

**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ:
«ΜΟΝΑΔΕΣ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ – ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ»**

**ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ
ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ ΣΕ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΤΟ ΤΜΗΜΑ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΤΟΥ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ**

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**ΘΕΜΑ: ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΜΕ ΒΑΡΕΝΙΚΛΙΝΗ
ΣΤΗ ΔΙΑΚΟΠΗ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ
ΟΞΥ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ**

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΦΟΙΤΗΤΡΙΑ : ΡΟΥΜΕΛΙΩΤΑΚΗ ΓΕΩΡΓΙΑ

**ΑΘΗΝΑ
ΜΑΡΤΙΟΣ 2019**

ΠΡΑΚΤΙΚΟ ΚΡΙΣΕΩΣ

ΤΗΣ ΣΥΝΕΔΡΙΑΣΗΣ ΤΗΣ ΤΡΙΜΕΛΟΥΣ ΕΞΕΤΑΣΤΙΚΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Της Μεταπτυχιακής Φοιτήτριας Ρουμелиωτάκη Γεωργίας

ΕΞΕΤΑΣΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

- Τούσουλης Δημήτριος, Επιβλέπων
- Κυρίτση Ελένη
- Τούτουζας Κωνσταντίνος

Η Τριμελής Εξεταστική Επιτροπή η οποία ορίσθηκε από την ΓΣΕΣ της Ιατρικής Σχολής του Παν. Αθηνών Συνεδρίαση της.....για την αξιολόγηση και εξέταση της υποψηφίου κας. Ρουμелиωτάκη Γεωργίας, συνεδρίασε σήμερα .../.../....

Η Επιτροπή **διαπίστωσε** ότι η Διπλωματική Εργασία της κας. Ρουμелиωτάκη Γεωργίας, με τίτλο **«ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΜΕ ΒΑΡΕΝΙΚΛΙΝΗ ΣΤΗ ΔΙΑΚΟΠΗ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΟΞΥ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ »** είναι πρωτότυπη, επιστημονικά και τεχνικά άρτια και η βιβλιογραφική πληροφορία ολοκληρωμένη και εμπειριστατωμένη.

Η εξεταστική επιτροπή αφού έλαβε υπ' όψιν το περιεχόμενο της εργασίας και τη συμβολή της στην επιστήμη, με ψήφους προτείνει την απονομή στον παραπάνω Μεταπτυχιακό Φοιτητή την απονομή του Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης (Master's).

Στην ψηφοφορία για την βαθμολογία ο υποψήφιος έλαβε για τον βαθμό «ΑΡΙΣΤΑ» ψήφους, για τον βαθμό «ΛΙΑΝ ΚΑΛΩΣ» ψήφους, και για τον βαθμό «ΚΑΛΩΣ» ψήφους Κατά συνέπεια, απονέμεται ο βαθμός «.....».

Μέλη της Εξεταστικής Επιτροπής

- Τούσουλης Δημήτριος, Επιβλέπων (Υπογραφή) _____
- Κυρίτση Ελένη (Υπογραφή) _____
- Τούτουζας Κωνσταντίνος (Υπογραφή) _____

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Η παρούσα ερευνητική εργασία πραγματοποιήθηκε στα πλαίσια του μεταπτυχιακού προγράμματος «Μονάδες εντατικής θεραπείας- Καρδιολογική νοσηλευτική» της Ιατρικής Σχολής του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών.

Πριν την παρουσίαση των αποτελεσμάτων της παρούσας διπλωματικής εργασίας, αισθάνομαι την υποχρέωση να ευχαριστήσω ορισμένους από τους ανθρώπους που γνώρισα, συνεργάστηκα μαζί τους και έπαιξαν πολύ σημαντικό ρόλο στην πραγματοποίησή της.

Πρώτα θα ήθελα να εκφράσω τις θερμές ευχαριστίες μου στην καθηγήτρια, Κυρίτση Ελένη, για τη συνεχή υποστήριξη, καθοδήγηση, επίβλεψη, υπομονή και την άψογη συνεργασία καθ' όλη τη διάρκεια εκπόνησης της εργασίας. Επίσης θα ήθελα να την ευχαριστήσω για τις πολύτιμες συμβουλές της κατά τη διάρκεια του μεταπτυχιακού προγράμματος.

Επιπλέον, θα ήθελα να ευχαριστήσω τον επιβλέποντα καθηγητή κ. Δ. Τούσουλη, για την άριστη συνεργασία και την στοχευμένη καθοδήγηση κατά τη διεκπεραίωση της διπλωματικής μου εργασίας.

Επίσης, θέλω να ευχαριστήσω τον κ. Γεώργιο Γκουμά, Αν. Διευθυντή Καρδιολογικής Κλινικής- Ευρωκλινικής Αθηνών, για την πολύτιμη συνεισφορά του στο ερευνητικό κομμάτι αυτής της εργασίας.

Τέλος, ιδιαίτερες ευχαριστίες θέλω να εκφράσω προς την οικογένειά μου και κυρίως στους γονείς μου Ελευθέριο και Φωτεινή για την διαχρονική συμπαράστασή τους και την υλική και ηθική στήριξη των επιλογών μου.

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	6
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	8
ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ	9
Επιδημιολογία.....	10
Παράγοντες καρδιαγγειακού κινδύνου	10
Τροποποιήσιμοι παράγοντες κινδύνου	11
Μη τροποποιήσιμοι παράγοντες κινδύνου	14
ΚΑΠΝΙΣΜΑ	16
Ιστορικά στοιχεία καπνού.....	16
Ηλεκτρονικό τσιγάρο	17
Παθητικό κάπνισμα	18
Κάπνισμα & γυναικείο φύλο	19
Εθισμός στη νικοτίνη.....	20
Επιδημιολογία.....	21
Κάπνισμα και υγεία	21
Κάπνισμα και στεφανιαία νόσος.....	21
Κάπνισμα και ΧΑΠ.....	22
Κάπνισμα και καρκίνος	23
Κάπνισμα και ΑΕΕ	24
Κάπνισμα και κόστος υγείας	24
Διακοπή Καπνίσματος	26
Μέθοδοι διακοπής του καπνίσματος	28
Φαρμακευτικές μέθοδοι.....	28
Συμπεριφορικές μέθοδοι	33
Εναλλακτικές μέθοδοι	34
Διεθνείς οδηγίες για την διακοπή του καπνίσματος.....	36
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	38
ΣΚΟΠΟΣ.....	39
ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ.....	39
Δείγμα της μελέτης.....	39
Κριτήρια επιλογής του δείγματος	39

Μεθοδολογία.....	40
ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ.....	41
ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑ ΜΕΛΕΤΗΣ.....	41
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....	42
Περιγραφικά αποτελέσματα.....	42
Στατιστικά Αποτελέσματα.....	43
ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΟΙ ΚΑΙ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΟΙ ΠΙΝΑΚΕΣ.....	47
ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ.....	67
ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΜΕΛΕΤΗΣ - ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	75
ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	76
SUMMARY.....	78
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	80
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....	88

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το κάπνισμα αποτελεί βασικό παράγοντα κινδύνου για πλήθος ασθενειών οδηγώντας στο θάνατο εκατομμύρια ανθρώπους σε όλο τον κόσμο, ετησίως. Μοιάζει πολύ με μία χρόνια πάθηση που η αντιμετώπισή της είναι εξαιρετικά δύσκολη και οι υποτροπές της συχνές.^{1,2}

Εκτιμάται ότι, παγκοσμίως υπάρχουν 1,1 δισεκατομμύρια άνθρωποι που είναι χρήστες προϊόντων καπνού ενώ κατά τη διάρκεια του 20^{ου} αιώνα υπολογίζεται ότι περίπου 100.000.000 θάνατοι προήλθαν από τη χρήση αυτών των προϊόντων. Επιπλέον ένα μεγάλο ποσοστό των καπνιστών επιθυμεί να διακόψει το κάπνισμα, όμως πολύ λίγοι τελικά το καταφέρνουν.¹⁻³

Μέτρα περιορισμού του καπνίσματος λαμβάνονται από τα περισσότερα κράτη, παρόλα αυτά πολλοί άνθρωποι ταλαιπωρούνται από τις επιπτώσεις τόσο του ενεργητικού όσο και του παθητικού καπνίσματος, περιορίζοντας όχι μόνο το προσδόκιμο επιβίωσης αλλά και την ποιότητα της ζωής τους. Είναι φανερό λοιπόν ότι τα οφέλη από την διακοπή του καπνίσματος είναι τεράστια.¹⁻⁴

Οι καρδιαγγειακές παθήσεις, αποτελούν τις κυριότερες αιτίες θανάτου στις αναπτυσσόμενες χώρες του Δυτικού κόσμου και το ίδιο αναμένεται να γίνει και στις αναπτυσσόμενες χώρες μέχρι το 2020. Ανάμεσα στις καρδιαγγειακές παθήσεις, η στεφανιαία νόσος είναι η πιο συχνή και ιδιαίτερα τα οξεία στεφανιαία σύνδρομα σχετίζονται με αυξημένη θνητότητα και νοσηρότητα.³

Το κάπνισμα αποτελεί τον κυριότερο παράγοντα κινδύνου για αθηροσκλήρυνση, ενώ τα οξεία στεφανιαία σύνδρομα αποτελούν τις πιο επικίνδυνες εκδηλώσεις της. Η χωρίς βοήθεια προσπάθεια διακοπής του καπνίσματος κατά την διάρκεια και αμέσως μετά τη νοσηλεία έχει δείξει περιορισμένη αποτελεσματικότητα ενώ προγράμματα καρδιακής αποκατάστασης μετά από οξύ στεφανιαίο σύνδρομο έχουν αποδειχτεί πολύ αποτελεσματικά. Αρκετές μελέτες σε ασθενείς με ή χωρίς στεφανιαία νόσο έχουν δείξει ότι η φαρμακευτική υποστήριξη με βαρενικλίνη αυξάνει την πιθανότητα επιτυχούς διακοπής του καπνίσματος.¹⁻⁵

Η διακοπή του καπνίσματος και οι στρατηγικές πρόληψης παρέχουν τεράστια δυνατότητα για τη βελτίωση της δημόσιας υγείας. Η υγειονομική ομάδα πρέπει να εκπαιδευτεί σε αποτελεσματικές στρατηγικές προσέγγισης

προκειμένου να βοηθήσει τους καπνιστές να διακόψουν το κάπνισμα αλλά και να δώσει κίνητρα και ενημέρωση σε όσους δεν επιθυμούν ή δεν είναι ακόμη έτοιμοι για τη διακοπή.⁶

Σκοπός της παρούσας μελέτης η διερεύνηση της αποτελεσματικότητας της βαρενικλίνης σε συνδυασμό με εντατική συμβουλευτική υποστήριξη στη διακοπή του καπνίσματος στα πλαίσια 6μηνου προγράμματος καρδιακής αποκατάστασης σε ασθενείς μετά από οξύ στεφανιαίο σύνδρομο.

Η παρούσα εργασία αποτελείται από το γενικό μέρος, στο οποίο παρατίθενται οι σύγχρονες γνώσεις γύρω από τα καρδιαγγειακά νοσήματα, το κάπνισμα και τους τρόπους διακοπής του καπνίσματος, και το ειδικό μέρος, το οποίο περιλαμβάνει το σκοπό της μελέτης, το υλικό και τις μεθόδους που χρησιμοποιήθηκαν, τη στατιστική ανάλυση, τα αποτελέσματα, τη συζήτηση και τα συμπεράσματα. Στο τέλος παρατίθεται η περίληψη στην ελληνική και αγγλική γλώσσα και η βιβλιογραφία.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ

Η καρδιαγγειακή νόσος αποτελεί πρωταρχική αιτία θανάτου τόσο στον ανεπτυγμένο όσο και στον αναπτυσσόμενο κόσμο. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ.), εκτιμάται ότι οι θάνατοι από καρδιαγγειακά αίτια πιθανόν να καταλάβουν την πρώτη ή την δεύτερη θέση στη σειρά κατάταξης θανατηφόρων μη μεταδιδόμενων νοσημάτων (Non Communicable Diseases, NCDs).^{6,7}

Για κλινικούς, θεραπευτικούς και προγνωστικούς λόγους, η στεφανιαία νόσος ταξινομείται στα οξέα στεφανιαία ή ισχαιμικά σύνδρομα και στη χρόνια στεφανιαία νόσο. Το φάσμα των οξέων στεφανιαίων συνδρόμων περιλαμβάνει την ασταθή στηθάγχη, το οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου χωρίς ανάσπαση του τμήματος του ST (NSTEMI), το οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου με ανάσπαση του τμήματος του ST (STEMI) και τον αιφνίδιο θάνατο.^{1,2}

Τα οξέα στεφανιαία σύνδρομα (ΟΣΣ) αποτελούν την κύρια αιτία θανάτου σε παγκόσμιο επίπεδο δεδομένου ότι ένας στους δύο θανάτους από NCDs, προέρχεται από κάποιο θανατηφόρο έμφραγμα του μυοκαρδίου. Τόσο στην Ευρώπη όσο και στις ΗΠΑ, τα στοιχεία των καρδιολογικών εταιρειών παρουσιάζουν τα οξέα στεφανιαία σύνδρομα υπεύθυνα τουλάχιστον για το 50% των ετήσιων θανάτων. Και στην Ελλάδα ισχύουν σχεδόν τα ίδια ποσοστά, με το εύρημα όμως περί επανανοσηλείας του 30% των ασθενών με ΟΣΣ 6 μήνες μετά, να προκαλεί την ανάλογη ανησυχία.⁸

Οι εξελίξεις στην Καρδιολογία τα τελευταία χρόνια οδήγησαν στη προσπάθεια της σταθερής μείωσης της θνητότητας των ασθενών με ΟΣΣ. Η μείωση αυτή οφείλεται αφενός στη μείωση του αριθμού των ασθενών με STEMI, με ταυτόχρονη όμως αύξηση του αριθμού των ασθενών με ασταθή στηθάγχη και έμφραγμα χωρίς ανάσπαση του διαστήματος ST, και αφετέρου στην ελάττωση της ενδονοσοκομειακής θνητότητας. Η θεραπεία και η ιατρική προσέγγιση πέρασαν διάφορες 'φάσεις' μέχρι να φτάσουν στη μείωση της θνητότητας των ασθενών με STEMI.^{6,7,9}

Αξιοσημείωτο είναι, ότι παρά την μεγάλη προσπάθεια που καταβάλλεται στον τομέα των ιατροφαρμακευτικών θεραπευτικών αγωγών, ο κίνδυνος από ΟΣΣ παραμένει υψηλός κυρίως στις μεγαλύτερες ηλικιακές

ομάδες, χωρίς βέβαια να αποκλείονται και οι νεότεροι στην ηλικία, και στα δύο φύλα.¹⁰

Αναμφίβολα λοιπόν, η αναζήτηση στρατηγικών πρόληψης των καρδιαγγειακών νοσημάτων παρέχουν τεράστια δυνατότητα για τη βελτίωση της δημόσιας υγείας. Οι επιστήμονες επιδιώκουν να δώσουν έμφαση στην αλλαγή του γενικότερου τρόπου ζωής του πληθυσμού προς μία πιο υγιεινή κατεύθυνση σε πρωτοβάθμιο επίπεδο, περιορίζοντας τους παράγοντες κινδύνου πρόκλησης ΟΣΣ, πριν ακόμα οδηγηθούν στη χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής και στη χρήση άλλων τεχνικών σε επίπεδο δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας φροντίδας.^{11,12}

Επιδημιολογία

Η στεφανιαία νόσος συναντάται ευρέως στον δυτικό κόσμο, αλλά ακόμη και στις αναπτυσσόμενες χώρες. Στις ΗΠΑ, για παράδειγμα, εκτιμάται ότι οι ενήλικες άντρες και γυναίκες με στεφανιαία νόσο για το 2004 ανέρχονταν σε περίπου 16 εκατομμύρια άνδρες και 29 γυναίκες. Παρόμοια είναι και η επιδημιολογία της νόσου στην Ευρώπη, αν και οι διαφορές μεταξύ των διαφόρων χωρών είναι μεγάλες, με τα υψηλότερα ποσοστά επιπολασμού να διαπιστώνονται στις βόρειες και τις ανατολικές χώρες και τα χαμηλότερα στις δυτικές και νοτιότερες περιοχές. Υπό αυτό το πρίσμα, δεν προκαλεί έκπληκτο γεγονός ότι η στεφανιαία νόσος αποτελεί μία από τις βασικότερες αιτίες θανάτου στις ανεπτυγμένες χώρες. Η συχνότητα εκδήλωσης των στεφανιαίων επεισοδίων και των θανάτων που προκαλούνται από αυτά, καθιστούν την στεφανιαία νόσο μια ασθένεια-μάστιγα. Έχει σημασία να αναφερθεί ότι με βάση τα πρόσφατα στατιστικά στοιχεία το 50% των αντρών και το 64% των γυναικών που απεβίωσαν αιφνιδίως από ΣΝ δεν παρουσίαζαν συμπτώματα της νόσου.¹³

Παράγοντες καρδιαγγειακού κινδύνου

Σύμφωνα με την άποψη της επιδημιολογικής επιστήμης, ως παράγοντα κινδύνου για την εμφάνιση ενός νοσήματος, ορίζεται ένα χαρακτηριστικό ή ένα γνώρισμα ενός ατόμου ή ενός πληθυσμού που εμφανίζεται νωρίς στη ζωή και συνδέεται με έναν αυξημένο κίνδυνο για την

μελλοντική ανάπτυξη αυτής της νόσου, αλλά γενικότερα και με την ανάπτυξη αθηροσκλήρωσης.¹⁴

Η συνύπαρξη περισσότερων του ενός παραγόντων κινδύνου στο ίδιο άτομο πολλαπλασιάζει δυσανάλογα τον κίνδυνο στεφανιαίας νόσου. Αντίθετα η κατάλληλη αντιμετώπιση των παραγόντων κινδύνου ελαττώνει τη νοσηρότητα και τη θνητότητα της στεφανιαίας νόσου.¹⁴

Κοινός παρονομαστής σε όλα τα καρδιαγγειακά νοσήματα είναι η ανάπτυξη αθηρωματικών αλλοιώσεων στο αντίστοιχο κάθε φορά αγγειακό δίκτυο. Οι παράγοντες λοιπόν καρδιαγγειακού κινδύνου συνήθως ταξινομούνται στους τροποποιήσιμους, που είναι το κάπνισμα, η υπέρταση, η δυσλιπιδαιμία, ο σακχαρώδης διαβήτης, η παχυσαρκία, ο περιορισμός φυσικής δραστηριότητας και στους μη τροποποιήσιμους, που είναι η κληρονομικότητα και η προσωπικότητα.^{11,15}

Τροποποιήσιμοι παράγοντες κινδύνου

Κάπνισμα

Το κάπνισμα αποτελεί ιδιαίτερα σημαντικό προδιαθεσικό παράγοντα για την εκδήλωση καρδιαγγειακών νοσημάτων της στεφανιαία νόσο, αιφνίδιο καρδιακό θάνατο, αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο και οι βλαπτικές επιπτώσεις για όσους καπνίζουν είναι 3 έως 4 φορές μεγαλύτερες σε σχέση με της μη καπνίζοντες. Η σχέση ανάμεσα στο κάπνισμα και στη στεφανιαία νόσο είναι δόσοεξαρτώμενη. Παγκοσμίως ο αριθμός των καπνιστών ανέρχεται στο 1 δις άτομα ενώ υπολογίζεται ότι το 20% περίπου των καρδιακών θανάτων αποδίδεται στο κάπνισμα.¹¹

Ο καπνός αυξάνει την αρτηριακή πίεση και την καρδιακή συχνότητα. Από την παθοφυσιολογική πλευρά, τα στατιστικά τα οποία εμπεριέχονται στον καπνό του τσιγάρου επηρεάζουν τη λειτουργία του ενδοθηλίου, την αντιδραστικότητα των αιμοπεταλίων και γενικότερα μηχανισμούς πήξης αίματος ενώ παράλληλα δημιουργούν ένα προφλεγμονώδες περιβάλλον. Προκαλεί ανεπιθύμητες μεταβολές των λιπιδίων, αύξηση των τριγλυκεριδίων και της χοληστερόλης και μείωση της HDL-χοληστερόλης. Με λίγα λόγια εμπλέκεται άμεσα στο μηχανισμό της αθηροσκλήρυνσης. Επιπλέον η έκθεση στο κάπνισμα και το παθητικό κάπνισμα μπορεί να προκαλέσει

δυσλειτουργίες του ενδοθηλίου στη στεφανιαία κυκλοφορία, ακόμη και σε νέους υγιείς μη καπνιστές ανθρώπους.¹²

Η σχέση λοιπόν καπνίσματος – καρδιαγγειακής νόσου είναι ιδιαίτερη, σύμφωνα με τις μελέτες και καθοριστικής σημασίας είναι η σύσταση διακοπής του καπνίσματος με όποιον τρόπο επιλέξει ο καθένας.¹⁵

Υπέρταση

Ως αρτηριακή πίεση ορίζεται η πίεση που ασκείται στις αρτηρίες από το αίμα κατά τη διάρκεια μεταφοράς του από και προς την καρδιά. Η υψηλή αρτηριακή πίεση αποτελεί ανεξάρτητο παράγοντα κινδύνου καρδιαγγειακού νοσήματος και ένα σοβαρό πρόβλημα δημόσιας υγείας, διότι σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας ο επιπολασμός της υπέρτασης σε άτομα > 25 ετών είναι γύρω στο 40% και για την Ελλάδα ειδικότερα περίπου το 40% του πληθυσμού πάσχει από αυτή τη νόσο.¹⁶

Η αρτηριακή πίεση χωρίζεται σε συστολική και διαστολική και φυσικά διαφέρει από άνθρωπο σε άνθρωπο, ανάλογα με το φύλο, την ηλικία, την σωματική άσκηση κατά την διάρκεια της ημέρας. Αρτηριακή υπέρταση λοιπόν είναι η προς τα πάνω παράκλιση της τιμής της μέσης φυσιολογικής αρτηριακής πίεσης (140/85mmHg), είτε της συστολικής είτε της διαστολικής πίεσης του ατόμου. Η παρουσία έτσι, υπέρτασης σε καρδιαγγειακά νοσήματα ευνοεί την αθηρογένεση, καθώς μειώνεται η ανταπόκριση του ενδοθηλίου σε αγγειοδιασταλτικές ουσίες αυξάνοντας την διαπερατότητα των αγγείων σε λιποπρωτεΐνες και μακρομόρια.¹⁷

Δυσλιπιδαιμία

Τα λιπίδια αποτελούν ουσιώδη συστατικά για τη λειτουργία της μεμβράνης των κυττάρων στον ανθρώπινο οργανισμό, της οποίας μειώνουν την ρευστότητα και συμβάλλουν σε σημαντικές λειτουργίες της η μεταφορά στο πλάσμα για ενέργεια και της μεταβολικές δράσεις. Παράγονται συγκεκριμένα στο συκώτι και ένα μέρος της προσλαμβάνεται με της τροφές.^{11,18}

Μία από της μορφές των λιπιδίων που έχει συσχετιστεί με την στεφανιαία νόσο είναι η ολική χοληστερόλη ,η HDL – LDL χοληστερόλη και τα τριγλυκερίδια. Η ιδιότητα της να μην διαλύεται καθόλου στο νερό είναι τόσο

ανεπιθύμητη καθώς συσσωρεύεται στα τοιχώματα των αρτηριών, δεν μετακινείται εύκολα και οδηγεί στο σχηματισμό της αθηρωματικής πλάκας και επομένως της στεφανιαίας νόσου.^{12,19}

Οι φυσιολογικές τιμές για όλα τα λιπίδια είναι: λιγότερο από 190mg/dl για την ολική χοληστερόλη, λιγότερο από 115mg/dl για την LDL – χοληστερόλη, περισσότερο από 40mg/dl της HDL – χοληστερόλης για της άνδρες και 45 mg/dl για τις γυναίκες, λιγότερο από 150 mg/dl για τα τριγλυκερίδια. Σκοπός, λοιπόν, της διατήρησης των φυσιολογικών διακυμάνσεων των τιμών είναι ο περιορισμός των αθηροσκληρωτικών βλαβών που σίγουρα θα προκληθούν.^{1,2,8}

Σακχαρώδης διαβήτης

Σύμφωνα με μελέτες του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας το 60% των θανάτων σε άτομα με διαγνωσμένο σακχαρώδη διαβήτη αποδίδεται σε κάποια μορφή εκδήλωσης καρδιαγγειακής νόσου.¹

Η αθηρωμάτωση και οι συνέπειες της είναι η κύρια αιτία για το μεγάλο ποσοστό νοσηρότητας και θνητότητας στους ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη. Η αθηρωματική νόσος εκδηλώνεται ως αγγειοπάθεια των περιφερικών, των εγκεφαλικών και των στεφανιαίων αγγείων και οι προκαλούμενες βλάβες είναι πολλαπλές.²

Επομένως η αυστηρή ρύθμιση του σακχάρου στο αίμα αποτελεί βασικό στοιχείο της πρόγνωσης της αθηροσκλήρωσης, χωρίς βέβαια να παραλείπουμε ότι η μακροπρόθεσμη επιβίωση είναι επιβαρυνμένη λόγω του υψηλού κινδύνου υποτροπών.^{3,20}

Παχυσαρκία

Ως παχυσαρκία ορίζεται μία ακραία κατάσταση αποταμίευσης λίπους, σε επίπεδα υψηλότερα από αυτά που είναι απαραίτητα για την αρμονική λειτουργία του οργανισμού, που μπορεί να κυμαίνεται πάνω από το 30% του συνολικού βάρους σώματος στις γυναίκες και πάνω από το 25% στους άνδρες δημιουργώντας μορφολογικές και λειτουργικές διαταραχές στον οργανισμό. Οφείλεται σε συνδυασμό γενετικών και περιβαλλοντικών παραγόντων.^{21,22}

Η αντικειμενικότερη μέθοδος μέτρησης της ποσότητας του λίπους είναι ο δείκτης μάζας σώματος (ΔΜΣ ή BMI). Αδιαμφισβήτητα αποτελεί έναν βασικό παράγοντα κινδύνου για τα καρδιαγγειακά νοσήματα είτε άμεσα είτε έμμεσα ασκώντας αρνητική επίδραση τόσο στο λιπιδαιμικό προφίλ όσο και στο μεταβολισμό της γλυκόζης αλλά και στη ρύθμιση της αρτηριακής πίεσης. Αυτός είναι και ο λόγος για τον οποίο η ρύθμιση βάρους και η διατήρηση του σε φυσιολογικά επίπεδα αποτελεί βασική οδηγία στην πρωτογενή πρόληψη καρδιαγγειακής νόσου.^{15,22}

Περιορισμός φυσικής δραστηριότητας

Πολλές επιδημιολογικές μελέτες έχουν αναδείξει το προστατευτικό χαρακτήρα της φυσικής δραστηριότητας στην πρωτογενή πρόληψη καρδιαγγειακής νόσου. Μέτρια φυσική δραστηριότητα έχει αποδειχθεί ότι μειώνει στατιστικά σημαντικά την εμφάνιση στεφανιαίας νόσου αλλά και εμφράγματος του μυοκαρδίου ειδικότερα. Η φυσική δραστηριότητα και η μειωμένη καθιστική ζωή λειτουργούν καρδιοπροστατευτικά και μπορούν να μειώσουν τον καρδιαγγειακό κίνδυνο έως και 40%.²³

Μη τροποποιήσιμοι παράγοντες κινδύνου

Κληρονομικότητα

Ένας ακόμη παράγοντας που συνδέεται ειδικά με την πρόωγη εμφάνιση της στεφανιαίας νόσου είναι αυτός της κληρονομικότητας. Έχει αποδειχθεί η σύνδεση γονιδιακών διαταραχών που μεταβιβάζονται από γενιά σε γενιά με την αθηρογένεση καθώς μέσα στις μεταλλάξεις που κληρονομούνται περιλαμβάνονται διαταραχές που έχουν να κάνουν με την υπέρταση και τον σακχαρώδη διαβήτη. Έτσι και η εμφάνιση στεφανιαίας νόσου σε συγγενικά πρόσωπα πρώτου βαθμού αποτελεί ισχυρό και ανεξάρτητο παράγοντα κινδύνου.¹¹

Προσωπικότητα

Σίγουρα η προσωπικότητα κάθε ανθρώπου και τα χαρακτηριστικά του, όπως η ηλικία, το φύλο, ψυχοκοινωνικοί παράγοντες εντείνουν το ενδιαφέρον

στο σύγχρονο επιστημονικό κόσμο ώστε να συλλέξουν στοιχεία που σχετίζονται με την εμφάνιση καρδιαγγειακού νοσήματος.⁷

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας φαίνεται πως ο κίνδυνος εκδήλωσης στεφανιαίας νόσου είναι άνω της ηλικίας των 65 ετών, με την διαφορά όμως πως για τα δύο φύλα τα κρίσιμα όρια ηλικίας διαφέρουν κατά μία δεκαετία περίπου, με τους άνδρες να είναι στα 45-50 έτη και τις γυναίκες στα 60-65. Οι άνδρες βέβαια παρουσιάζουν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης της νόσου συγκριτικά με τις γυναίκες, λόγω διαφορών στο ορμονικό προφίλ, με τις γυναίκες να προστατεύονται από την καρδιοπροστατευτική δράση των οιστρογόνων, για αυτό και υπάρχουν κάποιες διαφορές στην πρωτογενή πρόληψη καρδιαγγειακών νοσημάτων ανάμεσα στα δύο φύλα. Επιπλέον διάφοροι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες όπως ο θυμός, η κατάθλιψη, το άγχος και διάφορες παράμετροι κοινωνικής συμπεριφοράς έχουν συσχετιστεί με την εμφάνιση καρδιαγγειακής νόσου.^{1,16}

ΚΑΠΝΙΣΜΑ

Πρόκειται για την πρακτική της εισπνοής του καπνού από την καύση των φύλλων του φυτού που ονομάζεται καπνός. Η πρακτική αυτή επιτρέπει την απορρόφηση ουσιών με πιο γνωστή τη νικοτίνη, που απελευθερώνονται από τον καπνό μέσω των πνευμόνων. Οι πνεύμονες του ανθρώπου έχουν μία τεράστια επιφάνεια που εξυπηρετεί την μεταφορά οξυγόνου στους ιστούς. Η οσμωτική χωρητικότητα των αγγείων του πνεύμονα είναι πολύ μεγαλύτερη σε σχέση με άλλους ιστούς, με αποτέλεσμα το κάπνισμα να είναι μία πολύ σύντομη οδός για την μεταφορά ουσιών. Η πιο συνηθισμένη μέθοδος καπνίσματος στις μέρες μας είναι με τα τσιγάρα. Υπάρχουν δύο κατηγορίες τα βιομηχανοποιημένα τσιγάρα και αυτά που φτιάχνονται στο χέρι με το τύλιγμα χύμα καπνού σε χαρτί (στριφτά τσιγάρα). Υπάρχουν και άλλα τρόποι καπνίσματος με πίπες, πούρα, ναργιλές. Πρόκειται για μία από τις πιο συχνές ψυχαγωγικές πρακτικές που έχουν υιοθετήσει περισσότερο από ένα δισεκατομμύριο άνθρωποι παγκοσμίως.^{5,15,17}

Ιστορικά στοιχεία καπνού

Στην Αμερική πολύ πριν ανακαλυφθεί από τον Κολόμβο οι Ινδιάνοι χρησιμοποιούσαν τον καπνό και πίστευαν ότι έχει σπουδαίες φαρμακευτικές ιδιότητες. Τον κάπνιζαν ή τον μασούσαν και έπαιζε σημαντικό ρόλο στις διάφορες τελετουργίες.²⁴

Η εισαγωγή του στην Ευρώπη έγινε το 1556 όταν έφτασε στη Γαλλία και στη συνέχεια στην Πορτογαλία και στην Ισπανία. Οι ιδιότητες του έγιναν γνωστές χάρη στον Γάλλο πρεσβευτή Jean Nicot στον οποίο οφείλεται και η επιστημονική του ονομασία, *Nicotiana tabacum*. Από εκεί με τους Πορτογάλους και Ισπανούς θαλασσοπόρους μεταφέρθηκε σε ολόκληρο τον κόσμο.²⁵

Οι Ισπανοί διατήρησαν την συνήθεια των προγόνων τους που ήρθαν σε επαφή με τους ιθαγενείς Αμερικής, να καπνίζουν τον καπνό μέσα σε φλοιό αραβόσιτου, το οποίο αργότερα αντικαταστάθηκε από χαρτί. Η μέθοδος αυτή ονομάστηκε *parelote*, ή *cigarito*. Η ισπανική βιομηχανία ήταν αυτή που πρώτη δημιούργησε τα έτοιμα τυλιγμένα προϊόντα καπνού. Εκτός από τα

πούρα δημιουργούνται μικρότερα και φτηνότερα cigaritos, cigarette στα γαλλικά.^{26,27}

Ο James Bonsack φτιάχνει στην Virginia το 1881 την πρώτη μηχανή που παράγει 200 τσιγάρα το λεπτό και εγκαινιάζει τον τομέα της καπνοβιομηχανίας. Οι καπνοβιομηχανίες εξελίσσονται ραγδαία με την βοήθεια της διαφήμισης. Από την δεκαετία του 70 και του 80 με την βοήθεια της διαφήμισης μέσω της τηλεόρασης προσπαθούν να πείσουν τον κόσμο να αρχίσει το κάπνισμα.²⁸

Στην Ελλάδα ο καπνός έφτασε στις αρχές του 17^{ου} αιώνα πρώτα στην Ξάνθη και αργότερα στη Μακεδονία. Οι πρώτες κάπνο-καλλιέργειες εντοπίζονται στη Θεσσαλονίκη, στα τέλη του 16ου αιώνα και κατά τον 17ο αιώνα αρκετές πόλεις όπως η Ξάνθη, η Καβάλα, το Αγρίνιο, ο Βόλος κ.α.. Οι πόλεις αυτές στηρίζουν την οργάνωση τους (οικονομική, εργασιακή, πολεοδομική) στην εκμετάλλευση και στην εμπορία του καπνού. Ο καπνός αποτέλεσε μία από τις σημαντικότερες καλλιέργειες της ελληνικής υπαίθρου. Η δημιουργία της βιομηχανίας που επεξεργάζονταν τα φύλλα του καπνού και η έναρξη της φορολόγησης του το 1883 (επί κυβερνήσεως Τρικούπη) αποτέλεσαν σημαντική πηγή εσόδων για το ελληνικό κράτος. Η Ελλάδα σήμερα κατέχει την πρωτιά στην καπνιστική συνήθεια.²⁹

Ηλεκτρονικό τσιγάρο

Μία νέα μορφή τσιγάρου που φαίνεται να κατακτά οπαδούς στις αναπτυσσόμενες κοινωνίες είναι και το ηλεκτρονικό τσιγάρο. Είναι ένα υποκατάστατο του τσιγάρου το οποίο δεν περιέχει πίσσα, νικοτίνη και άλλα επιβαρυντικά συστατικά. Συχνά περιέχει ουσίες οι οποίες δίνουν άρωμα στον ατμό που εισπνέει ο καπνιστής. Παρά την έλλειψη πίσσας και νικοτίνης υπάρχουν υπόνοιες ότι η υγεία του καπνιστή επιβαρύνεται από άλλες βλαπτικές ουσίες όπως το διοξείδιο του άνθρακα. Πρέπει να επισημανθεί επίσης ότι η αποτελεσματικότητα του ηλεκτρονικού τσιγάρου δεν έχει τεκμηριωθεί επιστημονικά, αφού αποτελεί καινούργια μέθοδο και δεν έχει γίνει δυνατό να καθοριστούν οι συνέπειες των ουσιών που περιέχει. Πολλοί ειδικοί αμφισβητούν την αποτελεσματικότητά του με το επιχείρημα ότι δεν καταπολεμά την ψυχολογική εξάρτηση του καπνιστή κρατώντας τον δέσμιο στην τελετουργία του ανάμματός του.^{24,29}

Παθητικό κάπνισμα

Το παθητικό κάπνισμα θεωρείται σήμερα η τρίτη προβλέψιμη αιτία θνησιμότητας. Ο εισπνεόμενος και εκπνεόμενος από τους καπνιστές καπνός, έχει αρνητικές επιπτώσεις στην υγεία και των μη καπνιστών. Μόλις το 26% των προϊόντων και υποπροϊόντων καπνού μένει μέσα στο τσιγάρο, το 28% εισπνέεται από τον καπνιστή και το 46% σκορπίζεται στον αέρα. Περισσότερες από 50 καρκινογόνες ουσίες έχουν ταυτοποιηθεί στον καπνό του τσιγάρου που απελευθερώνεται στον αέρα.³⁰

Στην Ελλάδα 1 στους 3 μη καπνιστές εκτίθεται καθημερινά στον καπνό των άλλων στο σπίτι και 4 στους 10 μη καπνιστές εκτίθενται στο καπνό των άλλων στον εργασιακό χώρο. Οι άσχημες συνέπειες του καπνίσματος επιβαρύνουν και όσους εκτίθενται παθητικά στον καπνό. Υπολογίζεται ότι ένας παθητικός καπνιστής εισπνέει το 1% του καπνού ενός καπνιστή.³¹

Εκτός από τις άμεσες επιδράσεις όπως φλεγμονές του επιπεφυκότα, ρινικά συμπτώματα, βήχα, κρίσεις βρογχικού άσθματος, αλλεργικές αντιδράσεις, κεφαλαλγίες, ο καπνός του τσιγάρου αυξάνει τον σχετικό κίνδυνο για όλα τα βασικά νοσήματα που σχετίζονται με το κάπνισμα. Η περιβαλλοντική έκθεση στον καπνό συνδέεται αιτιολογικά με αύξηση της νοσηρότητας και της θνησιμότητας από στεφανιαία νόσο κατά 25%-30%, με πιθανή αύξηση της επίπτωσης αγγειακών εγκεφαλικών επεισοδίων.³²

Ο σχετικός κίνδυνος για ισχαιμική νόσο του μυοκαρδίου έχει αναφερθεί 1,3 φορές μεγαλύτερος σε όσους μη καπνιστές εκτίθενται συστηματικά στον καπνό του τσιγάρου σε σχέση με μη καπνιστές που δεν εκτίθενται στο παθητικό κάπνισμα. Από ανασκόπηση δέκα διαφορετικών επιδημιολογικών μελετών διαπιστώθηκε 30% αύξηση του κινδύνου για ισχαιμική νόσο του μυοκαρδίου και έμφραγμα σε μη καπνιστές που ζούσαν με καπνιστές.³⁰

Επίσης, οι μη καπνιστές που ζουν με καπνιστές διατρέχουν 35% μεγαλύτερο κίνδυνο για καρκίνο του πνεύμονα απ' ό,τι οι μη καπνιστές που δεν ζουν με καπνιστές. Έχει υπολογιστεί ότι περίπου το 17% της επίπτωσης του καρκίνου του πνεύμονα στους μη καπνιστές οφείλεται στο παθητικό κάπνισμα. Ενδείξεις υπάρχουν ακόμα για τη συσχέτιση του παθητικού καπνίσματος με τους καρκίνους του στόματος, του φάρυγγα, του λάρυγγα, του

οισοφάγου, της ουροδόχου κύστης, του νεφρού, του παγκρέατος, του εγκέφαλου, του θυρεοειδούς και του μαστού.³²

Κάπνισμα & γυναικείο φύλο

Σύμφωνα με την έκθεση του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας στις ανεπτυγμένες χώρες περίπου το 1/3 των καπνιστών είναι γυναίκες, ενώ στις αναπτυσσόμενες χώρες η αναλογία είναι 1/8.³¹

Οι γυναίκες καπνίζουν πολύ περισσότερο σε σχέση με το παρελθόν και συνήθως εκδηλώνουν εντονότερα συμπτώματα στέρησης νικοτίνης και μεγαλύτερη καταθλιπτική διάθεση, κατά την διάρκεια των προσπαθειών διακοπής του καπνίσματος, με αποτέλεσμα να ανταποκρίνονται λιγότερο στις θεραπείες με υποκατάστατα νικοτίνης.²⁹

Ένα επίσης σημαντικό στοιχείο πολλών μελετών είναι και το κάπνισμα κατά την διάρκεια εγκυμοσύνης, και οι βλαβερές επιπτώσεις του που σχετίζονται με προβλήματα πριν, κατά και μετά τον τοκετό. Πριν τον τοκετό το κάπνισμα σχετίζεται με μείωση της γονιμότητας σε άνδρες και γυναίκες. Κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης συσχετίζεται με αύξηση της εμβρυϊκής νοσηρότητας και θνησιμότητας. Η νικοτίνη είναι λιποδιαλυτή και διαχέεται εύκολα μέσω των βιολογικών μεμβρανών.³²

Κατά την διάρκεια της κύησης μεταφέρεται μέσω του πλακούντα και εναποτίθεται στους εμβρυϊκούς ιστούς. Οι επιπτώσεις της νικοτίνης στην κύηση οφείλονται κυρίως στις αγγειοδιασταλτικές ιδιότητές της που έχουν σαν αποτέλεσμα την αύξηση της καρδιακής συχνότητας και της αρτηριακής πίεσης. Μετά τον τοκετό το κάπνισμα προκαλεί μειωμένο σωματικό βάρος κατά την γέννηση, μεγαλύτερο κίνδυνο για βρεφική νοσηρότητα, διπλάσιο κίνδυνο για σύνδρομο αιφνίδιου θανάτου, αυξημένο κίνδυνο για αναπνευστικά νοσήματα και αυξημένο κίνδυνο για προβλήματα συμπεριφοράς και μαθησιακές δυσκολίες.³²

Υπολογίζεται ότι 15%-20% των γυναικών καπνίζουν κατά την διάρκεια της κύησης. Το ποσοστό των γυναικών που διακόπτουν κατά τη διάρκεια της κύησης είναι περίπου 46%. Ενώ 60%-80% των γυναικών που διέκοψαν κατά την διάρκεια της κύησης επιστρέφουν στον πρώτο χρόνο μετά τον τοκετό. Τα τελευταία 20 χρόνια το κάπνισμα κατά την εγκυμοσύνη έχει μειωθεί κατά 60-75%. Ωστόσο το 40% των καπνιστριών συνεχίζουν να καπνίζουν σε κάποιο

χρονικό διάστημα της εγκυμοσύνης ενώ 20% σε όλη την διάρκεια της εγκυμοσύνης.³¹

Εθισμός στη νικοτίνη

Είναι αναμφισβήτητη αλήθεια ότι η νικοτίνη (το τσιγάρο) προκαλεί ταχύτατα εθισμό. Με ιατρικούς όρους, θα περιγράφαμε τη σωματική εξάρτηση που προκαλεί το τσιγάρο σαν μία κατάσταση προσαρμογής του νευρικού συστήματος στη χρήση νικοτίνης και είναι ένα αναμενόμενο αποτέλεσμα που εμφανίζεται πολύ σύντομα, σχεδόν από την αρχή της χρήσης. Η νικοτίνη είναι μία χημική ουσία, ένα αλκαλοειδές που προκαλεί ποικίλες αντιδράσεις στον ανθρώπινο οργανισμό. Όταν την εισπνέουμε, εισέρχεται στο αίμα και πολύ γρήγορα διαχέεται σε όλο το σώμα, το δέρμα, στους μύες, στο περιφερικό νευρικό σύστημα και στον εγκέφαλο.

Ο εγκέφαλος του καπνιστή «μαθαίνει» να ζει και να δραστηριοποιείται με μία ορισμένη δόση νικοτίνης την ημέρα . Μαζί με τη σωματική εμφανίζεται και η ψυχική εξάρτηση. Η ψυχική εξάρτηση (εθισμός) είναι ένα σύνδρομο συμπεριφοράς που χαρακτηρίζεται από τη ψυχαναγκαστική χρήση του τσιγάρου, παρά την γνώση για την προκαλούμενη βλάβη. Επίσης το τσιγάρο προκαλεί ανοχή. Αυτό σημαίνει ότι με την πάροδο του χρόνου ελαττώνεται η δράση της νικοτίνης. Ο καπνιστής χρειάζεται όλο και περισσότερη νικοτίνη για να έχει την ίδια 'ποσότητα ευχαρίστησης'.^{33,34}

Η σωματική και η ψυχική εξάρτηση που αναφέραμε δύσκολα διαχωρίζεται και ο διαχωρισμός τους είναι περισσότερο θεωρητικός παρά πρακτικός. Πολλές μελέτες έχουν δείξει ότι υπάρχει σωματική, νοητική και ψυχική εξάρτηση σε ισόποσες δόσεις σε κάθε καπνιστή ενώ κάθε καπνιστής εξαρτάται με διαφορετικό τρόπο και διαφορετική ένταση από το τσιγάρο και την νικοτίνη. Πάντως, ο κίνδυνος και ο εθισμός αυξάνονται ανάλογα με τον αριθμό των τσιγάρων, τη διάρκεια του καπνίσματος και κάποιους ενδογενείς παράγοντες.²⁸

Τα τελευταία χρόνια, γίνεται μία τεράστια προσπάθεια, σε παγκόσμια κλίμακα για να προβληθούν οι δυσμενείς συνέπειες του καπνίσματος στην υγεία. Η βασική και η κλινική έρευνα πολλών ερευνητικών κέντρων κατευθύνονται στη δημιουργία νέων μεθόδων θεραπείας, φαρμακευτικών και μη φαρμακευτικών, της εξάρτησης από τη νικοτίνη.²⁹

Επιδημιολογία

Κάπνισμα και υγεία

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας εκτιμά ότι το 1/3 του ενήλικου πληθυσμού, περίπου 1,1 δισεκατομμύρια άνθρωποι, είναι καπνιστές και ότι ο καπνός προκαλεί 3,5 εκατομμύρια θανάτους ετησίως σε παγκόσμιο επίπεδο. Με τον τρέχοντα ρυθμό εξέλιξης, μέχρι το τέλος της δεκαετίας του 2020, οι θάνατοι θα έχουν αυξηθεί σε περίπου 10 εκατομμύρια ετησίως.²⁴

Το κάπνισμα προκαλεί τουλάχιστον 25 απειλητικές για τη ζωή ασθένειες ή ομάδες ασθενειών και αποτελεί μείζονα παράγοντα κινδύνου σε οκτώ από δεκαέξι κύριες αιτίες θανάτου ανθρώπων ηλικίας μεγαλύτερης των 65 ετών. Η βλαπτική επίδραση του καπνίσματος οφείλεται σε ένα μεγάλο αριθμό τοξικών ουσιών που βρίσκονται στον καπνό. Ορισμένες από τις αυτές τις ασθένειες υπάρχουν ήδη από τη φυτική κατάσταση του καπνού, αλλά οι περισσότερες παράγονται κατά την καύση του τσιγάρου.²⁸

Οι κύριες βλαπτικές επιπτώσεις του καπνίσματος εντοπίζονται στην αύξηση της συχνότητας εμφάνισης και στην αύξηση της θνησιμότητας των παρακάτω νοσημάτων:

- Στεφανιαία νόσος
- Χρόνιες αποφρακτικές πνευμονοπάθειες (ΧΑΠ)
- Καρκίνο του πνεύμονα, του φάρυγγα, του λάρυγγα, της ουροδόχου κύστης
- Αγγειακές παθήσεις του εγκεφάλου (ΑΕΕ)²⁹

Κάπνισμα και στεφανιαία νόσος

Το κάπνισμα προκαλεί στένωση των αγγείων και παραγωγή χοληστερίνης η οποία προάγει την αρτηριοσκλήρωση. Με τους μηχανισμούς αυτούς το κάπνισμα βλάπτει τη λειτουργία των στεφανιαίων αγγείων, όπως και άλλων αγγείων και οδηγεί στην εκδήλωση στεφανιαίας νόσου.

Το κάπνισμα αποτελεί έναν από τους κύριους παράγοντες κινδύνου της στεφανιαίας νόσου. Ευθύνεται περίπου για το 30 - 40% του συνόλου των θανάτων από τη νόσο, ενώ ειδικά στις ηλικίες κάτω των 65 ετών, για το 45% των θανάτων στους άνδρες και το 41% στις γυναίκες.³²

Στα άτομα άνω των 65 ετών, ευθύνεται για το 15 - 20% των θανάτων από τη νόσο. Ο κίνδυνος προσβολής από στεφανιαία νόσο είναι στους καπνιστές περίπου 2-3 φορές υψηλότερος από ότι στους μη καπνιστές. Ο σχετικός κίνδυνος είναι υψηλότερος στις ηλικίες κάτω των 55 ετών. Ο κίνδυνος εξαρτάται σε σημαντικό βαθμό από τον αριθμό των τσιγάρων.³⁰

Από διάφορες έρευνες φαίνεται, ότι αυτοί που καπνίζουν μέχρι 10 τσιγάρα την ημέρα έχουν 25-30% μεγαλύτερη πιθανότητα εκδήλωσης στεφανιαίας νόσου από τους μη καπνιστές, αυτοί που καπνίζουν 10 - 20 τσιγάρα την ημέρα έχουν 30 - 50% μεγαλύτερη πιθανότητα, αυτοί που καπνίζουν 20 - 40 τσιγάρα πιθανότητα 75% μεγαλύτερη και αυτοί που καπνίζουν πάνω από 40 τσιγάρα πιθανότητα 100% μεγαλύτερη από τους μη καπνιστές. Στους μη καπνιστές που εκτίθενται παθητικά στο κάπνισμα στην οικογένεια ή στη δουλειά τους, ο κίνδυνος εκδήλωσης καρδιοπάθειας είναι 25 - 30% μεγαλύτερος σε σχέση με τους μη καπνιστές.³¹

Κάπνισμα και ΧΑΠ

Η Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια (ΧΑΠ) είναι μία νόσος, μάστιγα της εποχής μας που οφείλεται κατά 80-90% στο κάπνισμα. Χαρακτηρίζεται από εμμένουσα απόφραξη των αεραγωγών που είναι συνήθως προοδευτική και σχετίζεται με έντονη χρόνια φλεγμονώδη αντίδραση των αεραγωγών και του πνεύμονα σε βλαβερά σωματίδια ή αέρια (προκαλείται κατά κύριο λόγο από το κάπνισμα). Η νόσος χαρακτηρίζεται από χρόνια βήχα, παραγωγή πτυέλων και δύσπνοια προοδευτική και εμμένουσα. Οι περισσότεροι ασθενείς με χρόνια βρογχίτιδα/εμφύσημα είναι ή υπήρξαν καπνιστές. Οι παροξύνσεις της νόσου και τα συνοδά νοσήματα συνεισφέρουν στη βαρύτητα της ΧΑΠ σε κάθε ασθενή και στη συνολική θνητότητα. Ωστόσο, η ΧΑΠ αποτελεί μια άγνωστη ασθένεια για το ευρύ κοινό και περισσότεροι από τους μισούς πάσχοντες από τη νόσο δεν το γνωρίζουν.²⁷

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας εκτιμά ότι η ΧΑΠ σήμερα αποτελεί την 4η αιτία θανάτου και 12η αιτία νοσηρότητας ενώ λόγω της αυξανόμενης καπνιστικής συνηθείας το 2020 προβλέπεται ότι θα είναι 3η αιτία θανάτου και 5η αιτία αναπηρίας. Ευθύνεται κάθε χρόνο για περισσότερους από τρία εκατομμύρια θανάτους στον πλανήτη μας. Ενώ υπολογίζεται, πως οι πάσχοντες ανέρχονται σήμερα στα 450-500.000.000. Εκτιμάται ότι η ΧΑΠ

ευθύνεται παγκοσμίως για περισσότερες από 29 εκατομμύρια χρόνια ζωής σε συνθήκες αναπηρίας.³²

Στην Ελλάδα το 8,4% των ενήλικων καπνιστών πάσχουν από ΧΑΠ, γεγονός που σημαίνει ότι περίπου 600.00 Έλληνες νοσούν. Ωστόσο, περισσότεροι από τους μισούς ασθενείς (56% δηλαδή 300.000) δεν γνωρίζουν καν ότι πάσχουν ενώ έχει διαπιστωθεί ότι το 50% των ασθενών συνεχίζουν να καπνίζουν παρά τη διάγνωση της νόσου.²⁹

Κάπνισμα και καρκίνος

Το κάπνισμα αποτελεί τη σημαντικότερη αιτία πρόκλησης καρκίνου και ευθύνεται για περίπου το 30% του συνόλου των θανάτων από καρκίνο. Συγκεκριμένα, το κάπνισμα ευθύνεται για:

- Το 70 - 90% των θανάτων από καρκίνο του πνεύμονα.
- Το 75 - 85% των θανάτων από καρκίνο του λάρυγγα.
- Το 50 - 75% των θανάτων από καρκίνο στόματος, φάρυγγα και οισοφάγου.
- Το 30 - 50% των θανάτων από καρκίνο της ουροδόχου κύστης και των νεφρών.
- Το 20 - 25% των θανάτων από καρκίνο του παγκρέατος, του στομάχου και μικρότερα ποσοστά άλλων καρκίνων.

Έχει αποδειχθεί, βέβαια, μέσα από μελέτες, ότι ο κίνδυνος καρκίνου του πνεύμονα στους καπνιστές εξαρτάται και από συγκεκριμένες συνιστώσες:

1. Τον αριθμό των ετών της καπνιστικής συνηθείας
2. Την ηλικία έναρξης καπνίσματος
3. Τον αριθμό των ημερήσιων τσιγάρων.

Στην Ευρώπη ο καρκίνος του πνεύμονα αποτελεί την πρώτη αιτία θανάτου από καρκίνο και θεωρείται υπεύθυνος για το 20% των θανάτων αυτών. Η πιθανότητα προσβολής από καρκίνο του πνεύμονα είναι στους καπνιστές κατά 23,3 φορές μεγαλύτερη στους άνδρες και κατά 12,7 φορές στις γυναίκες σε σχέση με τους μη καπνιστές. Η διακοπή του καπνίσματος τουλάχιστον στην ηλικία των 50 ετών περιορίζει στο μισό τον κίνδυνο θανάτου από καρκίνο του πνεύμονα και πολλές άλλες ασθένειες.⁷

Κάπνισμα και ΑΕΕ

Το εγκεφαλικό επεισόδιο ανήκει στα μείζονα προβλήματα δημόσιας υγείας και αποτελεί παγκοσμίως την 3^η αιτία θανάτου μετά τα καρδιακά νοσήματα και τον καρκίνο. Ως αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο ορίζεται κάθε βλάβη του εγκεφαλικού ιστού ή του νωτιαίου μυελού που προκαλείται από διαταραχή στην παροχή αίματος και στην οποία υπάρχει αιφνίδια έναρξη συμπτωμάτων. Ευθύνεται για ένα μεγάλο ποσοστό πρόκλησης αναπηρίας από τις νόσους του κεντρικού νευρικού συστήματος.

Κάθε χρόνο, σύμφωνα με στοιχεία από την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας πεθαίνουν παγκοσμίως 5,5 εκατομμύρια άνθρωποι λόγω εγκεφαλικών επεισοδίων. Περίπου το 10% από όσους θα επιζήσουν του επεισοδίου θα επανακτήσουν τις ικανότητές τους για αυτοεξυπηρέτηση.

Το ισχαιμικό εγκεφαλικό επεισόδιο αποτελεί πολυπαραγοντική νόσο, για την οποία ευθύνονται αλληλοεπιδρώμενοι παράγοντες. Οι παράγοντες πρόκλησης του ισχαιμικού εγκεφαλικού επεισοδίου ταξινομούνται ανάλογα με την δυνατότητα τροποποίησης τους, σε τροποποιήσιμους και μη τροποποιήσιμους.

Το κάπνισμα αποτελεί έναν από τους τροποποιήσιμους παράγοντες κινδύνου. Τόσο οι καπνιστές όσο και οι παθητικοί καπνιστές βρίσκονται σε υψηλό κίνδυνο για εμφάνιση ισχαιμικού εγκεφαλικού επεισοδίου, διότι το κάπνισμα (ενεργητικό – παθητικό) αποτελεί τον σημαντικότερο παράγοντα που επιταχύνει την αθηρωμάτωση. Αντιθέτως, η διακοπή του καπνίσματος μειώνει τον κίνδυνο για ισχαιμικό εγκεφαλικό επεισόδιο, κυρίως σε όσους καπνίζουν ελαφρά.⁵

Κάπνισμα και κόστος υγείας

Το κάπνισμα κοστίζει πάνω από 1 τρισεκατομμύριο δολάρια (944,7 δις ευρώ) στην παγκόσμια οικονομία, και μέχρι το 2030 θα επιφέρει το θάνατο σε ένα τρίτο παραπάνω άτομα από ότι τώρα, σύμφωνα με μια έρευνα από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ). Ο αριθμός των θανάτων που συνδέονται με τον καπνό προβλέπεται να αυξηθεί σταδιακά από περίπου 6 εκατομμύρια θανάτους το χρόνο σε περίπου 8 εκατομμύρια θανάτους το χρόνο το 2030, με πάνω από 80% των θανάτων αυτών να συμβαίνουν σε χώρες χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος, αναφέρει η έρευνα.³¹

Ο ΠΟΥ λαμβάνοντας υπόψη τα ολοένα αυξανόμενα ποσοστά χρήσης του καπνού και τους δείκτες θνησιμότητας σε μερικές χώρες και ειδικά ανάμεσα στις γυναίκες, και ενώ παράλληλα η καπνοβιομηχανία συνέχιζε να αναπτύσσεται και να εξελίσσει τις τεχνικές της προκειμένου να αυξήσει την καταναλωτική της βάση και να υποθάψει τις κυβερνητικές προσπάθειες για έλεγχο του καπνού, δημιουργεί ένα διακυβερνητικό σώμα που το ονομάζει WHO Frame work Convention on Tobacco Control (WHO FCTC) και το οποίο διαμορφώνει τον χάρτη για ένα σχέδιο παγκόσμιου ελέγχου του καπνού που στρέφεται τόσο στην μείωση της ζήτησης όσο και στην μείωση της παραγωγής καπνού. Το σώμα αυτό αποτελείται από μέλη τα οποία παρουσιάζουν ετήσιες εκθέσεις για τις χώρες τους και μαθαίνουν από την εμπειρία που διαμορφώνεται, ενώ παράλληλα δημιουργείται μία κοινότητα με κοινό σκοπό, η συλλογική δουλειά της οποίας είναι σε θέση να αντισταθμίσει την αυξανόμενη επιθετικότητα με την οποία η καπνοβιομηχανία προωθεί και πουλάει το προϊόν της.²⁴

Από το 2008 ο παγκόσμιος οργανισμός για την υγεία εντοπίζει μέτρα αποδεδειγμένα βάσει μαρτυριών ότι είναι πιο αποτελεσματικά στη διακοπή του καπνίσματος γνωστά και ως "MPOWER", όπως

- Έλεγχος της χρήσης του καπνού και προληπτικές στρατηγικές
- Προστασία του κοινού από τον καπνό του τσιγάρου δημιουργώντας δημόσιους χώρους και χώρους εργασίας όπου απαγορεύεται η χρήση του καπνού
- Προσφορά βοήθειας για διακοπή της χρήσης του καπνού
- Προειδοποίηση του κοινού για τους κινδύνους από τον καπνό
- Ενίσχυση απαγορεύσεων για τον καπνό σε διαφημίσεις, προωθήσεις, χορηγίες
- Αύξηση φορολογίας στον καπνό

Και συστήνει αυτά τα μέτρα στις χώρες ως πρακτικό οδηγό προκειμένου να μειώσουν την ζήτηση για το τσιγάρο και κατ' επέκταση τους δείκτες νοσηρότητας, ανικανότητας και θνησιμότητας.²⁹

Το κόστος που προκαλεί το κάπνισμα, είτε το άμεσο (ιατροφαρμακευτική περίθαλψη) όσο και το έμμεσο (με απώλεια ημερών εργασίας και μειωμένη απόδοση φόρων λόγω πρόωρου θανάτου)

υπολογίζεται ότι είναι κατά πολύ μεγαλύτερο από τα χρήματα που αποδίδονται μέσω της φορολόγησης. Υπάρχουν αναλύσεις κόστους αποτελεσματικότητας που αποδεικνύουν ότι είναι συμφέρουσες οποιεσδήποτε προληπτικές παρεμβάσεις από την πολιτεία, καθώς και η πλήρης ασφαλιστική κάλυψη μεθόδων διακοπής του καπνίσματος.³⁵

Διακοπή Καπνίσματος

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ), το ζήτημα του περιορισμού του καπνίσματος αποτελεί ζωτικό αίτημα για τη Δημόσια Υγεία. Στις νεαρές ηλικίες, κύριο μέλημα αποτελεί η πρόληψη της έναρξης του καπνίσματος. Αντίθετα, η διακοπή καπνίσματος φαίνεται να αποτελεί τη μόνη ριζική λύση στις περιπτώσεις εδραιωμένης καπνιστικής συμπεριφοράς, ειδικά από τη στιγμή που ένα μεγάλο ποσοστό καπνιστών (περίπου τα 2/3) δηλώνουν επιθυμία διακοπής. Η απλή μείωση του αριθμού των τσιγάρων δε φαίνεται να παρέχει άμεσα οφέλη. Η διακοπή όμως μπορεί να μειώσει το οικονομικό κόστος λόγω του καπνίσματος, τη σχετιζόμενη με αυτό νοσηρότητα και θνησιμότητα, καθώς και να βελτιώσει την ποιότητα ζωής. Η Παγκόσμια Τράπεζα εκτιμά πως μέσω της μείωσης του καπνίσματος κατά 50% μέχρι το έτος 2020, είναι δυνατόν να αποφευχθούν 180 εκατομμύρια θάνατοι.²⁴

Καθολικά αποδεκτό είναι το γεγονός ότι όσο νωρίτερα εγκαταλείψει κάποιος τη συνήθεια του καπνίσματος, τόσο μειώνονται οι πιθανότητες να προσβληθεί από κάποιο νόσημα και να επιμηκύνει έτσι σημαντικά τη διάρκεια ζωής του. Η διακοπή, εξάλλου, του καπνίσματος σε κάθε ηλικία συνεπάγεται ελάττωση της επικινδυνότητας για πρόωρο θάνατο. Ακόμα και η καθυστερημένη διακοπή του καπνίσματος, μετά την ηλικία των 65 ετών, αυξάνει το προσδόκιμο επιβίωσης κατά 1,4 χρόνια για τους άνδρες και κατά 2,7 για τις γυναίκες. Η διακοπή σε μικρότερη ηλικία, για παράδειγμα στα 35, αυξάνει ακόμα περισσότερο το προσδόκιμο επιβίωσης, φθάνοντας τα 6,9 χρόνια για τους άνδρες και τα 6,1 χρόνια για τις γυναίκες.²⁹

Η διακοπή του καπνίσματος έχει άμεσες και μακροπρόθεσμες ωφέλειες για τα άτομα όλων των ηλικιών. Συγκεκριμένα:

- Αμέσως 20 λεπτά μετά την διακοπή του καπνίσματος, η αρτηριακή πίεση και η συχνότητα των σφυγμών επανέρχονται στο κανονικό και η κυκλοφορία βελτιώνεται στα πόδια και τα χέρια διατηρώντας τα ζεστά.
- Οχτώ ώρες μετά τη διακοπή του καπνίσματος, τα επίπεδα του οξυγόνου στο αίμα επανέρχονται στο κανονικό.
- 24 ώρες μετά τη διακοπή του καπνίσματος, τα επίπεδα μονοξειδίου του άνθρακα μειώνονται, φτάνοντας εκείνα των μη καπνιστών, ενώ οι πνεύμονες αρχίζουν ν' αποβάλλουν τη βλέννα και άλλα υπολείμματα του ουσιών που εμπεριέχονται στον καπνό.
- Εντός 48ωρών από τη διακοπή του καπνίσματος, η νικοτίνη δεν είναι πλέον ανιχνεύσιμη στον οργανισμό και οι αισθήσεις της γεύσης και της οσμής βελτιώνονται.
- 72 ώρες μετά τη διακοπή του καπνίσματος, η αναπνοή γίνεται ευκολότερη καθώς χαλαρώνουν οι βρογχικοί σωλήνες και τα επίπεδα ενέργειας αυξάνονται.
- Δύο με 12 εβδομάδες μετά από τη διακοπή του καπνίσματος, η κυκλοφορία του αίματος βελτιώνεται σε ολόκληρο το σώμα, διευκολύνοντας το βάδισμα.
- Τρεις με εννέα μήνες μετά τη διακοπή του καπνίσματος, τα προβλήματα αναπνοής, όπως ο βήχας, η δύσπνοια και ο συριγμός κατά την αναπνοή βελτιώνονται. Συνολικά, η πνευμονική λειτουργία αυξάνεται κατά 5-10%.
- Ένα χρόνο μετά τη διακοπή του καπνίσματος, ο κίνδυνος καρδιακής προσβολής ή και θανάτου, στα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας, μειώνεται κατά 50% σε σχέση με τον κίνδυνο που αντιμετωπίζει ένας καπνιστής, ενώ μειώνεται κατά 50% ο κίνδυνος θανάτου από έμφραγμα ή θάνατο κατά την χρονική πορεία των ετών που έπονται ενός οξέος εμφράγματος του μυοκαρδίου.
- 10 χρόνια μετά τη διακοπή του καπνίσματος, ο κίνδυνος εμφάνισης καρκίνου του πνεύμονα μειώνεται κατά 50% σε σχέση με τον κίνδυνο που αντιμετωπίζει ένας καπνιστής. Ο κίνδυνος θανάτου, από οποιαδήποτε μορφή καρκίνου που σχετίζεται με το κάπνισμα, μειώνεται σημαντικά 5 χρόνια μετά τη διακοπή του. Αν και η μείωση

του κινδύνου είναι πιο βαθμιαία για τους ανθρώπους μεγαλύτερη ηλικίας, τα οφέλη από τη διακοπή του καπνίσματος είναι εμφανή σε διάστημα 5-10 έτη από τη διακοπή.

- 15 χρόνια μετά τη διακοπή του καπνίσματος ο κίνδυνος θανάτου, από ασθένειες που σχετίζονται με το κάπνισμα, μειώνεται και ισοδυναμεί με τον κίνδυνο που αντιμετωπίζει ένας άνθρωπος, ο οποίος δεν έχει καπνίσει ποτέ.
- Μακροπρόθεσμα, μειώνεται ο κίνδυνος αρτηριοσκλήρωσης και συσχετιζόμενων ασθενειών, ο κίνδυνος οστεοπόρωσης, καθώς και ο κίνδυνος περιπλοκών σε ασθενείς που πάσχουν από σακχαρώδη διαβήτη.^{24,29,31}

Μέθοδοι διακοπής του καπνίσματος

Υπάρχει ένα μεγάλο εύρος διαθέσιμων μεθόδων-παραεμβάσεων για τη διακοπή του καπνίσματος. Η καλύτερη παρέμβαση για τη διακοπή του καπνίσματος είναι η εξατομικευμένη. Η εξατομικευμένη παρέμβαση συνυπολογίζει τους λόγους για τους οποίους ο ασθενής καπνίζει, το περιβάλλον μέσα στο οποίο καπνίζει, τις δυνατότητες για διακοπή καθώς και τις προτιμήσεις του ασθενούς για το πως επιθυμεί να διακόψει. Θα μπορούσαμε να ταξινομήσουμε αυτές τις παρεμβάσεις σε 3 κατηγορίες φαρμακευτικές, συμπεριφορικές και εναλλακτικές.²⁹

Φαρμακευτικές μέθοδοι

A. Θεραπεία υποκατάστασης με νικοτίνης

Αποτελεί την πιο ευρέως χρησιμοποιούμενη μορφή φαρμακευτικής προσέγγισης για τη θεραπεία της εξάρτησης από τον καπνό. Η φαρμακευτική αγωγή με νικοτίνη βελτιώνει την προσπάθεια διακοπής του καπνίσματος μέσα από έναν ή περισσότερους από τους ακόλουθους μηχανισμούς:

1. Μειώνει τα συμπτώματα που συνοδεύουν την αποχή από το κάπνισμα
2. Μειώνει την έντονη επιθυμία για τσιγάρο

3. Μπορεί να λειτουργήσει ως ανασταλτικός παράγοντας της ψυχολογικής εξάρτησης που δημιουργείται μέσω της τελετουργίας του ανάμματος του τσιγάρου
4. Αποτελεί έναν τρόπο αντιμετώπισης της επιθυμίας σε περιόδους όπου το άτομο μπορεί να αισθανθεί έντονη επιθυμία για τσιγάρο.^{36,37}

Υπάρχουν έξι ενδεδειγμένες διαθέσιμες μορφές θεραπείας υποκατάστασης με νικοτίνη: το αυτοκόλλητο, η τσίχλα, η ρινική και η εισπνεύσιμη μορφή χορήγησης, η υπογλώσσια μορφή και οι παστίλιες. Οι διαφορές στην ταχύτητα και στην αποτελεσματικότητα της δράσης της νικοτίνης στον οργανισμό, μέσα από τις διαφορετικές αυτές διαθέσιμες μορφές χορήγησης, επιτρέπουν στον ασθενή να επιλέγει τη μορφή θεραπείας που είναι πιο κατάλληλη για τις ανάγκες και τις προτιμήσεις του.

• Τα αυτοκόλλητα νικοτίνης: Τα αυτοκόλλητα νικοτίνης κυκλοφορούν σε δόσεις των 5, 10 και 15mg. Είναι επιθέματα, τα οποία ο καπνιστής κολλά σε κάποιο άτριχο σημείο του δέρματος, συνήθως στο μπράτσο. Κάθε μέρα, ένα καινούριο αυτοκόλλητο θα πρέπει να τοποθετείται σε διαφορετικό σημείο του σώματος, ώστε να μην ερεθιστεί το δέρμα. Η δόση εκκίνησης είναι συνήθως στα 15 mg και βαθμιαία μειώνεται στα 10 mg και μετά στα 5 mg.

Καλό είναι, τα αυτοκόλλητα νικοτίνης να μην χρησιμοποιούνται για περισσότερο από οκτώ εβδομάδες. Είναι απαραίτητο όμως να συμβουλευτείτε το γιατρό σας για την απαραίτητη δόση και τη διάρκεια της αγωγής.

• Οι τσίχλες νικοτίνης: Οι τσίχλες κυκλοφορούν σε δόσεις των 2mg και των 4mg. Η επιλογή εξαρτάται από τον βαθμό της εξάρτησης του καπνιστή. Συνήθως, η τσίχλα θα πρέπει να λαμβάνεται για ένα-δύο μήνες και μέσα στον επόμενο μήνα να μειώνεται η χρήση της. Ο καπνιστής μασά την τσίχλα και μόλις αισθανθεί ένα κάψιμο στη γλώσσα, την τοποθετεί ανάμεσα στα δόντια και στα ούλα. Η ίδια διαδικασία επαναλαμβάνεται, μόλις ο καπνιστής αισθανθεί ξανά την επιθυμία για τσιγάρο. Μια τσίχλα απελευθερώνει νικοτίνη για περίπου 30 λεπτά. Η δοσολογία αφορά τη χρήση μιας τσίχλας κάθε δύο ώρες.

• Το ρινικό σπρέι νικοτίνης: Το ρινικό σπρέι νικοτίνης απελευθερώνει γρήγορα νικοτίνη στον βλεννογόνο της μύτης. Η χρήση του περιλαμβάνει μια-δύο εισπνοές κάθε ώρα. Χρησιμοποιείται το λιγότερο οκτώ φορές την ημέρα

και όχι περισσότερο από σαράντα φορές και για διάστημα όχι μεγαλύτερο των οκτώ εβδομάδων.

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

Η θεραπεία υποκατάστασης με νικοτίνη, σε όλες τις μορφές της, είναι γενικώς καλά ανεκτή από τον οργανισμό. Οι πιο κοινές παρενέργειες από τη χρήση της είναι οι τοπικές αντιδράσεις, ιδιαίτερος ο ερεθισμός του δέρματος από τη χρήση του αυτοκόλλητου και η ρινική ενόχληση από τη χρήση του σπρέι, οι οποίες συνήθως δεν απαιτούν διακοπή της θεραπείας. Οι διαταραχές του ύπνου, οι οποίες αποτελούν και σύμπτωμα της αποχής από τον καπνό, αναφέρονται επίσης και στην θεραπεία υποκατάστασης με χρήση αυτοκόλλητων νικοτίνης.³⁸

Τα ποσοστά διακοπής καπνίσματος αυξάνουν όταν τα προϊόντα της θεραπείας υποκατάστασης με νικοτίνη χρησιμοποιούνται παράλληλα με άλλες παρεμβάσεις. Η χρήση των προϊόντων υποκατάστασης με νικοτίνη θα πρέπει να απευθύνεται κυρίως σε καπνιστές, οι οποίοι είναι κινητοποιημένοι να επιτύχουν τη διακοπή και έχουν ισχυρή εξάρτηση από την νικοτίνη. Η θεραπεία υποκατάστασης με νικοτίνη αυξάνει τις πιθανότητες αποχής από το κάπνισμα 1,5-1,7 φορές, ενώ τα ποσοστά διακοπής κυμαίνονται στο 26%-31%.^{39,40}

B. Μη νικοτινικά φάρμακα

Βουπροπιόνη (zyban)

Η βουπροπιόνη είναι ένα ήπιο αντικαταθλιπτικό και αρχικά αξιοποιήθηκε ως τέτοιο. Στην πορεία των ερευνών όμως διαπιστώθηκε ότι προκαλεί απέχθεια από το τσιγάρο. Θεωρείται ότι δρα στο κέντρο της απόλαυσης του τσιγάρου στον εγκέφαλο. Πρέπει να χορηγείται υπό ιατρική παρακολούθηση και για συγκεκριμένο χρονικό διάστημα (7-19 εβδομάδες).⁴¹

Υπάρχουν τουλάχιστον δύο λόγοι για τους οποίους η χορήγηση αντικαταθλιπτικών μπορεί να ωφελήσει κατά την προσπάθεια διακοπής του καπνίσματος:

1. η καταθλιπτική συμπτωματολογία μπορεί να είναι ένα σύμπτωμα της αποχής από τη νικοτίνη και η διακοπή του καπνίσματος πολύ συχνά έχει ως συνέπεια την εμφάνιση κατάθλιψης
2. η νικοτίνη μπορεί να έχει κάποιες αντικαταθλιπτικές ιδιότητες, οι οποίες συντηρούν τη συνέχιση του καπνίσματος.⁴²

Η χορήγηση αντικαταθλιπτικών μπορεί λοιπόν να αντικαταστήσει την επίδραση αυτή από την νικοτίνη. Η χορήγηση βουπροπιόνης βελτιώνει σε σημαντικό βαθμό τα συμπτώματα που εμφανίζονται εξ' αιτίας της αποχής από το κάπνισμα. Μπορεί επίσης να δράσει ως ανταγωνιστής στον υποδοχέα νικοτίνης μειώνοντας την ανθεκτική δυνητική ενέργειά της.

Η χορήγηση βουπροπιόνης ξεκινά μια με δύο εβδομάδες πριν την ημερομηνία διακοπής, σε δοσολογία τουλάχιστον 150mg για τις τρεις πρώτες ημέρες και 150mg δύο φορές ημερησίως για το υπόλοιπο χρονικό διάστημα της θεραπείας. Η χρήση και η αποτελεσματικότητά της συνίσταται και για την πρόληψη υποτροπής, όταν η διακοπή καπνίσματος έχει ήδη επιτευχθεί.

Οι σημαντικότερες παρενέργειες της χορήγησης βουπροπιόνης είναι οι κεφαλαλγίες, η αϋπνία, η ζάλη, η υπέρταση, οι επιληπτικές κρίσεις, η ξηροστομία και τα γαστρεντερικά συμπτώματα. Η βουπροπιόνη δεν μπορεί να λαμβάνεται ανεμπόδιστα από καπνιστές που ακολουθούν ήδη αγωγή για καρδιολογικό ή διαβητολογικό πρόβλημα υγείας. Η λήψη της συνδυάζεται με την ψυχολογική στήριξη του καπνιστή, πιθανώς και με τα υποκατάστατα νικοτίνης.^{43,44}

Θεραπεία διάρκειας επτά εβδομάδων, σε συνδυασμό ή όχι με υποκατάστατα νικοτίνης οδηγεί σε ποσοστά διακοπής από 44-68%, διπλάσια περίπου σε σχέση με τα ποσοστά διακοπής χωρίς φαρμακευτική βοήθεια.

Βαρενικλίνη (champrix)

Η βαρενικλίνη (varenicline) αποτελεί ένα νέο φαρμακευτικό σκεύασμα το οποίο προορίζεται ειδικά για την θεραπεία διακοπής του καπνίσματος. Η βαρενικλίνη δεν είναι αντικαταθλιπτικό, όπως η βουπροπιόνη και δρα στους υποδοχείς της νικοτίνης στο κεντρικό νευρικό σύστημα. Η βαρενικλίνη έχει την ιδιότητα να ανακουφίζει από την έντονη επιθυμία για νικοτίνη και από τα στερητικά συμπτώματα. Παράλληλα λειτουργεί ως ανασταλτικός παράγοντας της ψυχολογικής εξάρτησης από τη νικοτίνη που δημιουργείται μέσω της τελετουργίας του ανάμματος του τσιγάρου.⁴⁵⁻⁴⁷

Απαραίτητη προϋπόθεση πριν την έναρξη της λήψης βαρενικλίνης είναι ο καθορισμός της ημερομηνίας διακοπής. Η χορήγηση ξεκινά αφού πρώτα το άτομο έχει αποφασίσει μια ημερομηνία διακοπής μέσα στην δεύτερη εβδομάδα της θεραπείας (μεταξύ της ημέρας 8 και της ημέρας 14). Η θεραπεία έχει διάρκεια 12 εβδομάδων. Από την 1η έως της 3η ημέρα χορηγείται 1 δισκίο 0,5mg ημερησίως, ενώ από την 4η έως την 7η ημέρα χορηγείται 1 δισκίο 0,5mg 2 φορές ημερησίως. Από την 8η έως την 14η ημέρα χορηγείται 1 δισκίο 1mg δύο φορές ημερησίως. Η δοσολογία παραμένει σταθερή από την 3η έως την 12η εβδομάδα της θεραπείας. Εφόσον το άτομο έχει πραγματοποιήσει διακοπή, ο γιατρός μπορεί να προτείνει τη συνέχιση της θεραπείας για 12 ακόμη εβδομάδες σε δοσολογία 1mg δύο φορές ημερησίως. Ο κίνδυνος υποτροπής είναι αυξημένος την περίοδο αμέσως μετά το τέλος της θεραπείας. Ο γιατρός μπορεί να αποφασίσει τη σταδιακή μείωση της δόσης κατά το τέλος της θεραπείας.^{47,48}

Η βαρενικλίνη εκτιμάται ότι έχει ήπιες ανεπιθύμητες ενέργειες που βαθμιαία υποχωρούν μέσα στο πρώτο δεκαήμερο της λήψης της. Η βαρενικλίνη έχει αξιολογηθεί ως ασφαλής και καλά ανεκτή από τον οργανισμό, ενώ ως πιθανές παρενέργειες του φαρμακευτικού αυτού σκευάσματος αναφέρονται η ναυτία, οι κεφαλαλγίες, η δυσκοιλιότητα και η βίωση άσχημων ονείρων κατά τη διάρκεια της νύχτας. Σε περίπτωση που εμφανισθούν ανεπιθύμητες ενέργειες που το άτομο δεν μπορεί να ανεχθεί ο

γιατρός μπορεί να αποφασίσει τη μείωση της δόσης προσωρινά ή μόνιμα σε 0,5mg 2 φορές ημερησίως. Προγράμματα χορήγησης βαρενικλίνης για διάστημα 12 εβδομάδων φαίνεται να οδηγούν σε ποσοστά διακοπής περίπου 44%.^{33,49}

Συμπεριφορικές μέθοδοι

Η γνωσιακή-συμπεριφοριστική θεραπεία επικεντρώνεται στον εντοπισμό και την τροποποίηση τόσο των πεποιθήσεων που αφορούν την επίδραση του καπνίσματος και την αντίληψή του ως εξάρτηση, όσο και αυτών που αφορούν τις μη ρεαλιστικές προσδοκίες για τα καταστροφικά αποτελέσματα που θα επιφέρει η αποστέρηση και η αποχή από το τσιγάρο. Οι αντιλήψεις απέναντι στο κάπνισμα και στη διακοπή του εξετάζονται διεξοδικά με τη βοήθεια γνωσιακών τεχνικών, με στόχο την τροποποίησή τους και την αντικατάστασή τους από ρεαλιστικές πεποιθήσεις. Βάση για τις συμπεριφορικές τεχνικές διακοπής του καπνίσματος, στόχος των οποίων είναι οι καπνιστές να μάθουν ξανά να κατευθύνουν τη συμπεριφορά τους, αποτελούν οι δύο βασικές προϋποθέσεις που συμβάλουν στη διατήρηση της συμπεριφοράς του καπνίσματος. Πρόκειται για την αυτοματοποίηση του καπνίσματος σε συγκεκριμένες καταστάσεις καθώς και για τα βραχυπρόθεσμα πλεονεκτήματα τα οποία προσφέρει το κάπνισμα. Σημαντικό είναι το κομμάτι της πρόληψης υποτροπής, το οποίο περιλαμβάνει την εκπαίδευση των καπνιστών στην αναγνώριση, την αποφυγή ή την αντιμετώπιση καταστάσεων υψηλού κινδύνου για υποτροπή.^{35,50}

Συμβουλευτική μέσω της συνέντευξης παροχής κινήτρων (χρονικά σύντομη παρέμβαση) καθώς και προγράμματα γνωσιακής-συμπεριφοριστικής θεραπείας, ατομικά ή ομαδικά, πραγματοποιούνται στο Ινστιτούτο Κοινωνικής & Προληπτικής Ιατρικής. Είναι καθοδηγούμενα από ειδικευμένους στη διακοπή του καπνίσματος θεραπευτές και αποτελούν αποτελεσματικά μέσα που οδηγούν στην αύξηση των ποσοστών των ατόμων που επιτυγχάνουν τη διακοπή καπνίσματος. Η συνέντευξη παροχής κινήτρων αποτελεί ένα τύπο συμβουλευτικής παρέμβασης, ώστε οι καπνιστές να αξιολογήσουν την ετοιμότητά τους και να διευκολυνθούν στην ανάληψη δράσης τόσο για τη διακοπή του καπνίσματος, όσο και για την πρόληψη της υποτροπής. Αυτό επιτυγχάνεται μέσω της διερεύνησης των αμφιθυμικών συναισθημάτων, μέσω

της αξιολόγησης των θετικών και αρνητικών σημείων που συνεπάγεται η διακοπή και μέσω της διερεύνησης των προσωπικών εμποδίων που μπορεί να συναντήσει το άτομο στην προσπάθεια του για την τροποποίηση της καπνιστικής συμπεριφοράς. Αποτελεί κλινική στρατηγική, η οποία στοχεύει στην ενίσχυση των κινήτρων του ατόμου και μπορεί να αποδειχθεί αποτελεσματικό σε κάθε φάση της θεραπείας της εξάρτησης. Σε διάστημα 12 μηνών από την ολοκλήρωση παρέμβασης με συνέντευξη παροχής κινήτρων, οι μισοί περίπου από τους καπνιστές κάνουν τουλάχιστον μία προσπάθεια διακοπής.^{51,52}

Ο επαγγελματίας υγείας μπορεί να προσωποποιήσει το μήνυμα προς τον καπνιστή δίνοντας έμφαση στα άμεσα οφέλη που συνεπάγεται η διακοπή και υπογραμμίζοντας τους εξατομικευμένους παράγοντες κινδύνου, οι οποίοι σχετίζονται με την κατανάλωση καπνού. Η παρέμβαση αυτή από τον ιατρό θεωρείται αποτελεσματική και αυξάνει τα ποσοστά διακοπής καπνίσματος. Στοιχεία από το Ηνωμένο Βασίλειο δείχνουν ότι 1% με 3% των καπνιστών απέχουν από το κάπνισμα για διάστημα τουλάχιστον έξι μηνών μετά την παροχή σε αυτούς συμβουλευτικής παρακίνησης από κάποιον επαγγελματία υγείας.^{53,54}

Φυλλάδια και υλικό αυτοβοήθειας, αποτελούν τα ενημερωτικά δελτία, τα εγχειρίδια, οι βιντεοκασέτες και το ακουστικό υλικό. Η παροχή αυτού του υλικού κρίνεται ενδεδειγμένη, παράλληλα με την φαρμακευτική ή τη συμβουλευτική παρέμβαση. Αν και η χρήση των τηλεπικοινωνιών για την παροχή φροντίδας υγείας παραμένει υπό-αναπτυγμένη, έχουν αναφερθεί αποδεκτά, όχι όμως σημαντικά ποσοστά αποχής από το κάπνισμα ενηλίκων, οι οποίοι δέχονται άμεση βοήθεια και στήριξη μέσω της χρήσης τηλεφωνικών γραμμών.⁵⁵

Εναλλακτικές μέθοδοι

Όλες οι εναλλακτικές μέθοδοι βοηθούν στην μείωση ή στην εξάλειψη των συμπτωμάτων του συνδρόμου στέρησης που προκαλεί η έλλειψη νικοτίνης, από τη στιγμή που κάποιος σταματάει το κάπνισμα.

Εναλλακτικές μέθοδοι είναι ο Βελονισμός και ο Βιοσυντονισμός που έχουν ρυθμιστική επίδραση στον οργανισμό, προκαλούν ομοιοστασία ρυθμίζοντας τους νευροδιαβιβαστές στον εγκέφαλο. Μειώνουν έτσι τα

συμπτώματα του συνδρόμου στέρησης και την επιθυμία για κάπνισμα μέσα από την ρύθμιση των νευροδιαβιβαστών του εγκεφάλου. Μειώνουν το άγχος και προσφέρουν ηρεμία χωρίς να έχουν παρενέργειες. Παράλληλα μπορούν να χορηγηθούν και συμπληρώματα που σκοπό έχουν να ενισχύσουν τον οργανισμό και το νευρικό σύστημα του καπνιστή στη προσπάθειά του για απεξάρτηση και αποτοξίνωση.

Ο Βελονισμός είναι η παλαιότερη εναλλακτική μέθοδος που χρησιμοποιείται για τη διακοπή του καπνίσματος. Η διαδικασία της θεραπείας είναι απλή και γίνεται με τοποθέτηση στο σώμα και το αυτί λίγων βελονών διαμέτρου $\frac{1}{4}$ του χιλιοστού (όσο μία τρίχα). Η τοποθέτηση των βελονών δεν προκαλεί πόνο. Ανάλογα με την περίπτωση χρειάζονται από 1-3 συνεδρίες βελονισμού αλλά σε εξαιρετικές περιπτώσεις μπορεί να χρειαστούν μέχρι και 10 συνεδρίες.

Ο βιοσυντονισμός είναι η πιο σύγχρονη μέθοδος διακοπής του καπνίσματος, με τον χρόνο θεραπείας να είναι πολύ πιο σύντομος. Οι περισσότεροι ανταποκρίνονται από την πρώτη θεραπεία, μία ή δύο ακόμη θεραπείες είναι αρκετές στην πλειονότητα των ατόμων. Γενικά 1-2 εβδομάδες είναι αρκετές για την ολοκλήρωση της θεραπείας διακοπής του καπνίσματος.

Η θεραπεία βιοσυντονισμού προσφέρει απεξάρτηση από τη νικοτίνη αλλά παράλληλα βοηθάει και στην αποτοξίνωση του οργανισμού από τις βλαβερές ουσίες που έχουν συσσωρευτεί στο σώμα των χρόνιων καπνιστών με ένα τρόπο γρήγορο, ανώδυνο και εξαιρετικά αποτελεσματικό. Είναι μια μέθοδος που εκτός από την νικοτίνη μπορεί να βοηθήσει στην μείωση των συμπτωμάτων του στερητικού συνδρόμου κατά την διακοπή και άλλων εθιστικών ουσιών όπως στο αλκοόλ, στις ναρκωτικές ουσίες κλπ.

Είναι επίσης πιθανόν να χρησιμοποιηθούν συνδυαστικά περισσότεροι από ένας τύποι βιοσυντονιστικών συσκευών καθώς και ο βελονισμός, έτσι ώστε να μεγιστοποιηθεί το αποτέλεσμα.

Η μέθοδος του βιοσυντονισμού είναι εντελώς ανώδυνη και δεν έχει καμία παρενέργεια. Οι περισσότεροι ασθενείς χαλαρώνουν και αισθάνονται τη θεραπευτική ενέργεια στο σώμα τους. Σε κάποιους επίσης μπορεί δημιουργηθεί η αίσθηση συγκεκριμένων γεύσεων, όπως πχ μεταλλική γεύση ή η αίσθηση της μυρωδιάς του τσιγάρου και αίσθημα απέχθειας.^{77,78}

Διεθνείς οδηγίες για την διακοπή του καπνίσματος

Έχουν σχεδιαστεί κατευθυντήριες οδηγίες για τη διακοπή του καπνίσματος από διάφορες ιατρικές οργανώσεις, ώστε να βελτιωθούν οι παρεμβάσεις για την απεξάρτηση από τη νικοτίνη και να αυξηθούν τα ποσοστά της διακοπής του καπνίσματος. Η φαρμακευτική θεραπεία είναι στις μέρες μας ο ακρογωνιαίος λίθος της απεξάρτησης από τον καπνό. Η θεραπεία υποκατάστασης νικοτίνης και η βαρενικλίνη, σε συνδυασμό με παρεμβάσεις συμπεριφοράς συστήνονται ως θεραπείες πρώτης γραμμής στις τελευταίες κατευθυντήριες οδηγίες.

Σύμφωνα με τις διεθνείς οδηγίες το κάπνισμα αποτελεί μία χρόνια υποτροπιάζουσα νόσο και η θεραπεία της είναι τις περισσότερες φορές εξαιρετικά δύσκολη. Προκαλεί εξάρτηση. Μπορεί να αντιμετωπισθεί και χρειάζεται ιατρική παρέμβαση. Απαιτεί κινητοποίηση από ιατρούς και από καπνιστές. Οι περισσότερες προσπάθειες διακοπής του καπνίσματος γίνονται χωρίς βοηθητικά μέσα φαίνεται να έχουν χαμηλά ποσοστά επιτυχίας (3-5%). Υψηλότερα ποσοστά επιτυχίας επιτυγχάνονται όταν οι καπνιστές ζητούν βοήθεια για τη διακοπή του καπνίσματος από τους ειδικούς. Ακόμη και τότε όμως, η σταθερή αποχή από το κάπνισμα είναι δύσκολη και συχνά απαιτούνται πολλές προσπάθειες για μακροχρόνια αποχή.

Έχει παρατηρηθεί, ότι οι καπνιστές που δεν καταφέρνουν να διακόψουν το κάπνισμα συνήθως έχουν ορισμένα κοινά χαρακτηριστικά, όπως για παράδειγμα χαμηλό επίπεδο μόρφωσης, μικρό ενδιαφέρον για τις θεραπείες συμπεριφοράς που υποβοηθούν την προσπάθεια διακοπής, κατάχρηση αλκοόλ ή άλλων εθιστικών ουσιών, ψυχιατρικά νοσήματα.

Οι γιατροί εντοπίζουν τους καπνιστές, και τους κινητοποιούν να κάνουν μια προσπάθεια να διακόψουν το κάπνισμα και τους στηρίζουν στο να πετύχουν τη διακοπή μέσω συμβουλευτικής παραίνεσης, φαρμακοθεραπείας και μετέπειτα παρακολούθησης. Οι γιατροί πρέπει 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. Οι θεραπευτικές παρεμβάσεις διαφέρουν ανάλογα με τον τύπο των καπνιστών.

Δύο προσεγγίσεις έχουν ένδειξη ισχυρής αποτελεσματικότητας για τη διακοπή του καπνίσματος: η φαρμακευτική αγωγή και η συμβουλευτική παραίτηση. 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 παραίτησης (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) οφείλουν να καταγραφούν 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 παραίτησης και της φαρμακευτικής θεραπείας.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΜΕ ΒΑΡΕΝΙΚΛΙΝΗ ΣΤΗ ΔΙΑΚΟΠΗ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΟΞΥ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ

Η καλύτερη παρέμβαση για τη διακοπή του καπνίσματος είναι η εξατομικευμένη. Η εξατομικευμένη παρέμβαση συνυπολογίζει τους λόγους για τους οποίους ο ασθενής καπνίζει, το περιβάλλον μέσα στο οποίο καπνίζει, τις δυνατότητες για διακοπή καθώς και τις προτιμήσεις του ασθενούς για το πως επιθυμεί να διακόψει. Η φαρμακευτική μέθοδος με τη χρήση της βαρενικλίνης και την συμβουλευτική υποστήριξη παρουσιάζουν αρκετά θετικά αποτελέσματα στη διακοπή του καπνίσματος και έτσι μειώνονται και όλες οι αρνητικές επιπτώσεις που έχει το κάπνισμα στην υγεία του ανθρώπινου οργανισμού.

ΣΚΟΠΟΣ

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση της αποτελεσματικότητας της βαρενικλίνης σε συνδυασμό με εντατική συμβουλευτική υποστήριξη στη διακοπή του καπνίσματος στα πλαίσια 6μηνου προγράμματος καρδιακής αποκατάστασης σε ασθενείς μετά από οξύ στεφανιαίο σύνδρομο.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Δείγμα της μελέτης

Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν 73 ασθενείς που είχαν υποστεί οξύ στεφανιαίο σύνδρομο και έκαναν προσπάθεια διακοπής του καπνίσματος με βαρενικλίνη και εντατική συμβουλευτική υποστήριξη στην Ευρωκλινική Αθηνών από 1-9-2017 έως 1-3-2018.

Κριτήρια επιλογής του δείγματος

Από τη μελέτη αποκλείστηκαν όσοι ασθενείς:

- αρνήθηκαν να κάνουν λήψη βαρενικλίνης
- έκαναν λήψη βαρενικλίνης, αλλά όχι εντατική συμβουλευτική υποστήριξη

- δεν ολοκλήρωσαν το πρόγραμμα διακοπής του καπνίσματος
- αρνήθηκαν να συναινέσουν με τους σκοπούς της μελέτης

Μεθοδολογία

Πρόκειται για συγχρονική μελέτη στην οποία πήραν μέρος ασθενείς οι οποίοι αφού ενημερώνονταν για τους σκοπούς της μελέτης μόλις ολοκλήρωναν το πρόγραμμα διακοπής του καπνίσματος διάρκειας 24 εβδομάδων, το οποίο περιελάμβανε λήψη βαρενικλίνης και εντατική συμβουλευτική υποστήριξη, συναινούσαν γραπτά. Στη συνέχεια, τους δινόταν από την ερευνήτρια το ερωτηματολόγιο με το οποίο έγινε η συλλογή των δεδομένων.

Η θεραπεία με βαρενικλίνη, έναν μερικό αγωνιστή και ταυτόχρονα ανταγωνιστή των α4β2 υποδοχέων νικοτίνης, ξεκίνησε σε όλους τους ασθενείς τη 2^η ημέρα της εισαγωγής τους και χορηγήθηκε μαζί με την υπόλοιπη φαρμακευτική τους αγωγή μετά το εξιτήριο τους ως εξής:

- 0,5mg / 1φορά ημερησίως για 3 ημέρες
- 0.5mg / 2 φορές ημερησίως για 4 ημέρες
- 1 mg / 2 φορές ημερησίως για 24 βδομάδες.

Η θεραπεία με βαρενικλίνη συνεχίστηκε μετά τη 12^η βδομάδα μόνο για αυτούς που έχουν σταματήσει το κάπνισμα μέχρι τότε. Επιπλέον όλοι οι ασθενείς υποβλήθηκαν σε ένα εντατικό ατομικό συμβουλευτικό πρόγραμμα, το οποίο περιελάμβανε:

- 30 λεπτά συμβουλευτικής υποστήριξης, 2 φορές κατά τη διάρκεια της παραμονής τους στο νοσοκομείο, 1 την 2η μέρα και 1 την ημέρα εξόδου.
- Έντυπο υλικό με συμβουλές.
- 30 λεπτά συμβουλευτικής υποστήριξης κατά τη διάρκεια της επανεξέτασης στο τακτικό εξωτερικό καρδιολογικό ιατρείο την 4^η και 12^η βδομάδα μετά το εξιτήριο τους.
- Σύντομη τηλεφωνική συμβουλευτική υποστήριξη από εξειδικευμένη και ειδικά εκπαιδευμένη για αυτό το σκοπό νοσηλευτική ομάδα την 2^η, 6^η, 10^η, 14^η, 18^η και 22^η βδομάδα.

- Τακτική ψυχολογική αξιολόγηση κατά τη διάρκεια του προγράμματος της καρδιακής αποκατάστασης με ιδιαίτερη φροντίδα για την έγκαιρη ανίχνευση και αντιμετώπιση συμπτωμάτων κατάθλιψης.

Στη διάρκεια των 24 εβδομάδων της μελέτης οι ασθενείς είχαν πρόσβαση σε προγράμματα φυσικής δραστηριότητας και προγράμματα υγιεινής διατροφής καθώς και ειδική ψυχολογική υποστήριξη.

Το πρόγραμμα διακοπής του καπνίσματος γινόταν από μια διεπιστημονική ομάδα που αποτελείτο από καρδιολόγους, νοσηλευτές, ψυχολόγο, εργοφυσιολόγο και διαιτολόγο.

ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

Η ανάλυση των δεδομένων έγινε με τη χρήση του στατιστικού προγράμματος SPSS 18.0 (SPSS Inc, Chicago, IL, USA). Η τυπική απόκλιση, οι μέσες τιμές, οι εκατοστιαίες αναλογίες και η κατανομή συχνοτήτων, χρησιμοποιήθηκαν για την περιγραφή των χαρακτηριστικών του δείγματος. Οι μέσες τιμές (mean) και οι τυπικές αποκλίσεις (Standard Deviation=SD) χρησιμοποιήθηκαν για την περιγραφή των ποσοτικών μεταβλητών. Οι απόλυτες (n) και οι σχετικές (%) συχνότητες χρησιμοποιήθηκαν για την περιγραφή των ποιοτικών μεταβλητών. Για τη σύγκριση αναλογιών χρησιμοποιήθηκε το Pearson's χ^2 test ή το Fisher's exact test όπου ήταν απαραίτητο. Τα επίπεδα σημαντικότητας είναι αμφίπλευρα και η στατιστική σημαντικότητα τέθηκε στο 0,05.

ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑ ΜΕΛΕΤΗΣ

Το πρωτόκολλο της μελέτης εξετάστηκε και εγκρίθηκε από το Διοικητικό Συμβούλιο και από την Επιτροπή Ιατρικής Δεοντολογίας και Ηθικής Κλινικών Ερευνών της Ευρωκλινικής Αθηνών. Η μελέτη πραγματοποιήθηκε με σεβασμό προς τον ασθενή και εμπιστευτικότητα των συγκεντρωθέντων στοιχείων.

Οι ασθενείς ενημερώθηκαν για τον σκοπό της μελέτης και ότι δεν θα δημοσιευτούν προσωπικά στοιχεία και κλινικά δεδομένα, από τα οποία πιθανώς να μπορούσε να προκύψει η αναγνώριση της ταυτότητάς τους καθώς και το νοσοκομείο προέλευσης.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Περιγραφικά αποτελέσματα

Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν 73 στεφανιαίοι ασθενείς εκ των οποίων 48 ποσοστό 65,8% ήταν άνδρες. Στο 41,1% η ηλικία του δείγματος ήταν κάτω των 60 ετών και αναφορικά με την οικογενειακή τους κατάσταση έγγαμοι ήταν το 57,5% ενώ μοναχικά άτομα ήταν το 42,5%. Το 6,5% του δείγματος είχε δευτεροβάθμια εκπαίδευση και το 79,5% τριτοβάθμια.

Αναφορικά με το επάγγελμα άνεργοι ήταν το 6,8%, δημόσιοι υπάλληλοι το 52,1%, ιδιωτικοί υπάλληλοι 24,7%, ελεύθεροι επαγγελματίες 12,3% και με τα οικιακά ασχολούνταν το 4,1% του δείγματος. Το μεγαλύτερο ποσοστό 67,1% διέμενε σε πρωτεύουσα νομού, το 24,7% στην ευρύτερη περιοχή Αττικής και το 8,2% στην ύπαιθρο. Πίνακας 1

Όσον αφορά τα κλινικά χαρακτηριστικά του δείγματος το 8,2% υπέστη OEM, στηθάγχη είχε το 6,8% και OEM και στηθάγχη το 84,9%. Το 83,6% του δείγματος παρουσίασε το καρδιολογικό πρόβλημα σε χρονικό διάστημα μικρότερο του έτους, και το 16,4% περισσότερο από ένα έτος. Το 37,0% του δείγματος αναφέρει κληρονομικό ιστορικό καρδιαγγειακής νόσου και το 34,2% αναφέρει συνυπάρχον νόσημα με 19,2% σακχαρώδη διαβήτη και 15,1% προβλήματα με το θυρεοειδή.

Το 20,5% καταναλώνει 15-20 τσιγάρα την ημέρα, το 69,9% 20-30 τσιγάρα και πάνω από 30 καταναλώνει το 9,6% του δείγματος. Το 20,5% έκανε έναρξη του καπνίσματος σε ηλικία μικρότερη των 19 ετών και το 64,4% έχει κάνει προσπάθεια διακοπής του τσιγάρου και αναλυτικότερα το 41,3% έχει κάνει προσπάθεια διακοπής 1-2 φορές και το 58,7% 3 φορές. Από αυτούς που έκαναν προσπάθεια διακοπής το 55,3% το διέκοψε για 1-3 μήνες και το 44,7% για περισσότερους από 3 μήνες και η αιτία διακοπής στο 48,9% ήταν χωρίς συγκεκριμένο λόγο και στο 51,1% για ιατρικούς και οικονομικούς λόγους.

Όσον αφορά τον τρόπο διακοπής το 29,8% του δείγματος έκανε την προσπάθεια μια και έξω, το 31,9% ελάττωσε σιγά σιγά τον αριθμό τσιγάρων και το 38,3% έκανε προσπάθεια με διάφορους άλλους τρόπους. Όσον αφορά τον βαθμό ενημέρωσης για τη διακοπή του τσιγάρου με τη χρήση της

βαρενικλίνης το 16,4% αναφέρει ότι είναι πολύ ενημερωμένο, το 61,6% αρκετά και λίγο ή καθόλου το 21,9%.

Στο 94,5% του δείγματος η απόφαση για τη διακοπή του καπνίσματος με τη λήψη της βαρενικλίνης έγινε μετά από παρότρυνση του καρδιολόγου. Το 56,2% του δείγματος λαμβάνει βαρενικλίνη για διάστημα μικρότερο των 2 εβδομάδων και το 100% του δείγματος λαμβάνει την αγωγή σύμφωνα με τις οδηγίες του γιατρού. Κατά το διάστημα λήψης της βαρενικλίνης το 30,1% του δείγματος αναφέρει ότι αισθάνεται πολύ έντονα την ανάγκη να καπνίσει, το 30,1% αρκετά και το 39,8% λίγο ή καθόλου. Η προσπάθεια τήρησης της λήψης της βαρενικλίνης στο 9,6% προβληματίζει πολύ έντονα, στο 30,1% αρκετά, λίγο επίσης στο 30,1% και καθόλου στο 30,1%.

Από τα άτομα που είναι σε θεραπεία με βαρενικλίνη το 27,4% έχει καπνίσει κατά τη διάρκεια της τελευταίας εβδομάδας, και όσον αφορά τον αριθμό των τσιγάρων το 73,7% κάπνισε 1 τσιγάρο και 2 τσιγάρα το 26,3%.

Ως παρενέργεια της βαρενικλίνης το 23,3% παρατήρησε ναυτία, το 46,6% κατάθλιψη, το 17,8% διαταραχές ύπνου και το 26,0% κάποια άλλη παρενέργεια από την φαρμακευτική αγωγή. Πιο συγκεκριμένα ως άλλη παρενέργεια το 26,3% αναφέρει δυσκοιλιότητα, το 42,1% περίεργα όνειρα και το 31,6% κεφαλαλγία. Το 71,2% του δείγματος ακολουθεί κάποιο πρόγραμμα φυσικής δραστηριότητας και συγκεκριμένα το 51,9% πηγαίνει μια ώρα γυμναστήριο την ημέρα και το 48,1% περπατάει. Το 78,1% του δείγματος ζήτησε επιπλέον βοήθεια από τη συμβουλευτική του ομάδα κατά την περίοδο λήψης της βαρενικλίνης, και από αυτούς το 24,6% ζήτησε επιπλέον βοήθεια 1 φορά, το 49,1% 2 φορές και το 26,3% 3 φορές.

Το 61,6% του δείγματος μετά την έναρξη της θεραπείας με βαρενικλίνη άλλαξε διατροφικές συνήθειες και από αυτούς το 28,8% καταναλώνει λιγότερο αλάτι, το 23,3% λιγότερα λιπαρά και το 17,8% λιγότερα γλυκά. Πίνακας 2.

Στατιστικά Αποτελέσματα

Από την εφαρμογή της στατιστικής δοκιμασίας χ^2 test δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές όσον αφορά το φύλο σε σχέση με την απόφαση λήψης φαρμακευτικής αγωγής με βαρενικλίνη και είσοδος σε αυτήν με παρότρυνση καρδιολόγου, το χρονικό διάστημα λήψης της βαρενικλίνης, την επιθυμία για κάπνισμα, την προσπάθεια συνέπειας στη θεραπεία με

βαρενικλίνη, το κάπνισμα κατά τη διάρκεια της θεραπείας, την εμφάνιση παρενεργειών από τη θεραπεία όπως ναυτία, κατάθλιψη, διαταραχές ύπνου και άλλες παρενέργειες $p>0,05$.

Επίσης δεν βρέθηκαν σημαντικές στατιστικές διαφορές σε σχέση με το πρόγραμμα φυσικής δραστηριότητας αλλά βρέθηκε ότι οι άντρες συχνότερα πηγαίνουν γυμναστήριο ενώ οι γυναίκες προτιμούν το περπάτημα $p=0,026$. Ομοίως δεν βρέθηκαν σημαντικές στατιστικές διαφορές σε ότι αφορά την ανάγκη επιπλέον βοήθειας-ενθάρρυνσης κατά την περίοδο λήψης της βαρενικλίνης και της συχνότητας λήψης βοήθειας $p>0,05$ όπως και σε ότι αφορά την αλλαγή διατροφικών συνηθειών και το είδος της αλλαγής των διατροφικών αλλαγών $p>0,05$. Πίνακας 3.

Όσον αφορά την ηλικία δεν βρέθηκαν σημαντικές στατιστικές διαφορές ως προς την απόφαση λήψης φαρμακευτικής αγωγής με βαρενικλίνη και την είσοδο σε αυτήν με την παρότρυνση καρδιολόγου, το χρονικό διάστημα της θεραπείας με βαρενικλίνη, την ανάγκη για κάπνισμα, τον προβληματισμό συνέπειας στη θεραπεία, το κάπνισμα κατά τη διάρκεια της θεραπείας $p>0,05$ αλλά βρέθηκε ότι τα άτομα κάτω των 60 ετών συχνότερα παρατήρησαν ως παρενέργεια της θεραπείας τη ναυτία $p=0,024$ ενώ δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στην συχνότητα διαταραχής του ύπνου, της κατάθλιψης και άλλων παρενεργειών $p>0,05$, επίσης δεν βρέθηκαν σημαντικές στατιστικές διαφορές στη συχνότητα σωματικής δραστηριότητας αλλά βρέθηκε ότι τα άτομα ηλικία κάτω των 60 χρονών ακολουθούν προγράμματα οργανωμένων γυμναστηρίων ενώ άτομα άνω των 61 προτιμούν το περπάτημα $p=0,004$. Επίσης σε ότι αφορά την ηλικία δεν βρέθηκαν σημαντικές στατιστικές διαφορές στην αναζήτηση επιπλέον συμβουλευτικής βοήθειας κατά τη διάρκεια της θεραπείας, τη συχνότητα αναζήτησης βοήθειας, την αλλαγή διατροφικών συνηθειών $p>0,05$. Πίνακας 4.

Σε ότι αφορά την οικογενειακή κατάσταση ομοίως δεν βρέθηκαν σημαντικές στατιστικές διαφορές στις παραπάνω μεταβλητές παρά μόνο στις διατροφικές συνήθειες όπως συχνότερα άλλαξαν διατροφικές συνήθειες τα άτομα τα οποία ζουν μόνα τους $p=0,048$ ενώ δεν βρέθηκαν σημαντικές στατιστικές διαφορές όσον αφορά το είδος των διατροφικών συνηθειών $p>0,05$. Πίνακας 5.

Ομοίως σε ότι αφορά το μορφωτικό επίπεδο δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές σε καμία από τις παραπάνω μεταβλητές $p>0,05$ όπως και σε ότι αφορά το είδος του επαγγέλματος $p>0,05$, τον τόπο διαμονής παρά μόνο στη μεταβλητή που αφορά τη συχνότητα αναζήτησης βοήθειας κατά τη διάρκεια της θεραπείας με βαρενικλίνη όπου τα άτομα διαμένουν εντός Αττικής συχνότερα ζήτησαν βοήθεια από 3 φορές και πάνω $p=0,031$. Πίνακας 6,7,8.

Όσον αφορά το είδος του καρδιολογικού προβλήματος επίσης δε βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στις παραπάνω παραμέτρους όπως επίσης σε ότι αφορά το είδος της φαρμακευτικής αγωγής $p>0,05$. Πίνακας 9,10.

Αναφορικά με το χρονικό διάστημα του καρδιολογικού προβλήματος βρέθηκε ότι τα άτομα τα οποία πάσχουν για χρονικό διάστημα μεγαλύτερο του έτους συχνότερα αναφέρουν ως παρενέργεια της θεραπείας με βαρενικλίνη την εμφάνιση διαταραχών στον ύπνο $p=0.032$. Πίνακας 11.

Στατιστικά σημαντική διαφορά επίσης βρέθηκε σε ότι αφορά την σωματική άσκηση όπου βρέθηκε ότι τα άτομα με οικογενειακό ιστορικό καρδιολογικού προβλήματος συχνότερα ως σωματική άσκηση προτιμούν το περπάτημα $p=0,013$, δεν λιγόστεψαν την ποσότητα αλατιού στη διατροφή τους $p=0,029$. Πίνακας 12.

Επίσης, βρέθηκε σε ότι αφορά την συννοσηρότητα ότι δεν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές στις παραμέτρους της μελέτης παρά μόνο τα άτομα με συννοσηρότητα προτιμούν συχνότερα το περπάτημα $p=0,026$, και ότι ζήτησαν συχνότερα επιπλέον βοήθεια-ενθάρρυνση $p=0,038$. Ομοίως, ως προς το είδος της συννοσηρότητας βρέθηκε ότι οι πάσχοντες από σακχαρώδη διαβήτη συχνότερα προτιμούν το περπάτημα, $p=0,047$. Πίνακας 13,14.

Δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στις παραπάνω παραμέτρους σε σχέση με την επιθυμία να καπνίσουν και τον αριθμό τσιγάρων, ούτε και σε σχέση με την ηλικία έναρξης του καπνίσματος παρά μόνο στην μεταβλητή που αναφέρεται στον προβληματισμό της προσπάθειας για την συνέπεια στη λήψη της βαρενικλίνης όπου τα άτομα τα οποία άρχισαν το κάπνισμα σε ηλικία μικρότερη των 19 ετών τους προβληματίζει πολύ και αρκετά $p=0,012$ και η ίδια η ομάδα συχνότερα δεν ζήτησε βοήθεια-

ενθάρρυνση κατά την περίοδο λήψης της συγκεκριμένης αγωγής $p=0,016$.

Πίνακας 15,16

Επίσης βρέθηκε ότι τα άτομα τα οποία επιχείρησαν τη διακοπή του καπνίσματος και άλλη φορά συχνότερα λαμβάνουν βαρενικλίνη περισσότερο από 3 εβδομάδες $p=0,001$. Η ίδια ομάδα συχνότερα δεν έχει καπνίσει κατά τη διάρκεια της τελευταίας εβδομάδας $p=0,033$, συχνότερα αναζήτησαν επιπλέον βοήθεια-ενθάρρυνση κατά την περίοδο της θεραπείας $p=0,013$, δεν άλλαξαν διατροφικές συνήθειες μετά την έναρξη της θεραπείας $p=0,011$, δεν ελάττωσαν την ποσότητα του αλατιού $p=0,039$ ούτε τα λιπαρά $p=0,035$ όπως επίσης και τα γλυκά $p=0,034$. Πίνακας 17

Δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές όσον αφορά τη συχνότητα προσπάθειας διακοπής του καπνίσματος, βρέθηκε όμως ότι τα άτομα τα οποία έκαναν προσπάθειες διακοπής 3 φορές αναφέρουν συχνότερα διαταραχές ύπνου $p=0,043$. Πίνακας 18.

Επίσης δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στις παραπάνω παραμέτρους σε σχέση με την αιτία διακοπής του καπνίσματος. Πίνακας 19

Όσον αφορά την ενημέρωση βρέθηκε ότι εκείνοι οι οποίοι είναι αρκετά και καλά ενημερωμένοι λαμβάνουν τη βαρενικλίνη για 3 και περισσότερες εβδομάδες $p=0,028$ και προτιμούν το γυμναστήριο ως σωματική άσκηση $p=0,027$. Πίνακας 20

ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΟΙ ΚΑΙ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΟΙ ΠΙΝΑΚΕΣ

ΠΙΝΑΚΑΣ 1. Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τα κοινωνικοδημογραφικά του χαρακτηριστικά.

ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ		n	%
Φύλο	Άνδρες	48	65,8
	Γυναίκες	25	34,2
Ηλικία	≤60	30	41,1
	61 +	43	58,9
Οικογενειακή κατάσταση	Έγγαμος/η/συμβίωση	42	57,5
	Άγαμος/η/Διαζ/νος/η/Χήρος/α	31	42,5
Μορφωτικό επίπεδο	Δευτεροβάθμια εκπαίδευση	15	20,5
	Τριτοβάθμια εκπαίδευση	58	79,5
Επάγγελμα	Άνεργοι	5	6,8
	Δημόσιοι υπάλληλοι	38	52,1
	Ιδιωτικοί υπάλληλοι	18	24,7
	Ελεύθεροι επαγγελματίες	9	12,3
	Οικιακά	3	4,1
Τόπος διαμονής	Αττική	18	24,7
	Πρωτεύουσα νομού	49	67,1
	Ύπαιθρος	6	8,2

Πίνακας 2. Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τα κλινικά του χαρακτηριστικά.

Χαρακτηριστικά		n	%
Διάγνωση	OEM και στηθάγχη	62	84,9
	OEM	6	8,2
	Στηθάγχη	5	6,8
Φαρμακευτική αγωγή	salospir-bbblocker-στατίνη-plavix	37	50,7
	salospir-bbblocker-στατίνη-effient	19	26,0
	salospir-bbblocker-στατίνη-brillique	17	23,3
Έτη εκδήλωσης του καρδιολογικού προβλήματος	>1 έτος	61	83,6
	<1 έτος	12	16,4
Κληρονομικότητα	ΝΑΙ	27	37,0
	ΟΧΙ	46	63,0
Συννοσηρότητα	Σακχαρώδη διαβήτη	14	19,2
	Διαταραχές θυρεοειδή αδένα	11	15,2
	ΟΧΙ	48	65,8
Αριθμός τσιγάρων ανά ημέρα	15 – 20	15	20,5
	20 – 30	51	69,9
	> 30	7	9,6
Ηλικία έναρξης καπνίσματος	-19 ετών	15	20,5
	20+ ετών	58	79,5
Διακοπή καπνίσματος και άλλη φορά	ΝΑΙ	47	64,4
	ΟΧΙ	26	35,6
Πόσες προσπάθειες διακοπής	1-2 φορές	19	41,3
	3 φορές	27	58,7
Διακοπή καπνίσματος (σε μήνες)	1-3 μήνες	26	55,3
	3 + μήνες	21	44,7
Αιτία διακοπής καπνίσματος	Προσωπική επιθυμία	23	48,9
	Εντολή γιατρού	10	21,3
	Οικονομικοί λόγοι	9	19,1
	Παρότρυνση από άλλους	5	10,6
Τρόπος διακοπής καπνίσματος	Προοδευτική ελάττωση τσιγάρων	15	31,9
	Διακοπή μία και έξω	14	29,8
	Συμβουλευτική υποστήριξη	8	17
	Ηλεκτρονικό τσιγάρο	4	8,5
	Λήψη φαρμάκων	4	8,5
	Βελονισμός	2	4,3
Βαθμός ενημέρωσης για τη θεραπεία και τη δράση της βαρενικλίνης	Πολύ	12	16,4
	Αρκετά	45	61,6
	Λίγο	8	11
	Καθόλου	8	11
Ανάγκη για κάπνισμα κατά τη θεραπεία	Πολύ	22	30,1
	Αρκετά	22	30,1
	Λίγο	22	30,1
	Καθόλου	7	9,6
Προβληματισμός για συνέπεια στη λήψη της βαρενικλίνης	Πολύ	7	9,6
	Αρκετά	22	30,1
	Λίγο	22	30,1
	Καθόλου	22	30,1
Κάπνισμα την τελευταία εβδομάδα	Ναι	20	27,4
	Όχι	53	72,6
Παρενέργειες, ναι	Ναυτία	17	23,3
	Κατάθλιψη	34	46,6
	Διαταραχές ύπνου	13	17,8
	Περίεργα όνειρα	8	11
	Κεφαλαλγία	6	8,2
	Δυσκοιλιότητα	5	6,8
Πρόγραμμα φυσικής δραστηριότητας	Ναι	52	71,2
	Όχι	21	28,8
Είδος φυσικής δραστηριότητας	Γυμναστήριο για 1 ώρα	27	51,9
	Περπάτημα	25	48,1
Ανάγκη συμβουλευτικής παρέμβασης	Ναι	57	78,1
	Όχι	16	21,9
Αλλαγή διατροφικών συνηθειών	Περιορισμός αλατιού	15	33,3
	Περιορισμός γλυκών	13	28,9
	Περιορισμός λιπαρών	11	24,4
	Περιορισμός και αλατιού και λιπαρών	6	13,3

ΠΙΝΑΚΑΣ .3. Σύγκριση της συχνότητας εμφάνισης συμπεριφορών του δείγματος σε σχέση με το φύλο

ΕΙΔΟΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ		ΦΥΛΟ				P
		Ανδρας		Γυναίκα		
		n	%	n	%	
Η επιλογή της βαρενικλίνης για τη διακοπή του καπνίσματος έγινε με την παρότρυνση του καρδιολόγου σας;	Ναι	45	65,2	24	34,8	0,576
	Όχι	3	75,0	1	25,0	
Χρονικό διάστημα λήψης της βαρενικλίνης (εβδομάδες);	<2	30	73,2	11	26,8	0,103
	3+	18	56,3	14	43,8	
Ανάγκη για κάπνισμα	Πολύ	17	77,3	5	22,7	0,369
	Αρκετά	14	63,6	8	36,4	
	Λίγο/καθόλου	17	58,6	12	41,4	
Προβληματισμός στη λήψη βαρενικλίνης	Πολύ/αρκετά	19	65,5	10	34,5	0,950
	Λίγο	14	63,6	8	36,4	
	Καθόλου	15	68,2	7	31,8	
Κάπνισμα την τελευταία εβδομάδα	Ναι	15	75,0	5	25,0	0,230
	Όχι	33	62,3	20	37,7	
Παρενέργεια φαρμακευτικής αγωγής(ναυτία)	Ναι	10	20,8	7	28,0	0,341
	Όχι	38	79,2	18	72,0	
Παρενέργεια φαρμακευτικής αγωγής(κατάθλιψη)	Ναι	25	52,1	9	36,0	0,145
	Όχι	23	47,9	16	64,0	
Παρενέργεια φαρμακευτικής αγωγής(διαταραχές ύπνου)	Ναι	7	14,6	6	24,0	0,246
	Όχι	41	85,4	19	76,0	
Άλλη παρενέργεια φαρμ. αγωγής	Όχι	35	72,9	19	76,0	0,504
	Άλλη	13	27,1	6	24,0	
Πρόγραμμα φυσικής δραστηριότητας	Ναι	33	68,8	19	76,0	0,358
	Όχι	15	31,3	6	24,0	
Είδος προγράμματος φυσικής δραστηριότητας	Γυμναστήριο 1h	21	63,6	6	31,6	0,026
	Περπάτημα	12	36,4	13	68,4	
Συμβουλευτική βοήθεια-ενθάρρυνση	Ναι	36	75,0	21	84,0	0,284
	Όχι	12	25,0	4	16,0	
Αριθμός αναζήτησης βοήθειας	Μία φορά	7	19,4	7	33,3	0,230
	Δύο	17	47,2	11	52,4	
	Τρεις	12	33,3	3	14,3	
Αλλαγή διατροφικών συνηθειών	Ναι	32	66,7	13	52,0	0,166
	Όχι	16	33,3	12	48,0	
Λιγότερο αλάτι	Ναι	17	35,4	4	16	0,203
	Όχι	15	31,3	9	36,0	
	Καμία αλλαγή	16	33,3	12	48,0	
Λιγότερα λιπαρά	Ναι	14	29,2	3	12,0	0,220
	Όχι	18	37,5	10	40,0	
	Καμία αλλαγή	16	33,3	12	48,0	
Λιγότερα γλυκά	Ναι	7	14,6	6	24,0	0,141
	Όχι	25	52,1	7	28,0	
	Καμία αλλαγή	16	33,3	12	48,0	

ΠΙΝΑΚΑΣ 4. Σύγκριση της συχνότητας εμφάνισης συμπεριφορών του δείγματος σε σχέση με την ηλικία

ΕΙΔΟΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ		ΗΛΙΚΙΑ				p
		- 60		61+		
		n	%	n	%	
Η επιλογή της βαρενικλίνης για τη διακοπή του καπνίσματος έγινε με την παρότρυνση του καρδιολόγου σας;	Ναι	28	93,3	41	95,3	0,546
	Όχι	2	6,7	2	4,7	
Χρονικό διάστημα λήψης της βαρενικλίνης (εβδομάδες);	<2	20	66,7	21	22	0,102
	3+	10	33,3	48,8	51,2	
Ανάγκη για κάπνισμα	Πολύ	8	26,7	14	32,6	0,599
	Αρκετά	8	26,7	14	32,6	
	Λίγο/καθόλου	14	46,7	15	34,9	
Προβληματισμός στη λήψη βαρενικλίνης	Πολύ/αρκετά	12	40,0	17	39,5	0,828
	Λίγο	8	26,7	14	32,6	
	Καθόλου	10	33,3	12	27,9	
Κάπνισμα την τελευταία εβδομάδα	Ναι	8	26,7	12	27,9	0,562
	Όχι	22	73,3	31	72,6	
Παρενέργεια φαρμακευτικής αγωγής(ναυτία)	Ναι	11	36,7	6	14,0	0,024
	Όχι	19	63,3	37	86,0	
Παρενέργεια φαρμακευτικής αγωγής(κατάθλιψη)	Ναι	11	36,7	23	53,5	0,119
	Όχι	19	63,3	20	46,5	
Παρενέργεια φαρμακευτικής αγωγής(διαταραχές ύπνου)	Ναι	5	16,7	8	18,6	0,544
	Όχι	25	83,3	35	81,4	
Άλλη παρενέργεια φαρμ. αγωγής	Όχι	21	70,0	33	76,7	0,352
	Άλλη	9	30,0	10	23,3	
Πρόγραμμα φυσικής δραστηριότητας	Ναι	21	70,0	31	72,1	0,524
	Όχι	9	30,0	12	27,9	
Είδος προγράμματος φυσικής δραστηριότητας	Γυμναστήριο 1h	16	76,2	11	35,5	0,004
	Περπάτημα	5	23,8	20	64,5	
Συμβουλευτική βοήθεια-ενθάρρυνση	Ναι	22	73,3	35	81,4	0,295
	Όχι	8	26,7	8	18,6	
Αριθμός αναζήτησης βοήθειας	Μία φορά	6	27,3	8	22,9	0,543
	Δύο	12	54,5	16	45,7	
	Τρεις	4	18,2	11	31,4	
Αλλαγή διατροφικών συνηθειών	Ναι	21	70,0	24	55,8	0,163
	Όχι	9	30,0	19	44,2	
Λιγότερο αλάτι	Ναι	9	30,0	12	27,9	0,419
	Όχι	12	40,0	12	27,9	
	Καμία αλλαγή	9	30,0	19	44,2	
Λιγότερα λιπαρά	Ναι	6	20,0	11	25,6	0,227
	Όχι	15	50,0	13	30,2	
	Καμία αλλαγή	9	30,0	19	44,2	
Λιγότερα γλυκά	Ναι	7	23,3	6	14,0	0,388
	Όχι	14	46,7	18	41,9	
	Καμία αλλαγή	9	30,0	19	44,2	

ΠΙΝΑΚΑΣ 5. Σύγκριση της συχνότητας εμφάνισης συμπεριφορών του δείγματος σε σχέση με την οικογενειακή κατάσταση

ΕΙΔΟΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ		ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ				p
		Έγγαμος		Άγαμος/χήρος/ διαζευγμένος		
		n	%	n	%	
Η επιλογή της βαρενικλίνης για τη διακοπή του καπνίσματος έγινε με την παρότρυνση του καρδιολόγου σας;	Ναι	38	90,5	31	0	0,103
	Όχι	4	9,5	100	0,0	
Χρονικό διάστημα λήψης της βαρενικλίνης (εβδομάδες);	<2	25	59,5	16	51,6	0,332
	3+	17	40,5	15	48,4	
Ανάγκη για κάπνισμα	Πολύ	14	33,3	8	25,8	0,430
	Αρκετά	14	33,3	8	25,8	
	Λίγο/καθόλου	14	33,3	15	48,4	
Προβληματισμός στη λήψη βαρενικλίνης	Πολύ/αρκετά	18	42,9	11	35,5	0,817
	Λίγο	12	28,6	10	32,3	
	Καθόλου	12	28,6	10	32,3	
Κάπνισμα την τελευταία εβδομάδα	Ναι	12	28,6	8	25,8	0,504
	Όχι	30	71,4	23	74,2	
Παρενέργεια φαρμακευτικής αγωγής(ναυτία)	Ναι	7	16,7	10	32,3	0,101
	Όχι	35	83,3	21	67,7	
Παρενέργεια φαρμακευτικής αγωγής(κατάθλιψη)	Ναι	21	50,0	13	41,9	0,328
	Όχι	21	50,0	18	58,1	
Παρενέργεια φαρμακευτικής αγωγής(διαταραχές ύπνου)	Ναι	9	21,4	4	12,9	0,267
	Όχι	33	78,6	27	87,1	
Άλλη παρενέργεια φαρμ. αγωγής	Όχι	31	73,8	23	74,2	0,594
	Άλλη	11	26,2	8	25,8	
Πρόγραμμα φυσικής δραστηριότητας	Ναι	31	73,8	21	67,7	0,379
	Όχι	11	26,2	10	32,3	
Είδος προγράμματος φυσικής δραστηριότητας	Γυμναστήριο 1h	16	51,6	11	52,4	0,590
	Περπάτημα	15	48,4	10	47,6	
Συμβουλευτική βοήθεια-ενθάρρυνση	Ναι	34	81,0	23	74,2	0,341
	Όχι	8	19,0	8	25,8	
Αριθμός αναζήτησης βοήθειας	Μία φορά	8	26,5	5	21,7	0,824
	Δύο	17	50,0	11	47,8	
	Τρεις	8	23,5	7	30,4	
Αλλαγή διατροφικών συνηθειών	Ναι	22	52,4	23	74,2	0,048
	Όχι	20	47,6	8	25,8	
Λιγότερο αλάτι	Ναι	11	26,2	10	32,3	0,151
	Όχι	11	26,2	13	41,9	
	Καμία αλλαγή	20	47,6	8	25,8	
Λιγότερα λιπαρά	Ναι	9	21,4	8	25,8	0,152
	Όχι	13	31,0	15	48,4	
	Καμία αλλαγή	20	47,6	8	25,8	
Λιγότερα γλυκά	Ναι	5	11,9	8	25,8	0,111
	Όχι	17	40,5	15	48,4	
	Καμία αλλαγή	20	47,6	8	25,8	

ΠΙΝΑΚΑΣ 6. Σύγκριση της συχνότητας εμφάνισης συμπεριφορών του δείγματος σε σχέση με το εκπαιδευτικό επίπεδο

ΕΙΔΟΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ		ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ				p
		Δευτεροβάθμια		Τριτοβάθμια		
		n	%	n	%	
Η επιλογή της βαρενικλίνης για τη διακοπή του καπνίσματος έγινε με την παρότρυνση του καρδιολόγου σας;	Ναι	14	93,3	55	3	0,610
	Όχι	1	6,7	94,8	5,2	
Χρονικό διάστημα λήψης της βαρενικλίνης (εβδομάδες);	<2	8	53,3	33	56,9	0,515
	3+	7	46,7	25	43,1	
Ανάγκη για κάπνισμα	Πολύ	6	40,0	16	27,6	0,476
	Αρκετά	5	33,3	17	29,3	
	Λίγο/καθόλου	4	26,7	25	43,1	
Προβληματισμός στη λήψη βαρενικλίνης	Πολύ/αρκετά	7	46,7	22	37,9	0,626
	Λίγο	5	33,3	17	29,3	
	Καθόλου	3	20,0	19	32,8	
Κάπνισμα την τελευταία εβδομάδα	Ναι	6	40,0	14	24,1	0,182
	Όχι	9	60,0	44	75,9	
Παρενέργεια φαρμακευτικής αγωγής(ναυτία)	Ναι	2	13,3	15	25,9	0,256
	Όχι	13	86,7	43	74,1	
Παρενέργεια φαρμακευτικής αγωγής(κατάθλιψη)	Ναι	6	40,0	28	48,3	0,391
	Όχι	9	60,0	30	51,7	
Παρενέργεια φαρμακευτικής αγωγής(διαταραχές ύπνου)	Ναι	4	26,7	9	15,5	0,256
	Όχι	11	73,3	49	84,5	
Άλλη παρενέργεια φαρμ. αγωγής	Όχι	12	80,0	42	72,4	0,407
	Άλλη	3	20,0	16	27,6	
Πρόγραμμα φυσικής δραστηριότητας	Ναι	9	60,0	43	74,1	0,221
	Όχι	6	40,0	15	25,9	
Είδος προγράμματος φυσικής δραστηριότητας	Γυμναστήριο 1h	2	22,2	25	58,1	0,054
	Περπάτημα	7	77,8	18	41,9	
Συμβουλευτική βοήθεια-ενθάρρυνση	Ναι	10	66,7	47	81,0	0,195
	Όχι	5	33,3	11	19,0	
Αριθμός αναζήτησης βοήθειας	Μία φορά	2	20,0	12	25,5	0,920
	Δύο	5	50,0	23	48,9	
	Τρεις	3	30,0	12	25,5	
Αλλαγή διατροφικών συνηθειών	Ναι	11	73,3	34	58,6	0,230
	Όχι	4	26,7	24	41,4	
Λιγότερο αλάτι	Ναι	7	46,7	14	24,1	0,223
	Όχι	4	26,7	20	34,5	
	Καμία αλλαγή	4	26,7	24	41,4	
Λιγότερα λιπαρά	Ναι	6	40,0	11	19,0	0,216
	Όχι	5	33,3	23	39,7	
	Καμία αλλαγή	4	26,7	24	41,4	
Λιγότερα γλυκά	Ναι	1	6,7	12	20,7	0,120
	Όχι	10	66,7	22	37,9	
	Καμία αλλαγή	4	26,7	24	41,4	

ΠΙΝΑΚΑΣ 7. Σύγκριση της συχνότητας εμφάνισης συμπεριφορών του δείγματος σε σχέση με το επάγγελμα

ΕΙΔΟΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ		ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ				p
		Μη δημ. υπάλληλος		Δημόσιος υπάλληλος		
		n	%	n	%	
Η επιλογή της βαρενικλίνης για τη διακοπή του καπνίσματος έγινε με την παρότρυνση του καρδιολόγου σας;	Ναι	32	91,4	37	97,4	0,277
	Όχι	3	8,6	1	2,6	
Χρονικό διάστημα λήψης της βαρενικλίνης (εβδομάδες);	<2	21	60,0	20	52,6	0,346
	3+	14	40,0	18	47,4	
Ανάγκη για κάπνισμα	Πολύ	10	28,6	12	31,6	0,184
	Αρκετά	14	40,0	8	21,1	
	Λίγο/καθόλου	11	31,4	18	47,4	
Προβληματισμός στη λήψη βαρενικλίνης	Πολύ/αρκετά	14	40,0	15	39,5	0,320
	Λίγο	13	37,1	9	23,7	
	Καθόλου	8	22,9	14	36,8	
Κάπνισμα την τελευταία εβδομάδα	Ναι	11	31,4	9	23,7	0,316
	Όχι	24	68,6	29	76,3	
Παρενέργεια φαρμακευτικής αγωγής(ναυτία)	Ναι	11	31,4	6	15,8	0,096
	Όχι	24	68,6	32	84,2	
Παρενέργεια φαρμακευτικής αγωγής(κατάθλιψη)	Ναι	13	37,1	21	55,3	0,094
	Όχι	22	62,9	17	44,7	
Παρενέργεια φαρμακευτικής αγωγής(διαταραχές ύπνου)	Ναι	7	20,0	6	15,8	0,434
	Όχι	28	80,0	32	84,2	
Άλλη παρενέργεια φαρμ. αγωγής	Όχι	28	80,0	26	68,4	0,195
	Άλλη	7	20,0	12	31,6	
Πρόγραμμα φυσικής δραστηριότητας	Ναι	23	65,7	29	76,3	0,229
	Όχι	12	34,3	9	23,7	
Είδος προγράμματος φυσικής δραστηριότητας	Γυμναστήριο 1h	11	47,8	16	55,2	0,402
	Περπάτημα	12	52,2	13	44,8	
Συμβουλευτική βοήθεια-ενθάρρυνση	Ναι	27	77,1	30	78,9	0,538
	Όχι	8	22,9	8	21,1	
Αριθμός αναζήτησης βοήθειας	Μία φορά	7	25,9	7	23,3	0,437
	Δύο	15	55,6	13	43,4	
	Τρεις	5	18,5	10	33,3	
Αλλαγή διατροφικών συνηθειών	Ναι	24	68,6	21	55,3	0,177
	Όχι	11	31,4	17	44,7	
Λιγότερο αλάτι	Ναι	10	28,6	11	28,9	0,391
	Όχι	14	40,0	10	26,3	
	Καμία αλλαγή	11	31,4	17	44,7	
Λιγότερα λιπαρά	Ναι	8	22,9	9	23,7	0,407
	Όχι	16	45,7	12	31,6	
	Καμία αλλαγή	11	31,4	17	44,7	
Λιγότερα γλυκά	Ναι	9	25,7	4	10,6	0,200
	Όχι	15	42,9	17	44,7	
	Καμία αλλαγή	11	31,4	17	44,7	

ΠΙΝΑΚΑΣ 8. Σύγκριση της συχνότητας εμφάνισης συμπεριφορών του δείγματος σε σχέση με τον τόπο διαμονής

ΕΙΔΟΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ		ΤΟΠΟΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ				ρ
		Αττική		Εκτός Αττικής		
		n	%	n	%	
Η επιλογή της βαρενικλίνης για τη διακοπή του καπνίσματος έγινε με την παρότρυνση του καρδιολόγου σας;	Ναι	18	100	51	92,7	0,313
	Όχι	0	0,0	4	7,3	
Χρονικό διάστημα λήψης της βαρενικλίνης (εβδομάδες);	<2	13	72,2	28	50,9	0,094
	3+	5	27,8	27	49,1	
Ανάγκη για κάπνισμα	Πολύ	6	33,3	16	29,1	0,937
	Αρκετά	5	27,8	17	30,9	
	Λίγο/καθόλου	7	38,9	22	40,0	
Προβληματισμός στη λήψη βαρενικλίνης	Πολύ/αρκετά	10	55,6	19	34,5	0,224
	Λίγο	3	16,7	19	34,5	
	Καθόλου	5	27,8	17	30,9	
Κάπνισμα την τελευταία εβδομάδα	Ναι	6	33,3	14	25,5	0,357
	Όχι	12	66,7	41	74,5	
Παρενέργεια φαρμακευτικής αγωγής(ναυτία)	Ναι	3	16,7	14	25,5	0,338
	Όχι	15	83,3	41	74,5	
Παρενέργεια φαρμακευτικής αγωγής(κατάθλιψη)	Ναι	6	33,3	28	50,9	0,153
	Όχι	12	66,7	27	49,1	
Παρενέργεια φαρμακευτικής αγωγής(διαταραχές ύπνου)	Ναι	5	27,8	8	14,5	0,177
	Όχι	13	72,2	47	85,5	
Άλλη παρενέργεια φαρμ. αγωγής	Όχι	13	72,2	41	74,5	0,535
	Άλλη	5	27,8	14	25,5	
Πρόγραμμα φυσικής δραστηριότητας	Ναι	13	72,2	39	70,9	0,585
	Όχι	5	27,8	16	29,1	
Είδος προγράμματος φυσικής δραστηριότητας	Γυμναστήριο1h	7	53,8	20	51,3	0,564
	Περπάτημα	6	46,2	19	48,7	
Συμβουλευτική βοήθεια-ενθάρρυνση	Ναι	12	66,7	45	81,8	0,154
	Όχι	6	33,7	10	18,2	
Αριθμός αναζήτησης βοήθειας	Μία φορά	0	0,0	14	31,1	0,031
	Δύο	6	50,0	22	48,9	
	Τρεις	6	50,0	9	20	
Αλλαγή διατροφικών συνηθειών	Ναι	13	72,2	32	58,2	0,218
	Όχι	5	27,8	23	41,8	
Λιγότερο αλάτι	Ναι	7	38,9	14	25,5	0,461
	Όχι	6	33,3	18	32,7	
	Καμία αλλαγή	5	27,8	23	41,8	
Λιγότερα λιπαρά	Ναι	6	33,3	11	20,0	0,420
	Όχι	7	38,9	21	38,2	
	Καμία αλλαγή	5	27,8	23	41,8	
Λιγότερα γλυκά	Ναι	4	22,2	9	16,4	0,558
	Όχι	9	50,0	23	41,8	
	Καμία αλλαγή	5	27,8	23	41,8	

ΠΙΝΑΚΑΣ 9. Σύγκριση της συχνότητας εμφάνισης συμπεριφορών του δείγματος σε σχέση με τη διάγνωση

ΕΙΔΟΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ		ΔΙΑΓΝΩΣΗ				p
		ΟΕΜ ή Στηθάγχη		ΟΕΜ και Στηθάγχη		
		n	%	n	%	
Η επιλογή της βαρενικλίνης για τη διακοπή του καπνίσματος έγινε με την παρότρυνση του καρδιολόγου σας;	Ναι	10	90,9	59	95,2	0,487
	Όχι	1	9,1	3	4,8	
Χρονικό διάστημα λήψης της βαρενικλίνης (εβδομάδες);	<2	6	54,5	35	56,5	0,580
	3+	5	45,5	27	43,5	
Ανάγκη για κάπνισμα	Πολύ	3	27,3	19	30,6	0,915
	Αρκετά	3	27,3	19	30,6	
	Λίγο/καθόλου	5	45,5	24	38,7	
Προβληματισμός στη λήψη βαρενικλίνης	Πολύ/αρκετά	7	63,6	22	35,5	0,149
	Λίγο	1	9,1	21	33,9	
	Καθόλου	3	27,3	19	30,6	
Κάπνισμα την τελευταία εβδομάδα	Ναι	4	36,4	16	25,8	0,348
	Όχι	7	63,6	46	74,2	
Παρενέργεια φαρμακευτικής αγωγής(ναυτία)	Ναι	3	27,3	14	22,6	0,499
	Όχι	8	72,7	48	77,4	
Παρενέργεια φαρμακευτικής αγωγής(κατάθλιψη)	Ναι	7	63,6	27	43,5	0,183
	Όχι	4	36,4	35	56,5	
Παρενέργεια φαρμακευτικής αγωγής(διαταραχές ύπνου)	Ναι	1	9,1	12	19,4	0,372
	Όχι	10	90,9	50	80,6	
Άλλη παρενέργεια φαρμ. αγωγής	Όχι	9	81,8	45	72,6	0,410
	Άλλη	2	18,2	17	27,4	
Πρόγραμμα φυσικής δραστηριότητας	Ναι	6	54,5	46	74,2	0,166
	Όχι	5	45,5	16	25,8	
Είδος προγράμματος φυσικής δραστηριότητας	Γυμναστήριο 1h	2	33,3	25	54,3	0,297
	Περπάτημα	4	66,7	21	45,7	
Συμβουλευτική βοήθεια-ενθάρρυνση	Ναι	9	81,8	48	77,4	0,549
	Όχι	2	18,2	14	22,6	
Αριθμός αναζήτησης βοήθειας	Μία φορά	3	33,3	11	22,9	0,584
	Δύο	3	33,3	25	52,1	
	Τρεις	3	33,3	12	25,0	
Αλλαγή διατροφικών συνηθειών	Ναι	6	54,5	39	62,9	0,418
	Όχι	5	45,5	23	37,1	
Λιγότερο αλάτι	Ναι	3	27,3	18	29,0	0,859
	Όχι	3	27,3	21	33,9	
	Καμία αλλαγή	5	45,5	23	37,1	
Λιγότερα λιπαρά	Ναι	1	9,1	16	25,8	0,482
	Όχι	5	45,5	23	37,1	
	Καμία αλλαγή	5	45,5	23	37,1	
Λιγότερα γλυκά	Ναι	2	18,2	11	17,7	0,845
	Όχι	4	36,4	28	45,2	
	Καμία αλλαγή	5	45,5	23	37,1	

ΠΙΝΑΚΑΣ 10. Σύγκριση της συχνότητας εμφάνισης συμπεριφορών του δείγματος σε σχέση με το είδος της φαρμακευτικής αγωγής

ΕΙΔΟΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ		ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ						p
		sal-bbloc-stat-brilique		sal-bbloc-stat-effient		sal-bbloc-stat-plavix		
		n	%	n	%	n	%	
Η επιλογή της βαρενικλίνης για τη διακοπή του καπνίσματος έγινε με την παρότρυνση του καρδιολόγου σας;	Ναι	16	94,1	17	89,5	36	97,3	0,475
	Όχι	1	5,9	2	10,5	1	2,7	
Χρονικό διάστημα λήψης της βαρενικλίνης (εβδομάδες);	<2	11	64,7	10	52,6	20	54,1	0,716
	3+	6	35,3	9	47,4	17	45,9	
Ανάγκη για κάπνισμα	Πολύ	5	29,4	4	21,1	13	35,1	0,216
	Αρκετά	8	47,1	7	36,8	7	18,9	
	Λίγο/καθόλου	4	23,5	8	42,1	17	45,9	
Προβληματισμός στη λήψη βαρενικλίνης	Πολύ/αρκετά	6	35,3	12	63,2	11	29,7	0,126
	Λίγο	4	23,5	4	21,1	14	37,8	
	Καθόλου	7	41,2	3	15,8	12	32,4	
Κάπνισμα την τελευταία εβδομάδα	Ναι	5	29,4	7	36,8	8	21,6	0,471
	Όχι	12	70,6	12	63,2	29	78,4	
Παρενέργεια φαρμακευτικής αγωγής(ναυτία)	Ναι	5	29,4	4	21,1	8	21,6	0,792
	Όχι	12	70,6	15	78,9	29	78,4	
Παρενέργεια φαρμακευτικής αγωγής(κατάθλιψη)	Ναι	9	52,9	8	42,1	17	45,9	0,804
	Όχι	8	47,1	11	57,9	20	54,1	
Παρενέργεια φαρμακευτικής αγωγής(διαταραχές ύπνου)	Ναι	1	5,9	4	21,1	8	21,6	0,340
	Όχι	16	94,1	15	78,9	29	78,4	
Άλλη παρενέργεια φαρμ. αγωγής	Όχι	15	88,2	15	78,9	24	64,9	0,162
	Άλλη	2	11,8	4	21,1	13	35,1	
Πρόγραμμα φυσικής δραστηριότητας	Ναι	12	70,6	14	73,7	26	70,3	0,963
	Όχι	5	29,4	5	26,3	11	29,7	
Είδος προγράμματος φυσικής δραστηριότητας	Γυμναστήριο 1h	4	33,3	10	71,4	13	50,0	0,147
	Περπάτημα	8	66,7	4	28,6	13	50,0	
Συμβουλευτική βοήθεια-ενθάρρυνση	Ναι	10	58,8	15	78,9	32	86,5	0,074
	Όχι	7	41,2	4	21,1	5	13,5	
Αριθμός αναζήτησης βοήθειας	Μία φορά	4	40,0	2	13,3	8	25,0	0,522
	Δύο	3	30,0	8	53,3	17	53,1	
	Τρεις	3	30,0	5	33,4	7	21,9	
Αλλαγή διατροφικών συνηθειών	Ναι	11	64,7	13	68,4	21	56,8	0,667
	Όχι	6	35,3	6	31,6	16	43,2	
Λιγότερο αλάτι	Ναι	5	29,4	6	31,6	10	27,0	0,935
	Όχι	6	35,3	7	36,8	11	29,7	
	Καμία αλλαγή	6	35,3	6	31,6	16	43,2	
Λιγότερα λιπαρά	Ναι	6	35,3	5	26,3	6	16,2	0,576
	Όχι	5	29,4	8	42,1	15	40,5	
	Καμία αλλαγή	6	35,3	6	31,6	16	43,2	
Λιγότερα γλυκά	Ναι	2	11,8	4	21,1	7	18,9	0,797
	Όχι	9	52,9	9	47,4	14	37,8	
	Καμία αλλαγή	6	35,3	6	31,6	16	43,2	

ΠΙΝΑΚΑΣ 11. Σύγκριση της συχνότητας εμφάνισης συμπεριφορών του δείγματος σε σχέση με τον χρόνο εκδήλωσης του καρδιολογικού προβλήματος

ΕΙΔΟΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ		ΧΡΟΝΙΚΟ ΔΙΑΣΤΗΜΑ				p
		<του έτους		Ένα έτος+		
		n	%	n	%	
Η επιλογή της βαρενικλίνης για τη διακοπή του καπνίσματος έγινε με την παρότρυνση του καρδιολόγου σας;	Ναι	58	95,1	11	91,7	0,521
	Όχι	3	4,9	1	8,3	
Χρονικό διάστημα λήψης της βαρενικλίνης (εβδομάδες);	<2	34	55,7	7	58,3	0,564
	3+	27	44,3	5	41,7	
Ανάγκη για κάπνισμα	Πολύ	18	29,5	4	33,3	0,480
	Αρκετά	17	27,9	5	41,7	
	Λίγο/καθόλου	26	42,6	3	25,0	
Προβληματισμός στη λήψη βαρενικλίνης	Πολύ/αρκετά	24	39,3	5	41,7	0,470
	Λίγο	17	27,9	5	41,7	
	Καθόλου	20	32,8	2	16,7	
Κάπνισμα την τελευταία εβδομάδα	Ναι	15	24,6	5	41,7	0,193
	Όχι	46	75,4	7	58,3	
Παρενέργεια φαρμακευτικής αγωγής(ναυτία)	Ναι	16	26,2	1	8,3	0,168
	Όχι	45	73,8	11	91,7	
Παρενέργεια φαρμακευτικής αγωγής(κατάθλιψη)	Ναι	28	45,9	6	50,0	0,520
	Όχι	33	54,1	6	50,0	
Παρενέργεια φαρμακευτικής αγωγής(διαταραχές ύπνου)	Ναι	8	13,1	5	41,7	0,032
	Όχι	53	86,9	7	58,3	
Άλλη παρενέργεια φαρμ. αγωγής	Όχι	45	73,8	9	75,0	0,620
	Άλλη	16	26,2	3	25,0	
Πρόγραμμα φυσικής δραστηριότητας	Ναι	45	73,8	7	58,3	0,228
	Όχι	16	26,2	5	41,7	
Είδος προγράμματος φυσικής δραστηριότητας	Γυμναστήριο 1h	25	55,6	2	28,6	0,179
	Περπάτημα	20	44,4	5	71,4	
Συμβουλευτική βοήθεια-ενθάρρυνση	Ναι	47	77,0	10	83,3	0,481
	Όχι	14	23,0	2	16,7	
Αριθμός αναζήτησης βοήθειας	Μία φορά	13	27,7	1	10,0	0,496
	Δύο	22	46,8	6	60,0	
	Τρεις	12	25,5	3	30,0	
Αλλαγή διατροφικών συνηθειών	Ναι	39	63,9	6	50,0	0,277
	Όχι	22	36,1	6	50,0	
Λιγότερο αλάτι	Ναι	17	27,9	4	33,3	0,415
	Όχι	22	36,1	2	16,7	
	Καμία αλλαγή	22	36,0	6	50,0	
Λιγότερα λιπαρά	Ναι	14	23,0	3	25,0	0,551
	Όχι	25	41,0	3	25,0	
	Καμία αλλαγή	22	36,0	6	50,0	
Λιγότερα γλυκά	Ναι	13	21,3	0	0,0	0,203
	Όχι	26	42,6	6	50,0	
	Καμία αλλαγή	22	36,1	6	50,0	

ΠΙΝΑΚΑΣ 12. Σύγκριση της συχνότητας εμφάνισης συμπεριφορών του δείγματος σε σχέση με την ύπαρξη θετικού οικογενειακού ιστορικού Σ.Ν.

ΕΙΔΟΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ		ΘΕΤΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ Σ.Ν.				p
		Ναι		Όχι		
		n	%	n	%	
Η επιλογή της βαρενικλίνης για τη διακοπή του καπνίσματος έγινε με την παρότρυνση του καρδιολόγου σας;	Ναι	26	96,3	43	93,5	0,526
	Όχι	1	3,7	3	6,5	
Χρονικό διάστημα λήψης της βαρενικλίνης (εβδομάδες);	<2	14	51,9	27	58,7	0,372
	3+	13	48,1	19	41,3	
Ανάγκη για κάπνισμα	Πολύ	10	37,1	12	26,1	0,571
	Αρκετά	8	29,6	14	30,4	
	Λίγο/καθόλου	9	33,3	20	43,5	
Προβληματισμός στη λήψη βαρενικλίνης	Πολύ/αρκετά	12	44,4	17	37,0	0,528
	Λίγο	9	33,3	13	28,2	
	Καθόλου	6	22,2	16	34,8	
Κάπνισμα την τελευταία εβδομάδα	Ναι	9	33,3	11	23,9	0,272
	Όχι	18	66,7	35	76,1	
Παρενέργεια φαρμακευτικής αγωγής(ναυτία)	Ναι	7	25,9	10	21,7	0,446
	Όχι	20	74,1	36	78,3	
Παρενέργεια φαρμακευτικής αγωγής(κατάθλιψη)	Ναι	13	48,1	21	45,7	0,514
	Όχι	14	51,9	25	54,3	
Παρενέργεια φαρμακευτικής αγωγής(διαταραχές ύπνου)	Ναι	3	11,1	10	21,7	0,206
	Όχι	24	88,9	36	78,3	
Άλλη παρενέργεια φαρμ. αγωγής	Όχι	23	85,2	31	67,4	0,079
	Άλλη	4	14,8	15	32,6	
Πρόγραμμα φυσικής δραστηριότητας	Ναι	20	74,1	32	69,6	0,447
	Όχι	7	25,9	14	30,4	
Είδος προγράμματος φυσικής δραστηριότητας	Γυμναστήριο 1h	6	30,0	21	65,6	0,013
	Περπάτημα	14	70,0	11	34,4	
Συμβουλευτική βοήθεια-ενθάρρυνση	Ναι	21	77,8	36	78,3	0,591
	Όχι	6	22,2	10	21,7	
Αριθμός αναζήτησης βοήθειας	Μία φορά	5	23,8	9	25,0	0,957
	Δύο	10	47,6	18	50,0	
	Τρεις	6	28,6	9	25,0	
Αλλαγή διατροφικών συνηθειών	Ναι	19	70,4	26	56,5	0,178
	Όχι	8	29,6	20	43,5	
Λιγότερο αλάτι	Ναι	5	18,5	16	34,8	0,029
	Όχι	14	51,9	10	21,7	
	Καμία αλλαγή	8	29,6	20	43,5	
Λιγότερα λιπαρά	Ναι	10	37,0	7	15,2	0,100
	Όχι	9	33,3	19	41,3	
	Καμία αλλαγή	8	29,6	20	43,5	
Λιγότερα γλυκά	Ναι	7	25,9	6	13,0	0,295
	Όχι	12	44,4	20	43,5	
	Καμία αλλαγή	8	29,6	20	43,5	

ΠΙΝΑΚΑΣ 13. Σύγκριση της συχνότητας εμφάνισης συμπεριφορών του δείγματος σε σχέση με την ύπαρξη συννοσηρότητας

ΕΙΔΟΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ		ΣΥΝΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ				p
		Ναι		Όχι		
		n	%	n	%	
Η επιλογή της βαρενικλίνης για τη διακοπή του καπνίσματος έγινε με την παρότρυνση του καρδιολόγου σας;	Ναι	23	92,0	46	95,8	0,424
	Όχι	2	8,0	2	4,2	
Χρονικό διάστημα λήψης της βαρενικλίνης (εβδομάδες);	<2	12	48,0	29	60,4	0,222
	3+	13	52,0	19	39,6	
Ανάγκη για κάπνισμα	Πολύ	7	28,0	15	31,3	0,040
	Αρκετά	12	48,0	10	20,8	
	Λίγο/καθόλου	6	24,0	23	47,9	
Προβληματισμός στη λήψη βαρενικλίνης	Πολύ/αρκετά	11	44,0	18	37,5	0,707
	Λίγο	8	32,0	14	29,2	
	Καθόλου	6	24,0	16	33,3	
Κάπνισμα την τελευταία εβδομάδα	Ναι	8	32,0	12	25,0	0,355
	Όχι	17	68,0	36	75,0	
Παρενέργεια φαρμακευτικής αγωγής(ναυτία)	Ναι	4	16,0	13	27,1	0,223
	Όχι	21	84,0	35	72,9	
Παρενέργεια φαρμακευτικής αγωγής(κατάθλιψη)	Ναι	9	36,0	25	52,1	0,145
	Όχι	16	64,0	23	47,9	
Παρενέργεια φαρμακευτικής αγωγής(διαταραχές ύπνου)	Ναι	7	28,0	6	12,5	0,095
	Όχι	18	72,0	42	87,5	
Άλλη παρενέργεια φαρμ. αγωγής	Όχι	18	72,0	36	75,0	0,496
	Άλλη	7	28,0	12	25,0	
Πρόγραμμα φυσικής δραστηριότητας	Ναι	19	76,0	33	68,8	0,358
	Όχι	6	24,0	15	31,3	
Είδος προγράμματος φυσικής δραστηριότητας	Γυμναστήριο 1h	6	31,6	21	63,6	0,026
	Περπάτημα	13	68,4	12	36,4	
Συμβουλευτική βοήθεια-ενθάρρυνση	Ναι	16	64,0	41	85,4	0,038
	Όχι	9	36,0	7	14,6	
Αριθμός αναζήτησης βοήθειας	Μία φορά	1	6,3	13	31,7	0,132
	Δύο	10	62,5	18	43,9	
	Τρεις	5	31,3	10	24,4	
Αλλαγή διατροφικών συνηθειών	Ναι	12	48,0	33	68,8	0,070
	Όχι	13	52,0	15	31,3	
Λιγότερο αλάτι	Ναι	7	28,0	14	29,2	0,152
	Όχι	5	20,0	19	39,6	
	Καμία αλλαγή	13	52,0	15	31,3	
Λιγότερα λιπαρά	Ναι	7	28,0	10	20,8	0,062
	Όχι	5	20,0	23	47,9	
	Καμία αλλαγή	13	52,0	15	31,3	
Λιγότερα γλυκά	Ναι	2	8,0	11	22,9	0,134
	Όχι	10	40,0	22	45,8	
	Καμία αλλαγή	13	52,0	15	31,3	

ΠΙΝΑΚΑΣ 14. Σύγκριση της συχνότητας εμφάνισης συμπεριφορών του δείγματος σε σχέση με το είδος της συννοσηρότητας

ΕΙΔΟΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ		ΕΙΔΟΣ ΣΥΝΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑΣ						p
		Όχι		Σακχαρώδης διαβήτης		Παθήσεις θυρεοειδούς		
		n	%	n	%	n	%	
Η επιλογή της βαρενικλίνης για τη διακοπή του καπνίσματος έγινε με την παρότρυνση του καρδιολόγου σας;	Ναι	46	95,8	12	85,7	11	100,0	0,235
	Όχι	2	4,2	2	14,3	0	0,0	
Χρονικό διάστημα λήψης της βαρενικλίνης (εβδομάδες);	<2	29	60,4	6	42,9	6	54,5	0,504
	3+	19	36,9	8	57,1	5	45,5	
Ανάγκη για κάπνισμα	Πολύ	15	31,3	5	35,7	2	18,2	0,065
	Αρκετά	10	20,8	5	35,7	7	63,6	
	Λίγο/καθόλου	23	47,9	4	28,6	2	18,2	
Προβληματισμός στη λήψη βαρενικλίνης	Πολύ/αρκετά	18	37,5	7	50,0	4	36,4	0,713
	Λίγο	14	29,2	5	35,7	3	27,3	
	Καθόλου	16	33,3	2	14,3	4	36,4	
Κάπνισμα την τελευταία εβδομάδα	Ναι	12	25,0	4	28,6	4	36,4	0,743
	Όχι	36	75,0	10	71,4	7	63,6	
Παρενέργεια φαρμακευτικής αγωγής(ναυτία)	Ναι	13	27,1	2	14,3	2	18,2	0,554
	Όχι	35	72,9	12	85,7	9	81,8	
Παρενέργεια φαρμακευτικής αγωγής(κατάθλιψη)	Ναι	25	52,1	5	35,7	4	36,4	0,425
	Όχι	23	47,9	9	64,3	7	63,6	
Παρενέργεια φαρμακευτικής αγωγής(διαταραχές ύπνου)	Ναι	6	12,5	4	28,6	3	27,3	0,259
	Όχι	42	87,5	10	71,4	8	72,7	
Άλλη παρενέργεια φαρμ. αγωγής	Όχι	36	75,0	11	78,6	7	63,6	0,674
	Άλλη	12	25,0	3	21,4	4	36,4	
Πρόγραμμα φυσικής δραστηριότητας	Ναι	33	68,8	10	71,4	9	81,8	0,689
	Όχι	15	31,3	4	28,6	2	18,2	
Είδος προγράμματος φυσικής δραστηριότητας	Γυμναστήριο 1h	21	63,6	2	20,0	4	44,4	0,047
	Περπάτημα	12	36,4	8	80,0	5	55,6	
Συμβουλευτική βοήθεια-ενθάρρυνση	Ναι	41	85,4	10	71,4	6	54,5	0,066
	Όχι	7	14,6	4	28,6	5	45,5	
Αριθμός αναζήτησης βοήθειας	Μία φορά	13	31,7	0	0,0	1	16,7	0,309
	Δύο	18	43,9	7	70,0	3	50,0	
	Τρεις	10	24,4	3	30,0	2	33,3	
Αλλαγή διατροφικών συνηθειών	Ναι	33	68,8	7	50,0	5	45,5	0,218
	Όχι	15	31,3	7	50,0	6	54,5	
Λιγότερο αλάτι	Ναι	14	29,2	4	28,6	3	27,3	0,430
	Όχι	19	39,6	3	21,4	2	18,2	
	Καμία αλλαγή	15	31,3	7	50,0	6	54,5	
Λιγότερα λιπαρά	Ναι	10	20,8	4	28,6	3	27,3	0,231
	Όχι	23	47,9	3	21,4	2	18,2	
	Καμία αλλαγή	15	31,3	7	50,0	6	54,5	
Λιγότερα γλυκά	Ναι	11	22,9	1	7,1	1	9,1	0,388
	Όχι	22	45,8	6	42,9	4	36,4	
	Καμία αλλαγή	15	31,3	7	50,0	6	54,5	

ΠΙΝΑΚΑΣ 15. Σύγκριση της συχνότητας εμφάνισης συμπεριφορών του δείγματος σε σχέση με το αριθμό των καταναλισκόμενων τσιγάρων την ημέρα

ΕΙΔΟΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ		ΚΑΤΑΝΑΛΙΣΚΟΜΕΝΑ ΤΣΙΓΑΡΑ				p
		15-20		>από 20		
		n	%	n	%	
Η επιλογή της βαρενικλίνης για τη διακοπή του καπνίσματος έγινε με την παρότρυνση του καρδιολόγου σας;	Ναι	13	86,7	56	96,6	0,185
	Όχι	2	13,3	2	3,4	
Χρονικό διάστημα λήψης της βαρενικλίνης (εβδομάδες);	<2	9	60,0	32	55,2	0,485
	3+	6	40,0	26	44,8	
Ανάγκη για κάπνισμα	Πολύ	3	20,0	19	32,8	0,279
	Αρκετά	7	46,7	15	25,9	
	Λίγο/καθόλου	5	33,3	24	41,4	
Προβληματισμός στη λήψη βαρενικλίνης	Πολύ/αρκετά	6	40,0	23	39,7	0,932
	Λίγο	4	26,7	18	31,0	
	Καθόλου	5	33,3	17	29,3	
Κάπνισμα την τελευταία εβδομάδα	Ναι	4	26,7	16	27,6	0,610
	Όχι	11	73,3	42	72,4	
Παρενέργεια φαρμακευτικής αγωγής(ναυτία)	Ναι	5	33,4	12	20,7	0,239
	Όχι	10	66,7	46	79,3	
Παρενέργεια φαρμακευτικής αγωγής(κατάθλιψη)	Ναι	6	40,0	28	48,3	0,391
	Όχι	9	60,0	30	51,7	
Παρενέργεια φαρμακευτικής αγωγής(διαταραχές ύπνου)	Ναι	2	13,3	11	19,0	0,469
	Όχι	13	86,7	47	81,0	
Άλλη παρενέργεια φαρμ. αγωγής	Όχι	10	66,7	44	75,9	0,338
	Άλλη	5	33,3	14	24,1	
Πρόγραμμα φυσικής δραστηριότητας	Ναι	9	60,0	43	74,1	0,221
	Όχι	6	40,0	15	25,9	
Είδος προγράμματος φυσικής δραστηριότητας	Γυμναστήριο 1h	4	44,4	23	53,5	0,449
	Περπάτημα	5	55,6	20	46,5	
Συμβουλευτική βοήθεια-ενθάρρυνση	Ναι	11	73,3	46	79,3	0,426
	Όχι	4	26,7	12	20,7	
Αριθμός αναζήτησης βοήθειας	Μία φορά	3	27,3	11	23,9	0,793
	Δύο	6	54,5	22	47,8	
	Τρεις	2	18,2	13	28,3	
Αλλαγή διατροφικών συνηθειών	Ναι	9	60,0	36	62,1	0,554
	Όχι	6	40,0	22	37,9	
Λιγότερο αλάτι	Ναι	2	13,3	19	32,8	0,263
	Όχι	7	46,7	17	29,3	
	Καμία αλλαγή	6	40,0	22	37,9	
Λιγότερα λιπαρά	Ναι	3	20,0	14	24,2	0,944
	Όχι	6	40,0	22	37,9	
	Καμία αλλαγή	6	40,0	22	37,9	
Λιγότερα γλυκά	Ναι	4	26,7	9	15,5	0,517
	Όχι	5	33,3	27	46,6	
	Καμία αλλαγή	6	40,0	22	37,9	

ΠΙΝΑΚΑΣ 16. Σύγκριση της συχνότητας εμφάνισης συμπεριφορών του δείγματος σε σχέση με την ηλικία έναρξης του καπνίσματος

ΕΙΔΟΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ		ΗΛΙΚΙΑ ΕΝΑΡΞΗΣ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ				p
		<19 ΕΤΩΝ		20+		
		n	%	n	%	
Η επιλογή της βαρενικλίνης για τη διακοπή του καπνίσματος έγινε με την παρότρυνση του καρδιολόγου σας;	Ναι	15	100,0	54	93,1	0,390
	Όχι	0	0,0	4	6,9	
Χρονικό διάστημα λήψης της βαρενικλίνης (εβδομάδες);	<2	11	73,3	30	51,7	0,112
	3+	4	26,7	28	48,3	
Ανάγκη για κάπνισμα	Πολύ	8	53,3	14	24,1	0,090
	Αρκετά	3	20,0	19	32,8	
	Λίγο/καθόλου	4	26,7	25	43,1	
Προβληματισμός στη λήψη βαρενικλίνης	Πολύ/αρκετά	11	73,4	18	31,0	0,012
	Λίγο	2	13,3	20	34,5	
	Καθόλου	2	13,3	20	34,5	
Κάπνισμα την τελευταία εβδομάδα	Ναι	6	40,0	14	24,1	0,182
	Όχι	9	60,0	44	75,9	
Παρενέργεια φαρμακευτικής αγωγής(ναυτία)	Ναι	4	26,7	13	22,4	0,483
	Όχι	11	73,3	45	77,6	
Παρενέργεια φαρμακευτικής αγωγής(κατάθλιψη)	Ναι	5	33,3	29	50,0	0,195
	Όχι	10	66,7	29	50,0	
Παρενέργεια φαρμακευτικής αγωγής(διαταραχές ύπνου)	Ναι	2	13,3	11	19,0	0,469
	Όχι	13	86,7	47	81,0	
Άλλη παρενέργεια φαρμ. αγωγής	Όχι	13	86,7	41	70,7	0,179
	Άλλη	2	13,3	17	29,3	
Πρόγραμμα φυσικής δραστηριότητας	Ναι	10	66,7	42	72,4	0,442
	Όχι	5	33,3	16	27,6	
Είδος προγράμματος φυσικής δραστηριότητας	Γυμν/τήριο 1h	6	60,0	21	50,0	0,416
	Περπάτημα	4	40,0	21	50,0	
Συμβουλευτική βοήθεια-ενθάρρυνση	Ναι	8	53,3	49	84,5	0,016
	Όχι	7	46,7	9	15,5	
Αριθμός αναζήτησης βοήθειας	Μία φορά	1	12,5	13	26,5	0,608
	Δύο	4	50,0	24	49,0	
	Τρεις	3	37,5	12	24,5	
Αλλαγή διατροφικών συνηθειών	Ναι	11	73,3	34	58,6	0,230
	Όχι	4	26,7	24	41,4	
Λιγότερο αλάτι	Ναι	5	33,3	16	27,6	0,577
	Όχι	6	40,0	18	31,0	
	Καμία αλλαγή	4	26,7	24	41,4	
Λιγότερα λιπαρά	Ναι	3	20,0	14	24,1	0,394
	Όχι	8	53,3	20	34,5	
	Καμία αλλαγή	4	26,7	24	41,4	
Λιγότερα γλυκά	Ναι	5	33,3	8	13,8	0,193
	Όχι	6	40,0	26	44,8	
	Καμία αλλαγή	4	26,7	24	41,4	

ΠΙΝΑΚΑΣ 17. Σύγκριση της συχνότητας εμφάνισης συμπεριφορών του δείγματος σε σχέση με την επιθυμία διακοπής του καπνίσματος άλλη φορά

ΕΙΔΟΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ		ΕΠΙΘΥΜΙΑ ΔΙΑΚΟΠΗΣ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΑΛΛΗ ΦΟΡΑ				p
		Ναι		Όχι		
		n	%	n	%	
Η επιλογή της βαρενικλίνης για τη διακοπή του καπνίσματος έγινε με την παρότρυνση του καρδιολόγου σας;	Ναι	45	95,7	24	92,3	0,449
	Όχι	2	4,3	2	7,7	
Χρονικό διάστημα λήψης της βαρενικλίνης (εβδομάδες);	<2	20	42,6	21	80,8	0,001
	3+	27	57,4	5	19,2	
Ανάγκη για κάπνισμα	Πολύ	14	29,8	8	30,8	0,579
	Αρκετά	16	34,0	6	23,1	
	Λίγο/καθόλου	17	36,2	12	46,2	
Προβληματισμός στη λήψη βαρενικλίνης	Πολύ/αρκετά	20	42,6	9	34,6	0,232
	Λίγο	16	34,0	6	23,1	
	Καθόλου	11	23,4	11	42,3	
Κάπνισμα την τελευταία εβδομάδα	Ναι	9	19,1	11	42,3	0,033
	Όχι	38	80,9	15	57,7	
Παρενέργεια φαρμακευτικής αγωγής(ναυτία)	Ναι	8	17,0	9	34,6	0,080
	Όχι	39	83,0	17	65,4	
Παρενέργεια φαρμακευτικής αγωγής(κατάθλιψη)	Ναι	24	51,1	10	38,5	0,216
	Όχι	23	48,9	16	61,5	
Παρενέργεια φαρμακευτικής αγωγής(διαταραχές ύπνου)	Ναι	9	19,1	4	15,4	0,475
	Όχι	38	80,9	22	84,6	
Άλλη παρενέργεια φαρμ. αγωγής	Όχι	34	72,3	20	76,9	0,446
	Άλλη	13	27,7	6	23,1	
Πρόγραμμα φυσικής δραστηριότητας	Ναι	34	72,3	18	69,2	0,491
	Όχι	13	27,7	8	30,8	
Είδος προγράμματος φυσικής δραστηριότητας	Γυμν/τήριο 1h	17	50,0	10	55,6	0,465
	Περπάτημα	17	50,0	8	44,4	
Συμβουλευτική βοήθεια-ενθάρρυνση	Ναι	41	87,2	16	61,5	0,013
	Όχι	6	12,8	10	38,5	
Αριθμός αναζήτησης βοήθειας	Μία φορά	8	19,5	6	37,5	0,343
	Δύο	22	53,7	6	37,5	
	Τρεις	11	26,8	4	25,0	
Αλλαγή διατροφικών συνηθειών	Ναι	24	51,1	21	80,8	0,011
	Όχι	23	48,9	5	19,2	
Λιγότερο αλάτι	Ναι	12	25,5	9	34,6	0,039
	Όχι	12	25,5	12	46,2	
	Καμία αλλαγή	23	49,0	5	19,2	
Λιγότερα λιπαρά	Ναι	8	17,1	9	34,6	0,035
	Όχι	16	34,0	12	46,2	
	Καμία αλλαγή	23	48,9	5	19,2	
Λιγότερα γλυκά	Ναι	8	17,0	5	19,2	0,034
	Όχι	16	34,0	16	61,6	
	Καμία αλλαγή	23	48,9	5	19,2	

ΠΙΝΑΚΑΣ 18. Σύγκριση της συχνότητας εμφάνισης συμπεριφορών του δείγματος σε σχέση με το αριθμό προσπαθειών διακοπής του καπνίσματος

ΕΙΔΟΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ		ΑΡΙΘΜΟΣ ΠΡΟΣΠΑΘΕΙΩΝ ΔΙΑΚΟΠΗΣ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ				ρ
		1-2 φορές		3 φορές		
		n	%	n	%	
Η επιλογή της βαρενικλίνης για τη διακοπή του καπνίσματος έγινε με την παρότρυνση του καρδιολόγου σας;	Ναι	18	94,7	26	96,3	0,661
	Όχι	1	5,3	1	3,7	
Χρονικό διάστημα λήψης της βαρενικλίνης (εβδομάδες);	<2	9	47,4	10	37,0	0,345
	3+	10	52,6	17	63,0	
Ανάγκη για κάπνισμα	Πολύ	6	31,6	7	25,9	0,599
	Αρκετά	5	26,3	11	40,7	
	Λίγο/καθόλου	8	42,1	9	33,3	
Προβληματισμός στη λήψη βαρενικλίνης	Πολύ/αρκετά	8	42,1	11	40,7	0,480
	Λίγο	5	26,3	11	40,7	
	Καθόλου	6	31,6	5	18,5	
Κάπνισμα την τελευταία εβδομάδα	Ναι	4	21,1	4	14,8	0,433
	Όχι	15	78,9	23	85,2	
Παρενέργεια φαρμακευτικής αγωγής(ναυτία)	Ναι	5	26,3	3	11,1	0,172
	Όχι	14	73,7	24	88,9	
Παρενέργεια φαρμακευτικής αγωγής(κατάθλιψη)	Ναι	12	63,2	11	40,7	0,115
	Όχι	7	36,8	16	59,3	
Παρενέργεια φαρμακευτικής αγωγής(διαταραχές ύπνου)	Ναι	1	5,3	8	29,6	0,043
	Όχι	18	94,7	19	70,4	
Άλλη παρενέργεια φαρμ. αγωγής	Όχι	13	68,4	20	74,1	0,462
	Άλλη	6	31,6	7	25,9	
Πρόγραμμα φυσικής δραστηριότητας	Ναι	16	84,2	17	63,0	0,106
	Όχι	3	15,8	10	37,0	
Είδος προγράμματος φυσικής δραστηριότητας	Γυμναστήριο 1h	9	56,3	7	41,2	0,303
	Περπάτημα	7	43,8	10	58,8	
Συμβουλευτική βοήθεια-ενθάρρυνση	Ναι	18	94,7	23	85,2	0,302
	Όχι	1	5,3	4	14,8	
Αριθμός αναζήτησης βοήθειας	Μία φορά	4	22,2	4	17,4	0,820
	Δύο	10	55,6	12	52,2	
	Τρεις	4	22,2	7	30,4	
Αλλαγή διατροφικών συνηθειών	Ναι	10	52,6	13	48,1	0,500
	Όχι	9	47,4	14	51,9	
Λιγότερο αλάτι	Ναι	5	26,3	6	22,2	0,940
	Όχι	5	26,3	7	25,9	
	Καμία αλλαγή	9	47,4	14	51,9	
Λιγότερα λιπαρά	Ναι	3	15,8	5	18,5	0,873
	Όχι	7	36,8	8	29,6	
	Καμία αλλαγή	9	47,4	14	51,9	
Λιγότερα γλυκά	Ναι	4	21,1	4	14,8	0,859
	Όχι	6	31,6	9	33,3	
	Καμία αλλαγή	9	47,4	14	51,9	

ΠΙΝΑΚΑΣ 19. Σύγκριση της συχνότητας εμφάνισης συμπεριφορών του δείγματος σε σχέση με τον λόγο διακοπής του καπνίσματος

ΕΙΔΟΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ		ΛΟΓΟΣ ΔΙΑΚΟΠΗΣ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ				p
		Προσωπικοί		Ιατρικοί/οικονομικοί		
		n	%	n	%	
Η επιλογή της βαρενικλίνης για τη διακοπή του καπνίσματος έγινε με την παρότρυνση του καρδιολόγου σας;	Ναι	21	91,3	24	100,0	0,234
	Όχι	2	8,7	0	0,0	
Χρονικό διάστημα λήψης της βαρενικλίνης (εβδομάδες);	<2	10	43,5	10	41,7	0,567
	3+	13	56,5	14	58,3	
Ανάγκη για κάπνισμα	Πολύ	7	30,4	7	29,2	0,866
	Αρκετά	7	30,4	9	37,5	
	Λίγο/καθόλου	9	39,2	8	33,3	
Προβληματισμός στη λήψη βαρενικλίνης	Πολύ/αρκετά	8	34,8	12	50,0	0,450
	Λίγο	8	34,8	8	33,3	
	Καθόλου	7	30,4	4	16,7	
Κάπνισμα την τελευταία εβδομάδα	Ναι	4	17,4	5	20,8	0,529
	Όχι	19	82,6	19	79,2	
Παρενέργεια φαρμακευτικής αγωγής(ναυτία)	Ναι	4	17,4	4	16,7	0,625
	Όχι	19	82,6	20	83,3	
Παρενέργεια φαρμακευτικής αγωγής(κατάθλιψη)	Ναι	13	56,5	11	45,8	0,330
	Όχι	10	43,5	13	54,2	
Παρενέργεια φαρμακευτικής αγωγής(διαταραχές ύπνου)	Ναι	4	17,4	5	20,8	0,529
	Όχι	19	82,6	19	79,2	
Άλλη παρενέργεια φαρμ. αγωγής	Όχι	16	69,6	18	75,0	0,464
	Άλλη	7	30,4	6	25,0	
Πρόγραμμα φυσικής δραστηριότητας	Ναι	19	82,6	15	62,5	0,112
	Όχι	4	17,4	9	37,5	
Είδος προγράμματος φυσικής δραστηριότητας	Γυμναστήριο 1h	10	52,6	7	46,7	0,500
	Περπάτημα	9	47,4	8	53,3	
Συμβουλευτική βοήθεια-ενθάρρυνση	Ναι	19	82,6	22	91,7	0,312
	Όχι	4	17,4	2	8,3	
Αριθμός αναζήτησης βοήθειας	Μία φορά	4	21,1	4	18,2	0,325
	Δύο	12	63,2	10	45,5	
	Τρεις	3	15,8	8	36,4	
Αλλαγή διατροφικών συνηθειών	Ναι	12	52,2	12	50,0	0,557
	Όχι	11	47,8	12	50,0	
Λιγότερο αλάτι	Ναι	7	30,4	5	20,8	0,709
	Όχι	5	21,7	7	29,2	
	Καμία αλλαγή	11	47,8	12	50,0	
Λιγότερα λιπαρά	Ναι	2	8,7	6	25,0	0,221
	Όχι	10	43,5	6	25,0	
	Καμία αλλαγή	11	47,8	12	50,0	
Λιγότερα γλυκά	Ναι	4	17,4	4	16,7	0,989
	Όχι	8	34,8	8	33,3	
	Καμία αλλαγή	11	47,8	12	50,0	

ΠΙΝΑΚΑΣ 20. Σύγκριση της συχνότητας εμφάνισης συμπεριφορών του δείγματος σε σχέση με τον βαθμό ενημέρωσης για τη θεραπεία και τη δράση της βαρενικλίνης

ΕΙΔΟΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ		ΒΑΘΜΟΣ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ						p
		Πολύ		Αρκετά		Λίγο/καθόλου		
		n	%	n	%	n	%	
Η επιλογή της βαρενικλίνης για τη διακοπή του καπνίσματος έγινε με την παρότρυνση του καρδιολόγου σας;	Ναι	11	91,7	43	95,6	15	93,8	0,861
	Όχι	1	8,3	2	4,4	1	6,3	
Χρονικό διάστημα λήψης της βαρενικλίνης (εβδομάδες);	<2	10	83,3	20	44,4	11	68,8	0,028
	3+	2	16,7	25	55,6	5	31,3	
Ανάγκη για κάπνισμα	Πολύ	2	16,7	14	31,1	6	37,5	0,499
	Αρκετά	3	25,0	13	28,9	6	37,5	
	Λίγο/καθόλου	7	58,3	18	40,0	4	25,0	
Προβληματισμός στη λήψη βαρενικλίνης	Πολύ/αρκετά	3	25,0	17	37,8	9	56,3	0,521
	Λίγο	4	33,3	14	31,1	4	25,0	
	Καθόλου	5	41,7	14	31,1	3	18,8	
Κάπνισμα την τελευταία εβδομάδα	Ναι	2	16,7	14	31,1	4	25,0	0,591
	Όχι	10	83,3	31	68,9	12	75,0	
Παρενέργεια φαρμακευτικής αγωγής(ναυτία)	Ναι	3	25,0	8	17,8	6	37,5	0,273
	Όχι	9	75,0	37	82,2	10	62,5	
Παρενέργεια φαρμακευτικής αγωγής(κατάθλιψη)	Ναι	5	41,7	22	48,9	7	43,8	0,876
	Όχι	7	58,3	23	51,1	9	56,3	
Παρενέργεια φαρμακευτικής αγωγής(διαταραχές ύπνου)	Ναι	3	25,0	9	20,0	1	6,3	0,362
	Όχι	9	75,0	36	80,0	15	93,8	
Άλλη παρενέργεια φαρμ. αγωγής	Όχι	7	58,3	36	80,0	11	68,8	0,272
	Άλλη	5	41,7	9	20,0	5	31,2	
Πρόγραμμα φυσικής δραστηριότητας	Ναι	10	83,3	32	71,1	10	62,5	0,484
	Όχι	2	16,7	13	28,9	6	37,5	
Είδος προγράμματος φυσικής δραστηριότητας	Γυμναστήριο 1h	9	90,0	14	43,8	4	40,0	0,027
	Περπάτημα	1	10,0	18	56,3	6	60,0	
Συμβουλευτική βοήθεια-ενθάρρυνση	Ναι	11	91,7	35	77,8	11	68,8	0,348
	Όχι	1	8,3	10	22,2	5	31,2	
Αριθμός αναζήτησης βοήθειας	Μία φορά	5	45,5	8	22,9	1	9,1	0,375
	Δύο	4	36,3	18	51,4	6	54,5	
	Τρεις	2	18,2	9	25,7	4	36,4	
Αλλαγή διατροφικών συνηθειών	Ναι	7	58,3	27	60,0	11	68,8	0,799
	Όχι	5	41,7	18	40,0	5	31,3	
Λιγότερο αλάτι	Ναι	2	16,6	13	28,9	6	37,4	0,800
	Όχι	5	41,7	14	31,1	5	31,3	
	Καμία αλλαγή	5	41,7	18	40,0	5	31,3	
Λιγότερα λιπαρά	Ναι	4	33,3	9	20,0	4	25,0	0,784
	Όχι	3	25,0	18	40,0	7	43,7	
	Καμία αλλαγή	5	41,7	18	40,0	5	31,3	
Λιγότερα γλυκά	Ναι	1	8,3	8	17,8	4	25,0	0,831
	Όχι	6	50,0	19	42,2	7	43,7	
	Καμία αλλαγή	5	41,7	18	40,0	5	31,3	

ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

Το κάπνισμα αποτελεί τον κυριότερο παράγοντα κινδύνου για αθηροσκλήρυνση, με τα οξέα στεφανιαία σύνδρομα να αποτελούν τις πιο επικίνδυνες εκδηλώσεις της. Οι ασθενείς που συνεχίζουν να καπνίζουν μετά από οξύ στεφανιαίο σύνδρομο έχουν σημαντικά μεγαλύτερο κίνδυνο επανεμφάνισης οξέος στεφανιαίου συνδρόμου και θανάτου σε σύγκριση με αυτούς που το διακόπτουν.⁵⁶

Η διακοπή του καπνίσματος μετά από οξύ στεφανιαίο σύνδρομο χωρίς βοήθεια έχει δείξει περιορισμένη αποτελεσματικότητα, ενώ τα προγράμματα καρδιακής αποκατάστασης έχουν αποδειχτεί πολύ αποτελεσματικά.³²

Μερικά από τα προϊόντα που μπορούν να βοηθήσουν τους καπνιστές να κόψουν το τσιγάρο είναι η τσίχλα νικοτίνης, το patch νικοτίνης και το σπρέι νικοτίνης. Μελέτες έχουν δείξει ότι ναι μεν ο ψυχολογικός παράγοντας είναι ισχυρός, αλλά η πρακτική βοήθεια στην απεξάρτηση με υποκατάστατα νικοτίνης διπλασιάζει τις πιθανότητες επιτυχίας. Τα υποκατάστατα νικοτίνης, γενικά βοηθούν επίσης τον καπνιστή να μην πάρει βάρος και να μην νοιώθει την έλλειψη της νικοτίνης στον οργανισμό του. Δεν τον βοηθούν όμως να αντιμετωπίσει την συναισθηματική ή μηχανική του εξάρτηση από τη συνήθεια του καπνίσματος.⁵⁷

Τα φάρμακα που αποτελεσματικά δρουν κατά του καπνίσματος είναι ελάχιστα και η προσθήκη νέων φαρμάκων στο θεραπευτικό πλαίσιο που βοηθούν, είναι μια αναγκαία και καλοδεχούμενη εξέλιξη.^{58,59}

Ένα πολύ σημαντικό φάρμακο είναι η βαρενικλίνη, η οποία υπολογίζεται ότι είναι σε θέση να βοηθά περισσότερους από 2 στους 5 χρήστες νικοτίνης να διακόψουν το κάπνισμα. Επίσης με τη λήψη βουπροπιόνης δύο έως τρεις φορές περισσότεροι ασθενείς επιτυγχάνουν διακοπή του καπνίσματος. Το φάρμακο αυτό στοχεύει στη νευροβιολογία του εθισμού στη νικοτίνη δρώντας στους νευροδιαβιβαστές που σχετίζονται με την εξάρτηση τροποποιώντας τα επίπεδα ντοπαμίνης και τη νοραδρενεργική δραστηριότητα.^{46,60}

Αναλυτικότερα, η βαρενικλίνη, είναι ένας μερικός αγωνιστής και ταυτόχρονα ανταγωνιστής των α4β2 υποδοχέων νικοτίνης. Η βαρενικλίνη έχει την ιδιότητα να ανακουφίζει από την έντονη επιθυμία για νικοτίνη και από τα στερητικά συμπτώματα, αλλά και να λειτουργεί ως ανασταλτικός παράγοντας της ψυχολογικής εξάρτησης από τη νικοτίνη που δημιουργείται μέσω της τελετουργίας του ανάμματος του τσιγάρου.^{45,46}

Παράλληλα, η βαρενικλίνη φαίνεται να είναι πιο ασφαλής σε ασθενείς με στεφανιαία νόσο ή έμφραγμα του μυοκαρδίου. Η θεραπεία με νικοτίνη, προκαλεί συμπαθομιμητική διέγερση του καρδιαγγειακού συστήματος, καθώς η νικοτίνη δεσμεύεται στους α3β4 υποδοχείς της ακετυλοχολίνης, με αποτέλεσμα την αύξηση του καρδιακού ρυθμού, της συστολής του μυοκαρδίου και της αρτηριακής πίεσης. Αυτό αυξάνει το έργο του μυοκαρδίου και προκαλεί αγγειοδιαστολή των στεφανιαίων αγγείων και μειώνει την παροχή αίματος στο μυοκάρδιο.^{61,62}

Στην μελέτη των Dollerup et al βρέθηκε ότι η θεραπεία με υποκατάστατα της νικοτίνης σε διάστημα 4 εβδομάδων δεν σχετίστηκε με αύξηση του καρδιαγγειακού κινδύνου. Ωστόσο σε διάστημα 52 εβδομάδων υπήρξε σημαντική αύξηση των καρδιαγγειακών επεισοδίων για τους ασθενείς που έλαβαν θεραπεία με υποκατάστατα της νικοτίνης, σε σύγκριση με εκείνους που έλαβαν μόνο συμβουλές για τη διακοπή του καπνίσματος.⁶³

Από την άλλη, η βαρενικλίνη έχει βρεθεί σε μελέτες ότι δεν σχετίζεται με αύξηση του κινδύνου εμφάνισης καρδιαγγειακών επεισοδίων ή με αυξημένη θνητότητα σε ασθενείς με οξύ στεφανιαίο σύνδρομο.⁴⁵

Σκοπός, λοιπόν, της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση της αποτελεσματικότητας της βαρενικλίνης σε συνδυασμό με εντατική συμβουλευτική υποστήριξη στη διακοπή του καπνίσματος στα πλαίσια εξαμηνιαίου προγράμματος καρδιακής αποκατάστασης σε ασθενείς μετά από οξύ στεφανιαίο σύνδρομο.

Όσον αφορά τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων, το 65,8% ήταν άνδρες, ενώ το 58,9% είχε ηλικία άνω των 60 χρονών. Σε μία παρόμοια μελέτη, των Eisenberg et al το 2015, που είχε ως στόχο να εξετάσει

αν η βαρενικλίνη, που χορηγείται μετά την έξοδο από το νοσοκομείο, είναι αποτελεσματική για τη διακοπή του καπνίσματος μετά από οξύ στεφανιαίο σύνδρομο, η μέση ηλικία των ασθενών ήταν 55 έτη, ενώ το 74% ήταν άνδρες, ποσοστό υψηλότερο από αυτό της παρούσας μελέτης.⁶⁴ Η υψηλότερη αναλογία ανδρών έναντι των γυναικών στην παρούσα μελέτη οφείλεται στο ότι η επίπτωση των οξέων στεφανιαίων συνδρόμων είναι μεγαλύτερη στους άνδρες.⁶⁵

Αναφορικά με τις καπνιστικές συνήθειες των συμμετεχόντων, το 69,9% έκαναν 20 με 30 τσιγάρα την ημέρα, ενώ το 79,5% ξεκίνησε το κάπνισμα σε ηλικία άνω των 20 ετών. Σε παρόμοια ευρήματα κατέληξαν και οι Eisenberg et al., όπου η μέση τιμή των τσιγάρων ανά ημέρα ήταν 22(±11).⁶⁴

Ένα ιδιαίτερα σημαντικό εύρημα της παρούσας εργασίας ήταν ότι το πρόγραμμα φαρμακευτικής αποκατάστασης με βαρενικλίνη βρέθηκε να είναι αποτελεσματικό στη διακοπή του καπνίσματος, καθώς παρ' όλο που το 60,2% των συμμετεχόντων είχαν πολύ ή αρκετή μεγάλη επιθυμία για κάπνισμα κατά τη διάρκεια της θεραπείας, μόνο το 27,4% αυτών κάπνισε την τελευταία εβδομάδα και μάλιστα μόνο ένα τσιγάρο. Σε μία μελέτη, βρέθηκε ότι μόνο το 3-5% των καπνιστών μπορούν να σταματήσουν το κάπνισμα και να απέχουν απ' αυτό για 12 μήνες μόνο με οδηγίες διακοπής.⁶⁶

Είναι πλέον παραδεκτό ότι η διακοπή του καπνίσματος δεν είναι εύκολη υπόθεση, και ενώ το κάπνισμα συχνά θεωρείται και αντιμετωπίζεται ως επιλογή για τον τρόπο ζωής, η νικοτίνη είναι μια εθιστική ουσία με παρόμοια ισχύ με το αλκοόλ και τα οπιούχα. Σύμφωνα με το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο Ψυχικών Διαταραχών η εξάρτηση από τη νικοτίνη είναι μια Διαταραχή Χρήσης Ουσίας και κατατάσσεται υψηλότερα σε κλίμακες σωματικής και ψυχολογικής εξάρτησης από το αλκοόλ, τις αμφεταμίνες και την κάνναβη.⁷⁹

Η απόσυρση από τη νικοτίνη έχει ως αποτέλεσμα ένα συνδυασμό ψυχολογικών και σωματικών συμπτωμάτων που οδηγούν σε εξάρτηση και συνεχή επιθυμία για κάπνισμα, εύρημα που συμφωνεί με την παρούσα μελέτη

όπου το 60,2% των συμμετεχόντων είχαν πολύ ή αρκετά μεγάλη επιθυμία για κάπνισμα κατά τη διάρκεια της θεραπείας.^{80, 81}

Παρόλα αυτά στην παρούσα μελέτη τα άτομα που έκαναν θεραπεία με βαρενικλίνη, παρά το μεγάλο ποσοστό για επιθυμία για κάπνισμα, μόνο το 27% κάπνισε και μόνο ένα τσιγάρο, γεγονός που καταδεικνύει την αποτελεσματικότητα της θεραπείας με βαρενικλίνη.

Σε μια άλλη μελέτη, όπως στη μελέτη EVITA, διερευνήθηκε η αποτελεσματικότητα της βαρενικλίνης μετά από οξύ στεφανιαίο σύνδρομο στην αποχή από το κάπνισμα σε διάστημα 24 και 52 εβδομάδων. Στη μελέτη συμμετείχαν 302 ασθενείς με οξύ στεφανιαίο σύνδρομο, οι οποίοι τυχαιοποιήθηκαν για να λάβουν είτε βαρενικλίνη (1,0 mg δύο φορές την ημέρα) είτε εικονικό φάρμακο για 12 εβδομάδες. Η θεραπεία περιελάμβανε τηλεφωνική συμβουλευτική την 1η, 2η και 8^η εβδομάδα και επισκέψεις την 4η, 12η, 24η και 52η εβδομάδα. Στην ομάδα της βαρενικλίνης, ο επιπολασμός των ασθενών που απείχαν από το κάπνισμα μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας μειώθηκε σε 34,9% στις 24 εβδομάδες και σε 27,9% στις 52 εβδομάδες μείωση κατά 48,4%. Στην ομάδα ελέγχου, ο επιπολασμός των ασθενών που απείχαν από το κάπνισμα ήταν χαμηλότερη, αλλά πιο σταθερή με την πάροδο του χρόνου (18,1% έως 15,9% στις 24 και 52 εβδομάδες) και αυτό συμβαδίζει με την επίδραση των ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων. Επίσης, στην παραπάνω μελέτη βρέθηκε, ότι η μη αποτελεσματική συμβουλευτική παρέμβαση σχετίζεται με μικρότερα ποσοστά αποχής από το κάπνισμα.⁶⁵

Η χρήση των υποκατάστατων νικοτίνης στη θέση των τσιγάρων, επιτυγχάνει την αποφυγή έκθεσης στο μονοξείδιο του άνθρακα που προκαλεί υποξυγοναιμία, σε οξειδωτικά αέρια που προκαλούν αθηρωμάτωση των αγγείων και στην πίσσα που είναι καρκινογόνος. Στόχος της θεραπείας υποκατάστασης της νικοτίνης είναι να αντικαταστήσει προσωρινά τη νικοτίνη από τα τσιγάρα και να μειώσει καθώς ο καπνιστής διακόπτει την καπνιστική του συνήθεια.⁶⁹

Στη μετα-ανάλυση των Suissa et al. το 2017, βρέθηκε ότι η θεραπεία με βαρενικλίνη και η θεραπεία με βουπροπιόνη, καθώς και οι συμπεριφορικές θεραπείες είναι περισσότερο αποτελεσματικές για τη διακοπή του καπνίσματος σε ασθενείς με καρδιαγγειακή νόσο σε σχέση με τις θεραπείες υποκατάστασης νικοτίνης.⁷⁰

Επίσης, μελέτες έχουν δείξει ότι οι ασθενείς που νοσηλεύονται λόγω καρδιαγγειακών συμβάντων είναι πιο δεκτικοί στις παρεμβάσεις διακοπής του καπνίσματος, πιθανόν, λόγω της αποδοχής της σοβαρότητας της κατάστασης τους.^{67,68}

Αξίζει να σημειωθεί ότι ο εθισμός στη νικοτίνη αποτελείται από συμπεριφορική και σωματική εξάρτηση, γι' αυτό τα συνδυαστικά προγράμματα συμβουλευτικής παρέμβασης και φαρμακοθεραπείας είναι πιο αποτελεσματικά από τις μεμονωμένες μεθόδους. Οι συμπεριφορικές παρεμβάσεις μειώνουν την ψυχολογική εξάρτηση από τη νικοτίνη, ενώ η φαρμακοθεραπεία μειώνει τη σωματική εξάρτηση.⁷¹

Σε μία πρόσφατη τυχαιοποιημένη κλινική δοκιμή, βρέθηκε ότι οι ασθενείς που έλαβαν συνδυαστικό πρόγραμμα υποκατάστασης νικοτίνης για 12 εβδομάδες είχαν σημαντικά υψηλότερα ποσοστά αποχής από το κάπνισμα 4 εβδομάδες μετά την ολοκλήρωση του προγράμματος, σε σχέση με τους ασθενείς που έλαβαν θεραπεία είτε μόνο με επίθεμα νικοτίνης είτε μόνο με βαρενικλίνη.⁷²

Ένα άλλο εύρημα της παρούσας μελέτης ήταν ότι το 80% των συμμετεχόντων ζήτησαν επιπλέον βοήθεια – ενθάρρυνση από τη συμβουλευτική τους ομάδα κατά την περίοδο λήψης της βαρενικλίνης. Μελέτες έχουν δείξει ότι οι καπνιστές αναγνωρίζουν τους ψυχολογικούς παράγοντες ως εμπόδια για τη διακοπή του καπνίσματος, πέρα από τα σωματικά συμπτώματα αποχής από τη νικοτίνη. Για παράδειγμα, οι καπνιστές αναφέρουν ότι δυσκολεύονται να χειριστούν το καθημερινό τους άγχος και να βρίσκονται γύρω από άλλους καπνιστές χωρίς να καπνίζουν.⁷³

Αναφορικά με τις παρενέργειες από τη λήψη της βαρενικλίνης, βρέθηκε ότι η πιο συχνά αναφερόμενη παρενέργεια στην παρούσα μελέτη ήταν η

κατάθλιψη, στο 46,6% των ασθενών. Επίσης, το 23,3% των συμμετεχόντων δήλωσαν ότι εμφάνιζαν ναυτία, το 17,8% είχε διαταραχές ύπνου, το 8,2% κεφαλαλγία και το 6,8% εμφάνισε δυσκοιλιότητα. Σε παρόμοια αποτελέσματα κατέληξαν οι Ebbert et al.⁷⁴ Πιο συγκεκριμένα, στη μελέτη τους βρέθηκε ότι το 27,8% εμφάνισε ναυτία, το 11,5% είχε διαταραχές ύπνου, το 8,3% κεφαλαλγία και το 5,1% εμφάνισε δυσκοιλιότητα.

Οι ανεπιθύμητες ενέργειες που προκαλούνται από τη χορήγηση της βαρενικλίνης οφείλονται στη δράση της και σε άλλους στόχους εκτός από εκείνους που είναι υπεύθυνοι για το όφελος της διακοπής του καπνίσματος. Σε θεραπευτικές δόσεις, η βαρενικλίνη έχει αποδειχθεί ότι δρα επίσης επί $\alpha 3\beta 4$ nAChR, $\alpha 7$ nAChR και 5-HT_{3A}. Πιστεύεται ότι οι ανεπιθύμητες ενέργειες που σχετίζονται με τη θεραπεία με βαρενικλίνη διαμορφώνονται από τις δράσεις τους σε αυτούς τους υποδοχείς. Η γνώση του μηχανισμού των παρενεργειών μπορεί να βοηθήσει και να κατευθύνει τον σχεδιασμό νέων φαρμάκων με βελτιωμένα προφίλ ασφαλείας.⁷⁵

Αξίζει να σημειωθεί ότι στους συμμετέχοντες της παρούσας μελέτης δεν παρατηρήθηκε καμία καρδιαγγειακή επιπλοκή. Το εύρημα αυτό συμφωνεί με πολλές μελέτες και διαφωνεί με κάποιες άλλες οι οποίες αναφέρουν στα ευρήματά τους καρδιαγγειακές επιπλοκές. Ωστόσο, πρέπει να ληφθεί υπόψιν ότι μεγαλύτερες είναι οι καρδιαγγειακές επιπλοκές στους ασθενείς που συνεχίζουν το κάπνισμα.

Η παρακολούθηση μετά την κυκλοφορία του φαρμάκου έχει προκαλέσει ανησυχίες σχετικά με πιθανές συνδέσεις μεταξύ της χρήσης βαρενικλίνης και των νευροψυχιατρικών ή καρδιακών συμβαμάτων. Το 2008, η «Υπηρεσία Τροφίμων και Φαρμάκων» των Ηνωμένων Πολιτειών (FDA ή USFDA) απαίτησε από τους κατασκευαστές της βαρενικλίνης να συμπεριλάβουν μια προειδοποίηση στη συσκευασία, για να ειδοποιήσουν τους χρήστες και τους κλινικούς για το ενδεχόμενο αυξημένων κινδύνων αλλαγής συμπεριφοράς, διέγερσης, κατάθλιψης και αυτοκτονικού ιδεασμού και συμπεριφοράς. Σε μία μετανάλυση που έγινε από την Tonstad το 2010, σχετικά με τη επίπτωση ψυχιατρικών ανεπιθύμητων ενεργειών σε δέκα

ολοκληρωμένες μελέτες με χρήση της βαρενικλίνης, δεν διαπίστωσε περίσσεια συμβάντων εκτός από διαταραχές ύπνου. Επίσης και σε άλλες μελέτες όπως των Gunnell,⁸² Kasliwal,⁸³ και Harrison-Woolrych⁸⁴ δεν παρατηρήθηκαν σημαντικά αυξημένα ποσοστά εμφάνισης κατάθλιψης ή αυτοκτονικού ιδεασμού και συμπεριφοράς.

Η FDA εξέδωσε προειδοποίηση για την ανακοίνωση για την ασφάλεια των ναρκωτικών το 2011, μετά από δημοσίευση μιας δοκιμής βαρενικλίνης σε ασθενείς με σταθερή καρδιαγγειακή νόσο.⁸⁵ Παρόλο που οι ίδιοι οι εξεταστές κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η βαρενικλίνη ήταν καλά ανεκτή και δεν συνδέθηκε με αυξήσεις καρδιαγγειακών επεισοδίων, την αρτηριακή πίεση ή τον καρδιακό ρυθμό, μια μετα-ανάλυση 14 δοκιμών του Singh το 2011 έδειξε αυξημένο κίνδυνο σοβαρών καρδιαγγειακών επεισοδίων για τους χρήστες βαρενικλίνης. Ωστόσο, αυτή η ανάλυση μπορεί να έχει κάποια μεθοδολογικά σφάλματα και περιορισμούς που θα μπορούσαν να αποδυναμώσουν τα συμπεράσματα που αντλούν οι συντάκτες από τα συμπεράσματά τους. Σε μια μετέπειτα συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση 22 δοκιμών βαρενικλίνης του Prochaska το 2012, δεν ανιχνεύθηκαν ούτε κλινικά ούτε στατιστικά σημαντική υπέρβαση για τους χρήστες της βαρενικλίνης. Μια άλλη μελέτη παρακολούθησης σχεδόν 16.000 ατόμων όπου συνταγογραφήθηκε βαρενικλίνη στη Νέα Ζηλανδία μεταξύ Απριλίου 2007 και Νοεμβρίου 2010 των Harrison - Woolrych το 2012 ταυτοποίησε 172 καρδιαγγειακές ανεπιθύμητες ενέργειες. Μεταξύ αυτών των περιπτώσεων 48 ταξινομήθηκαν ως ισχαιμικά επεισόδια μυοκαρδίου και 50 ως υποτασικά περιστατικά. Σε κάθε μία από αυτές τις υποομάδες, οι δύο ερευνητές θεωρούν ότι δύο περιπτώσεις έχουν προκληθεί από τη χρήση βαρενικλίνης. Ωστόσο, παρά τους τομείς αυτούς αβεβαιότητας, η FDA το 2011 συμπεραίνει ότι «ο Οργανισμός εξακολουθεί να πιστεύει ότι τα οφέλη του φαρμάκου υπερτερούν των κινδύνων και ότι οι σημερινές προειδοποιήσεις στην ετικέτα φαρμάκων που αφορούν τη βαρενικλίνη είναι κατάλληλες».^{86,87,88}

Ένα άλλο ενδιαφέρον εύρημα της παρούσας μελέτης ήταν ότι δεν υπήρχε στατιστικά σημαντική διαφορά στη συχνότητα εμφάνισης

συμπεριφορών, σχετικά με το κάπνισμα, των συμμετεχόντων σε σχέση με το φύλο. Πιο συγκεκριμένα, ήταν παρόμοιο το ποσοστό των ανδρών και των γυναικών που κάπνισαν την τελευταία εβδομάδα, που παρουσίασαν ναυτία, κατάθλιψη ή διαταραχές ύπνου ως παρενέργεια, που έλαβαν συμβουλευτική βοήθεια, ευρήματα που υποστηρίζονται και στη μετα-ανάλυση των McKee et al.⁷⁶

Αναλυτικότερα, στη μετα-ανάλυση βρέθηκε ότι ήταν παρόμοιο το ποσοστό διακοπής του καπνίσματος των γυναικών και των ανδρών. Βιβλιογραφικά υποστηρίζεται ότι οι γυναίκες παρουσιάζουν πιο χαμηλά ποσοστά διακοπής καπνίσματος σε σχέση με τους άνδρες. Αυτό οφείλεται στο ότι οι γυναίκες εμφανίζουν πιο συχνά ψυχιατρικές διαταραχές, έχουν αυξημένα συμπτώματα στέρησης, καπνίζουν γιατί επηρεάζει αρνητικά το άγχος ή/και για να διαχειριστούν το βάρος τους, καθώς επίσης επηρεάζει ο εμμηνορρυσιακός κύκλος.

Παράλληλα, έχει βρεθεί ότι οι γυναίκες που λαμβάνουν φαρμακευτική αγωγή με εικονικό φάρμακο εμφανίζουν χαμηλότερα ποσοστά διακοπής του καπνίσματος, χωρίς ωστόσο να τεκμηριώνεται γιατί συμβαίνει αυτό. Από την άλλη, η βαρενικλίνη φαίνεται να εξαλείφει εντελώς τις διαφορές φύλου στα ποσοστά διακοπής του καπνίσματος. Αντίθετα, η θεραπεία νικοτίνης ή βουπροπιόνης είναι 40% πιο αποτελεσματική για τους άνδρες σε σύγκριση με τις γυναίκες.⁷⁶

Ο μηχανισμός με τον οποίο η βαρενικλίνη επιδρά στη μείωση των διαφορών του φύλου δεν είναι πλήρως κατανοητός. Το κάπνισμα στις γυναίκες συνδέεται ισχυρότερα με την αρνητική επίδραση στο άγχος και η βαρενικλίνη μπορεί να στοχεύσει άμεσα σε αρνητικές επιδράσεις και να βελτιώσει τη διάθεση κατά τη διακοπή της νικοτίνης. Ωστόσο, αυτός ο μηχανισμός έχει υποδειχθεί και για την βουπροπιόνη, που συνδέεται με χαμηλότερα ποσοστά διακοπής του καπνίσματος στις γυναίκες. Ένας άλλος μηχανισμός που έχει αναφερθεί είναι ότι οι γυναίκες είναι πιο πιθανό να αποβάλλουν τη νικοτίνη ταχύτερα από τα συστήματά τους από ότι οι άνδρες. Αυτή η επίδραση προκαλείται εν μέρει από τα οιστρογόνα, καθώς οι γυναίκες

που λαμβάνουν οιστρογόνα έχουν υψηλότερους ρυθμούς κάθαρσης της νικοτίνης.⁷⁶

ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Παρά το γεγονός ότι η συγκεκριμένη μελέτη κατέληξε σε σημαντικά συμπεράσματα, εντούτοις χαρακτηρίζεται από μια σειρά περιορισμών ως προς τη γενίκευσή τους. Κύριος περιορισμός της μελέτης ήταν το δείγμα ευκολίας των ασθενών, αλλά και το μικρό δείγμα. Επίσης, η αποτελεσματικότητα του προγράμματος εκτιμήθηκε σε μόνο μία χρονική περίοδο.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η παρούσα μελέτη υποστηρίζει τα ευρήματα της βιβλιογραφίας σχετικά με την αποτελεσματικότητα και το επίπεδο ανεκτικότητας της βαρενικλίνης στους ασθενείς με οξύ στεφανιαίο σύνδρομο. Το πρόγραμμα φαρμακευτικής αποκατάστασης με βαρενικλίνη βρέθηκε να είναι αποτελεσματικό στη διακοπή του καπνίσματος, καθώς παρ' όλο που το 60,2% των συμμετεχόντων είχαν πολύ ή αρκετή μεγάλη επιθυμία για κάπνισμα κατά τη διάρκεια της θεραπείας, μόνο το 27,4% αυτών κάπνισε την τελευταία εβδομάδα και μάλιστα μόνο ένα τσιγάρο. Αντίθετα οι παρενέργειες της βαρενικλίνης παρατηρήθηκαν σε χαμηλά ποσοστά και δεν παρατηρήθηκαν καθόλου καρδιαγγειακές επιπλοκές, όπως ισχυρίζονται μερικοί ερευνητές.

Επίσης, τονίζεται η ανάγκη ανάπτυξης προγραμμάτων για συμβουλευτική και υποστήριξη των ασθενών, ώστε να αντιμετωπιστούν οι ανησυχίες τους και να αυξηθούν τα ποσοστά διακοπής του καπνίσματος.

Αυτά τα πολλά υποσχόμενα αποτελέσματα απαιτούν περαιτέρω διερεύνηση της κλινικής χρήσης της βαρενικλίνης για διακοπή του καπνίσματος. Οι πιθανές περιοχές για περαιτέρω έρευνα θα μπορούσαν να περιλαμβάνουν την εκτίμηση των επιπτώσεων της βαρενικλίνης για διαφορετικούς τύπους καπνιστών και για διαφορετικά επίπεδα κινήτρων.

ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΜΕ ΒΑΡΕΝΙΚΛΙΝΗ ΣΤΗ ΔΙΑΚΟΠΗ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΟΞΥ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ

Περίληψη

Εισαγωγή: Η συμβολή της θεραπείας με χρήση βαρενικλίνης στη διακοπή του καπνίσματος ασθενών με οξύ στεφανιαίο σύνδρομο σε συνδυασμό με συμβουλευτική υποστήριξη αποτελεί εναλλακτική οδό επιτυχούς διακοπής του καπνίσματος.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας μελέτης η διερεύνηση της αποτελεσματικότητας της βαρενικλίνης σε συνδυασμό με εντατική συμβουλευτική υποστήριξη στη διακοπή του καπνίσματος στα πλαίσια 6μηνου προγράμματος καρδιακής αποκατάστασης σε ασθενείς μετά από οξύ στεφανιαίο σύνδρομο.

Υλικό και μέθοδος: Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν 73 ασθενείς που προσήλθαν στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών λόγω οξέος καρδιακού συμβάντος και έκαναν προσπάθεια διακοπής του καπνίσματος με βαρενικλίνη και εντατική συμβουλευτική υποστήριξη. Τα στοιχεία συλλέχθηκαν με τη συμπλήρωση από τους ασθενείς ερωτηματολογίου ειδικά κατασκευασμένου για τις ανάγκες της μελέτης. Η στατιστική ανάλυση έγινε με την εφαρμογή της στατιστικής δοκιμασίας chi-square test και το επίπεδο σημαντικότητας τέθηκε στο $<0,05$.

Αποτελέσματα: Το 65,8% του δείγματος ήταν άνδρες, το 85,0% παρουσίασε OEM και το 19,2% έπασχε από σακχαρώδη διαβήτη. Το 20,5% κατανάλωνε 15-20 τσιγάρα την ημέρα, το 69,9% 20-30, πάνω από 30 το 9,6% του δείγματος και το 64,4% έχει κάνει προσπάθειες διακοπής του καπνίσματος. Ως παρενέργεια της βαρενικλίνης το 23,3% παρατήρησε ναυτία, το 46,6% κατάθλιψη, το 17,8% διαταραχές ύπνου και το 26,0% άλλες παρενέργειες όπως δυσκοιλιότητα, περίεργα όνειρα και κεφαλαλγία. Δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές όσον αφορά τις μεταβλητές που αφορούν τη φαρμακευτική αγωγή με βαρενικλίνη σε σχέση με το φύλο, $p>0,05$. Τα άτομα κάτω των 60 ετών συχνότερα παρατήρησαν ως παρενέργεια της θεραπείας τη ναυτία $p=0,024$ και τα άτομα που διέμεναν

εντός Απτικής συχνότερα ζήτησαν βοήθεια-ενθάρρυνση από 3 φορές και πάνω $p=0,031$, όπως και τα άτομα με συννοσηρότητα, $p=0,038$. Τα άτομα τα οποία επιχείρησαν τη διακοπή του καπνίσματος και άλλη φορά συχνότερα λαμβάνουν βαρενικλίνη περισσότερο από 3 εβδομάδες $p=0,001$, δεν έχουν καπνίσει κατά τη διάρκεια της τελευταίας εβδομάδας $p=0,033$, συχνότερα αναζήτησαν επιπλέον βοήθεια- ενθάρρυνση κατά την περίοδο της θεραπείας $p=0,013$, δεν άλλαξαν διατροφικές συνήθειες μετά την έναρξη της θεραπείας $p=0,011$, δεν ελάττωσαν την ποσότητα του αλατιού $p=0,039$ ούτε τα λιπαρά $p=0,035$ όπως επίσης και τα γλυκά $p=0,034$. Οι καλά ενημερωμένοι ασθενείς λαμβάνουν την βαρενικλίνη για 3 και περισσότερες εβδομάδες $p=0,028$ και προτιμούν το γυμναστήριο ως σωματική άσκηση $p=0,027$.

Συμπεράσματα: Η φαρμακευτική μέθοδος με την χρήση της βαρενικλίνης σε συνδυασμό με την συμβουλευτική υποστήριξη παρουσιάζει αρκετά θετικά αποτελέσματα και είναι ικανή να συμβάλλει στη διακοπή του καπνίσματος.

CONTRIBUTION OF VARENICLINE TREATMENT TO STOPPING SMOKING PATIENTS WITH ACUTE CORONARY SYNDROME

SUMMARY

Introduction: The contribution of varenicline therapy to smoking cessation in patients with acute coronary syndrome in combination with counseling support as an alternative way to successfully quit smoking.

Purpose: The purpose of this study is to investigate the efficacy of varenicline in combination with intensive smoking cessation counseling during a 6 month cardiac rehabilitation program in patients after a acute coronary syndrome.

Material and method: The sample of the study consisted of 73 patients who went to the Emergency Situations Department due to an acute cardiac event and attempted to stop smoking with the aid of varenicline and intensive counselling. The data were collected by supplementing the patients' questionnaire specifically designed for this study purposes. The statistical analysis was performed by applying the chi-square test and the significance level was set to $<0,05$.

Results: The 65,8% of the sample was males, the 85,0% had ACS and 19,2% had diabetes. The 20,5% consumed 15-20 cigarettes per day, the 69,9% 20-30, over 30 the 9,6% of the sample, and the 64,4% made smoking cessation efforts. As a side effect of varenicline the 23,3% observed nausea, the 46,6% depression, the 17,8% sleep disorders and the 26,0% other side effects such as constipation, strange dreams and headache. No statistically significant differences were found with respect to variables related to varenicline versus sex, $p > 0,05$. People aged less than 60 years, more frequently observed the effect of nausea ($p=0,024$) whereas people living in Athens frequently asked for help -encouragement from 3 times and above ($p=0,031$), alike those with co-morbidity ($p= 0,038$). Individuals who had attempted to quit smoking before, received varenicline for more than 3 weeks ($p=0,001$), have not smoked during the last week ($p = 0,033$), more often looked for extra help - encouragement during the treatment period ($p=0,013$),

did not change dietary habits after initiation of treatment ($p= 0,011$), did not reduce the amount of salt ($p=0,039$) nor fat ($p=0,035$) or sweets ($p=0,034$). Well-informed patients receive varenicline for 3 weeks and more ($p=0,028$) and prefer the gym as a physical exercise ($p=0,027$).

Conclusions: The pharmaceutical method with the use of varenicline in combination with counselling has quite positive results and is able to contribute to the cessation of smoking.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Στεφανάδης Χ. Παθήσεις της καρδιάς. Έκδοση 2η.: Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα, 2009.
2. Τούσουλης Δ. Καρδιολογία. Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα, 2016.
3. Πίτσαβος Χ, Παναγιωτάκος Δ, Στεφανάδης Χ. Η επιδημιολογία της στεφανιαίας νόσου στην Ελλάδα. Εκδ. Κωστάκη, Αθήνα 2004
4. Κρεμαστινός Δ. Καρδιολογία – Κλινική Καρδιολογία .Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα, 2008.
5. Ρούσσος Χ. Νοσολογία – Φυσιοπαθολογία - Διάγνωση- Θεραπεία. Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα, 2002.
6. Antonogeorgos G, Panagiotakos DB, Pitsavos C, Parageorgiou C, Chrysohoou C, Papadimitriou GN. Understanding the role of depression and anxiety on cardiovascular disease risk, using structural equation modeling; the mediating effect of the Mediterranean diet and physical activity: the ATTICA study. *Ann Epidemiol.* 2012 Sep;22(9):630–7.
7. Ραλλίδης Λ. Επείγουσα Καρδιολογία. Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα, 2010.
8. Mendis S, Puska P, Norrving B, Organization WH, Federation WH, Organization WS. Global atlas on cardiovascular disease prevention and control [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2011 [cited 2019 Mar 3]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44701>
9. Moore KL. Κλινική ανατομία. Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα, 2004
10. Braunwald E. Άτλας καρδιολογίας. Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα, 2003
11. Vlachopoulos C, Kosmopoulou F, Panagiotakos D, Ioakeimidis N, Alexopoulos N, Pitsavos C. Smoking and caffeine have a synergistic detrimental effect on aortic stiffness and wave reflections. *Journal of the American College of Cardiology.* 2004 Nov 2;44(9):1911–7.
12. Vlachopoulos C, Alexopoulos N, Panagiotakos D, O'Rourke MF, Stefanadis C. Cigar smoking has an acute detrimental effect on arterial stiffness. *Am J Hypertens.* 2004 Apr;17(4):299–303.
13. Jamal A., Phillips E., Gentzke AS. Current Cigarette Smoking Among Adults — United States, 2016. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2018; 67:53-59. DOI:[http:// dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm6702a1](http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm6702a1)

14. Murray CJ, Lopez AD. Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020: Global Burden of Disease Study. *Lancet*. 1997 May 24;349(9064):1498–504.
15. Edwards R. The problem of tobacco smoking. *BMJ*. 2004 Jan 24;328(7433):217–9.
16. Kjellgren KI, Svensson S, Ahlner J, Säljö R. Hypertensive patients' knowledge of high blood pressure. *Scand J Prim Health Care*. 1997 Dec;15(4):188–92.
17. Rea TD, Heckbert SR, Kaplan RC, Smith NL, Lemaitre RN, Psaty BM. Smoking status and risk for recurrent coronary events after myocardial infarction. *Ann Intern Med*. 2002 Sep 17;137(6):494–500.
18. Buckland G, González CA, Agudo A, Vilardell M, Berenguer A, Amiano P. Adherence to the Mediterranean diet and risk of coronary heart disease in the Spanish EPIC Cohort Study. *Am J Epidemiol*. 2009 Dec 15;170(12):1518–29.
19. Boekholdt SM, Arsenault BJ, Mora S, Pedersen TR, LaRosa JC, Nestel PJ. Association of LDL cholesterol, non-HDL cholesterol, and apolipoprotein B levels with risk of cardiovascular events among patients treated with statins: a meta-analysis. *JAMA*. 2012 Mar 28;307(12):1302–9.
20. Bornfeldt KE, Tabas I. Insulin resistance, hyperglycemia, and atherosclerosis. *Cell Metab*. 2011 Nov 2;14(5):575–85.
21. Bach-Faig A, Berry EM, Lairon D, Reguant J, Trichopoulou A, Dernini S. Mediterranean diet pyramid today. Science and cultural updates. *Public Health Nutr*. 2011 Dec;14(12A):2274–84.
22. Jensen Michael D., Ryan Donna H., Apovian Caroline M., Ard Jamy D., Comuzzie Anthony G., Donato Karen A. 2013 AHA/ACC/TOS Guideline for the Management of Overweight and Obesity in Adults. *Circulation*. 2014 Jun 24;129(25_suppl_2):S102–38.
23. Garber CE, Blissmer B, Deschenes MR, Franklin BA, Lamonte MJ, Lee I-M. American College of Sports Medicine position stand. Quantity and quality of exercise for developing and maintaining cardiorespiratory, musculoskeletal, and neuromotor fitness in apparently healthy adults: guidance for prescribing exercise. *Med Sci Sports Exerc*. 2011 Jul;43(7):1334–59.
24. WHO. WHO Framework Convention on Tobacco Control [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2003 [cited 2019 Mar 3]. Available from: http://www.who.int/fctc/text_download/en/

25. Leone A, Landini L, Leone A. What is tobacco smoke? Sociocultural dimensions of the association with cardiovascular risk. *Curr Pharm Des.* 2010;16(23):2510–7.
26. Levinson MH. *Cigarettes: Anatomy of an Industry from Seed to Smoke.* et Cetera. 2002 Apr 1;59(1):104.
27. Parker-Pope T. *Cigarettes: Anatomy of an Industry from Seed to Smoke.* New York, NY: The New Press; 2002. 208 p.
28. Gately I, Grove C. *Tobacco: A Cultural History of How an Exotic Plant Seduced Civilization.* Unabridged edition. Audible Studios on Brilliance Audio; 2016.
29. WHO. WHO report on the global tobacco epidemic 2013 [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2013 [cited 2019 Mar 3]. Available from: http://www.who.int/tobacco/global_report/2013/en/
30. Heidrich J, Wellmann J, Heuschmann PU, Kraywinkel K, Keil U. Mortality and morbidity from coronary heart disease attributable to passive smoking. *Eur Heart J.* 2007 Oct;28(20):2498–502.
31. Tobacco smoking [Internet]. Wikipedia. [cited 2019 Mar 3]. Available from: https://en.wikipedia.org/wiki/Tobacco_smoking
32. Centers for Disease Control and Prevention (US), National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (US), Office on Smoking and Health (US). *How Tobacco Smoke Causes Disease: The Biology and Behavioral Basis for Smoking-Attributable Disease: A Report of the Surgeon General* [Internet]. Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention (US); 2010 [cited 2019 Mar 3]. (Publications and Reports of the Surgeon General). Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK53017/>
33. Panel TU and DG. *Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update.* US Department of Health and Human Services; 2008.
34. *A Clinical Practice Guideline for Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update.* *Am J Prev Med.* 2008 Aug;35(2):158–76.
35. Simon JA, Carmody TP, Hudes ES, Snyder E, Murray J. Intensive smoking cessation counseling versus minimal counseling among hospitalized smokers treated with transdermal nicotine replacement: a randomized trial. *Am J Med.* 2003 May;114(7):555–62.
36. Rigotti NA, Clair C, Munafò MR, Stead LF. Interventions for smoking cessation in hospitalised patients. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012 May 16;(5):CD001837.
37. Feeney GF, McPherson A, Connor JP, McAlister A, Young MR, Garrahy P. Randomized controlled trial of two cigarette quit programmes in

- coronary care patients after acute myocardial infarction. *Intern Med J*. 2001 Nov;31(8):470–5.
38. Campbell DJT, King-Shier K, Hemmelgarn BR, Sanmartin C, Ronksley PE, Weaver RG. Self-reported financial barriers to care among patients with cardiovascular-related chronic conditions. *Health Rep*. 2014 May;25(5):3–12.
 39. Costanzo S, Di Castelnuovo A, Donati MB, Iacoviello L, de Gaetano G. Cardiovascular and overall mortality risk in relation to alcohol consumption in patients with cardiovascular disease. *Circulation*. 2010 May 4;121 (17) : 1951–9.
 40. Darnton-Hill I, Nishida C, James WPT. A life course approach to diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. *Public Health Nutr*. 2004 Feb;7(1A):101–21.
 41. Quist-Paulsen P, Gallefoss F. Randomised controlled trial of smoking cessation intervention after admission for coronary heart disease. *BMJ*. 2003 Nov 29;327(7426):1254–7.
 42. Task Force for Diagnosis and Treatment of Non-ST-Segment Elevation Acute Coronary Syndromes of European Society of Cardiology, Bassand J-P, Hamm CW, Ardissino D, Boersma E, Budaj A. Guidelines for the diagnosis and treatment of non-ST-segment elevation acute coronary syndromes. *Eur Heart J*. 2007 Jul;28(13):1598–660.
 43. de Lorgeril Michel, Salen Patricia, Martin Jean-Louis, Monjaud Isabelle, Delaye Jacques, Mamelle Nicole. Mediterranean Diet, Traditional Risk Factors, and the Rate of Cardiovascular Complications After Myocardial Infarction. *Circulation*. 1999 Feb 16;99(6):779–85.
 44. De Schutter A, Lavie CJ, Milani RV. The impact of obesity on risk factors and prevalence and prognosis of coronary heart disease-the obesity paradox. *Prog Cardiovasc Dis*. 2014 Feb;56(4):401–8.
 45. Rigotti NA, Pipe AL, Benowitz NL, Arteaga C, Garza D, Tonstad S. Efficacy and safety of varenicline for smoking cessation in patients with cardiovascular disease: a randomized trial. *Circulation*. 2010 Jan 19;121(2):221–9.
 46. Gonzales D, Rennard SI, Nides M, Oncken C, Azoulay S, Billing CB. Varenicline, an alpha4beta2 nicotinic acetylcholine receptor partial agonist, vs sustained-release bupropion and placebo for smoking cessation: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2006 Jul 5;296(1):47–55.
 47. Jorenby DE, Hays JT, Rigotti NA, Azoulay S, Watsky EJ, Williams KE. Efficacy of varenicline, an alpha4beta2 nicotinic acetylcholine receptor

- partial agonist, vs placebo or sustained-release bupropion for smoking cessation: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2006 Jul 5;296(1):56–63.
48. Agboola SA, Coleman T, McNeill A, Leonardi-Bee J. Abstinence and relapse among smokers who use varenicline in a quit attempt—a pooled analysis of randomized controlled trials. *Addiction*. 2015 Jul;110(7):1182–93.
49. Tonstad S, Tønnesen P, Hajek P, Williams KE, Billing CB, Reeves KR. Effect of maintenance therapy with varenicline on smoking cessation: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2006 Jul 5;296(1):64–71.
50. Bolman C, de Vries H, van Breukelen G. Evaluation of a nurse-managed minimal-contact smoking cessation intervention for cardiac inpatients. *Health Educ Res*. 2002 Feb 1;17(1):99–116.
51. Dornelas EA, Sampson RA, Gray JF, Waters D, Thompson PD. A randomized controlled trial of smoking cessation counseling after myocardial infarction. *Prev Med*. 2000 Apr;30(4):261–8.
52. Quist-Paulsen P, Gallefoss F. Randomised controlled trial of smoking cessation intervention after admission for coronary heart disease. *BMJ*. 2003 Nov 29;327(7426):1254–7.
53. Gies CE, Buchman D, Robinson J, Smolen D. Effect of an inpatient nurse-directed smoking cessation program. *West J Nurs Res*. 2008 Feb;30(1):6–19.
54. Johnson JL, Budz B, Mackay M, Miller C. Evaluation of a nurse-delivered smoking cessation intervention for hospitalized patients with cardiac disease. *Heart Lung*. 1999 Feb;28(1):55–64.
55. Di Chiara T, Scaglione A, Corrao S, Argano C, Pinto A, Scaglione R. Association between low education and higher global cardiovascular risk. *J Clin Hypertens (Greenwich)*. 2015 May;17(5):332–7.
56. Windle SB, Bata I, Madan M, Abramson BL, Eisenberg MJ. A randomized controlled trial of the efficacy and safety of varenicline for smoking cessation after acute coronary syndrome: Design and methods of the Evaluation of Varenicline in Smoking Cessation for Patients Post-Acute Coronary Syndrome trial. *American Heart Journal*. 2015 Oct 1;170(4):635-640.e1.
57. Κουτίνου Ε, Πατενταλάκης Μ, Δημητριάδου Μ, Παππά Α, Ευαγγέλου Ε, Κουτελέκος Ι, et al. Εξάρτηση από το κάπνισμα και μέθοδοι αντιμετώπισης. 2014;1(1) :35-46.
58. Παπαδοπούλου Α. Οι συνέπειες του παθητικού καπνίσματος για τη δημόσια υγεία [Internet] [Πτυχιακή Εργασία]. [Καβάλα]: Τεχνολογικό

- Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Καβάλας; 2012 [cited 2019 Mar 3]. Available from: <http://digilib.teiimt.gr/jspui/bitstream/123456789/3987/1/DIDZ01Z0148.pdf>
59. Παπαγρηγορίου - Θεοδορίδου Π. Κάπνισμα και παιδί. Θεραπευτική ενημέρωση, Αθήνα 1987, 84-91.
60. Σφακιωτάκη Μ. «Κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά, χρήση υπηρεσιών υγείας και διατροφικές συνήθειες των καπνιστών, στην προσπάθεια διακοπής καπνίσματος, στο νομό Ηρακλείου.. [Internet] [Πτυχιακή Εργασία]. [Κρήτη]: Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Κρήτης; [cited 2019 Mar 3]. Available from: <http://nefeli.lib.teicrete.gr/browse/steg/dd/2012/SfakiotakiMaria/attached-document-1340884470-325168-13687/SfakiotakiMaria2012.pdf>
61. Di Angelantonio S, Matteoni C, Fabbretti E, Nistri A. Molecular biology and electrophysiology of neuronal nicotinic receptors of rat chromaffin cells. *Eur J Neurosci.* 2003 Jun;17(11):2313–22.
62. Benowitz NL. Cigarette smoking and cardiovascular disease: pathophysiology and implications for treatment. *Prog Cardiovasc Dis.* 2003 Aug;46(1):91–111.
63. Dollerup J, Vestbo J, Murray-Thomas T, Kaplan A, Martin RJ, Pizzichini E, et al. Cardiovascular risks in smokers treated with nicotine replacement therapy: a historical cohort study. *Clin Epidemiol.* 2017 Apr 26;9:231–43.
64. Eisenberg Mark J., Windle Sarah B., Roy Nathalie, Old Wayne, Grondin François R., Bata Iqbal, et al. Varenicline for Smoking Cessation in Hospitalized Patients With Acute Coronary Syndrome. *Circulation.* 2016 Jan 5;133(1):21–30.
65. Mehta PA, Cowie MR. Gender and heart failure: a population perspective. *Heart.* 2006 May;92(Suppl 3):iii14–8.
66. Vogiatzis I, Pantartzidou A, Pittas S, Papavasiliou E. Smoking Cessation Advisory Intervention in Patients with Cardiovascular Disease. *Med Arch.* 2017 Apr;71(2):128–31.
67. Borland R, Balmford J, Swift E. Effects of timing of initiation and planning on smoking cessation outcomes: study protocol for a randomised controlled trial. *BMC Public Health.* 2013 Mar 18;13:235.
68. West R, McNeill A, Raw M. Smoking cessation guidelines for health professionals: an update. Health Education Authority. *Thorax.* 2000 Dec;55(12):987–99.
69. Cahill K, Stevens S, Perera R, Lancaster T. Pharmacological interventions for smoking cessation: an overview and network meta-analysis. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013 May 31;(5):CD009329.

70. Suissa K, Larivière J, Eisenberg MJ, Eberg M, Gore GC, Grad R, et al. Efficacy and Safety of Smoking Cessation Interventions in Patients With Cardiovascular Disease: A Network Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes*. 2017;10(1).
71. Siu AL, U.S. Preventive Services Task Force. Behavioral and Pharmacotherapy Interventions for Tobacco Smoking Cessation in Adults, Including Pregnant Women: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Ann Intern Med*. 2015 Oct 20;163(8):622–34.
72. Baker TB, Piper ME, Stein JH, Smith SS, Bolt DM, Fraser DL. The Effects of the Nicotine Patch vs. Varenicline vs. Combination Nicotine Replacement Therapy on Smoking Cessation at 26 Weeks: A Randomized Controlled Trial. *JAMA*. 2016 Jan 26;315(4):371–9.
73. Nides M, Glover ED, Reus VI, Christen AG, Make BJ, Billing CB. Varenicline versus bupropion SR or placebo for smoking cessation: a pooled analysis. *Am J Health Behav*. 2008 Dec;32(6):664–75.
74. Ebbert JO, Hughes JR, West RJ, Rennard SI, Russ C, McRae TD. Effect of Varenicline on Smoking Cessation Through Smoking Reduction: A Randomized Clinical Trial. *JAMA*. 2015 Feb 17;313(7):687–94.
75. Lummis SCR, Thompson AJ, Bencherif M, Lester HA. Varenicline is a potent agonist of the human 5-hydroxytryptamine₃ receptor. *J Pharmacol Exp Ther*. 2011 Oct;339(1):125–31.
76. McKee SA, Smith PH, Kaufman M, Mazure CM, Weinberger AH. Sex Differences in Varenicline Efficacy for Smoking Cessation: A Meta-Analysis. *Nicotine Tob Res*. 2016 May;18(5):1002–11.
77. C.-L. Cui, L.-Z. Wu, F. Luo, and J.-S. Han, “[Acupuncture for the treatment of drug addiction],” *Sheng Li Ke Xue Jin Zhan*, vol. 39, no. 4, pp. 325–330, Oct. 2008.
78. Y. Xia, X. Cao, G.-C. Wu, and J. Cheng, *Acupuncture Therapy for Neurological Diseases: A Neurobiological View*. Springer, 2010.
79. Nutt D, King LA, Saulsbury W. Development of a rational scale to assess the harm of drugs of potential misuse. *Lancet*. 2007;369:1047–53.
80. West R, Ussher M, Evans M. Assessing DSM-IV nicotine withdrawal symptoms: a comparison and evaluation of five different scales. *Psychopharmacology (Berl)* 2006;184:619–27.
81. Hughes JR. Effects of abstinence from tobacco: valid symptoms and time course. *Nicotine Tob Res*. 2007;9:315–27.

82. Gunnell D, Irvine D, Wise L, Davies C, Martin RM. Varenicline and suicidal behaviour: a cohort study based on data from the General Practice Research Database. *BMJ* 2009;339:b3805. <https://www.bmj.com/content/339/bmj.b3805>
83. Kasliwal R, Wilton LV, Shakir SA. Safety and drug utilization profile of varenicline as used in general practice in England: interim results from a prescription-event monitoring study. *Drug Safety* 2009;32(6):499-507. <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD009329.pub2/references#CD009329-bbs2-0059>
84. Harrison-Woolrych M, Ashton J. Psychiatric adverse events associated with varenicline: an intensive postmarketing prospective cohort study in New Zealand. *Drug Safety* 2011;34(9): 763- 72. <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD009329.pub2/references#CD009329-bbs2-0052>
85. Rigotti NA, Pipe AL, Benowitz NL, Arteaga C, Garza D, Tonstad S. Efficacy and safety of varenicline for smoking cessation in patients with cardiovascular disease. *Circulation* 2010;121(2):221-9. [clinicaltrials.gov ID: NCT00282984]
86. Prochaska JJ, Hilton JF. Risk of cardiovascular serious adverse events associated with varenicline use for tobacco cessation: systematic review and meta- analysis. *BMJ* 2012;344:e2856. <https://www.bmj.com/content/344/bmj.e2856>
87. U. S. Food, Drug Administration. FDA drug safety communication: safety review update of Chantix (varenicline) and risk of neuropsychiatric adverse events. <http://www.fda.gov/Drugs/DrugSafety/ucm276737.htm> (accessed 19/1/2012) October 2011.
88. Harrison - Woolrych M, Maggo S, Tan M, Savage R, Ashton J. Cardiovascular events in patients taking varenicline: a case series from intensive postmarketing surveillance in New Zealand. *Drug Safety* 2012;35(1):33-43.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΚΛΙΝΙΚΟ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ ΣΥΛΛΟΓΗΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Για τις παρακάτω προτάσεις, παρακαλώ δώστε μια απάντηση, που ταιριάζει σε εσάς και ανταποκρίνεται περισσότερο στην άποψή σας. Το ερωτηματολόγιο είναι αυστηρά προσωπικό και ανώνυμο

1.	Φύλο: Άνδρας = 1 Γυναίκα = 2	
2.	Ηλικία:.....	
3.	Οικογενειακή κατάσταση: Έγγαμος /η =1 Άγαμος /η =2 Διαζευγμένος /η - Διάσταση =3 Χήρος /α = 4 Συμβίωση =5	
4.	Μορφωτικό επίπεδο: Απόφοιτος Δημοτ. = 1, Γυμνασίου – Λυκείου = 2, ΤΕΙ – ΑΕΙ = 3 , Μεταπτυχιακό - Διδακτορικό = 4	
5.	Επάγγελμα: Άνεργος= 1, Δημόσιος Υπάλληλος= 2, Ιδιωτικός Υπάλληλος = 3 , Ελεύθερος επαγγελματίας = 4, Οικιακά = 5, Άλλο= 6	
6.	Τόπος διαμονής: Ευρύτερη περιοχή Αττικής =1, Πρωτεύουσα νομού =2, Ύψαιθρος = 3	
7.	Διάγνωση :	
8.	Θεραπεία – Φαρμακευτική αγωγή:	
9.	Χρόνια από την εκδήλωση του καρδιολογικού προβλήματος:.....	
10.	Έπασχε ή πάσχει κάποιος από την οικογένειά σας από νόσημα του κυκλοφορικού συστήματος: Ναι = 1, Όχι =2	
11.	Πάσχετε από κάποιο άλλο νόσημα; Ναι =1, Όχι =2	
12.	Αν ναι από τι; Αναφέρατε:.....	
13.	Αριθμός καταναλισκομένων τσιγάρων ημερησίως:.....	
14.	Ηλικία έναρξης του καπνίσματος:.....	
15.	Επιχειρήσατε τη διακοπή του καπνίσματος άλλη φορά; Ναι = 1, Όχι = 2	
16.	Εάν ναι, πόσες φορές;.....	
17.	Για πόσο χρονικό διάστημα είχατε διακόψει το κάπνισμα; Αναφέρατε χρονικά διαστήματα:.....	
18.	Η προσπάθεια έγινε από μόνος/η σας =1, Μετά από παρότρυνση συγγενικού ή φιλικού προσώπου= 2, σας το επέβαλε ο θεράπων γιατρός σας; =3, άλλο = 4 , αναφέρατε.....	
19.	Εάν κάνατε προσπάθεια διακοπής για κάποιο χρονικό διάστημα, το κόψατε: μία και έξω=1, ελαττώνατε σιγά-σιγά τον αριθμό των τσιγάρων =2, χρησιμοποίησατε το ηλεκτρονικό τσιγάρο = 3, κάνατε βελονισμό =4, πήρατε φάρμακα =5, συμβουλευτική ψυχολογική υποστήριξη = 6, άλλη μέθοδος, αναφέρατε.....	
20.	Είστε ενημερωμένος για τη θεραπεία και τη δράση της βαρενικλίνης ; Πολύ= 1, αρκετά= 2, λίγο =3, καθόλου = 4	
21.	Η απόφαση λήψης φαρμακευτικής αγωγής – βαρενικλίνης και η είσοδος στη μελέτη έγινε μετά από παρότρυνση του καρδιολόγου σας; Ναι =1, Όχι =2	

22.	Πόσο χρονικό διάστημα λαμβάνετε τη βαρενικλίνη;.....	
23.	Λαμβάνετε την φαρμακευτική σας αγωγή σύμφωνα με τις οδηγίες. Ναι =1, Όχι =2	
24.	Αισθάνεστε έντονη την ανάγκη να καπνίσετε; Πολύ= 1, αρκετά= 2, λίγο =3, καθόλου = 4	
25.	Πόσο σας προβληματίζει η προσπάθεια στο να είστε συνεπής στη λήψη της βαρενικλίνης; Πολύ= 1, αρκετά= 2, λίγο =3, καθόλου = 4	
26.	Έχετε καπνίσει κατά την διάρκεια της τελευταίας εβδομάδας; Ναι =1, Όχι =2	
27.	Αν ναι, πόσα τσιγάρα, αναφέρατε:.....	
28.	Έχετε παρατηρήσει παρενέργειες από την φαρμακευτική σας αγωγή, όπως: 1. Ναυτία: Ναι =1, Όχι =2 2. Συμπτώματα κατάθλιψης: Ναι =1, Όχι =2 3. Διαταραχές ύπνου: Ναι =1, Όχι =2 4. Άλλο: Ναι =1, Όχι =2	
29.	Αν παρατηρήσατε κάποια άλλη παρενέργεια, παρακαλώ αναφέρατε ποια είναι αυτή:	
30.	Έγινε κάποια αλλαγή στην λοιπή φαρμακευτική σας αγωγή τις τελευταίες 2 εβδομάδες; Ναι =1, Όχι =2	
31.	Αν ναι, αναφέρατε.....	
32.	Έχετε ακολουθήσει κάποιο πρόγραμμα φυσικής δραστηριότητας; Ναι =1, Όχι =2	
33.	Εάν ναι, τι, αναφέρατε..... Πόσες ώρες την ημέρα:.....	
34.	Ζητήσατε επιπλέον βοήθεια- ενθάρρυνση από την συμβουλευτική σας ομάδα κατά την περίοδο λήψης της αγωγής σας; Ναι =1, Όχι =2	
35.	Αν ναι, πόσες φορές.....	
36.	Αλλάξατε διατροφικές συνήθειες μετά την έναρξη της θεραπείας με βαρενικλίνη; Ναι =1, Όχι =2	
37.	Εάν ναι, περιγράψτε την αλλαγή/ές.....	

