπνίσματος. Στη συνέχεια πρέπει να ξεκινήσουν τη θεραπεία με βαρενικλίνη 1 με 2 εβδομάδες πριν από αυτήν την ημερομηνία. Η θεραπεία ξεκινάει με ένα δισκίο του 0,5 mg ημερησίως, για 3 ημέρες. Για τις επόμενες 4 ημέρες, ο ασθενής λαμβάνει ένα δισκίο του 0,5 mg δύο φορές ημερησίως.

Στη συνέχεια, ο ασθενής λαμβάνει ένα δισκίο του 1 mg δύο φορές ημερησίως μέχρι το τέλος της θεραπείας (12εβδομάδες). Κατά την έναρξη της θεραπείας παρέχεται ειδικό πακέτο με τις σωστές ποσότητες και από τις δύο περιεκτικότητες δισκίων. Η δόση μπορεί να μειωθεί σε 0,5 mg δύο φορές ημερησίως, για τους ασθενείς που εμφανίζουν δυσανεξία στη δόση του 1 mg δύο φορές ημερησίως. Οι ασθενείς που αντιμετωπίζουν σοβαρά προβλήματα στους νεφρούς πρέπει να λαμβάνουν 1 mg βαρενικλίνη άπαξ ημερησίως. Με την ολοκλήρωση των 12 εβδομάδων, ο ιατρός μπορεί να επιλέξει τη συνέχιση της θεραπείας για 12 επιπλέον εβδομάδες στους ασθενείς που διέκοψαν το κάπνισμα ή να αποφασίσει την προοδευτική διακοπή του φαρμάκου (βαθμιαία μείωση) καθώς ο κίνδυνος υποτροπής είναι αυξημένος την περίοδο αμέσως μετά το τέλος της θεραπείας μιας και η διακοπή της βαρενικλίνης συσχετίστηκε με αυξημένη ευερεθιστότητα, παρόρμηση για κάπνισμα, κατάθλιψη και/ή αϋπνία σε ποσοστό μέχρι και 3% των ασθενών. Δεν υπάρχουν διαθέσιμα δεδομένα για την αποτελεσματικότητα ενός επιπλέον κύκλου θεραπείας 12 εβδομάδων για τους ασθενείς οι οποίοι δεν θα καταφέρουν να διακόψουν το κάπνισμα κατά τη διάρκεια της αρχικής θεραπείας ή θα ξαναρχίσουν το κάπνισμα μετά τη θεραπεία.

Τα δισκία καταπίνονται ολόκληρα με νερό και μπορούν να λαμβάνονται με ή χωρίς τροφή.

#### **B.4.3.1. Μηχανισμός δράσης της Βαρενικλίνη**

Η δραστική ουσία στο CHAMPIX, η βαρενικλίνη, μπορεί να συνδεθεί με υψηλή συγγένεια και εκλεκτικότητα με ορισμένους από τους υποδοχείς της νικοτίνης στο κεντρικό νευρικό σύστημα, και συγκεκριμένα με τους  $\alpha 4\beta 2$  νευρωνικούς νικοτινικούς υποδοχείς της ακετυλχολίνης.

Όταν συνδέεται με αυτούς τους υποδοχείς, η βαρενικλίνη δρα με δύο τρόπους: ενεργεί όπως η νικοτίνη (μερικός αγωνιστής) και βοηθάει στην ανακούφιση των συμπτωμάτων της έντονης επιθυμίας, αλλά, επίσης, δρα ενάντια στη νικοτίνη (ανταγωνιστής), αντικαθιστώντας την, μειώνοντας την ευχάριστη επίδραση του καπνίσματος.

Ηλεκτροφυσιολογικές μελέτες *in vitro* και νευροχημικές μελέτες *in vivo* έχουν δείξει ότι η βαρενικλίνη συνδέεται με τους  $\alpha 4\beta 2$  νευρωνικούς νικοτινικούς υποδοχείς της ακετυλχολίνης και διεγείρει την επιτελούμενη μέσω υποδοχέων δράση, αλλά σε σημαντικά χαμηλότερο επίπεδο από τη νικοτίνη. Η νικοτίνη ανταγωνίζεται για την ίδια θέση

πρόσδεσης με τους ανθρώπινους  $\alpha 4\beta 2$  νικοτινικούς υποδοχείς της ακετυλχολίνης (nAChR) για την οποία η βαρενικλίνη παρουσιάζει υψηλότερη συγγένεια. Επομένως, η βαρενικλίνη μπορεί να αναστείλει αποτελεσματικά την ικανότητα της νικοτίνης να ενεργοποιεί πλήρως τους  $\alpha 4\beta 2$  υποδοχείς και το μεσομεταιχμιακό ντοπαμινεργικό σύστημα, το νευρωνικό μηχανισμό που υποκρύπτεται κάτω από την ενίσχυση και την επιβράβευση που βιώνει κανείς όταν καπνίζει.

Η βαρενικλίνη παρουσιάζει υψηλή εκλεκτικότητα και συνδέεται ισχυρότερα με τον  $\alpha 4\beta 2$  υπότυπο του υποδοχέα ( $K_i=0.15$  nM) από ότι με άλλους κοινούς νικοτινικούς υποδοχείς ( $\alpha 3\beta 4$   $K_i=84$  nM,  $\alpha 7$   $K_i=620$  nM,  $\alpha 1\beta\gamma\delta$   $K_i= 3,400$  nM) ή μη νικοτινικούς υποδοχείς και μεταφορείς ( $K_i > 1\mu M$ , εκτός των 5-HT<sub>3</sub> υποδοχέων:  $K_i=350$  nM).

Η αποτελεσματικότητα του CHAMPIX στη διακοπή του καπνίσματος είναι συνέπεια της δράσης της βαρενικλίνης ως μερικού αγωνιστή στον  $\alpha 4\beta 2$  νικοτινικό υποδοχέα, όπου η πρόσδεσή της προκαλεί επίδραση επαρκή για την ανακούφιση των συμπτωμάτων της έντονης επιθυμίας για κάπνισμα και της στέρησης (δράση αγωνιστή), έχοντας παράλληλα ως αποτέλεσμα μια μείωση της επίδρασης του καπνίσματος ως προς την επιβράβευση και την ενίσχυση, μέσω της παρεμπόδισης της σύνδεσης της νικοτίνης στους  $\alpha 4\beta 2$  υποδοχείς (δράση ανταγωνιστή).

#### **B.4.3.2. Κλινική αποτελεσματικότητα της Βαρενικλίνης**

Τα αποτελέσματα της βαρενικλίνης ελέγχθηκαν πρώτα σε πειραματικά μοντέλα πριν μελετηθούν σε ανθρώπους. Στις δύο βασικές μελέτες της αποτελεσματικότητας του CHAMPIX για τη διακοπή του καπνίσματος συμμετείχαν 2.052 ασθενείς (μέσος όρος ηλικίας: 43 έτη) οι οποίοι λάμβαναν μία από τις τρεις θεραπείες για 12 εβδομάδες: βαρενικλίνη, βουπροπιόνη (άλλο φάρμακο χωρίς νικοτίνη που χρησιμοποιείται για τη διακοπή του καπνίσματος) ή εικονικό φάρμακο (εικονική θεραπεία). Στη συνέχεια, οι ασθενείς βρίσκονταν υπό παρακολούθηση για 40 ακόμη εβδομάδες για να διαπιστωθεί εάν ξανάρχιζαν το κάπνισμα. Κύριο μέτρο για την αποτελεσματικότητα της θεραπείας αποτέλεσε ο αριθμός των ασθενών που διέκοψαν πλήρως το κάπνισμα για 4 εβδομάδες (στο διάστημα μεταξύ της 9 ης και της 12ης εβδομάδας της μελέτης), όπως επιβεβαιώθηκε από τις εργαστηριακές δοκιμές στην αναπνοή των ασθενών για ίχνη καπνού.

Και στις δύο μελέτες, η βαρενικλίνη αποδείχθηκε πιο αποτελεσματική από τη βουπροπιόνη ή το εικονικό φάρμακο ως βοήθημα για τη διακοπή του καπνίσματος. Το ποσοστό των ασθενών που δεν κάπνισαν καθόλου κατά τη διάρκεια των εβδομάδων 9-12 ήταν 44% με τη βαρενικλίνη, 30% με τη βουπροπιόνη, και 18% με το εικονικό φάρμακο.

Περισσότεροι ασθενείς παρέμειναν μη καπνιστές μετά τη θεραπεία με βαρενικλίνη σε σύγκριση με τη θεραπεία με εικονικό φάρμακο: 40 εβδομάδες μετά το τέλος της περιόδου θεραπείας, το ποσοστό των ασθενών που παρέμειναν μη καπνιστές ήταν 23% για τα άτομα που είχαν ακολουθήσει θεραπεία με βαρενικλίνη, και 9% για όσους είχαν λάβει εικονικό φάρμακο. Το αντίστοιχο ποσοστό στους ασθενείς που έλαβαν βουπροπιόνη ήταν 16%.

#### **B.4.3.3. Αντενδείξεις και προφυλάξεις στη θεραπεία με Βαρενικλίνη**

Η διακοπή του καπνίσματος σχετίζεται με διάφορα συμπτώματα, ανεξαρτήτως της λήψης θεραπείας, π.χ., αίσθημα δυσφορίας ή καταθλιπτική διάθεση, αϋπνία, ευερεθιστότητα, απογοήτευση ή οργή, άγχος, δυσκολία στη συγκέντρωση, ανησυχία και μειωμένο καρδιακό ρυθμό. Επίσης, έχει αναφερθεί αύξηση της όρεξης ή του σωματικού βάρους σε ασθενείς που επιχειρούν να διακόψουν το κάπνισμα.

Ωστόσο, δεν έχει γίνει καμία προσπάθεια ούτε στα πλαίσια του σχεδιασμού, αλλά ούτε και στα πλαίσια ανάλυσης των μελετών του CHAMPIX να γίνει διαχωρισμός μεταξύ των ανεπιθύμητων ενεργειών που σχετίζονται με τη φαρμακευτική αγωγή της μελέτης και αυτών που πιθανόν να σχετίζονται με τα συμπτώματα στέρησης της νικοτίνης. Στις κλινικές δοκιμές συμμετείχαν περίπου 4.000 ασθενείς που υποβλήθηκαν σε θεραπεία με CHAMPIX για διάστημα έως 1 έτος (μέση έκθεση 84 ημέρες). Σε γενικές γραμμές, στις περιπτώσεις που εμφανίστηκαν ανεπιθύμητες αντιδράσεις, αυτό έγινε μέσα στην πρώτη εβδομάδα θεραπείας. Συνήθως ήταν ήπιας έως μέτριας βαρύτητας, ενώ, όσον αφορά τη συχνότητα εμφάνισης ανεπιθύμητων ενεργειών, δεν υπήρχαν διαφορές ως προς την ηλικία, τη φυλή ή το φύλο. Σε ασθενείς που υποβλήθηκαν σε θεραπεία με τη συνιστώμενη δόση του 1mg δυο φορές ημερησίως (BID) μετά από αρχική περίοδο τιτλοποίησης, η ανεπιθύμητη ενέργεια που αναφέρθηκε με τη μεγαλύτερη συχνότητα ήταν ναυτία (28,6%). Στην πλειοψηφία των περιπτώσεων, η ναυτία εμφανίστηκε στα πρώτα στάδια της περιόδου θεραπείας, ήταν ήπιας έως μέτριας βαρύτητας, και σπάνια οδήγησε σε διακοπή της θεραπείας.

Η συχνότητα διακοπής της θεραπείας λόγω ανεπιθύμητων ενεργειών ήταν 11,4% για τη βαρενικλίνη έναντι 9,7% για το εικονικό φάρμακο. Σε αυτήν την ομάδα, η συχνότητα διακοπής της θεραπείας για τις πιο συχνές ανεπιθύμητες ενέργειες στους ασθενείς που υποβλήθηκαν σε θεραπεία με βαρενικλίνη ήταν η εξής: ναυτία (2,7% έναντι 0,6% για το εικονικό φάρμακο), κεφαλαλγία (0,6% έναντι 1,0% για το εικονικό φάρμακο), αϋπνία (1,3% έναντι 1,2% για το εικονικό φάρμακο) και ανώμαλα όνειρα (0,2% έναντι 0,2% για το εικονικό φάρμακο).

Συχνές επίσης είναι και αναφορές για: έμετο, δυσκοιλιότητα, διάρροια, διάταση της κοιλίας, δυσφορία του στομάχου, δυσπεψία, μετεωρισμός, ξηροστομία ενώ σπάνια αναφέρονται αίσθημα παλμών, φωτοφοβία, μυωπία, εμβοές, δύσπνοια, βήχας, βράγχος φωνής, φαρυγγολαρυγγικό άλγος, ερεθισμός του λαιμού, συμφόρηση αναπνευστικής οδού, αιματέμηση, αιματοχεσία, γαστρίτιδα, γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση, κοιλιακό άλγος, μεταβολή στις συνήθειες του εντέρου, μη φυσιολογικά κόπρανα, ερυγή, αφθώδης στοματίτιδα, άλγος των ούλων, γλυκοζουρία, νυκτουρία, πολυουρία, δυσκαμψία άρθρωσης, μυϊκοί σπασμοί, πόνος θωρακικού τοιχώματος, Μηνορραγία, κολπικό έκκριμα, σεξουαλική δυσλειτουργία πυρεξία, αίσθηση ψυχρού, εξασθένιση, διαταραχή του κερκαδιανού ρυθμού του ύπνου ή αίσθημα κακουχίας.

Το CHAMPIX δεν πρέπει να χορηγείται σε άτομα που μπορεί να είναι υπερευαίσθητα (αλλεργικά) στη βαρενικλίνη ή σε οποιοδήποτε άλλο από τα συστατικά του φαρμάκου.

Η Επιτροπή Φαρμάκων για Ανθρώπινη Χρήση (CHMP) κατέληξε στο συμπέρασμα ότι το CHAMPIX απέδειξε την αποτελεσματικότητά του ως βοηθήματος για τη διακοπή του καπνίσματος, και ότι οι κίνδυνοι που σχετίζονται με το κάπνισμα υπερτερούν των κινδύνων του φαρμάκου. Ως εκ τούτου, η επιτροπή εισηγήθηκε τη χορήγηση άδειας κυκλοφορίας για το CHAMPIX. Καθώς οι μελέτες που διεξήχθησαν για το CHAMPIX δεν περιλάμβαναν ορισμένες ομάδες ασθενών (όπως ηλικιωμένοι, ασθενείς με καρδιακές ή πνευμονικές παθήσεις και άλλες ασθένειες), η παρασκευάστρια εταιρεία θα διεξάγει πρόσθετες μελέτες και θα παρακολουθεί παράλληλα τη χρήση του φαρμάκου στους εν λόγω ασθενείς, για να διασφαλίσει τον επαρκή προσδιορισμό των ανεπιθύμητων ενεργειών στους ασθενείς αυτούς.

Όσο αφορά τη φαρμακοκινητική ικανότητα, οι μέγιστες συγκεντρώσεις της βαρενικλίνης στο πλάσμα παρατηρούνται συνήθως σε διάστημα 3-4 ωρών μετά τη χορήγηση από το στόμα. Μετά τη χορήγηση πολλαπλών δόσεων από το στόμα σε υγιείς εθελοντές, οι συνθήκες σταθερής κατάστασης επιτεύχθηκαν σε διάστημα 4 ημερών. Η απορρόφηση είναι κατ' ουσίαν πλήρης, μετά τη χορήγηση από το στόμα και η συστηματική διαθεσιμότητα είναι υψηλή. Η βιοδιαθεσιμότητα της βαρενικλίνης όταν χορηγείται από το στόμα δεν επηρεάζεται από το φαγητό ή την ώρα χορήγησης. Ο χρόνος ημιζωής της βαρενικλίνης είναι περίπου 24 ώρες. Η νεφρική απέκκριση της βαρενικλίνης επιτυγχάνεται κυρίως δια μέσω σπειραματικής διήθησης παράλληλα με ενεργό σωληναριακή έκκριση μέσω του οργανικού κατιονικού μεταφορέα OCT2.

Η φαρμακοκινητική της βαρενικλίνης παρέμεινε αμετάβλητη σε ασθενείς με ήπια νεφρική δυσλειτουργία (εκτιμώμενη κάθαρση κρεατινίνης > 50 ml/λεπτό και ≤ 80 ml/λεπτό).



Σε ασθενείς με μετρίου βαθμού νεφρική δυσλειτουργία (εκτιμώμενη κάθαρση κρεατινίνης  $\geq 30$  ml/λεπτό και  $\leq 50$  ml/λεπτό), η έκθεση στη βαρενικλίνη αυξήθηκε κατά 1,5 φορές έναντι των ασθενών με φυσιολογική νεφρική λειτουργία (εκτιμώμενη κάθαρση κρεατινίνης  $> 80$  ml/λεπτό)., ενώ σε ασθενείς με σοβαρή νεφρική δυσλειτουργία (εκτιμώμενη κάθαρση κρεατινίνης  $< 30$  ml/λεπτό), η έκθεση στη βαρενικλίνη αυξήθηκε κατά 2,1 φορές. Τέλος, σε ασθενείς με νεφροπάθεια τελικού σταδίου (ESRD), η βαρενικλίνη απομακρύνθηκε αποτελεσματικά με αιμοκάθαρση. In vitro μελέτες δείχνουν ότι η βαρενικλίνη δεν αναστέλλει τα ένζυμα του κυτοχρώματος P450 (IC<sub>50</sub>  $> 6.400$  ng/ml). Επομένως, η βαρενικλίνη είναι απίθανο να μεταβάλει τη φαρμακοκινητική ουσιών που μεταβολίζονται κυρίως από ένζυμα του κυτοχρώματος P450 και φυσικά δεν απαιτείται προσαρμογή της δοσολογίας σε ασθενείς με ηπατική δυσλειτουργία. Επίσης δεν απαιτείται προσαρμογή της δοσολογίας σε ηλικιωμένους ασθενείς όμως λόγω του ότι οι ηλικιωμένοι ασθενείς είναι πιθανότερο να παρουσιάζουν έκπτωση της νεφρικής λειτουργίας, οι ιατροί θα πρέπει να λαμβάνουν υπόψη την κατάσταση των νεφρών στους ασθενείς αυτούς. Τέλος σε παιδιά ή εφήβους ηλικίας κάτω των 18 ετών δεν συνιστάται η χρήση του CHAMPIX σε λόγω ανεπαρκών στοιχείων για την ασφάλεια και αποτελεσματικότητα.

#### **B.4.3.4. Αλληλεπιδράσεις με άλλα φαρμακευτικά προϊόντα και άλλες μορφές αλληλεπίδρασης**

Μεταβολές στη φυσιολογία οι οποίες θα σημειωθούν ως αποτέλεσμα της διακοπής του καπνίσματος, ανεξαρτήτως της λήψης θεραπείας με CHAMPIX, μπορούν να μεταβάλουν τη φαρμακοκινητική ή τη φαρμακοδυναμική ορισμένων φαρμακευτικών προϊόντων για τα οποία μπορεί να χρειαστεί να γίνει προσαρμογή της δοσολογίας (π.χ. θεοφυλλίνη, βαρφαρίνη και ινσουλίνη). Καθώς το κάπνισμα επάγει το CYP1A2, η διακοπή του καπνίσματος μπορεί να προκαλέσει αύξηση των επιπέδων των υποστρωμάτων του CYP1A2 στο πλάσμα. Η διακοπή του καπνίσματος, ανεξαρτήτως της λήψης φαρμακευτικής θεραπείας, έχει συσχετιστεί με επιδείνωση υποκείμενων ψυχιατρικών νόσων (π.χ. κατάθλιψη). Θα πρέπει να δίνεται προσοχή στους ασθενείς με ιστορικό ψυχιατρικής νόσου και να παρέχονται σχετικές συμβουλές στους ασθενείς.

Με βάση τα χαρακτηριστικά της βαρενικλίνης και την έως τώρα κλινική εμπειρία, το CHAMPIX δεν παρουσιάζει κλινικά σημαντικές αλληλεπιδράσεις με άλλα φάρμακα, επομένως δε συνιστάται καμία προσαρμογή της δοσολογίας του CHAMPIX ή των συγχορηγούμενων φαρμάκων.

Δεν υπάρχει κλινική εμπειρία με το CHAMPIX σε ασθενείς με επιληψία και σε έγκυες γυναίκες, οπότε το CHAMPIX δεν πρέπει να χρησιμοποιείται κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και του θηλασμού.

#### **B.4.3.5. Χρήση με άλλες θεραπείες για τη διακοπή του καπνίσματος:**

Βουπροπιόνη: Η βαρενικλίνη δεν μετέβαλε τη φαρμακοκινητική της βουπροπιόνης σε συνθήκες σταθερής κατάστασης.

Θεραπεία υποκατάστατων νικοτίνης (NRT): Όταν συγχορηγήθηκε βαρενικλίνη και διαδερμική NRT σε καπνιστές για 12 ημέρες, σημειώθηκε στατιστικά σημαντική μείωση της μέσης συστολικής αρτηριακής πίεσης (2,6 mmHg κατά μέσο όρο) σε μέτρηση που έγινε την τελευταία ημέρα της μελέτης. Σε αυτήν τη μελέτη, η συχνότητα εμφάνισης ναυτίας, κεφαλαλγίας, εμέτου, ζάλης, δυσπεψίας και κόπωσης ήταν μεγαλύτερη κατά τη χορήγηση του συνδυασμού από ό,τι κατά τη χορήγηση NRT μόνο.

Αλκοόλ: Υπάρχουν περιορισμένα κλινικά δεδομένα για την όποια πιθανή αλληλεπίδραση μεταξύ αλκοόλ και βαρενικλίνης.

Η ασφάλεια και η αποτελεσματικότητα του CHAMPIX σε συνδυασμό με άλλες θεραπείες διακοπής του καπνίσματος δεν έχουν μελετηθεί.

#### **B.4.4. Άλλες φαρμακολογικές παρεμβάσεις**

##### **B.4.4.1. Αντικαταθλιπτικά και αγχολυτικά**

Δεν είναι σαφής ο μηχανισμός με τον οποίο τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα βοηθούν στη διακοπή του καπνίσματος. Είναι γνωστό ότι το κάπνισμα και η κατάθλιψη συνδέονται, αλλά δεν είναι τεκμηριωμένο το κατά πόσον αυτό αντανακλά σε μία κοινή γενετική προδιάθεση ή νευροχημικές δράσεις της νικοτίνης. Στις διάφορες μελέτες τα φάρμακα αυτά ήταν αποτελεσματικά, ανεξάρτητα από την παρουσία ή όχι κατάθλιψης. Επίσης άγνωστο είναι, αν η επιτυχία στη διακοπή του καπνίσματος οφείλεται στη δράση μιας ομάδας ή ενός συγκεκριμένου φαρμάκου.

Μελέτες άλλων αντικαταθλιπτικών φαρμάκων για τη διακοπή του καπνίσματος είχαν ποικιλία αποτελεσμάτων.

Εκτός από την υδροχλωρική βουπροπιόνη, η νορτριπυλίνη (ένα τρικυκλικό αντικαταθλιπτικό), είναι ένα άλλο αντικαταθλιπτικό το οποίο έχει φανεί αποτελεσματικό. Όμως, για το φάρμακο αυτό δεν έχει χορηγηθεί άδεια για τη χρήση του στη διακοπή του καπνίσματος, παρόλο που η αποτελεσματικότητά του έχει τεκμηριωθεί σε κλινικές μελέτες <sup>38,39,40</sup>.

Σε μελέτες σύγκρισης της αποτελεσματικότητας ανάμεσα στη βουπροπιόνη και τη νορτριπυλίνη για τη διακοπή του καπνίσματος, δεν φάνηκαν σημαντικές διαφορές, αν και υπήρχε μία τάση υπέρ της βουπροπιόνης. Επίσης, στους ασθενείς που είχαν ιστορικό καταθλιπτικής νόσου, παρατηρήθηκαν μεγαλύτερα ποσοστά αποχής από το κάπνισμα με

τη βουπροπιόνη σε σχέση με τη νορτριπυλίνη, (33% έναντι 13%, αντίστοιχα).

Το χαμηλότερο κόστος της νορτριπυλίνης σε σχέση με τη βουπροπιόνη θα πρέπει να εξετασθεί σε συνάρτηση με τις ανεπιθύμητες ενέργειες και τους κινδύνους, καθώς η νορτριπυλίνη έχει συσχετισθεί με υψηλότερα ποσοστά σοβαρών καρδιακών συμβαμάτων σε ασθενείς με ισχαιμική καρδιακή νόσο<sup>39</sup>.

Η δοξεπίνη, η φλουοξετίνη και η μοκλοπεμιδη έχουν δοκιμασθεί στη διακοπή του καπνίσματος χωρίς επιτυχία<sup>40</sup>.

Το κάπνισμα μπορεί να θεωρηθεί ως ένας τρόπος ελάττωσης του άγχους και της αγωνίας και έχει μελετηθεί η πιθανή αποτελεσματικότητα των αγχολυτικών φαρμάκων στη διακοπή του καπνίσματος. Η βουσπιρόνη έχει συσχετισθεί με ελάττωση των στερητικών συμπτωμάτων και της επιθυμίας για κάπνισμα<sup>40</sup>, αλλά δεν έχει βρεθεί να είναι αποτελεσματική στη διακοπή του καπνίσματος.

Έχει επίσης ερευνηθεί η αποτελεσματικότητα των ανταγωνιστών οπιοειδών ναλτρεξόνη και ναλοξόνη στη διακοπή του καπνίσματος, τα δε αποτελέσματα ήταν ποικίλα<sup>40,41</sup>.

#### **B.4.4.2. Άλλες φαρμακολογικές θεραπείες**

Σε κλινικές μελέτες έχουν δοκιμασθεί και άλλες φαρμακολογικές θεραπείες αλλά η χρήση τους στη διακοπή του καπνίσματος δεν έχει ακόμη εγκριθεί<sup>1,5,6,7,14</sup>. Η μεκαμυλαμίνη, είναι ένας ανταγωνιστής υποδοχέων νικοτίνης, με άδεια χρήσης ως αντιυπερτασικό και έχει μελετηθεί ως θεραπεία για τη διακοπή του καπνίσματος, είτε μόνη της είτε σε συνδυασμό με αυτοκόλλητα νικοτίνης<sup>42</sup>.

Η κλονιδίνη, μια ιμιδαζολίνη που χρησιμοποιείται στην αντιμετώπιση της υπέρτασης, έχει επίσης βρεθεί ότι έχει περιορισμένη αποτελεσματικότητα ως θεραπεία για τη διακοπή του καπνίσματος<sup>43,44,45</sup>. Στις κατευθυντήριες οδηγίες έχει προταθεί ως δεύτερης γραμμής φάρμακο<sup>5</sup>. Ωστόσο, ανεπιθύμητες ενέργειες όπως υπνηλία, κόπωση και ξηροστομία μπορεί να περιορίσουν τη χρήση του και την καθιστούν φάρμακο με δευτερεύοντα ρόλο στη διακοπή του καπνίσματος<sup>40</sup>.

Η λομπελίνη, ένα αλκαλοειδές παρόμοιο με τη νικοτίνη, έχει επίσης χρησιμοποιηθεί ως θεραπεία για τη διακοπή του καπνίσματος<sup>40,46</sup>, καθώς προκαλεί δυσάρεστη γεύση όταν συνδυάζεται με τον καπνό του τσιγάρου αποτρέποντας έτσι το κάπνισμα<sup>47</sup>. Η λομπελίνη είναι ένας μερικός αγωνιστής νικοτίνης που προέρχεται από τα φύλλα ενός είδους Ινδιάνικου καπνού (*Lobelia inflata*) και έχει χρησιμοποιηθεί σε εξατομικευμένες θεραπείες. Όμως, προς το παρόν δεν υπάρχουν επαρκή στοιχεία που να στηρίζουν τη χρήση της λομπελίνης στη διακοπή του καπνίσματος.

Η γλυκόζη έχει αναγνωρισθεί ως ένας δυνητικά φθηνός και απλός τρόπος βοήθειας για τη διακοπή του καπνίσματος, με μέτρια αποτελεσματικότητα. Υπάρχουν στοιχεία που υποστηρίζουν ότι μασώντας ταμπλέτες γλυκόζης κατά τη διάρκεια της διακοπής του καπνίσματος, μπορεί να ελαττωθεί η επιθυμία για κάπνισμα <sup>48,49</sup>.

#### **B.4.4. Εναλλακτικές θεραπείες**

##### **B.4.4.1. Βελονισμός**

Ο Βελονισμός είναι μία φυσική μέθοδος απεξάρτησης από τη νικοτίνη, ανώδυνη, ακίνδυνη και προσιτή. Με μία έως πέντε επισκέψεις, ανάλογα με την ιδιοσυγκρασία, την ψυχική και σωματική κατάσταση του ατόμου, το περιβάλλον στο οποίο ζει και εργάζεται, την χρήση ή όχι ψυχοφαρμάκων κλπ, υπάρχουν πολλές δυνατότητες να απαλλαγεί ο καπνιστής από την εξάρτησή του. Δεν έχουν ιδιαίτερη σημασία τα χρόνια και ο αριθμός των τσιγάρων που καπνίζει. Σημασία έχει να προσπαθήσει όταν αισθανθεί έτοιμος. Με τις ειδικές τεχνικές του βελονισμού, μεγάλος αριθμός ενδογενών ουσιών (ουσίες που παράγονται από κύτταρα ή ιστούς του σώματος) μεταφέρονται με την κυκλοφορία του αίματος, με το εγκεφαλονωτιαίο υγρό και με τις νευρικές ίνες σε ειδικά κύτταρα – στόχους στον εγκέφαλο (ενδορφινεργικούς, σεροτονινεργικούς και ντοπαμινεργικούς νευρώνες του εγκεφάλου). Εκεί, οι ουσίες αυτές μιμούνται από τη δράση της νικοτίνης «συμπληρώνοντας» με ενδογενείς ουσίες το κενό που δημιουργείται από την έλλειψη της <sup>50</sup>.

##### **B.4.4.2. Υπνοθεραπεία**

Η ανασκόπηση Cochrane επί 9 μικρών μελετών υπνοθεραπείας, δεν τη βρήκε πιο αποτελεσματική από άλλες παρεμβάσεις συμπεριφοράς. Είναι πολύ δύσκολο να εκτιμηθεί η αποτελεσματικότητα της υπνοθεραπείας λόγω αδυναμίας σύγκρισης με μια εικονική διαδικασία, που θα μπορούσε να ελέγξει για πιθανές μη ειδικές δράσεις.

## **B.5. ΠΟΙΟ ΕΙΝΑΙ ΤΟ ΜΕΛΛΟΝ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΔΙΑΚΟΠΗΣ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ**

Τα στοιχεία που υπάρχουν από προκλινικές και κλινικές μελέτες δείχνουν ότι διάφορα νευροδιαβιβαστικά συστήματα εμπλέκονται στη νευροβιολογία της εξάρτησης από τη νικοτίνη και ότι η παθοφυσιολογία κάποιων παθήσεων των καπνιστών αυξάνει, δυνητικά, τον κίνδυνο για κάπνισμα ή την υποτροπή στο κάπνισμα μετά από διακοπή<sup>51</sup>.

Έτσι λοιπόν, διάφορα φάρμακα που χρησιμοποιούνται για άλλες παθήσεις, όπως για παράδειγμα για κατάθλιψη, αλκοολισμό, ν. Parkinson και επιληψία, έχουν δοκιμαστεί στη θεραπεία των καπνιστών που δεν μπορούν να διακόψουν το κάπνισμα με τις συνήθεις εγκεκριμένες θεραπευτικές προσεγγίσεις της απεξάρτησης από τη νικοτίνη<sup>52,53</sup>, με φτωχά σχετικά αποτελέσματα στο γενικό πληθυσμό.

Διάφορες ουσίες, όπως εκλεκτικοί ανταγωνιστές των κανναβινοειδών υποδοχέων (CB1) (Rimonabant)<sup>54</sup>, αγωνιστές των υποδοχέων μεταμποτροπικού glutamate (mGlu5)<sup>55</sup>, ανταγωνιστές των υποδοχέων της 5-υδροξυτρυπταμίνης (5-HT 1A), ανταγωνιστές των ντοπαμινικών υποδοχέων DAD3 (BP 897)<sup>56</sup>, οι αγωνιστές των υποδοχέων GABA<sub>B</sub><sup>57</sup>, οι εκλεκτικοί αναστολείς των υποδοχέων MAO- B (Selegiline/Eldepryl), και εκλεκτικοί αγωνιστές των νικοτινικών υποδοχέων ακετυλοχολίνης β2 (nACh) (Varenicline)<sup>58</sup> βρίσκονται σε επίπεδο προκλινικής ή κλινικής έρευνας και κάποιες από αυτές φαίνονται να προσφέρουν σημαντικά αποτελέσματα στη διακοπή του καπνίσματος (Rimonabant, Selegiline, Varenicline). Απαιτούνται όμως περισσότερες μελέτες για την τεκμηρίωση του οφέλους που προσφέρουν μακροπρόθεσμα.

Τα εμβόλια, τα οποία επάγουν την παραγωγή αντινικοτινικών αντισωμάτων και το ενδαγγειακό sequestration της νικοτίνης μετά από κάπνισμα βρίσκονται σε φάση ανάπτυξης και κάποια από αυτά έχουν ήδη δοκιμασθεί σε ανθρώπους σε μελέτες φάσης I (Xenova Research United και Cytos Biotechnology AG)<sup>59,60</sup>, έχουν δείξει καλή αποτελεσματικότητα, ενώ είναι σε γενικές γραμμές ασφαλή και καλά ανεκτά, Ένα τρίτο εμβόλιο, το NicVAX, βρίσκεται ακόμη υπό έρευνα σε μελέτες φάσης Π. Χρειάζονται περισσότερα στοιχεία προκειμένου να κατανοηθούν καλύτερα οι αλληλεπιδράσεις και η μακροπρόθεσμη ασφάλεια αυτών των εμβολίων.

**Πίνακας 3.** Κλινικές κατευθυντήριες οδηγίες για τη συνταγογράφηση φαρμακευτικής θεραπείας, για τη διακοπή του καπνίσματος.

<p>Ποιος πρέπει να λάβει φαρμακευτική θεραπεία για τη διακοπή του καπνίσματος;</p>	<p>Όλοι οι καπνιστές που προσπαθούν να διακόψουν το κάπνισμα, εκτός από ορισμένες ειδικές περιπτώσεις. Ιδιαίτερη προσοχή θα πρέπει να δίνεται πριν τη χρήση φαρμακευτικής θεραπείας, σε ειδικούς πληθυσμούς όπως άτομα με ιατρικές αντενδείξεις, άτομα που καπνίζουν λιγότερα από 10 τσιγάρα την ημέρα, έγκυες/ θηλάζουσες γυναίκες και έφηβοι καπνιστές .</p>
<p>Ποιες είναι οι φαρμακευτικές θεραπείες πρώτης γραμμής, που συνιστώνται;</p>	<p>Συνιστώνται έξι φαρμακευτικές αγωγές για τη βουπροπιόνη βραδείας αποδέσμευσης, την τσίχλα νικοτίνης, την εισπνεόμενη νικοτίνη, τους ρινικούς ψεκασμούς νικοτίνης, τα αυτοκόλλητα νικοτίνης και την βαρενικλίνη.</p>
<p>Ποιους παράγοντες θα πρέπει να λαμβάνουν υπ' όψιν οι γιατροί, όταν επιλέγουν ανάμεσα στις έξι φαρμακευτικές θεραπείες πρώτης γραμμής;</p>	<p>Η επιλογή μιας συγκεκριμένης φαρμακευτικής θεραπείας πρώτης γραμμής πρέπει να υπαγορεύεται από παράγοντες όπως η εξοικείωση του γιατρού με τα φάρμακα, οι αντενδείξεις για κάποιους ασθενείς, η προτίμηση του ασθενούς, η προηγούμενη εμπειρία του ασθενούς με κάποια συγκεκριμένη φαρμακευτική αγωγή (θετική ή αρνητική) και οι ιδιαιτερότητες κάθε ασθενούς (π.χ. ιστορικό κατάθλιψης, ανησυχία για την αύξηση του βάρους).</p>
<p>Ποιες φαρμακευτικές θεραπείες δεύτερης γραμμής προτείνονται;</p>	<p>Η κλονιδίνη και η νορτριπυλίνη.</p>

<p>Πότε πρέπει να χρησιμοποιούνται τα φάρμακα δεύτερης γραμμής, για τη θεραπεία της εξάρτησης από τον καπνό;</p>	<p>Θα πρέπει να συνταγογραφούνται σε ασθενείς που δεν μπορούν να χρησιμοποιήσουν πρώτης γραμμής φάρμακα, είτε εξ' αιτίας αντενδείξεων, είτε γιατί δεν τους φάνηκαν χρήσιμα σε προηγούμενη προσπάθεια διακοπής. Οι ασθενείς θα πρέπει να παρακολουθούνται για τις γνωστές παρενέργειες των φαρμάκων δεύτερης γραμμής.</p>
<p>Ποιες φαρμακευτικές αγωγές θα πρέπει να προτείνονται σε ασθενείς που ανησυχούν ιδιαίτερα για την αύξηση του βάρους;</p>	<p>Η βουπροπιόνη βραδείας αποδέσμευσης, η βαρενικλίνη και οι θεραπείες με υποκατάστατα νικοτίνης, ιδιαίτερα η τσίχλα νικοτίνης, έχει δειχθεί ότι καθυστερούν, αλλά δεν αποτρέπουν, την αύξηση του βάρους.</p>
<p>Υπάρχουν φαρμακευτικές θεραπείες που θα πρέπει να τις σκεφτόμαστε σε ασθενείς με ιστορικό κατάθλιψης;</p>	<p>Η βουπροπιόνη βραδείας αποδέσμευσης και η νορτριπτυλίνη φαίνεται ότι είναι πιο αποτελεσματικές σε αυτούς τους ασθενείς</p>
<p>Θα πρέπει οι θεραπείες υποκατάστασης νικοτίνης να αποφεύγονται σε ασθενείς με καρδιαγγειακά νοσήματα;</p>	<p>Όχι. Συγκεκριμένα, τα αυτοκόλλητα νικοτίνης είναι ασφαλή και δεν έχει δειχθεί ότι προκαλούν παρενέργειες από το καρδιαγγειακό.</p>

<p>Μπορούν οι φαρμακευτικές αγωγές για την εξάρτηση από τον καπνό να χρησιμοποιηθούν επί μακρύ χρονικό διάστημα;</p>	<p>Ναι. Αυτή η προσέγγιση μπορεί να φανεί χρήσιμη σε καπνιστές που αναφέρουν επίμονα συμπτώματα στέρησης κατά τη διάρκεια της θεραπείας με φαρμακευτικά σκευάσματα ή σε αυτούς που επιθυμούν μακροπρόθεσμη θεραπεία. Μια μειοψηφία ατόμων που διακόπτουν το κάπνισμα επιτυχώς, χρησιμοποιούν κατά βούληση φάρμακα υποκατάστασης νικοτίνης (τσίχλα, εισπνοές, ρινικούς ψεκασμούς) μακροπρόθεσμα. Η μακροπρόθεσμη χρήση αυτών των φαρμάκων δεν παρουσιάζει κάποιο γνωστό κίνδυνο για την υγεία. Επιπλέον, προτείνεται και η χρήση της υδροχλωρικής βουπροπιόνης βραδείας αποδέσμευσης, με την ένδειξη της μακροπρόθεσμης συντήρησης.</p>
<p>Μπορούν οι φαρμακευτικές θεραπείες κάποτε να συνδυαστούν;</p>	<p>Ναι. Υπάρχει η ένδειξη ότι συνδυάζοντας τα αυτοκόλλητα νικοτίνης, είτε με την τσίχλα νικοτίνης, είτε με τους ρινικούς ψεκασμούς νικοτίνης, αυξάνονται τα ποσοστά μακροπρόθεσμης αποχής, συγκριτικά με αυτά που προκύπτουν από τη χορήγηση ενός μόνο φαρμάκου υποκατάστασης νικοτίνης. Καλύτερα αποτελέσματα επιτυχούς αποχής από το κάπνισμα προκύπτουν και από το συνδυασμό υδροχλωρικής βουπροπιόνης βραδείας αποδέσμευσης με αυτοκόλλητα νικοτίνης. Η ασφάλεια και η αποτελεσματικότητα της βαρενικλίνης σε συνδυασμό με άλλες θεραπείες διακοπής του καπνίσματος δεν έχουν μελετηθεί.</p>



**Πίνακας 4.** Μορφές υποκατάστατων νικοτίνης που κυκλοφορούν διεθνώς

1. Διαδερμικά υποκατάστατα νικοτίνης
  - 5 mg, 10 mg, 15 mg 16 ώρες/24ωρο (Nicorette, Pharmacia)
  - 7 mg, 14 mg, 21 mg το 24ωρο (Nicotinelles TTS 10 και TTS 30 (Novartis Consumer Health)
  - 7 mg, 14 mg, 21 mg (NiQuitin CQ, GlaxoSmithKline (GSK)
2. Μασώμενες τσίχλες νικοτίνης
  - 2 mg, 4 mg (Nicorette, Pharmacia) (Nicotinelles, Novartis Consumer Health)
3. Υπογλώσσσιες ταμπλέτες νικοτίνης
  - 2 mg (Nicorette Microtab, Pharmacia)
4. Χάπια νικοτίνης
  - 1 mg (Nicotinelles, Novartis Consumer Health)
5. Συσκευή εισπνοών με επιστόμιο για νικοτίνη
  - 10 mg (Nicorette Inhalator, Pharmacia)
6. Ρινικό σπρέη νικοτίνης
  - 0,5 mg ανά ψεκασμό (Nicorette, Pharmacia)
7. Χάπια νικοτίνης
  - 2 mg και 4 mg (NiQuitin CQ, GlaxoSmithKline (GSK)

## **B.6. ΙΑΤΡΕΙΑ ΔΙΑΚΟΠΗΣ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ**

Υπάρχουν εξωτερικά ιατρεία διακοπής του καπνίσματος στα δημόσια νοσοκομεία και κέντρα υγείας. Την τελευταία 5ετία έγινε μια μεγάλη προσπάθεια με πρωτοβουλία των γιατρών, και κυρίως των πνευμονολόγων, για τη δημιουργία τέτοιων ιατρείων σε πολλά νοσοκομεία.

Υπάρχουν 35 σε όλη την Ελλάδα σε νοσοκομεία και 20 που αναπτύσσονται τώρα σε διάφορα κέντρα υγείας. Τα ιατρεία αυτά είναι κρατικά και είναι γνωστή στην επιστημονική κοινότητα η μεθοδολογία με την οποία δουλεύουν σύμφωνα με τα διεθνή standards. Αυτό σημαίνει ότι χορηγούν την προτεινόμενη αγωγή από τις διεθνείς οδηγίες για τη διακοπή του καπνίσματος. Δίνουμε δηλαδή, φάρμακα πρώτης γραμμής και όχι πειραματικά φάρμακα. Φυσικά, εκτός από τα φάρμακα παρέχεται και συμβουλευτική και ψυχολογική υποστήριξη. Οι υπηρεσίες τους προσφέρονται δωρεάν μέσω του Ε.Σ.Υ.

Τα άτομα που προσέρχονται στο ιατρείο προέρχονται από όλες τις ηλικίες, τα φύλα και τις βαθμίδες εξάρτησης από τη νικοτίνη και συνήθως μαθαίνουν για την ύπαρξη του ιατρείου από κάποιο γνωστό ή φιλικό πρόσωπο. Οι καπνιστές προσέρχονται μετά από προκαθορισμένο ραντεβού μέσω της γραμματείας των Τακτικών Εξωτερικών Ιατρείων.

Σε πρώτη φάση καθορίζεται μια συνάντηση όπου το άτομο συμπληρώνει ένα ειδικό ερωτηματολόγιο, στόχος του οποίου είναι να αναδείξει το βαθμό εξάρτησής του από το τσιγάρο και το βαθμό αποφασιστικότητας του να πετύχει. Στην αρχική φάση γίνεται επιπρόσθετα και απλός σπιρομετρικός έλεγχος, ακτινογραφία θώρακα και έλεγχος κρεατινίνης ούρων.

Στη συνέχεια πραγματοποιείται συνέντευξη μαζί του, ώστε να αντληθούν πληροφορίες για το ιατρικό ιστορικό, για τυχόν κοινωνικά ή οικογενειακά προβλήματα και βεβαίως για τα προσωπικά κίνητρα που οδήγησαν στην απόφαση για την προσπάθεια διακοπής.

Δεν είναι λίγες οι περιπτώσεις των ατόμων που ζητούν βοήθεια επικαλούμενοι προσωπικά προβλήματα υγείας, γονιμότητας ή ακόμη και δευτερεύουσες, φαινομενικά ασήμαντες αιτίες, όπως τη δυσάρεστη οσμή των ρούχων και των μαλλιών τους.

Με την είσοδο στο πρόγραμμα το άτομο λαμβάνει τόσο ψυχολογική, όσο και φαρμακολογική υποστήριξη. Το ιατρείο διαθέτει συνεργαζόμενο ψυχολόγο αλλά και ψυχίατρο και μπορεί να παρέχει συμβουλευτική και ψυχική υποστήριξη σε όλα τα μέλη. Όσον αφορά τη φαρμακευτική αγωγή, που εποπτεύεται από ιατρούς, συνίσταται στη χορήγηση αυτοκόλλητων βραδείας αποδέσμευσης νικοτίνης και τσιχλών νικοτίνης καθώς και βουπροπριόνης, μιας ουσίας που δρα στον εγκέφαλο και ελαττώνει τα συμπτώματα του συνδρόμου στέρησης.

Η περίοδος του πρώτου μήνα είναι καθοριστική για τη συνέχεια της θεραπείας και το δίμηνο είναι ενδεικτικό της θετικής πορείας προς την απεξάρτηση. Αυτό βεβαίως δεν σημαίνει πως αν ένα άτομο δυσκολεύεται να απεξαρτηθεί δεν του χορηγείται παράταση χρόνου, ωστόσο είναι χρήσιμο να έχει από πριν οριστεί μια ημερομηνία, μέχρι την έλευση της οποίας ο ενδιαφερόμενος θα πρέπει να έχει διακόψει το κάπνισμα.

Καθ' όλη τη διάρκεια του προγράμματος, επίσης, υπάρχει τηλεφωνική επικοινωνία, που αποσκοπεί στον έλεγχο της πορείας του ατόμου (τήρηση του προγράμματος, εντοπισμός τυχόν φαρμακευτικών παρενεργειών) και στην παροχή ψυχικής υποστήριξης.

Τέλος, μία φορά το μήνα ορίζονται συναντήσεις των μελών, παρουσία των υπευθύνων του προγράμματος, όπου ανταλλάσσονται απόψεις και παρέχεται στα πρώτα η δυνατότητα να λάβουν θάρρος και νέα κίνητρα για να συνεχίσουν την προσπάθεια.

Η όλη προσπάθειά των ιατρικών διακοπής καπνίσματος θεωρούμε ότι στέφεται με επιτυχία όχι μόνο από το ποσοστό διακοπής αλλά και από το γεγονός ότι γίνεται πλέον φανερό πως οι καπνιστές ολοένα και περισσότεροι μπαίνουν στην σκέψη διακοπής του καπνίσματος. Δεν έχει σημασία το ποσοστό, αλλά έστω και ένας να διακόψει, το όφελος είναι πολλαπλό. Βεβαίως γίνεται άνισος αγώνας των ιατρικών διακοπής καπνίσματος με τις καπνοβιομηχανίες (π.χ διαφήμιση).

### **B.6.1. Ιατρεία Διακοπής Καπνίσματος που λειτουργούν σε Νοσοκομεία και Δημοτικά Ιατρεία**

#### **Αττική**

Ευγενίδειο Θεραπευτήριο (210 7293407)

Πολυκλινική Ολυμπιακού Χωριού (210 2420000)

ΝΝΘΑ("Σωτηρία") (210 7703555)

Σισμανόγλειο Γ.Ν. (210 80447165)

NIMΤΣ (210 7288104)

ΠΓΝ Νίκαιας (210 4252850)

Θριάσιο Γ.Ν. Ελευσίνας (210 5534200)

Θεραπευτήριο "ΥΓΕΙΑ" (210 6867432)

ΚΑΤ (210 6280702)

Δημοτικά Ιατρεία Δήμου Βύρωνα (210 7665906)

Δημοτικά Ιατρεία Δήμου Καλλιθέας (210 9532712)

**Θεσσαλονίκη**

Πανεπιστημιακή Πνευμονολογική Κλινική Νοσοκομείου Γ. Παπανικολάου  
Θεσσαλονίκης (2310 358278, 2310 357788, 2310 350178)

Β' Πνευμονολογική Κλινική Νοσοκομείου Γ. Παπανικολάου Θεσσαλονίκης (2310  
350272, 2310 350270)

Γ.Π.Ν Παπαγεωργίου Θεσσαλονίκης, Πνευμονολογικό Τμήμα (2310 693263)

Θεαγένειο Αντικαρκινικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης, Πνευμονολογικό Τμήμα  
(2310 898603)

**Σέρρες**

Ιατρείο Απεξάρτησης Καπνίσματος του Αντικαπνιστικού Συλλόγου Νομού Σερρών  
(29320 133480)

**Κρήτη**

Γενικό Νοσοκομείο Χανίων (28210 22933)

Γενικό Νοσοκομείο Ρεθύμνου (28310 87186)

Βενιζέλειο Νοσοκομείο Ηρακλείου (2810 368000)\*

ΠΕΠΑΓΝ Ηρακλείου (2810 392433)

**Ιωάννινα**

ΠΕΠΑΓΝ Ιωαννίνων (26510 99257)

**Λάρισα**

ΠΕΠΑΓΝ Θεσσαλίας (2410 551962- 565265)

**Πάτρα**

ΠΕΠΑΓΝ Ρίου (2610 999713) ΝΝΘ Πατρών (2610 337343)

**Κόρινθος**

Γενικό Νοσοκομείο Κορίνθου (27410 20188)

**Ανοιχτή συμβουλευτική γραμμή Ινστιτούτου Κοινωνικής και Προληπτικής  
Ιατρικής (2107222727)**

## Γ. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

### Γ.1 .ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Σκοπός αυτής της εργασίας είναι η μελέτη της επίδρασης του φύλου, της ηλικίας, των κοινωνικο-οικονομικών χαρακτηριστικών και του ιατρικού προφίλ των ατόμων που απευθύνθηκαν στο ιατρείο διακοπής καπνίσματος του Βενιζέλειου-Παννάειου Νοσοκομείου Ηρακλείου καθώς και το ποσοστό επιτυχούς διακοπής καπνίσματος όπως προκύπτει από αυτήν.

#### Γ.1.1.ΣΥΓΚΕΚΡΙΜΕΝΟΙ ΣΤΟΧΟΙ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Η παρούσα μελέτη έχει ως στόχο να απαντήσει στα παρακάτω ερευνητικά ερωτήματα:

- ❖ ποια η κίνηση του ιατρείου διακοπής καπνίσματος ανά έτος.
- ❖ ποια η αναλογία ανδρών-γυναικών καπνιστών που προσήλθαν στο ιατρείο και ποια η επίδραση του φύλου στην επιτυχή έκβαση της θεραπείας.
- ❖ ποιες ηλικιακές ομάδες αναζητούν περισσότερο βοήθεια για διακοπή καπνίσματος .
- ❖ πώς επηρεάζει η κοινωνικο-οικονομική κατάσταση των καπνιστών του δείγματος στην αναζήτηση βοήθειας για τη διακοπή του καπνίσματος και ποιο το αντίστοιχο ποσοστό επιτυχούς διακοπής.
- ❖ πόσο επηρέασαν τους καπνιστές προηγούμενες ανεπιτυχείς προσπάθειες διακοπής καπνίσματος στο να αναζητήσουν νέα βοήθεια και πόσοι από αυτούς τελικά το διέκοψαν-σύγκριση με καπνιστές χωρίς προηγούμενες προσπάθειες.
- ❖ πόσο επηρεάζει η ύπαρξη ενός βεβαρημένου ιατρικού ιστορικού του καπνιστή την προσφυγή στο ιατρείο διακοπής καπνίσματος και την επιτυχή έκβαση της θεραπείας.
- ❖ πόσο σημαντικό ρόλο αποτελεί η κατανάλωση αλκοόλ στην αναζήτηση για βοήθεια και στην επιτυχή διακοπή καπνίσματος.
- ❖ πώς ο βαθμός εξάρτησης από την νικοτίνη επηρεάζει την επιτυχή διακοπή του καπνίσματος.

## Γ.2. ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Για την συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε:

I) Δομημένο ερωτηματολόγιο (βλ. παράρτημα), που δημιουργήθηκε σύμφωνα με τους αντικειμενικούς στόχους του ιατρείου διακοπής καπνίσματος. Το ερωτηματολόγιο αυτό περιλαμβάνει ερωτήσεις στις εξής θεματικές ενότητες:

**ια)** προσωπικά δεδομένα

Η ενότητα αυτή εμπεριέχει πληροφορίες με το όνομα, την ηλικία και το φύλο.

**ιβ)** κοινωνικο-οικονομικά χαρακτηριστικά

Στην ενότητα αυτή περιλαμβάνονται ερωτήσεις σχετικά με το επάγγελμα, την οικονομική κατάσταση και το μορφωτικό επίπεδο.

**ιγ)** ιατρικό ιστορικό-ατομικό αναμνηστικό

Οι ερωτήσεις εδώ αφορούν την καταγραφή γνωστών προβλημάτων υγείας σχετικά με το αναπνευστικό και καρδιαγγειακό σύστημα και την κατανάλωση ή μη αλκοόλ.

**ιδ)** προηγούμενες προσπάθειες διακοπής καπνίσματος

Σε αυτό το σημείο οι ερωτήσεις αποσαφηνίζουν εάν έχουν γίνει προηγούμενες προσπάθειες διακοπής καπνίσματος, η διάρκεια διακοπής και εάν αυτές συνοδεύονταν με χρήση ή όχι υποκατάστατων νικοτίνης, υδροχλωρικής βουπροπιόνης βραδείας αποδέσμευσης.

**ιε)** αντικειμενική εξέταση-εργαστηριακός έλεγχος

Ολοκληρώνοντας το ερωτηματολόγιο συμπληρώνονται στον φάκελο του καπνιστή τα αποτελέσματα της σπιρομέτρησης και τα ευρήματα της ακτινογραφίας θώρακος .

ii) Δομημένο ερωτηματολόγιο που αφορά την κλίμακα εξάρτησης από την νικοτίνη-κλίμακα fagerstrom (βλ. παράρτημα).

Οι ερωτήσεις σχετίζονται με τον χρόνο(πρώτο τσιγάρο ημέρας, περισσότερα τσιγάρα πρωί-βράδυ), τον αριθμό των τσιγάρων και την δυσκολία αποχής από το κάπνισμα λόγω απαγόρευσης. Κάθε απάντηση βαθμολογείται με καθορισμένους πόντους και το σύνολο των πόντων δείχνει το βαθμό εξάρτησης (ήπια-μέτρια-βαριά).

iii) Κάρτα ελέγχου καταλληλότητας του καπνιστή για την λήψη υδροχλωρικής βουπροπιόνης βραδείας αποδέσμευσης (βλ. παράρτημα).

Η κάρτα αυτή περιέχει ερωτήσεις οι οποίες βοηθούν τον θεράποντα ιατρό να εκτιμήσει την καταλληλότητα χορήγησης της συγκεκριμένης ουσίας χωρίς εμφάνιση ανεπιθύμητων παρενεργειών ( αλληλεπίδραση με άλλα φάρμακα, αλλεργία, απαγορευτικό ιατρικό ιστορικό).

## Δ. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

### Δ.1. ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

Κατά την περιγραφική ανάλυση των δεδομένων θα παρουσιαστούν συχνότητες, απόλυτες και σχετικές, καθώς και επικρατούσες τιμές των ποιοτικών μεταβλητών. Όσον αφορά τις συνεχείς μεταβλητές, θα δοθούν μέσοι όροι και τα αντίστοιχα διαστήματα εμπιστοσύνης τους.

Ξεκινώντας, έχουμε τον παρακάτω πίνακα,

**Πίνακας 1.1**

		ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ.	Στήλη Ν %
ΦΥΛΟ	ΓΥΝΑΙΚΕΣ	133	39,8%
	ΑΝΔΡΕΣ	201	60,2%
	ΣΥΝΟΛΟ	334	100%
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ	ΝΟΣ. ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ	18	5,4%
	ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ/ΡΙΑ	21	6,3%
	ΙΑΤΡΟΣ	12	3,6%
	ΑΛΛΟ	283	84,7%
ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	ΚΑΛΗ	103	30,8%
	ΜΕΣΑΙΑ	221	66,2%
	ΕΥΠΟΡΟΣ	10	3,0%
ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ	ΔΗΜΟΤΙΚΟ	71	21,3%
	ΓΥΜΝΑΣΙΟ	61	18,3%
	ΛΥΚΕΙΟ	85	25,4%
	ΤΕΙ	48	14,4%
	ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ	69	20,7%
ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ	ΑΣΘΜΑ	32	9,6%
	ΧΑΠ	82	24,6%
	ΚΑΝΕΝΑ	216	64,7%
	ΑΠΝΟΙΑ ΥΠΝΟΥ	4	1,2%
ΚΑΡΔΙΑΑΓΓΕΙΑΚΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ	ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑ	43	13,0%
	ΚΑΝΕΝΑ	284	85,5%
	Κ.Α.	5	1,5%

ΑΕΕ	ΟΧΙ	331	99,1%
	ΝΑΙ	3	,9%
ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗ ΑΛΚΟΟΛ	ΟΧΙ	293	87,7%
	ΝΑΙ	41	12,3%
ΑΚΤΙΝΟΓΡΑΦΙΑ ΘΩΡΑΚΟΣ	ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΗ	238	71,9%
	ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ	93	28,1%
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ	ΔΙΑΚΟΠΗ	53	15,9%
	ΣΥΝΕΧΕΙΑ	114	34,1%
	ΧΑΘΗΚΕ	167	50,0%
Fagerstrom	0-3	17	5,1%
	4-6	102	30,8%
	7-10	212	64,0%

Στον πίνακα 1.1 παρατίθενται συχνότητες ποιοτικών μεταβλητών για το σύνολο των ατόμων που επισκέφθηκαν το ιατρείο διακοπής καπνίσματος. Όπως, βλέπουμε το σύνολο των ατόμων είναι ίσο με 334 άτομα, στην πλειοψηφία τους άνδρες(60,2%). Επιπλέον, ανήκουν σε επαγγέλματα εκτός του ιατρικού χώρου, και στην μεσαία τάξη κατά δήλωσή τους. Όσον αφορά το εκπαιδευτικό τους επίπεδο τα πράγματα φαίνονται μάλλον μοιρασμένα και απλά αναφέρουμε ότι η επικρατούσα τιμή είναι απόφοιτοι Λυκείου με ποσοστό 25,4%.

Τα παραπάνω στοιχεία θα μπορούσαμε να πούμε ότι αφορούν το κοινωνικό προφίλ των ατόμων. Τα ακόλουθα, πάλι από τον πίνακα 1.1, αναφέρονται στο ιατρικό προφίλ-ιστορικό. Έχουμε, λοιπόν 64,7% των ατόμων ελεύθερα από νοσήματα του αναπνευστικού. Αν θέλουμε, όμως να δούμε ποίο είναι το συνηθέστερο, αυτό είναι η Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια με επιπολασμό στο σύνολο των επισκεπτών 24,6%. Ακολουθώντας, έχουμε το 85,5% χωρίς κάποιο καρδιολογικό πρόβλημα. Όπως είναι φανερό, μόνο το 0,9% παρουσίασε Αγγειακό Εγκεφαλικό Επεισόδιο, και το 12,3% δήλωσαν χρήστες αλκοόλ. Η ακτινογραφία θώρακος ήταν σε 238 άτομα φυσιολογική και σε 93 παθολογική. Η έκβαση της αγωγής, ήταν επιτυχής σε 53 άτομα (15,9%), χωρίς όμως να γνωρίζουμε την έκβαση 167 ατόμων, του 50% δηλαδή, καθώς χάθηκαν στο follow-up. Αν δεν λάβουμε υπόψιν τους τελευταίους, είχαμε επιτυχή έκβαση στο 31,7% περίπου των ασθενών.

Η τελευταία μεταβλητή που παρουσιάζεται στον πίνακα 1.1 είναι η κατάσταση των καπνιστών- επισκεπτών σε λίγο εξαρτημένους, μέτρια εξαρτημένους και πολύ



εξαρτημένους με τιμές 0-3, 4-6 και 7-10 αντίστοιχα της κλίμακας Fagerstrom. Η κλίμακα αυτή χρησιμοποιείται στο συγκεκριμένο ιατρείο για την κατάταξη των ασθενών στην κατάλληλη ομάδα εξάρτησης. Έτσι, έχουμε την πλειοψηφία των επισκεπτών (64%), να είναι πολύ εξαρτημένοι από τον καπνό.

### ΠΙΝΑΚΑΣ 1.2

		ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΣΤΗΛΗ N %
ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΔΙΑΚΟΠΩΝ ΚΑΠΝ.	ΠΟΛΛΕΣ	73	21,9%
	ΚΑΜΜΙΑ	95	28,4%
	ΜΙΑ	121	36,2%
	ΔΥΟ	45	13,5%
ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΕΛΕΥΤ. ΔΙΑΚΟΠΗΣ	<ΜΗΝΑ	88	43,6%
	>ΕΤΟΥΣ	48	23,8%
	1-3 ΜΗΝΕΣ	36	17,8%
	3-6 ΜΗΝΕΣ	30	14,9%
ΘΕΡ. ΖΥΒΑΝ	ΟΧΙ	329	98,5%
	ΝΑΙ	5	1,5%
ΥΠΟΚ. ΝΙΚΟΤΙΝΗΣ	ΟΧΙ	304	91,0%
	ΝΑΙ	30	9,0%

Στον πίνακα 1.2 παρουσιάζονται κάποια ακόμα στοιχεία για το ιατρικό ιστορικό των ασθενών. Η συνηθέστερη απάντηση όσον αφορά το ιστορικό καπνίσματος είναι μία προσπάθεια διακοπής, με ποσοστό 36,2%, και η συνηθέστερη διάρκεια διακοπής είναι μικρότερη του μήνα (43,6%). Επίσης, μόνο το 1,5% των καπνιστών ακολούθησε αγωγή με ΖΥΒΑΝ και το 9% αγωγή με υποκατάστατα νικοτίνης.

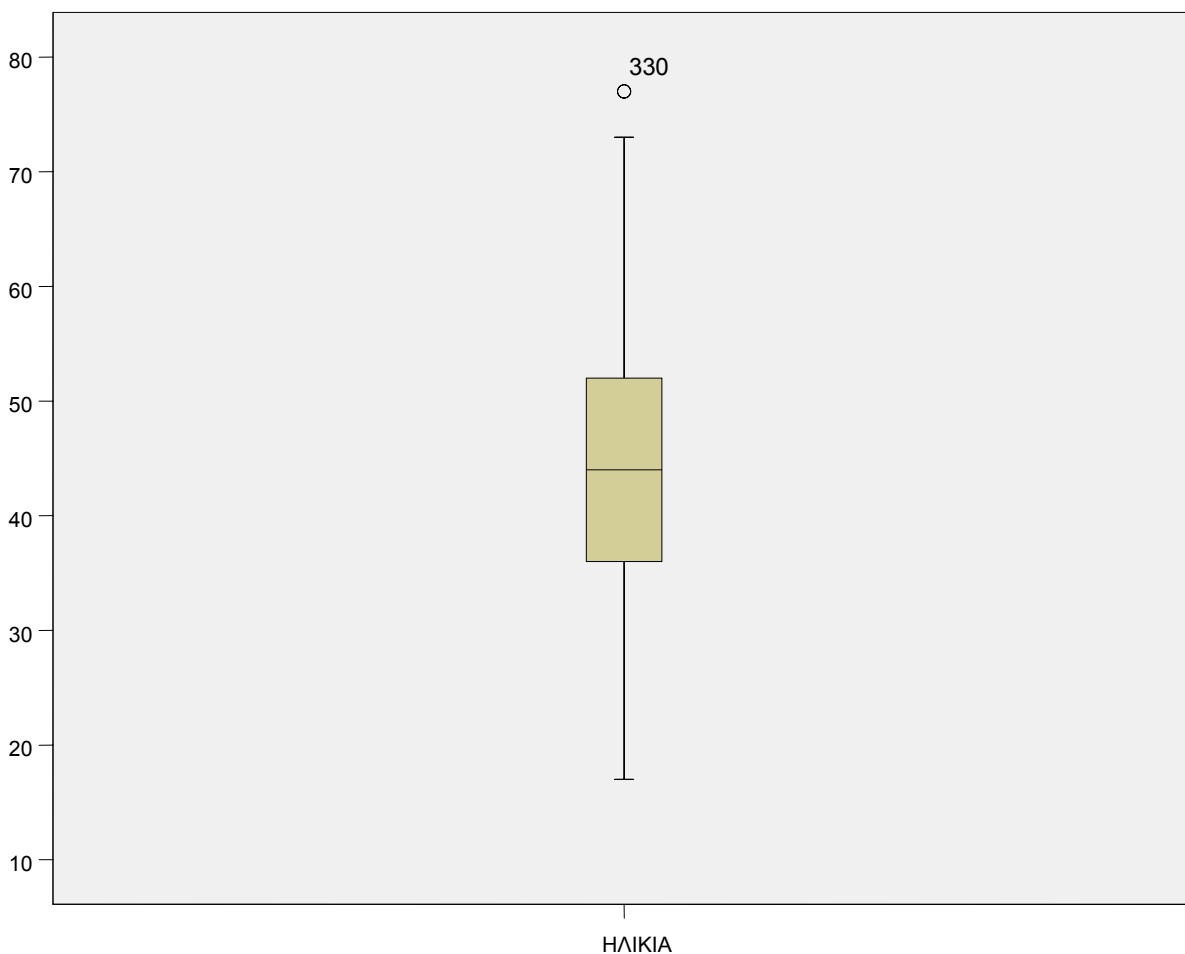
**ΠΙΝΑΚΑΣ 1.3**

		ΤΙΜΗ	ΤΣ
ΗΛΙΚΙΑ	ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ	44,53	,656
	95% ΔΕ του μέσου		
	Κάτω όριο	43,24	
	Πάνω όριο	45,82	
	Διάμεσος	44,00	
	Ελάχιστο	17	
	Μέγιστο	77	
	Εύρος	60	

Στον πίνακα 1.3 παρουσιάζονται μέτρα θέσης και διασποράς της ηλικίας. Όπως βλέπουμε η μέση ηλικία είναι 44,53 έτη με 95% διάστημα εμπιστοσύνης από 43,24- 45,82. Επίσης, αυτό που βλέπουμε είναι ότι η μέγιστη ηλικία φτάνει τα 77 έτη.

Από το διάγραμμα 1.1 που ακολουθεί έχουμε και μία εικόνα της κατανομής της ηλικίας. Όπως βλέπουμε, η κατανομή αυτή, είναι συμμετρική.

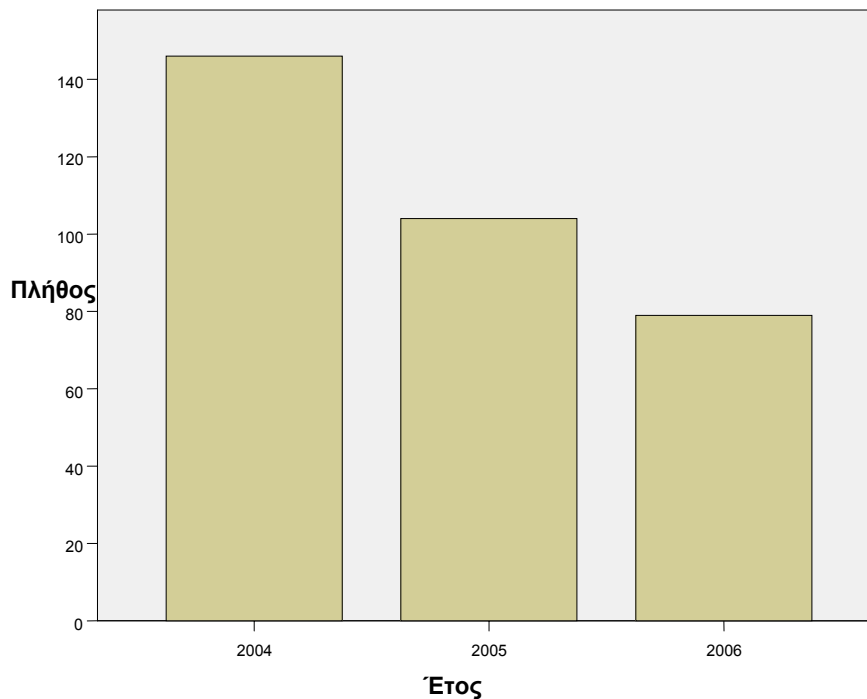
**ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 1.1**



**ΠΙΝΑΚΑΣ 1.4**

ΕΤΗ	Συχνότητα	Σχ. συχνότητα	Αθρ. συχνότητα
2004	146	43,7	44,0
2005	104	31,1	75,3
2006	81	24,3	99,1
2007	3	,9	100,0
Σύνολο	334	100,0	

Στον πίνακα 1.4, παρουσιάζεται η συχνότητα επισκέψεων των καπνιστών στο ιατρείο διακοπής καπνίσματος σε σχέση με τα έτη. Όπως βλέπουμε το 2004 είχαμε 146 επισκέψεις, ενώ το 2006, 81. Τα στοιχεία αυτά αποτυπώνονται και στο διάγραμμα 1.2 που ακολουθεί. Έχουν αφαιρεθεί τα δεδομένα του 2007 για να μην δημιουργούνται λανθασμένες εντυπώσεις.

**ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 1.2**

Όπως βλέπουμε στο παραπάνω διάγραμμα είμαστε σχεδόν σίγουροι ότι υπάρχει κάποια τάση μείωσης των επισκέψεων στο ιατρείο όσο φτάνουμε από το 2004 στο τέλος του 2006. Στο θέμα αυτό θα επανέλθουμε και αργότερα στην ανάλυση μας.

**Δ.2. ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΙΣ- ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΟΛΟΓΙΑ**

Σε αυτή την ενότητα θα γίνουν έλεγχοι συσχέτισεων ορισμένων μεταβλητών με το αποτέλεσμα της επίσκεψης ( διακοπή ή όχι). Τονίζουμε, ότι φιλτράρουμε τα δεδομένα και δεν λαμβάνουμε υπόψιν τους ασθενείς που χάθηκαν στο follow- up.

Οι έλεγχοι που θα χρησιμοποιηθούν είναι οι:

1. Pearson's  $\chi^2$
2. Όπου δεν μπορεί να χρησιμοποιηθεί ο παραπάνω έλεγχος θα γίνει χρήση του Fisher's exact test
3. Logistic regression.
4. Γραμμική παλινδρόμηση

Κάθε στατιστικός έλεγχος που θα ακολουθήσει θα ελεγχθεί σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 95%.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 2.1**

ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ				Pearson's p	Fisher's p	
	ΔΙΑΚΟΠΗ		ΣΥΝΕΧΕΙΑ				
	ΣΥΧΝ.	ΓΡΑΜΜΗ N %	ΣΥΧΝ.	ΓΡΑΜΜΗ N %			
ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑ	ΑΣΘΜΑ	5	35,7%	9	64,3%	,445(a)	
	ΧΑΠ	16	37,2%	27	62,8%		
	ΚΑΜΜΙΑ	32	30,2%	74	69,8%		
	ΑΠΝΟΙΑ ΥΠΝΟΥ	0	,0%	4	100,0%		
ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑ	ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑ ΝΟΣΟΣ	5	27,8%	13	72,2%	,916(a,b)	
	ΚΑΜΜΙΑ	47	32,6%	97	67,4%		
	Κ.Α.	1	33,3%	2	66,7%		
ΑΕΕ	ΟΧΙ	53	32,1%	112	67,9%	,332(a,b)	1,000
	ΝΑΙ	0	,0%	2	100,0%		
ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗ ΑΛΚΟΟΛ	ΟΧΙ	48	33,1%	97	66,9%	,330(a)	,462
	ΝΑΙ	5	22,7%	17	77,3%		
ΑΚΤΙΝΟΓΡΑΦΙΑ ΘΩΡΑΚΟΣ	ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΗ	36	30,5%	82	69,5%		

	ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ	16	34,0%	31	66,0%	,659(a)	.712
FAGERSTROM	0-3	3	33,3%	6	66,7%		
	4-6	16	34,0%	31	66,0%		
	7-10	33	30,3%	76	69,7%	,891(a)	

a Πάνω από 20% των κελιών σε αυτόν τον υποπίνακα έχουν αναμενόμενη συχνότητα μικρότερη του 5. Ο  $\chi^2$  μπορεί να μην ισχύει.

b Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα σε αυτόν τον υποπίνακα είναι μικρότερη του 1. Ο  $\chi^2$  μπορεί να μην ισχύει.

Ο πίνακας 2.1 αποτελεί έναν συγκεντρωτικό πίνακα συνάφειας της μεταβλητής αποτέλεσμα, με τις μεταβλητές που εμφανίζονται στην πρώτη στήλη του πίνακα αυτού. Αναλύοντας τις τιμές του, παρατηρούμε για παράδειγμα ότι ο ένας από τους τρεις που αναφέρουν καρδιακή ανεπάρκεια διέκοψε το κάπνισμα. Επίσης, και οι δύο που υπέστησαν ΑΕΕ συνέχισαν να καπνίζουν, ενώ το 77,3% αυτών που καταναλώνουν αλκοόλ δεν διέκοψε το κάπνισμα. Τέλος από τους 47 που είχαν παθολογικά ευρήματα στην ακτινογραφία θώρακος μόνο οι 16 (το 34%) σταμάτησαν να καπνίζουν.

Στον παραπάνω πίνακα παρουσιάζονται και τα αποτελέσματα των ελέγχων Pearson's  $\chi^2$  (προ- τελευταία στήλη).

Αναλύοντας τα στοιχεία αυτά βλέπουμε ότι σε όλους τους ελέγχους  $\chi^2$  δεν τηρούνται οι προϋποθέσεις, όπως διατυπώνεται στις υποσημειώσεις. Για αυτό το λόγο, προχωράμε σε έλεγχο Fisher's exact test όπου ήταν δυνατό (τελευταία στήλη).

Το αποτέλεσμα των ελέγχων Fisher είναι ότι δεν υπάρχει σχέση του ΑΕΕ, της κατανάλωσης αλκοόλ και του αν η ακτινογραφία θώρακος είναι παθολογική ή όχι, με την έκβαση της παρέμβασης, όπως παρουσιάζεται στην τελευταία στήλη του πίνακα ( όλα τα p-values > .05).

Συνεχίζοντας, προχωράμε στον έλεγχο συσχετίσεων μεταξύ του αποτελέσματος και των μεταβλητών ιστορικό προηγούμενων διακοπών, διάρκεια τελευταίας διακοπής, θεραπεία με Zyban και θεραπεία με υποκατάστατα νικοτίνης.

Με την ίδια μέθοδο, έχουμε τα αποτελέσματα του πίνακα 2.2. Εδώ εξετάζουμε την συσχέτιση του ιστορικού προηγούμενων διακοπών, της διάρκειας της τελευταίας διακοπής, της θεραπείας με Zyban ή όχι, και της θεραπείας με υποκατάστατα νικοτίνης ή όχι. Παρατηρούμε, ότι σε όλες τις μεταβλητές, και σε κάθε κατηγορία αυτών, τα ποσοστά

που συνεχίζουν το κάπνισμα είναι από περίπου 60% και πάνω. Χαρακτηριστικό ίσως είναι ότι και οι 4 καπνιστές που ακολούθησαν αγωγή με Zyban δεν διέκοψαν.

### ΠΙΝΑΚΑΣ 2.2

		ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ				Pearson's p	Fisher's p
		ΔΙΑΚΟΠΗ		ΣΥΝΕΧΕΙΑ			
		ΣΥΧΝ	ΓΡΑΜΜΗ N %	ΣΥΧΝ.	ΓΡΑΜΜΗ N %		
ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΔΙΑΚΟΠΩΝ	ΠΟΛΛΕΣ	11	31,4%	24	68,6%	,396(a)	
	ΚΑΜΜΙΑ	13	28,9%	32	71,1%		
	ΜΙΑ	23	39,0%	36	61,0%		
	ΔΥΟ	6	21,4%	22	78,6%		
ΔΙΑΡΚΕΙΑ	<ΜΗΝΑ	15	36,6%	26	63,4%	,642(a)	
ΤΕΛ. ΔΙΑΚΟΠΗΣ	>ΕΤΟΥΣ	9	40,9%	13	59,1%		
	1-3 ΜΗΝΕΣ	7	35,0%	13	65,0%		
	3-6 ΜΗΝΕΣ	4	22,2%	14	77,8%		
ΘΕΡ. ZYBAN	ΟΧΙ	53	32,5%	110	67,5%	,167(a)	,308
	ΝΑΙ	0	,0%	4	100,0%		
ΥΠΟΚ. ΝΙΚΟΤΙΝΗΣ	ΟΧΙ	48	32,9%	98	67,1%	,404(a)	,463
	ΝΑΙ	5	23,8%	16	76,2%		

a Πάνω από 20% των κελιών σε αυτόν τον υποπίνακα έχουν αναμενόμενη συχνότητα μικρότερη του 5. Ο  $\chi^2$  μπορεί να μην ισχύει.

b Η ελάχιστη αναμενόμενη συχνότητα σε αυτόν τον υποπίνακα είναι μικρότερη του 1. Ο  $\chi^2$  μπορεί να μην ισχύει.

Περνώντας στους ελέγχους  $\chi^2$ , βλέπουμε ότι δεν τηρούνται οι προϋποθέσεις του ελέγχου, όμως οι υψηλές p- τιμές δείχνουν ότι μάλλον δεν υπάρχει κάποια συσχέτιση. Παρόλα αυτά, οδηγούμαστε σε ελέγχους Fisher' exact tests (τελευταία στήλη). Από τα p-values βλέπουμε ότι πράγματι φαίνεται να μην υπάρχει συσχέτιση μεταξύ της θεραπείας με Zyban ή με υποκατάστατα νικοτίνης και του αποτελέσματος της θεραπείας.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 2.3**

		ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ				Pearson's p  Fisher's p	
		ΔΙΑΚΟΠΗ		ΣΥΝΕΧΕΙΑ			
		ΣΥΧΝ.	ΓΡΑΜΜΗ N %	ΣΥΧΝ.	ΓΡΑΜΜΗ N %		
ΦΥΛΟ	ΓΥΝΑΙΚΕΣ	20	26,7%	55	73,3%	,204(a)	,243
	ΑΝΔΡΕΣ	33	35,9%	59	64,1%		
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ	ΝΟΣ. ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ	2	22,2%	7	77,8%	,671(a)	
	ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑ	4	36,4%	7	63,6%		
	ΙΑΤΡΟΣ	1	14,3%	6	85,7%		
	ΑΛΛΟ	46	32,9%	94	67,1%		
ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ	ΚΑΛΗ	24	40,0%	36	60,0%		
ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	ΜΕΣΑΙΑ	28	27,5%	74	72,5%	,215(a)	
	ΕΥΠΟΡΟΣ	1	20,0%	4	80,0%		
ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ	ΓΥΜΝΑΣΙΟ	10	43,5%	13	56,5%	,435(a)	
ΕΠΙΠΕΔΟ	ΛΥΚΕΙΟ	16	35,6%	29	64,4%		
	ΔΗΜΟΤΙΚΟ	7	20,6%	27	79,4%		
	ΤΕΙ	7	29,2%	17	70,8%		
	ΑΕΙ	13	31,7%	28	68,3%		

a Πάνω από 20% των κελιών σε αυτόν τον υποπίνακα έχουν αναμενόμενη συχνότητα μικρότερη του 5. Ο  $\chi^2$  μπορεί να μην ισχύει.

Στον πίνακα συνάφειας 2.3, παραπάνω, παρουσιάζονται συχνότητες του αποτελέσματος σε σχέση με τις μεταβλητές φύλο, επάγγελμα, οικονομική κατάσταση και μορφωτικό επίπεδο. Ξανά, παρατηρούμε ότι τα ποσοστά αυτών που συνεχίζουν να καπνίζουν είναι σταθερά από 56,5% και πάνω για όλες τις κατηγορίες. Στις τιμές των ελέγχων  $\chi^2$  που παρουσιάζονται δεν τηρούνται οι προϋποθέσεις για τον συγκεκριμένο έλεγχο. Δεν φαίνεται όμως ξανά να υπάρχει κάποια συσχέτιση. Τουλάχιστον για το φύλο προχωρήσαμε στο Fisher's exact test. Η τιμή p που παίρνουμε από αυτόν τον έλεγχο είναι 0,243 γεγονός που μας κάνει να πιστεύουμε ότι πράγματι το φύλο δεν επηρεάζει την έκβαση.

Στην συνέχεια θα προχωρήσουμε στον έλεγχο συσχέτισης του αποτελέσματος με τις μεταβλητές ηλικία, φύλο, επάγγελμα, οικονομική κατάσταση, μορφωτικό επίπεδο,

αναπνευστική ασθένεια, ασθένεια της καρδιάς, ιστορικό προηγούμενων διακοπών, διάρκεια της προηγούμενης διακοπής, ακτινογραφία θώρακος, ταξινόμηση βάσει της κλίμακας Fagerstrom, ΑΕΕ, κατανάλωση αλκοόλ, θεραπεία με Zyban, και τέλος χρήση υποκατάστατων νικοτίνης.

Ο έλεγχος που κάνουμε χρήση είναι λογιστική παλινδρόμηση (logistic regression (Forward LR)). Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική σχέση του αποτελέσματος με καμία από τις μεταβλητές που ελέγχθηκαν. (Πίνακας 2.4)

#### **ΠΙΝΑΚΑΣ 2.4**

Μεταβλητές στο μοντέλο

	B	ΤΣ	p.	Exp(B)
Βήμα 0 Σταθερός όρος	,787	,169	,000	2,196

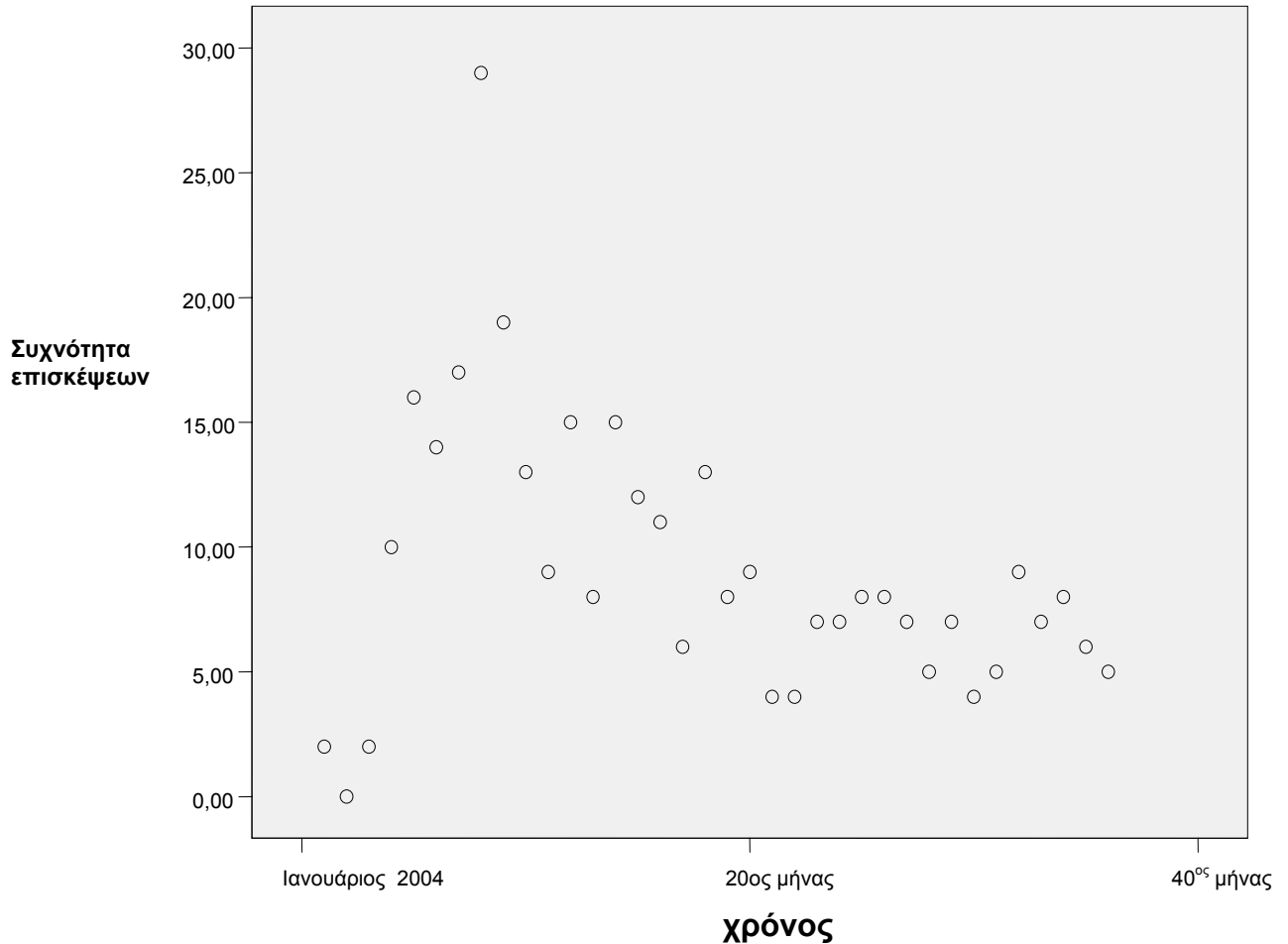
a Μεταβλητές που ελέγχθηκαν: ΦΥΛΟ, ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ, ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ, ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ, ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑ, ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑ, ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΩΝ ΔΙΑΚΟΠΩΝ, ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΕΛΕΥΤΑΙΑΣ ΔΙΑΚΟΠΗΣ, ΑΚΤΙΝΟΓΡΑΦΙΑ ΘΩΡΑΚΟΣ, FAGERSTROM, ΑΕΕ, ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗ ΑΛΚΟΟΛ, ΘΕΡ. ZYBAN, ΥΠΟΚ. ΝΙΚΟΤΙΝΗΣ, ΗΛΙΚΙΑ.

Ο επόμενος στόχος μας, είναι να ελέγξουμε αν πραγματικά τεκμηριώνεται και στατιστικά, η τάση μείωσης των επισκέψεων στο ιατρείο, όσο περνάει ο χρόνος, που φαίνεται να υπάρχει. Θέλουμε δηλαδή να ελέγξουμε, αν υπάρχει μεταξύ του χρόνου και της συχνότητας επισκέψεων αρνητική σχέση.

Κάτι τέτοιο, θα ελεγχθεί με την χρήση της γραμμικής παλινδρόμησης. Εξαρτημένη μεταβλητή αποτελεί η συχνότητα επισκέψεων, ομαδοποιημένη ανά μήνα, και ανεξάρτητη μεταβλητή ο χρόνος ανά μήνα πάλι. Σημειώνεται ότι, δεν λάβαμε υπόψιν τις συχνότητες του έτους 2007. Με αυτόν τον τρόπο είχαμε σαν δείγμα 36 συχνότητες με τους αντίστοιχους 36 μήνες από τον Ιανουάριο 2004 μέχρι Δεκέμβριο 2006. Έτσι, με αυτά τα δεδομένα παίρνουμε το ακόλουθο διάγραμμα σημείων.



**ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 2.1**



Στο διάγραμμα 2.1, έχουμε στον οριζόντιο άξονα τον χρόνο(μήνες) και στον κάθετο την συχνότητα. Και σε αυτό το διάγραμμα, ενισχύεται η υπόθεση ότι όσο πιο κοντά ερχόμαστε στο παρόν τόσο μειώνεται η συχνότητα των επισκέψεων.

Τα αποτελέσματα που πήραμε από την γραμμική παλινδρόμηση παρουσιάζονται στους ακόλουθους πίνακες.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 2.5**

ANOVA(b)

Model	ΣΣΤ	ΒΕ	ΜΣΤ	F	p.
1 Παλινδρόμηση	181,423	1	181,423	6,713	,014(a)
Κατάλοιπα	918,882	34	27,026		
Σύνολο	1100,306	35			

a Ανεξάρτητες: (Constant), Χρόνος

b Εξαρτημένη μεταβλητή: Συχνότητα επισκέψεων

**ΠΙΝΑΚΑΣ 2.6**

## Συντελεστές(a)

Μοντέλο	Unstandardized Coefficients		t	p.
	B	ΤΣ		
1 (σταθερά)	5516,982	2125,815	2,595	,014
Χρόνος	-,027	,011	-2,591	,014

a Εξαρτημένη μεταβλητή: συχνότητα επισκέψεων

Αρχίζοντας από τον πίνακα 2.5 βλέπουμε ότι  $p\text{-value} = 0,014 < 0,05$  οπότε υπάρχει συσχέτιση της συχνότητας επισκέψεων και του χρόνου.

Το τι είδους σχέση είναι το βλέπουμε στον πίνακα 2.6. Όπως είναι φανερό ο συντελεστής της μεταβλητής χρόνος είναι  $-0,027$ . Αυτό σημαίνει ότι υπάρχει αρνητική σχέση των δύο μεταβλητών. Με άλλα λόγια όσο περνάει ο χρόνος τόσο μειώνεται και η συχνότητα των επισκέψεων.

Βέβαια, ο συντελεστής συσχέτισης  $R^2 = .406$ , πράγμα το οποίο δείχνει ότι η σχέση αυτή δεν είναι τόσο ισχυρή. Συνδυάζοντας αυτά τα αποτελέσματα, μας κάνουν να συμπεράνουμε ότι, ναι μεν υπάρχει τάση μείωσης από την αρχή του 2004 έως το τέλος του 2006, όμως η μείωση αυτή αποδίδεται κατά ένα μικρό ποσοστό στο χρόνο.

## Ε. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Στην μελέτη αυτή εξετάσαμε την κίνηση του τακτικού ιατρείου διακοπής καπνίσματος του Βενιζέλειου-Παννάνειου Νοσοκομείου Ηρακλείου από την έναρξη λειτουργίας του τον Ιανουάριο του 2004 μέχρι και τον Μάρτιο του 2007.

Ελέγχθηκαν παράμετροι κοινωνικών χαρακτηριστικών όπως το φύλο, το επάγγελμα, η οικονομική κατάσταση και το μορφωτικό επίπεδο (ανωτάτη, τεχνολογική, λυκείου, γυμνασίου, δημοτικού). Παράμετροι ιατρικού ιστορικού όπως αναπνευστικά προβλήματα (ΧΑΠ, άσθμα, άπνοια ύπνου), καρδιαγγειακά προβλήματα (στεφανιαία νόσος, καρδιακή ανεπάρκεια), γνωστό ιστορικό ΑΕΕ, ιστορικό κατανάλωσης αλκοόλ. Παράμετροι που δείχνουν τάση για διακοπή καπνίσματος όπως προηγούμενες προσπάθειες διακοπής (μια, δυο, περισσότερες), διάρκεια προηγούμενης διακοπής (<μήνα, 1-3 μήνες, 3-6 μήνες, >έτος) και αν αυτές οι προσπάθειες συνοδεύονταν από κάποια φαρμακευτική βοήθεια (λήψη υδροχλωρικής βουπροπιόνης βραδείας αποδέσμευσης, υποκατάστατα νικοτίνης). Επίσης υπολογίστηκε και η παράμετρος των ευρημάτων της ακτινογραφίας θώρακος ( με παθολογικά, χωρίς παθολογικά ευρήματα) στην οποία υποβλήθηκαν οι καπνιστές στην πρώτη τους συνέντευξη μαζί με σπιρομέτρηση. Την παράμετρο της σπιρομέτρησης δεν την λάβαμε υπόψιν, μιας και ένας μεγάλος αριθμός καπνιστών δεν είχε υποβληθεί σε αυτήν.

Σημαντικό πρώτο στοιχείο που προκύπτει από την έρευνα είναι ότι ένα πολύ μεγάλο ποσοστό (50%) από τους καπνιστές που επισκέφθηκαν το ιατρείο διακοπής καπνίσματος μετά την πρώτη συνέντευξη δεν ήρθαν για δεύτερη φορά. Αυτό μπορεί να δικαιολογηθεί σε ένα βαθμό από το γεγονός ότι το ιατρείο διακοπής καπνίσματος ξεκίνησε να λειτουργεί για πρώτη φορά στο χώρο του νοσοκομείου εκείνη την χρονική περίοδο οπότε κάποιοι ήρθαν από απλή περιέργεια για να δούνε τη λειτουργία του ιατρείου ενώ δεν ήταν έτοιμοι για να διακόψουν το κάπνισμα. Ένα άλλο δε ποσοστό περίμεναν η διακοπή του καπνίσματος να γίνει χωρίς προσωπική προσπάθεια από τους ίδιους.

Λαμβάνοντας υπόψιν το παραπάνω εύρημα μπορεί να δικαιολογηθεί και η πτωτική τάση των επισκέψεων (πίνακας 1.4) ανά έτος στο ιατρείο από το 2004 που ξεκίνησε την λειτουργία του έως το τέλος του 2006 (τα δεδομένα του 2007 έχουν αφαιρεθεί για την αποφυγή λανθασμένων αποτελεσμάτων). Παρατηρούμε λοιπόν ότι το 2004 προσήλθε ένας μεγάλος αριθμός καπνιστών (146) επί του συνόλου 334, ποσοστό που αντιστοιχεί στο 43.7%, ενώ το 2005 ο αριθμός αυτός μειώθηκε κατακόρυφα (104), ποσοστό 31,1% πράγμα που φαίνεται να στηρίζει την παραπάνω εικασία για καπνιστές που επισκέφθηκαν το ιατρείο λόγο απλής περιέργειας ή αυξημένων προσδοκιών για επιτυχή διακοπή του καπνίσματος μόνο με φαρμακευτική αγωγή. Την τρίτη χρονιά, το 2006, η πτωτική τάση των επισκέψεων εξακολουθεί να υφίσταται καθώς μόνο 81 καπνιστές ποσοστό 24,3% επί του συνόλου,

επισκέφθηκαν το ιατρείο. Το ποσοστό αυτό φαίνεται δραματικά μειωμένο (διάγραμμα 1.2) από το ποσοστό της πρώτης χρονιάς (2004), αλλά είναι σαφώς πιο κοντά αριθμητικά σε εκείνο της δεύτερης χρονιάς (2005), απόλυτη διαφορά 19,4 vs 7,8. Έτσι φαίνεται ότι τις δύο τελευταίες χρονιές στο ιατρείο προσέρχονται καπνιστές πιο ενημερωμένοι για το τι είναι και πως λειτουργεί το ιατρείο διακοπής καπνίσματος και πώς περιμένουν να βοηθηθούν από αυτό.

Παράλληλα, από την ανάλυση προέκυψε ουσιαστική διαφορά ανάμεσα στο ποσοστό ανδρών και γυναικών καπνιστών που επισκέφθηκαν το ιατρείο διακοπής καπνίσματος (πίνακας 1.1). Παρατηρούμε ότι οι άνδρες καπνιστές αποτελούν το 60% (201 άτομα σε σύνολο 334) ενώ οι γυναίκες καπνίστριες μόνο το 39,8% (133 επί του συνόλου). Κάτι τέτοιο άλλωστε ήταν αναμενόμενο λαμβάνοντας υπόψη τα διεθνή στατιστικά δεδομένα σύμφωνα με τα οποία οι περισσότεροι καπνιστές είναι άνδρες, και πιο ειδικά στην Ελλάδα όπου το ποσοστό των ανδρών καπνιστών ανέρχεται στο 46% επί του συνόλου vs 28% ποσοστό αντίστοιχο για τις γυναίκες.

Βέβαια οι γυναίκες καπνίστριες συγκριτικά με τους άνδρες φαίνεται να είναι είτε περισσότερο ενημερωμένες σχετικά με τη λειτουργία του ιατρείου διακοπής καπνίσματος είτε πιο αποφασισμένες και επίμονες στο να διακόψουν το κάπνισμα, καθώς το 43,6% των γυναικών έναντι του 54,2% των ανδρών καπνιστών εγκατέλειψαν την προσπάθεια και δεν ξαναήρθαν μετά την πρώτη συνέντευξη (χάθηκαν στο follow up).

Τα αποτελέσματα της ανάλυσης όσον αναφορά τη διακοπή ή τη συνέχεια του καπνίσματος σε σχέση με το φύλο, μας δείχνουν ότι το ποσοστό επιτυχίας διακοπής του καπνίσματος είναι πολύ μεγαλύτερο στους άνδρες 35,9% σε σχέση με τις γυναίκες που μόνο το 26,7% διέκοψε το κάπνισμα (πίνακας 2.3). Αυτό ίσως οφείλεται στο γεγονός ότι οι επιβλαβείς συνέπειες του καπνίσματος είναι πιο γρήγορα ορατές στους άνδρες (εμφάνιση καρδιαγγειακών νοσημάτων, αναπνευστικών προβλημάτων, σεξουαλικών διαταραχών, ΑΕΕ κ.α) από ότι στις γυναίκες (προστασία από οιστρογόνα), με αποτέλεσμα να έχουν υψηλότερο ποσοστό επιτυχίας. Επίσης έχουμε δύο μεγάλα ποσοστά αποτυχίας, 73,3% στις γυναίκες και 64,1% στους άνδρες, οι οποίοι συνεχίζουν το κάπνισμα παρά την ψυχολογική υποστήριξη και τη φαρμακευτική αγωγή που τους εδόθη (πίνακας 2.3).

Η ηλικιακή κατανομή του δείγματος προβάλλεται στον πίνακα 1.3. Ξεκινά με το νεότερο καπνιστή στην ηλικία των 17 ετών, συμβαδίζοντας με τις έρευνες που αποδεικνύουν αύξηση του καπνίσματος στις νέες ηλικίες. Τρία στα τέσσερα κορίτσια ηλικίας 15-18 ετών και τέσσερα στα πέντε ηλικίας 18-25 ετών καπνίζουν κατά τη διάρκεια της νυχτερινής διασκέδασης. Την ίδια στιγμή τα αντίστοιχα ποσοστά στα αγόρια ηλικίας 15-18 ετών είναι δύο στα τρία και ηλικίας 18-25 ετών είναι τρία στα τέσσερα. Ο μέσος όρος ηλικίας των καπνιστών που προσήλθαν στο ιατρείο είναι τα 44,53 έτη (διάγραμμα 1.1), ηλικία στην οποία εμφανίζονται τα

πρώτα σημεία κόπωσης και ενδείξεις που προμηνύουν σοβαρότερα προβλήματα υγείας στο μέλλον (καπνιστές που κόβουν το κάπνισμα πριν τα 50 μειώνουν στο μισό τον κίνδυνο να πεθάνουν τα επόμενα 15 χρόνια, συγκρινόμενοι με αυτούς που συνεχίζουν). Η μεγαλύτερη ηλικία καπνιστή που προσήλθε στο ιατρείο ήταν τα 77 έτη, πράγμα που φανερώνει ότι το κάπνισμα αποτελεί έναν επιπλέον επιβαρυντικό παράγοντα στα ήδη υπάρχοντα προβλήματα υγείας αυτής της ηλικίας που πολλές φορές η άμεση διακοπή του καπνίσματος κρίνεται απαραίτητη. Σίγουρα όμως υπάρχουν και άτομα αυτής της ηλικίας που ατενίζουν το μέλλον ευοίωνα και η διακοπή του καπνίσματος σημαίνει για αυτούς μια καλή αρχή για καλύτερη ποιότητα ζωής τα επόμενα χρόνια.

Από τους απασχολούμενους στο χώρο της υγείας και ιδιαίτερα στο Βενιζέλειο Νοσοκομείο παρατηρούμε μικρή προσέλευση καπνιστών της τάξεως του 15,3% (νοσοκομειακοί υπάλληλοι 5,4% ,νοσηλευτές 6,3% και ιατροί 3,6%) έναντι 84,7% επαγγελματιών εκτός του ιατρικού χώρου (πίνακας 1.1).

Οι γιατροί δε κατέχουν το μικρότερο ποσοστό στην προσφυγή για προσπάθεια διακοπής, παρόλο που είναι οι πλέον ενημερωμένοι τόσο για τις επιβλαβείς επιπτώσεις του καπνού στον οργανισμό όσο και για την ουσιαστική προσφορά των ιατρικών διακοπής καπνίσματος αποτελώντας έτσι μια κακή διαφήμιση για τα ιατρεία αυτά. Αυτό επιβεβαιώνεται και από το χαμηλό ποσοστό επιτυχούς διακοπής του καπνίσματος 14,3% έναντι του 36,4% που παρουσιάζουν οι νοσηλευτές , του 22,2% των νοσοκομειακών υπαλλήλων και του 32,9% που παρουσιάζουν τα άλλα επαγγέλματα (πίνακας 2.3).

Όσον αφορά την οικονομική κατάσταση των καπνιστών, όπως ήταν αναμενόμενο, κυριαρχεί η μεσαία τάξη με 66,2%, ακολουθεί η μικρομεσαία με 30,8% και έπεται η εύπορη με 3% (πίνακας 1.1), που αντικατοπτρίζει και την διάρθρωση της ελληνικής κοινωνίας όπως έχει διαμορφωθεί τις τελευταίες δεκαετίες. Τα σκήπτρα όμως στην επιτυχή διακοπή του καπνίσματος κατέχει η μικρομεσαία τάξη με ποσοστό 40% έναντι του μικρού ποσοστού 27,5% της μεσαίας τάξης και του πλησίον αυτού 20% που παρουσιάζει η εύπορη (πίνακας 2.3). Αυτό ίσως οφείλεται στα οικονομικά προβλήματα που δημιουργεί η συνεχώς αυξανόμενη τιμή των τσιγάρων, σημείο που χρειάζεται συζήτηση όσον αφορά την πρόληψη από το κάπνισμα.

Το αποτέλεσμα της επεξεργασίας των δεδομένων του μορφωτικού επιπέδου των καπνιστών του ιατρείου συμβαδίζει με τα παραπάνω ευρήματα μιας και η συχνότητα επίσκεψης καπνιστών χαμηλού μορφωτικού επιπέδου (δημοτικό- γυμνάσιο) είναι 39,6%, μέσου μορφωτικού επιπέδου (λύκειο) είναι 25,4% και ανωτέρου μορφωτικού επιπέδου (ΤΕΙ-ΑΕΙ) αγγίζει το 35,1% (πίνακας 1.1). Από αυτές τις τρεις διαβαθμίσεις παρατηρούμε ότι τη μεγαλύτερη συχνότητα προσέλευσης για βοήθεια διακοπής του καπνίσματος στο ιατρείο την παρουσιάζουν του χαμηλού μορφωτικού επιπέδου άτομα, ποσοστό που μπορεί να

συνδυαστεί-αθροιστεί και με το ποσοστό του μέσου μορφωτικού επιπέδου, και πιθανώς αντικατοπτρίζει τις υποθέσεις που προκύπτουν από την προηγούμενη παράγραφο όπου αναλύεται η παράμετρος της οικονομικής κατάστασης. Σχετικά με τα επιτυχή αποτελέσματα που προκύπτουν για τη διακοπή του καπνίσματος παρατηρείται εντυπωσιακά υψηλό ποσοστό διακοπής στους αποφοίτους γυμνασίου 43,5% και στους αποφοίτους Λυκείου 35,6% ενώ πολύ χαμηλά κυμαίνεται το ποσοστό επιτυχίας των αποφοίτων δημοτικού 20,6% (πίνακας 2.3). Σε σύγκριση με τα ποσοστά επιτυχίας διακοπής καπνίσματος των αποφοίτων ΤΕΙ 29,2% και των αποφοίτων ΑΕΙ 31,7% δεν υπάρχει σημαντική διαφορά στο μέσο όρο λόγω του χαμηλού ποσοστού των αποφοίτων δημοτικού. Αυτό μπορεί να σημαίνει ότι παρόλο που οι χαμηλού και μέσου μορφωτικού επιπέδου καπνιστές προσέρχονται με μεγαλύτερη συχνότητα στο ιατρείο τα ποσοστά επιτυχίας τους κατά μέσο όρο κυμαίνονται στα ίδια επίπεδα με του υψηλού μορφωτικού επιπέδου. Δεν μπορεί όμως να μην γίνει ιδιαίτερη αναφορά στο υψηλό ποσοστό επιτυχίας των αποφοίτων γυμνασίου σε σύγκριση με αυτών του δημοτικού και έπειτα με των άλλων βαθμίδων, δεδομένο που ίσως χρήζει περαιτέρω συζήτησης.

Στους περισσότερους καπνιστές που μελετήσαμε παρατηρούμε ότι υπάρχει ήδη ιστορικό προσπάθειας διακοπής καπνίσματος με το μεγαλύτερο ποσοστό 36,2% να έχει προσπαθήσει μια φορά, το 21,9% αρκετές φορές και ένα ποσοστό 13,5% δύο φορές έναντι ενός ποσοστού 28,4% όπου προσπαθεί πρώτη φορά. Έχουμε δηλαδή καπνιστές που είναι εξοικειωμένοι με την δυσκολία απεξάρτησης από την νικοτίνη αλλά δεν τα έχουν καταφέρει μέχρι τώρα, και επισκέπτονται το ιατρείο για μια νέα προσπάθεια.

Οι περισσότεροι δε από αυτούς ποσοστό 43,6% όπως αναφέρουν κατάφεραν να απέχουν από τον καπνό για λιγότερο από έναν μήνα και μόνο ένα μικρό ποσοστό 23,8% αναφέρει διακοπή καπνίσματος για πάνω από έναν χρόνο(πίνακας 1.2).

Η συντριπτική πλειοψηφία αυτών των καπνιστών αναφέρει ότι δεν έλαβε καμία φαρμακευτική αγωγή (μόνο το 1,5% αναφέρει λήψη υδροχλωρικής βουπροπιόνης βραδείας αποδέσμευσης και ένα ποσοστό 9% αναφέρει χρήση υποκατάστατων νικοτίνης). Το μεγαλύτερο ποσοστό επιτυχίας διακοπής καπνίσματος τελικά το παρουσίασαν οι καπνιστές που είχαν καταφέρει να διακόψουν το κάπνισμα στις προηγούμενες προσπάθειες τους για πάνω από ένα έτος (40,9%) καθώς και οι καπνιστές που στο ιστορικό τους είχαν μόνο μια προσπάθεια διακοπής. Τα άτομα τα οποία αναφέρουν δύο (21,4%) ή περισσότερες προσπάθειες(31,4%) και όσοι αναφέρουν διάρκεια τελευταίας διακοπής 3-6 μήνες κυμαίνονται σε χαμηλά έως μέτρια επίπεδα επιτυχίας, δείχνοντας μας ότι προσπαθούν να διακόψουν το κάπνισμα χωρίς όμως να φαίνονται αποφασισμένοι. Ιδιαίτερη σημασία παρουσιάζει και το

μέτριο ποσοστό επιτυχίας 28,9% που παρουσιάζουν οι καπνιστές που είναι η πρώτη τους προσπάθεια να διακόψουν το κάπνισμα (πίνακας 2.2).

Χαμηλό ποσοστό προσέλευσης για βοήθεια στο ιατρείο παρουσιάζουν οι καπνιστές με βεβαρημένο ιατρικό ιστορικό όσο αφορά σε καρδιαγγειακά προβλήματα, αφού μόλις το 13% αναφέρει στεφανιαία νόσο και 1,5% καρδιακή ανεπάρκεια, συγκριτικά με το 85,5% με ελεύθερο ιατρικό ιστορικό. Σημαντικό ρόλο σε αυτά τα ποσοστά βεβαίως παίζει και το εύρος της παραμέτρου ηλικίας όπου ο μέσος όρος εμφανίζεται στα 44,53 έτη, ηλικία κατά την οποία πολλά καρδιαγγειακά νοσήματα δεν έχουν εκδηλωθεί. Μεγαλύτερα ποσοστά προσέλευσης παρουσιάζουν οι καπνιστές με αναπνευστικά προβλήματα όπως: ΧΑΠ 24,6%, άσθμα 9,6%, άπνοια ύπνου 1,2% (πίνακας 1.1).

Σημαντικά ποσοστά επιτυχίας διακοπής καπνίσματος παρουσίασαν οι καπνιστές με ΧΑΠ με 37,2%, οι καπνιστές με άσθμα με ποσοστό 35,7% και ακολούθησαν οι καπνιστές με ελεύθερο ιστορικό αναπνευστικής νόσου 30,2%. Αντίθετα στους καπνιστές με στεφανιαία νόσο το ποσοστό επιτυχίας τους 27,8% είναι μικρότερο από αυτούς με ελεύθερο ιστορικό καρδιαγγειακής νόσου 32,6% (πίνακας 2.1). Αυτό ίσως αποδίδεται στον πιο άμεσο παροξυσμό των αναπνευστικών νοσημάτων (ΧΑΠ, άσθμα) από τον καπνό καθώς και στην πιο γρήγορη ανακούφιση τους με τη διακοπή του καπνίσματος συγκριτικά με τις πιο χρόνιες και μη ορατές επιπλοκές που επιφέρει το κάπνισμα στο καρδιαγγειακό σύστημα.

Αν και το αλκοόλ κατά κοινή παραδοχή συνδυάζεται με το κάπνισμα, οι καπνιστές που επισκέφθηκαν το ιατρείο διακοπής καπνίσματος του Βενιζελείου νοσοκομείου παρουσίασαν ένα πολύ υψηλό ποσοστό αποχής από το αλκοόλ της τάξεως του 87,7% σε σύγκριση με τους καπνιστές που απάντησαν ότι κάνουν χρήση αλκοόλ 12,3%. Ίσως αυτοί που δήλωσαν ότι δεν καταναλώνουν αλκοόλ στην συνέντευξη τους συμπεριλαμβάνονται και άτομα που κάνουν κατά περιστάσεις χρήση. Στο αποτέλεσμα της επιτυχούς διακοπής του καπνίσματος τα ποσοστά παρουσιάζουν μια διαφορά υπέρ αυτών που δεν καταναλώνουν αλκοόλ 33,1%, συγκριτικά με αυτούς που καταναλώνουν 22,7%. Η διαφορά των ποσοστών αυτών είναι μεν υπολογίσιμη αλλά δεν είναι σημαντική (πίνακας 2.1).

Μια άλλη σημαντική παρατήρηση σύμφωνα με την κλίμακα εξάρτησης από την νικοτίνη (κλίμακα fagerstrom), είναι ότι οι βαριά εξαρτώμενοι καπνιστές (σκορ 7-10) αποτέλεσαν και το μεγαλύτερο ποσοστό προσέλευσης στο ιατρείο 64%, με δεύτερους τους μετρίως εξαρτώμενους (σκόρ 4-6) με ποσοστό 30,8% και τέλος τους ελαφρά εξαρτώμενους (σκορ 1-3) με ποσοστό 5,1% (πίνακας 1.1).

Αυτό ίσως μπορεί να ερμηνευτεί, λόγω του ότι, οι βαρέως εξαρτώμενοι καπνιστές νιώθουν ιδιαίτερα αυξημένη την ανάγκη διακοπής του καπνίσματος για λόγους τους οποίους

αναφέραμε σε προηγούμενες παραγράφους . Βέβαια στα αποτελέσματα επιτυχούς διακοπής το μεγαλύτερο ποσοστό παρουσιάζουν οι μετρίως εξαρτώμενοι (34%) με ελάχιστη διαφορά από τους λίγο εξαρτώμενους (33,3%) και μικρή διαφορά από τους βαρέως εξαρτώμενους, γεγονός που αποδίδεται πιθανώς στην μεγαλύτερη δυσκολία που παρουσιάζουν οι βαρέως εξαρτώμενοι στην απεξάρτηση τους από την νικοτίνη (πίνακας2.1).

Σε θέμα προς συζήτηση τίθεται και το γεγονός ότι το 28,1% των καπνιστών παρουσίασαν παθολογικά ευρήματα στην ακτινογραφία θώρακος, ζήτημα το οποίο πιθανώς επηρέασε θετικά την προσπάθεια διακοπής καπνίσματος δίνοντας ποσοστό επιτυχίας διακοπής 34% στους καπνιστές με παθολογικά ευρήματα στην ακτινογραφία θώρακος έναντι 30,5% ποσοστό επιτυχίας των καπνιστών με ακτινογραφία θώρακος χωρίς παθολογικά ευρήματα (πίνακας2.1).

Τέλος οφείλουμε να διαπιστώσουμε ότι η έκβαση της αγωγής διακοπής καπνίσματος στο τακτικό ιατρείο διακοπής καπνίσματος του Βενιζελείου νοσοκομείου ήταν επιτυχής σε ποσοστό 15,9%, χωρίς όμως να γνωρίζουμε την έκβαση του 50% επί του συνόλου των καπνιστών που προσήλθαν περί τα τρία έτη , καθώς χάθηκε στο follow up. Αν δεν λάβουμε υπόψιν το τελευταίο ποσοστό είχαμε επιτυχή έκβαση στο 31,7% περίπου των καπνιστών.



## ΣΤ. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Τα πιο σημαντικά συμπεράσματα της μελέτης είναι:

- ❖ Παρά τον υψηλό αριθμό προσέλευσης καπνιστών στο ιατρείο διακοπής καπνίσματος οι μισοί περίπου από αυτούς δεν προσήλθαν στη δεύτερη συνεδρία.
- ❖ Η αναλογία ανδρών γυναικών καπνιστών καθώς και η επιτυχής έκβαση της θεραπείας είναι ανάλογες του πληθυσμού καπνιστών ανδρών γυναικών που υπάρχουν στον Ελλαδικό χώρο, γεγονός που μας κάνει να πιστεύουμε ότι το φύλο δεν επηρεάζει την επιτυχή έκβαση διακοπής καπνίσματος.
- ❖ Το κοινωνικο-οικονομικό προφίλ των καπνιστών ίσως επηρεάζει την προσφυγή τους σε ιατρείο διακοπής καπνίσματος και την επιτυχή έκβαση της θεραπείας τους.
- ❖ Εάν η διακοπή καπνίσματος δεν επιτευχθεί με την πρώτη προσπάθεια, η επίτευξη της είναι πιο δύσκολη στο μέλλον.
- ❖ Προβλήματα υγείας που σχετίζονται με το αναπνευστικό και καρδιαγγειακό σύστημα υποχρεώνουν τους καπνιστές να προσφύγουν στο ιατρείο διακοπής καπνίσματος.
- ❖ Ο βαθμός εξάρτησης από τη νικοτίνη παίζει σημαντικό ρόλο για τη διακοπή του καπνίσματος αλλά όχι τόσο όσο η απόφαση του καπνιστή να διακόψει το κάπνισμα .
- ❖ Το ποσοστό επιτυχίας το τακτικού ιατρείου διακοπής καπνίσματος του Βενιζελείου νοσοκομείου κυμαίνεται στο μέσο όρο των διεθνών στατιστικών δεδομένων.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. World Health Organisation(WHO).European partnership to reduce tobacco dependence: WHO evidence based recomandatioeson the treatment of tobacco dependence. Geneva: WHO 2001 Jun.
2. World Health Organisation(WHO). Tobacco or health: a global status report. Geneva: WHO 1997.
3. Rovina N, Gratziou Ch. Smoking cessation strategy Pneumon 2005
4. A clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence: A US Public Health Service report. JAMA 2000;283:3244-3254
5. Treating tobacco use and dependence: clinical practice guideline. Rockville(MD): US Department of Health and Human Services. Public Health Service, 2000 Jun.
6. Anderson JE, Jorneby DE, Scott WJ, Fiore MC. Treating tobacco use and dependence: an evidence-based clinical practice guideline for tobacco cessation. Chest 2002;121(3):932-941.
7. West R, McNeill A, West R. Smoking cessation guidelines for health professionals: an update. Health Education authority. Thorax 2000;55:506-512.
8. The American Psychiatric Association Practice guidelines for the treatment of patients with nicotine dependence. Am J Psychiatry 1996;153.
9. Raw M, McNeill A, West R. Smoking cessation guidelines for health professionals: a guide to effective smoking cessation interventions for the heath care system. Thorax 1998;53.
10. Rigotti MB. Treatment of tobacco use and dependence. New Engl J Med 2002;346:506-512.
11. First MB. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4<sup>th</sup> Edn, American Psychiatric Association, Washington.
12. Heatherton TF, kozlowski LT, Frecker RC, Fagerstrom KO. The Fagerstrom test for nicotine dependence: a revision of the Fagerstrom tolerance questionnaire. Br J Adict 1991;86:1119-1127.
13. The smoking cessation clinical practice guideline. Panel and staff. The Agency for Heath Care Policy and Research. JAMA 1996;275:1270-1280.

14. National Institute for Clinical Excellence(NICE). Guidance on the use of nicotine replacement therapy (NRT) and bupropion for smoking cessation. National Institute for Clinical Excellence Technology Appraisal Guidance No 39, 2002 April.
15. Silagy C, Lancaster T, Stead L. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. The Cochrane Database 2002.
16. Mc Nabb ME, Ebert RV, McCusker K. Plasma nicotine levels produced by chewing nicotine gum. JAMA 1982;248:865-8.
17. Mc Nabb ME. Chewing nicotine gum for 3 months:What happens to Plasma nicotine levels?Can Med Assoc J 1984;131:589-92.
18. Abelin T, Ehksam R. Effectiveness of a transdermal nicotine system in smoking cessation studies. Methods Find Exp Clin Pharmacol 1989;11(3):201-14.
19. Fiore MC, Smith SS, Baker TB. The effectiveness of nicotine patch for smoking cessation: a meta-analysis .JAMA 1994;271(24):1940-7.
20. Bolliger CT, Zellweeger JP, Danielsson T, Robidou A, Westin A, Sawe U. Smoking reduction with oral nicotine inhalers: double blind randomized clinical trial of efficacy and safety. BMJ 2000;321:329-33.
21. Schneider NG, Olmstead R, Nilsson F, Mody FV, Franzon M , Doan K. Efficacy of nicotine inhaler in smoking cessation: a double blind placebo control trial. Addiction 1996;91(9):1293-306.
22. Shiffman S, Dresler CM, Hajek P, Targett DA, Strahs KR. Efficacy of a nicotine lozenge for smoking cessation. Arch Intern Med 2002;162:1267-1276.
23. Wallstrom M et al. A randomized double blind, placebo control clinical evaluation of a nicotine sublingual tablet in smoking cessation. Addiction 2000;95:1161-1171.
24. Gourlay SG, Forbes A , Marriner T, McNeil JJ. Prospective study of factors predicting outcome of transdermal nicotine treatment in smoking cessation. BMJ 1994;309:842-6.
25. Lancaster T, Stead LF. Individual behavioural counselling for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev 2000;2:CD001292.
26. Kornitzer M, Boutsen M, Dramaix M, Gustavsson G. Combined use of nicotine patch and gum in smoking cessation: a placebo –controlled clinical trial Prev Med 1995;24(1):41-7.

27. Coleman T. Smoking cessation: intergreting recent advices into clinical practice. Thorax 2001; 56:579-582.
28. West R. Bupropion SR for smoking cessation Expert Opinion. Drug evaluation 2003;533-40.
29. Coleman T and West R. Newly available treatments for nicotine addiction: smokers waiting help to stop smoking now have effective treatment options. BMJ 2001;322:1076-7.
30. Holm KJ and Spencer CM. Bupropion :a review of its use in the management of smoking cessation. Drugs 2000; 59:1007-24.
31. Balfour DJK. The pharmacology underlying pharmacotherapy for tobacco dependence: a focus on bupropion. Int J Clin Pract 2001;55:53-7.
32. Slemmer JE, Martin BR, Damaj MI. Bupropion is a nicotine antagonist. J Pharmacol Exp Ther 2000;295:321-7.
33. Hughes JR, Goldstein MG, Hurt RD, Shiffman S. Recent advices in the pharmacotherapy of smoking . JAMA 1999;281(1):72-6.
34. Golden RN, Rudofer MV, Sherer MA, Linnoila M, potter WZ. Bupropion in depression: I. Biochemical effects and clinical response. Arhc Gen Psychiatry 1988;45:139-43.
35. Gonzales D, Nides MA, Ferry LH, Kustra RP, Jamerson BD, Seggall N, Herrero LA, Metz A. Bupropion SR as an aid to smoking cessation in smokers treated previously with bupropion: a randomized placebo controlled study. Clin Pharmacol Ther 2001;69:438-444.
36. Ferry LH and Burchet etdte RJ. Efficacy of for bupropion smoking cessation in non-depressed smokers. J Addict Disord 1994;13:249.
37. Gratziou C, Francis K, Maragianni A, Athanassa Z, Efthimiou K, Kalpakoglou TH, Katsani G, Roussou A, Kalanzi A, Roussous CH. Bupropion treatment and cognitive behavioral therapy in smoking cessation program. Eur Resrir J 2001,12s.
38. Hall S, Humfleet GL, Reus VI, Muzoz RF, Hartz DT, Maude-Griffin R. Psychological intervention and antidepressant treatment in smoking cessation. Arhc Gen Psychiatry 2002; 59:930-935.

39. Roose SP. Comparison of paroxetine and nortriptyline in depressed patients with ischemic heart disease. *JAMA* 1998; 279:287-291.
40. Benowitz NL and Wilson Peng M. Non-nicotine pharmacotherapy smoking cessation. Mechanisms and prospects. *CNS Drugs* 2000;13(4):265-285.
41. Sutherland G, Stapleton JA, Russell MA, Feyerabend C. Naltrexone smoking behavior and cigarette withdrawal. *Psychopharmacology* 1995; 120(4):418-425.
42. Rose JE, Behm FM, Westman EC. Nicotine-mecamylamine treatment for smoking cessation: the role of precessation therapy. *Exp Clin Psychopharmacol* 1998;6(3):331-343.
43. Classman AH, Covey LS, Dalack GW, Stetner F, Cooper TB. Smoking cessation, clonidine, and vulnerability to nicotine among dependent smokers. *Clin Pharmacol Ther* 1993;54(6):670-679.
44. Classman AH, Stetner F, Cooper TB, Covey LS, Waish BT. Heavy smokers smoking cessation and clonidine : results of a double- blind, randomized trial. *JAMA* 1988;259(19):2863-2866.
45. Hilleman DE et al. Randomized controlled trial of transdermal clonidine for smoking cessation. *Ann Pharmacother* 1993; 27 (9):1025-1028.
46. Dvoskin LP and Crooks PA. A novel mechanism of action and potential use for lobeline as a treatment for psychostimulant abuse. *Biochem Pharmacol* 2002;63(2):89-98.
47. Hymowitz N, and Eckholdt H. Effects of a 2,5 mg silver acetate lozenge on initial and long-term smoking cessation. *Pre Med* 1996;25(5):537-546.
48. West R, Courts S, Baharry S, May S, Hajek P. Acute effect of glucose tablets on desire to smoke. *Psychopharmacology* 1999;147(3):319-321.
49. West R. Glucose for smoking cessation: does it have a role ? *CNS Drugs* 2001;15(4):261-265.
50. White A et al. A metanalysis of accupancure techniques for smoking cessation. *Tob Control* 1999;8:393-397.
51. Kendler KS, Neale MC, MacLean CJ, Heath AC, Eaves LJ, Kessler RC. Smoking and major depression : a causal analysis. *Arch Gen Psychiatry* 1993;50:36-43.

52. Hall SM, Reus VI, Munoz RF, Sees KL, Humfleet G, Hartz DT, Frederick S, Triffleman E. Nortriptyline and cognitive-behavioral therapy in the treatment of cigarette smoking. *Arch Gen Psychiatry* 1998;55:683-690.
53. Rohsenow DJ, Monti PM, Colby SM, Gulliver SB, Swift RM, Abrams DB. Naltrexone treatment for alcoholics: Effects on cigarette smoking rates. *Nicotine Tob Res.* 2003;5:231-236.
54. Anonymous. Rimonabant SR141716, SR 141716a. *Drugs R.D.* 2002;3:65-66.
55. Paterson NE. The mGluR5 antagonist MPEP decreased nicotine self-administration in rats and mice. *Psychopharmacology (Berl)* 2003;167:257-264.
56. Andreoli M, Tessari m, Pilla m, Valerio E, Hagan JJ, Heidbreder CA. Selective antagonism at dopamine D3 receptors prevents nicotine-triggered relapse to nicotine-seeking behavior. *Neuropsychopharmacology* 2003;28:1272-1280.
57. Fattore L, Cossu G, Martellotta MC, Fratta W. Balfen antagonizes intravenous self-administration of nicotine in mice and rats. 2002;37:495-498.
58. Decker MW. The therapeutic potential of nicotine acetylcholine receptor agonists for pain control. *Expert Opin. Investig. Drugs* 2001;10:1819-1830.
59. Kantac KM. Vaccines against drugs of abuse; a viable treatment option? *Drugs* 2003;63(4):341-352.
60. Pentel RP. Vaccines and depot medications for drug addiction: rationale, mechanisms of action and treatment implications. In press in *Immunotherapies and Depot Medications for Substance Dependence*. Academy Press, DC, USA.
61. Winn, D. M. (1997). Epidemiology of cancer and other systemic effects associated with the use of smokeless tobacco. *Advances in Dental Research*, 11, 313-321.
62. National Health Committee. Guidelines for smoking cessation: literature review and background information. Wellington: Ministry of Health, 1999.
63. Ussher MH, Taylor AH, West R, et al. Does exercise aid smoking cessation? A systematic review. *Addiction* 2000;95:199-208.
64. 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;50:207-210.

65. Butler, C., Pitt, R. and Stott, N. (1998) Qualitative study of patients' perceptions of doctors' advice to quit smoking: implications for opportunistic health promotion. *British Medical Journal*, 316, 1878–1881.
66. Coleman T, Wilson A. Factors associated with the provision of anti-smoking advice by general practitioners. *Br J Gen Pract* 1999;49:557-558.
67. McEwen A, West R. Smoking cessation activities by GPs and practice nurses. *Tobacco Control*, 2000 (in press).
68. Kreuter MW, Chheda SG, Bull FC. How does physician advice influence patient behavior? Evidence for a priming effect. *Arch Fam Med* 2000;9:426-433
69. Russell MA, Wilson C, Taylor C, et al. Effect of general practitioners' advice against smoking. *BMJ* 1979;2:231-235
70. Society for Research in Nicotine and Tobacco (SRNT). SRNT treatment database .Washington: Society for Research in Nicotine and Tobacco, 2000.
71. Parrott S, Godfrey C, Raw M, et al. Guidance for commissioners on the cost effectiveness of smoking cessation interventions. *Thorax* 1998;53(Suppl 5, Pt 2):S1-38
72. Benowitz NL, Gourlay SG. Cardiovascular toxicity of nicotine: implications for nicotine replacement therapy. *J Am Coll Cardiol* 1997;29:1422-1431
73. BTS. Comparison of four methods of smoking withdrawal in patients with smoking related diseases. Report by a Subcommittee of the Research
74. Committee of the British Thoracic Society. *BMJ (Clin Res Ed)* 1983;286:595-597
75. Stapleton J. Commentary: Progress on nicotine replacement therapy for. *BMJ* 1999;318:289
76. Davidson M, Epstein M, Burt R, et al. Efficacy and safety of an over-the-counter transdermal nicotine patch as an aid for smoking cessation. *Arch Fam Med* 1998;7:569-574
77. Hajek P, West R, Foulds J, et al. Randomised comparative trial of nicotine polacrilex, a transdermal patch, nasal spray and an inhaler. *Arch Intern Med* 1999;159:2033-2038
78. Ussher MH, Taylor AH, West R, et al. Does exercise aid smoking cessation? A systematic review. *Addiction* 2000;95:199-208.

79. Lumley J, Oliver S, Waters E. Interventions for promoting smoking cessation during pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev* 2000;2:CD001055.
80. Moolchan ET, Ernst M, Henningfield JE. A review of tobacco smoking in adolescents: treatment implications. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000;39:682-693
81. Stead LF, Lancaster T. Group behaviour therapy programmes for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2000;2:CD001007
82. Raw M, McNeill A, West R. Smoking cessation guidelines for health professionals. A guide to effective smoking cessation interventions for the health care system. *Thorax* 1998;53(Suppl 5, Pt 1):S1-19
83. Stapleton JA, Lowin A, Russell MA. Prescription of transdermal nicotine patches for smoking cessation in general practice: evaluation of cost-effectiveness. *Lancet*
84. McRobbie H, Hajek P. Nicotine replacement therapy in patients with cardiovascular disease. London: Royal London Hospital, 2000.
85. Hajek P. Withdrawal-oriented therapy for smokers. *Br J Addict* 1989;84:591-598.
86. Lancaster T, Stead LF. Self-help interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2000;2:CD001118.
87. Jorenby DE, Leischow SJ, Nides MA, et al. A controlled trial of sustained-release bupropion, a nicotine patch, or both for smoking cessation. *N Engl J Med* 1999;340:685-691
88. McEwen A, West R. GPs' views on medications for treating tobacco dependence: a report to the HDA. London, 2000.
89. West R, Hajek P, Nilsson F, et al. Individual differences in preference for and responses to four nicotine replacement products. *Psychopharmacology*, 2000 (in press).
90. Henningfield, J. (1995) Drug therapy: nicotine medications for smoking cessations. *New England Journal of Medicine*, 338, 1196–1203.
91. Imperial Cancer Research Fund General Practice Research Group (1993) Effectiveness of a nicotine patch in helping people stop smoking: results of a randomised trial in general practice. *British Medical Journal*, 306, 1304–1308.



92. Raw, M., McNeill, A. and West, R. (1998) Smoking Cessation Guidelines for Health Professionals—a guide to effective smoking cessation interventions for the health care system. *Thorax*, 53 (Suppl.), S1–S18.
93. Sinusas, K. and Coroso, J. (1993) Smokeless tobacco cessation: report of a preliminary trial using nicotine chewing gum. *Journal of Family Practice*, 37, 264–267.
94. West, R., McNeill, A. and Raw, M. (2000) Smoking cessation guidelines for health professionals: an update. *Thorax*, 55, 987–999.
95. Winn, D. M. (1997) Epidemiology of cancer and other systemic effects associated with the use of smokeless tobacco. *Advances in Dental Research*, 11, 313–321.
96. Butler, C., Pitt, R. and Stott, N. (1998) Qualitative study of patients' perceptions of doctors' advice to quit smoking: implications for opportunistic health promotion. *British Medical Journal*, 316, 1878–1881.
97. Glynn, T., Boyd, G. and Gruman, J. (1990) Essential elements of self-help/minimal intervention strategies for smoking cessation. *Health Education Quarterly*, 17, 329–345.
98. Gupta, P.C. (2001) The public health impact of tobacco. *Current Science*, 81, 475–481. Hatsukami, D., Jensen, J., Allen, S., Grillo, M. and Bliss, R. (1996) Effects of behavioural and pharmacological treatment on smokeless tobacco users. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 153–161.
99. Hatsukami, D., Grillo, M., Boyle, R., Allen, S., Jensen, J., Bliss, R. and Brown, S. (2000) Treatment of spit tobacco users with transdermal nicotine system and mint snuff. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 241–249.
100. Lancaster T, Silagy C, Sowden A, eds. Cochrane tobacco addiction module. In: Cochrane Collaboration, ed. Cochrane Library. Issue 3. Oxford: Update Software, 2000.
101. Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ, Dorfman SF, Goldstein HG, Gritz ER, et al. Treating tobacco use and dependence, clinical practice guideline. Rockville: US Department of Health and Human Services Public Health Service, 2000.
102. Raw M, McNeill A, West R. Smoking cessation guidelines for health professionals: a guide to effective smoking cessation interventions for the health care system. *Thorax* 1998; 53(suppl 5): S1-19

103. Taylor MC, Dingle JL. Prevention of tobacco-caused disease. In: Canadian Task Force on the Periodic Health Examination. Ottawa: Health Canada, 1994:500-511.
104. West R, McNeill A, Raw M. Smoking cessation guidelines for health professionals: an update. Health Education Authority. Thorax 2000; 55: 987-999
105. Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ, Dorfman SF, Goldstein HG, Gritz ER, et al. Smoking cessation. Rockville, MD: Agency for Health Care Policy and Research, 1996. (Clinical practice guideline no 18; US Department of Health and Human Services Publication no 96-0692.)
106. Cohen D, Eliasson M, Ericksson C, Gilljam H, Hedin A, Hellenious M-L, et al. Smoking cessation methods. Stockholm: Swedish Council on Technology Assessment in Health Care, 1998.
107. Ahluwalia, J., McNaghy, S. and Clark, W. (1998) Smoking cessation among inner-city African Americans using the Nicotine Transdermal Patch. Journal of General Internal Medicine, 13, 1–8.

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

## ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ ΔΙΑΚΟΠΗΣ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ

ΟΝΟΜΑ:

ΕΠΙΘΕΤΟ:

ΗΛΙΚΙΑ:

ΦΥΛΟ:

## ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ

1. Ιατρός
2. Νοσηλεύτης
3. Υπάλληλος του νοσοκομείου
4. Άσχετο με το χώρο υγείας

## ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ .

1. Μέτρια
2. Καλή
3. Πολύ καλή

## ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ

1. Δημοτικό
2. Γυμνάσιο
3. Λύκειο
4. Ανώτερη Σχολή
5. Πανεπιστήμιο

## ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ

1. ΧΑΠ
2. Άσθμα
3. Υπνική Άπνοια
4. Ουδέν

## ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ

1. ΣΝ
2. ΚΑ
3. Ουδέν

## ΠΑΛΑΙΟ ΑΕΕ

1. Ναι
2. Όχι

## ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗ ΑΛΚΟΟΛ

1. Ναι
2. Όχι

## ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΕΣ ΠΡΟΣΠΑΘΕΙΕΣ ΔΙΑΚΟΠΗΣ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ

1. Καμία
2. Μία
3. Δύο
4. Περισσότερες

## ΜΕ ΤΗ ΛΗΨΗ ΤΟΥ ΖΥΒΑΝ

1. Ναι
2. Όχι

## ΜΕ ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΑΤΑ ΝΙΚΟΤΙΝΗΣ

1. Ναι
2. Όχι

## ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΔΙΑΚΟΠΗΣ

1. Λιγότερο από μήνα
2. 1-3 μήνες
3. 3-6 μήνες
4. 6-12 μήνες
5. πάνω από 1 έτος

## ΣΠΙΡΟΜΕΤΡΗΣΗ (%)

F<sub>EV1</sub>

FVC

F<sub>EV1</sub>/FVC

F<sub>EF</sub> 25-75

## ΑΚΤΙΝΟΓΡΑΦΙΑ ΘΩΡΑΚΟΣ

1. Με παθολογικά ευρήματα
2. Χωρίς παθολογικά ευρήματα

## Πόσο εξαρτημένοι είστε από τη νικοτίνη; Κλίμακα Fagerström

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

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

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

Ναι (1 πόντος)  
 Όχι (0 πόντοι)

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

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

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

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

**5.** Καπνίζετε πιο πολύ το πρωί από το απόγευμα;

Ναι (1 πόντος)  
 Όχι (0 πόντοι)

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

Ναι (1 πόντος)  
 Όχι (0 πόντοι)

**Σκορ** **Σύνολο πόντων**

7 - 10 Καπνιστής πολύ εξαρτημένος  
 4 - 6 Καπνιστής μέτρια εξαρτημένος  
 0 - 3 Καπνιστής λίγο εξαρτημένος

## Κάρτα ελέγχου καταλληλότητας του καπνιστή για τη λήψη Zyban

Όνομα ασθενή: .....

Ημερομηνία: ...../...../200.....

### 1. Επιθυμεί ο καπνιστής να διακόψει το κάπνισμα; Θέσατε τις ακόλουθες ερωτήσεις:

- Πόσο σημαντικό είναι για σας να διακόψετε το κάπνισμα; Πολύ  Λίγο
- Πόσο σίγουρος/η είστε ότι θα τα καταφέρετε; Πολύ  Λίγο
- Είστε έτοιμος/η να διακόψετε το κάπνισμα τις επόμενες δύο εβδομάδες; Ναι  Όχι

	ΣΗΜΑΣΙΑ	ΒΕΒΑΙΟΤΗΤΑ
Ετοιμος/η	Μεγάλη	Μεγάλη
Αβέβαιος/η	Μικρή	Μεγάλη
Αβέβαιος/η	Μεγάλη	Μικρή
Ανετοιμος/η	Μικρή	Μικρή

**Οι καπνιστές που είναι έτοιμοι να διακόψουν το κάπνισμα (πράσινη ζώνη) θα ωφεληθούν περισσότερο από το Zyban.**

### 2. Ισχύει κάποιο από τα παρακάτω για τον/την καπνιστή/στρια;

- Είναι κάτω των 18 ετών. Ναι  Όχι
- Έχει υπερευαίσθησία στη βουηπροπύνη ή σε οποιοδήποτε συστατικό του σκευάσματος. Ναι  Όχι
- Ενεργός επιληπτική διαταραχή ή ιστορικό σπασμών. Ναι  Όχι
- Γνωστός όγκος στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα. Ναι  Όχι
- Αναφέρει απότομη διακοπή κατανάλωσης αλκοόλ ή οποιοδήποτε φαρμάκου το οποίο σχετίζεται με κίνδυνο εμφάνισης σπασμών κατά τη διακοπή του, π.χ. βενζοδιαζεπίνες. Ναι  Όχι
- Προηγούμενη ή ενεργός βουλιμία ή ψυχογενής ανορεξία. Ναι  Όχι
- Σοβαρή ηπατική κίρρωση. Ναι  Όχι
- Ταυτόχρονη λήψη αναστολέων της μονοαμινικής οξειδάσης (MAOIs). Ναι  Όχι
- Ιστορικό διπολικής διαταραχής. Ναι  Όχι
- Κύηση / γαλουχία Ναι  Όχι

**Το Zyban αντενδείκνυται σε αυτά τα άτομα.**

**Αν η απάντηση σε οποιοδήποτε από τα παραπάνω είναι «ΝΑΙ», ΔΕΝ ΘΑ ΠΡΕΠΕΙ να χορηγηθεί ZYBAN.**

**3. Παρουσιάζει ο/η καπνιστής/στρια κάποια από τις ακόλουθες καταστάσεις που μπορεί να αυξήσουν τον κίνδυνο εμφάνισης σπασμών;** Ναι  Όχι

- Συγχρονιζούμενα φάρμακα που είναι γνωστό ότι μειώνουν τον ουδό των σπασμών (π.χ. αντιψυχωσικά, αντικαταθλιπτικά, ανθελονοσιακά, tramadol, θεοφυλλίνη, συστηματικώς χορηγούμενα στεροειδή, κινολόνες, κατασταλτικά αντισταμινικά).
- Κατάχρηση αλκοόλ.
- Ιστορικό κρανιοεγκεφαλικής κάκωσης.
- Σακχαρώδης διαβήτης για την αντιμετώπιση του οποίου χορηγούνται υπογλυκαιμικά φάρμακα ή ινσουλίνη.
- Χρήση διεγερτικών ή ανορεξιογόνων προϊόντων.

Αν η απάντηση σε οποιοδήποτε από τα παραπάνω είναι «ΝΑΙ», υπάρχουν σαφείς κλινικές ενδείξεις ότι το όφελος από τη διακοπή του καπνίσματος υπερτερεί του αυξημένου δυνατικού κινδύνου εμφάνισης σπασμών;

Αιτία ανάγκης διακοπής του καπνίσματος:.....

Σε αυτές τις περιπτώσεις, εξετάστε την πιθανότητα χορήγησης 150mg ημερησίως καθ' όλη τη διάρκεια της θεραπείας.

**4. Λαμβάνει ο/η καπνιστής/στρια κάποιο από τα παρακάτω φάρμακα;** Ναι  Όχι

**Αν ναι, μπορεί να υπάρχει η πιθανότητα αλληλεπιδράσεων.**

Σε αυτά μπορεί να περιλαμβάνονται: **αντικαταθλιπτικά** (π.χ. δεσπραμίνη, ιμιπραμίνη, παροξετίνη), **αντιψυχωσικά** (π.χ. ρισπεριδόνη, θειοριδαζίνη), **β-αναστολείς** (π.χ. μετοπρολόλη), **αντιαρρυθμικά τάξης IC** (π.χ. προπαφαινόνη, φλεκαϊνίδη), **θεοφυλλίνη, τακρίνη, φαινυτοΐνη, φαινοβαρβιτάλη, καρβαμαζεπίνη, ορφενεδρίνη, κυκλοφωσφαμίδη, ιφωσφαμίδη, βακτηριοκικό νάτριο, ηεβοντόπα.**

**Για περισσότερες πληροφορίες, ανατρέξτε στην Περίληψη των Χαρακτηριστικών (SPC) του Zyban.**

- Αν ο ασθενής είναι υπέρτασικός ή εξετάζεται το ενδεχόμενο χρήσης συνδυασμού διαδερμικού συστήματος νικοτίνης (NTS) και Zyban, θα πρέπει να ελεγχθεί η αρτηριακή πίεση πριν από την έναρξη θεραπείας με Zyban και εν συνεχεία να ελεγχεται ανά τακτά χρονικά διαστήματα. Αν παρατηρηθεί κλινικά σημαντική αύξηση της αρτηριακής πίεσης θα πρέπει να εξεταστεί το ενδεχόμενο διακοπής του Zyban.
- Η αρχική δόση του Zyban είναι 150mg χορηγούμενα καθημερινά για έξι ημέρες. Ακολούθως, από την έβδομη ημέρα η δόση αυξάνεται στα 150mg δύο φορές την ημέρα. Η πηλειοψηφία των ενηλίκων ασθενών θα χρειαστεί να πάρει δόση **150mg bd (300mg ημερησίως).**
- Αν ο ασθενής είναι **ηλικιωμένος** ή πάσχει από **νεφρική ή ήπια έως μέτρια ηπατική ανεπάρκεια**, θα πρέπει να χορηγηθεί **δόση 150mg μία φορά την ημέρα.**
- Θα πρέπει να χορηγείται η πλήρης θεραπεία των 120 δισκίων, εκτός και εάν ο/η ασθενής παρουσιάσει κάποια σοβαρή ανεπιθύμητη ενέργεια ή χρειάζεται χαμηλότερη δόση.

**• Αν κατά την 7η εβδομάδα δεν έχουν σημειωθεί αποτελέσματα, η θεραπεία θα πρέπει να διακόπτεται.**

**Χορήγηση Zyban:** Ναι  Όχι

**Ημερομηνία-στόχος διακοπής του καπνίσματος (κατά πρόβλεψη εντός της 2ης εβδομάδας θεραπείας):** ...../...../200.....

**Δόση την 7η ημέρα:** 150mg  300mg

**Η επανεξέταση προγραμματίστηκε για τις (ημερομηνία):** ...../...../200.....

**Σκοπός της επίσκεψης παρακολούθησης είναι:**

- **Να ελέγξει ο ιατρός αν ο ασθενής του διέκοψε το κάπνισμα.**
- **Να ενθαρρύνει τον ασθενή που διέκοψε το κάπνισμα να μην το ξαναρχίσει.**
- **Να ερωτηθεί ο ασθενής για τυχόν ανεπιθύμητες ενέργειες του Zyban.**
  - Αν οι ανεπιθύμητες ενέργειες είναι σοβαρές, τότε θα πρέπει να εξετασθεί το ενδεχόμενο διακοπής της θεραπείας με Zyban.
  - Σε περίπτωση υπερευαισθησίας, οι ιατροί θα πρέπει να γνωρίζουν ότι τα συμπτώματα μπορεί να εξελιχθούν ή να υποτροπιάσουν μετά τη διακοπή του Zyban και θα πρέπει να διασφαλίσουν τη χορήγηση συμπτωματικής θεραπείας για χρονικό διάστημα τουλάχιστον μιας (1) εβδομάδας.
- **Να ερωτηθεί ο ασθενής για τυχόν συμπτώματα καταθλιπτικής διάθεσης.**

Η καταθλιπτική διάθεση μπορεί να αποτελεί σύμπτωμα στέρησης της νικοτίνης. Σε ασθενείς που προσπαθούν να διακόψουν το κάπνισμα έχει αναφερθεί κατάθλιψη, η οποία σπανίως περιλαμβάνει τάσεις αυτοκτονίας. Αυτά τα συμπτώματα έχουν αναφερθεί και κατά τη διάρκεια της θεραπείας με Zyban, συνήθως κατά τα πρώτα στάδια της θεραπείας. Οι ιατροί θα πρέπει να έχουν επίγνωση της πιθανής εμφάνισης σημαντικών συμπτωμάτων κατάθλιψης σε ασθενείς που προσπαθούν να διακόψουν το κάπνισμα και θα πρέπει να συμβουλευθούν τους ασθενείς καταλλήλως.