



Παράγοντες που επιδρούν στην κινητοποίηση των καπνιστών για διακοπή του καπνίσματος

Μπλούχου Π.¹, Γκουντουβά Ε², Αποστολίδου Ε.³, Γουργουλιάνης Κ.⁴, Χατζόγλου Χ.⁵

¹Διατροφολόγος-Διαιτολόγος, Msc

²Ιατρός

³Ιατρός

⁴Καθηγητής Πνευμονολογίας

⁵Επικ. Καθηγήτρια Φυσιολογίας

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός: Ο μεγάλος επιπολασμός του καπνίσματος δημιουργεί επιτακτική ανάγκη ευαισθητοποίησης και κινητοποίησης του πληθυσμού για διακοπή του καπνίσματος. Η επιτυχία της διακοπής εξαρτάται κυρίως από την ισορροπία ανάμεσα στην κινητοποίηση και το βαθμό εξάρτησης από τη νικοτίνη. Αντικείμενο της παρούσας μελέτης ήταν να ερευνηθούν παράγοντες που επηρεάζουν την κινητοποίηση των καπνιστών για τη διακοπή του καπνίσματος.

Μέθοδος: Τα δεδομένα συλλέχθηκαν από 139 καπνιστές, 18-69 ετών χωρισμένων σε δύο ομάδες. Συμπληρώθηκαν ερωτηματολόγια για τα δημογραφικά στοιχεία, το καπνισματικό ιστορικό, τα ανθρωπομετρικά χαρακτηριστικά, το βαθμό εξάρτησης από τη νικοτίνη, το βαθμό κινητοποίησης και την κατανάλωση αλκοόλ. **Αποτελέσματα:** Ο Δείκτης Μάζας Σώματος σχετίστηκε θετικά με το βαθμό εξάρτησης και τη βαρύτητα καπνίσματος ενώ όσοι είχαν αυξημένο βάρος στην εφηβεία εμφάνισαν μικρότερο βαθμό κινητοποίησης για διακοπή του καπνίσματος. Άτομα με μέτρια ή βαριά κατανάλωση αλκοόλ, όσα κάπνιζαν στο εργασιακό τους περιβάλλον και ήταν βαρύτεροι καπνιστές έχριζαν μεγαλύτερης κινητοποίησης. Ο χαμηλός βαθμός εξάρτησης σχετίστηκε με μικρότερο βαθμό κινητοποίησης ενώ όσοι εμφάνισαν μεσαίου βαθμού εξάρτηση ήταν μέτρια κινητοποιημένοι. **Συμπεράσματα:** Οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να συνεκτιμούν όλες τις παραπάνω συνιστώσες με ζητούμενο την αύξηση της κινητοποίησης των καπνιστών για διακοπή καπνίσματος.

Λέξεις-Κλειδιά: Δείκτης Μάζας Σώματος, διακοπή καπνίσματος, εξάρτηση, κινητοποίηση, διατροφή.

INTERSCIENTIFIC HEALTH CARE



Factors affecting the motivation of smokers to quit smoking

Mplouchou P.¹, Goudouva E.², Apostolidou E.³, Gourgoulianis K.⁴, Chatzoglou C.⁵

¹Nutritionist - Dietician, Msc

²MD

³MD

⁴Professor of Respiratory Medicine

⁵Assistant Professor of Physiology

ABSTRACT

Aim: The high prevalence of smoking creates an urgent need to raise awareness and motivate the population to stop smoking. Success of smoking cessation depends mainly on the balance between motivation and the degree of nicotine dependence. The objective of this study was to investigate factors affecting the motivation of smokers to stop smoking. **Method:** Data were collected from 139 smokers, aged 18-69 divided in two groups. Questionnaires were completed about the demographic data, smoking history, anthropometric characteristics, degree of nicotine dependence, motivation degree and alcohol consumption. **Results:** Body Mass Index was positively correlated with the dependence degree and heavy smoking, while those who were overweight in adolescence showed a lower degree of motivation for smoking cessation. Individuals with moderate or heavy alcohol consumption, those who smoked in their working environment and were heavier smokers needed greater motivation. The low degree of dependence was associated with a lower degree of motivation, while those who showed medium dependence were moderately motivated. **Conclusions:** Health care professionals should take into account all the above components with the aim of motivating smokers to stop smoking.

Keywords: Body Mass Index, smoking cessation, dependence, motivation, weight concerns

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η κινητοποίηση του καπνιστή είναι ουσιώδης για την ένταξη του σε πρόγραμμα διακοπής καπνίσματος αλλά και σημαντικό τμήμα της αντικαπνιστικής παρέμβασης των επαγγελματιών υγείας. Κατά τον προσδιορισμό του βαθμού κινητοποίησης, ο στόχος δεν είναι τόσο η βαθμολογική ένταξη του ασθενούς σε κατηγορίες, όσο η εξατομίκευση της συνέντευξης για να προσκομίσει ο θεραπευτής κατά το δυνατόν περισσότερες πληροφορίες για τον καπνιστή καθώς και τα σημεία εκείνα που θα του υποδείξουν εξατομικευμένους τρόπους προσέγγισης και κινητοποίησης^{1,2}. Στα βασικά χαρακτηριστικά των καπνιστών συμπεριλαμβάνονται η κακώς εννοούμενη

αντίληψη του παράγοντα υγείας, κακές διατροφικές συνήθειες, κακή χρήση αλκοόλ, φτωχότερη φυσική δραστηριότητα, παραμέληση του εαυτού τους και εν γένει κακή ποιότητας ζωής με αποτέλεσμα τον παράλληλο συσχετισμό τους με υψηλά ποσοστά νοσηρότητας ή και θνησιμότητας^{3,4}.

Το κάπνισμα συνδέεται με χαμηλότερο σωματικό βάρος και η διακοπή καπνίσματος συνδέεται με αύξηση αυτού^{5,6}. Οι ενεργοί καπνιστές έχουν χαμηλότερο δείκτη μάζας σώματος (ΔΜΣ) από τους μη καπνιστές καθώς και τους πρώην καπνιστές. Μεταξύ δε των καπνιστών, η βαρύτητα καπνίσματος σχετίζεται θετικά με το ΔΜΣ και αποδίδεται τόσο στην

Πίνακας 1. Παραμετρικά χαρακτηριστικά καπνιστών

ΠΑΡΑΜΕΤΡΟΣ	ΟΜΑΔΑ 1	ΟΜΑΔΑ 2	P	ΣΥΝΟΛΟ
ΗΛΙΚΙΑ	45,33±4,41	43,13±3,61	NS	44,13±1,02
ΥΨΟΣ	170,84±2,62	172,97±2,6	NS	1,72±0,66
ΒΑΡΟΣ	83,11±4,79	82,05±5,35	NS	82,53±1,29
ΗΛΙΚΙΑ ΕΝΑΡΞΗΣ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ	19,73±1,81	17,72±1,25	0,021	18,6±0,43
ΕΤΗ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ	25,09±4,39	24,47±3,54	NS	24,7±1,01
ΠΑΚΕΤΑ/ΕΤΗ	37,27±11,44	37,75±8,49	NS	37,5±2,5
ΑΡΙΘΜΟΣ ΤΣΙΓΑΡΩΝ	26,17±4,96	30,06±4,83	NS	28,3±1,25

NS: Μη στατιστικά σημαντικό

ποσότητα της προσλαμβανόμενης νικοτίνης αλλά και σε λοιπούς συνεργιστικούς παράγοντες όπως διατροφικές συνήθειες, μεγαλύτερη κατανάλωση αλκοόλ και μειωμένη φυσική δραστηριότητα^{7,8}. Οι ανησυχίες για την αύξηση του σωματικού βάρους μετά τη διακοπή του καπνίσματος ή της έναρξης της καπνισματικής συνήθειας ως μέσο διατήρησης χαμηλού βάρους σώματος είναι πιο συχνές στις γυναίκες παρά στους άνδρες και πιθανόν να είναι ανατρεπτικός παράγοντας για τη διακοπή του καπνίσματος. Η διαταραχή βάρους κατά την παιδική ηλικία σχετίστηκε με πρόωμη έναρξη του καπνίσματος και σοβαρότερα συμπτώματα στέρησης^{9,10,11}.

Άλλες μεταβλητές που μπορούν να επηρεάσουν την κινητοποίηση και τις προσπάθειες για τη διακοπή του καπνίσματος είναι ο βαθμός εξάρτησης από τη νικοτίνη και η βαρύτητα του καπνίσματος.

Στόχος της παρούσας μελέτης ήταν να ερευνηθεί η επίδραση του τωρινού βάρους σώματος, του βάρους σώματός τους κατά την παιδική και εφηβική ηλικία αλλά και άλλων παραγόντων στο βαθμό κινητοποίησης για διακοπή του καπνίσματος σε σχέση με δημογραφικούς και μορφωτικούς παράγοντες, την καπνισματική συνήθεια και συνεθιστικούς παράγοντες όπως το αλκοόλ

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Τα δεδομένα συλλέχθηκαν από τη συμπλήρωση ερωτηματολογίων 139 καπνιστών από τη Θεσσαλία, 18-69 ετών. Ο πληθυσμός χωρίστηκε σε δύο ομάδες. Στην ομάδα 1 συμπεριλήφθησαν όσοι προσήλθαν σε διαιτολογικό γραφείο και σε πρόγραμμα έγκαιρης ανίχνευσης Χρόνιας Αποφρακτικής Πνευμονοπάθειας (ΧΑΠ) της Πνευμονολογικής Κλινικής του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας και στην ομάδα 2 στο Ιατρείο Διακοπής Καπνίσματος της Πνευμονολογικής Κλινικής του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας.

Από τη μελέτη αποκλείστηκαν οι έγκυες, θηλάζουσες, διαβητικοί, καρδιοπαθείς, νεφροπαθείς, άτομα με αλλεργίες, αρθρίτιδες, ψυχωσικά σύνδρομα και ακραίες διατροφικές διαταραχές (ΔΜΣ<18 και ΔΜΣ>41).

Δημογραφικά στοιχεία

Συλλέχθηκαν δεδομένα που αφορούσαν την ηλικία, το φύλο, το μορφωτικό επίπεδο και τον τόπο διαμονής.

Καπνισματικό Ιστορικό

Το ιστορικό του καπνίσματος αφορούσε την ηλικία έναρξης του καπνίσματος, τα έτη καπνίσματος, των

αριθμό των τσιγάρων ημερησίως κατά το τελευταίο έτος και τα πακέτα/έτη. Ο υπολογισμός πακέτα/έτη έγινε με βάση τον ορισμό: πακέτα έτη=αριθμός τσιγάρων την ημέρα επί έτη καπνίσματος/20, όπου 20=ο αριθμός τσιγάρων ενός κλασικού πακέτου. Ο υπολογισμός του βαθμού εξάρτησης έγινε με την κλίμακα Fagerstrom, όπου η βαθμολογία 0-3 αναφέρεται στην ήπια εξάρτηση, 4-6 στην μέτρια εξάρτηση και 7-10 στη σοβαρή εξάρτηση.

Το ερωτηματολόγιο της κινητοποίησης περιλαμβάνει 16 ερωτήσεις, οι απαντήσεις των οποίων συγκεντρώθηκαν ως περισσότερα Α (καπνιστής έτοιμος να διακόψει το κάπνισμα), περισσότερα Β (καλά κινητοποιημένος) και περισσότερα Γ (χρειάζεται κινητοποίηση) και βαθμολογήθηκαν με 1,2,3 αντίστοιχα.

Κατανάλωση αλκοόλ

Η κατανάλωση αλκοόλ υπολογίστηκε χωρίζοντας τους καπνιστές σε 4 υποομάδες. Καπνιστές με καθόλου ή περιστασιακή χρήση αλκοόλ, ήπιους πότες με κατανάλωση 1-15 ποτά/εβδομάδα, μέτριους πότες με 16-42 ποτά/εβδομάδα και βαρείς πότες με >42 ποτά/εβδομάδα.

Ανθρωπομετρικές Μετρήσεις

Ο υπολογισμός βάρους έγινε και στις δύο ομάδες με ζυγό ίδιας τεχνολογίας και υποδιαίρεσεις γραμμαρίων. Η ζύγιση των ασθενών γινόταν με ελαφρύ ρουχισμό χωρίς ζώνη και παπούτσια. Ο Υπολογισμός ύψους έγινε με αναστημόμετρο προσαρμοσμένο στο ζυγό και υποδιαίρεσεων χιλιοστού. Το ύψος υπολογίστηκε χωρίς τα παπούτσια. Ο υπολογισμός του ΔΜΣ έγινε με την εξίσωση:

$\Delta\text{Μ}\Sigma = B/Y^2$, όπου B=βάρος σώματος σε kg και Y=ύψος σώματος σε m

Ταξινομήθηκαν περαιτέρω σύμφωνα με τη διεθνή ταξινόμηση του ΠΟΥ σε ελλιποβαρείς (ΔΜΣ<18,50), φυσιολογικού βάρους (18,50-24,99) και υπέρβαρους (ΔΜΣ>25,00). Το βάρος σώματος πριν την ηλικία των 18 χρόνων έγινε με αυτοαναφορά και οι απαντήσεις δινόταν με επιλογή σε τρεις υποομάδες: κανονικό, αυξημένο, κάτω του φυσιολογικού βάρους σώματος.

Στατιστική ανάλυση

Χρησιμοποιήθηκε το πρόγραμμα ανάλυσης δεδομένων SPSS 16,0 και τέθηκε ως όριο στατιστικής σημαντικότητας το $p<0,05$ ενώ η έκφραση των αποτελεσμάτων δόθηκε ως: μέσος όρος±τυπικό σφάλμα. Έγινε έλεγχος της κανονικότητας των κατανομών όλων των ποσοτικών μεταβλητών με τη χρήση της δοκιμασίας Kolmogorov-Smirnov. Για τον

Πίνακας 2. Μη παραμετρικά χαρακτηριστικά καπνιστών

ΠΑΡΑΜΕΤΡΟΣ	ΟΜΑΔΑ 1 N(%)	ΟΜΑΔΑ 2 N(%)	P	ΣΥΝΟΛΟ N(%)
ΦΥΛΟ				
ΑΝΔΡΕΣ	41(65,08%)	52(68,42%)	NS	93(66,9%)
ΓΥΝΑΙΚΕΣ	22(34,92%)	24(31,58%)	NS	46(33,1%)
ΔΜΣ				
18-24,9	20(31,75%)	26(34,21%)	NS	46(33,09%)
25-29,9	17(26,98%)	29(38,16%)	NS	46(33,09%)
30-34,9	20(31,75%)	16(21,05%)	NS	36(25,9%)
35-39,9	6(9,52%)	5(6,58%)	NS	11(7,91%)
ΔΜΣ ΠΡΙΝ ΤΑ 18				
ΥΠΕΡΒΑΡΟΙ	7(11,11%)	2(2,63%)	NS	9(6,47%)
ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟΙ	47(74,6%)	61(80,26%)	NS	108(77,7%)
ΕΛΛΙΠΟΒΑΡΕΙΣ	9(14,29%)	1(1,32%)	NS	10 (7,19%)
ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ				
ΔΗΜΟΤΙΚΟ	17(26,98%)	8(10,53%)	NS	25(17,99%)
ΓΥΜΝΑΣΙΟ	8(12,7%)	3(3,95%)	NS	11(7,91%)
ΛΥΚΕΙΟ	22(34,92%)	28(36,84%)	NS	50(35,97%)
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ	16(25,4%)	36(47,37%)	0,05	52(37,41%)
ΚΑΤΟΙΚΙΑ				
ΠΟΛΗ	15(23,81%)	53(69,74%)	0,004	68(48,92%)
ΧΩΡΙΟ	48(76,19%)	23(30,26%)	0,0001	71(51,08%)
ΑΛΚΟΟΛ				
ΚΑΘΟΛΟΥ	22(34,92%)	21(27,63%)	NS	43(30,94%)
ΕΛΑΦΡΙΑ	30(47,62%)	46(60,53%)	NS	76(54,68%)
ΜΕΤΡΙΑ	8(12,7%)	7(9,21%)	NS	15(10,79%)
ΒΑΡΙΑ	3(4,76%)	2(2,63%)	NS	5(3,59%)
ΚΑΠΝΙΣΜΑ-ΕΡΓΑΣΙΑ				
ΝΑΙ	37(58,73%)	36(47,37%)	NS	73(52,52%)
ΟΧΙ	26 (41,27%)	39(51,32%)	NS	65(46,76%)
ΚΑΠΝΙΣΜΑ-ΣΠΙΤΙ				
ΝΑΙ	28(44,44%)	28(36,84%)	NS	56(40,28%)
ΟΧΙ	35(55,56%)	47(61,84%)	NS	82(58,99%)
ΕΞΑΡΤΗΣΗ				
ΗΠΙΑ	21(33,33%)	7(9,21%)	NS	28(20,14%)
ΜΕΤΡΙΑ	23(36,51%)	29(38,16%)	NS	52(37,41%)
ΣΟΒΑΡΗ	19(30,16%)	40(52,63%)	NS	59(42,45%)
ΚΙΝΗΤΟΠΟΙΗΣΗ				
ΕΤΟΙΜΟΣ ΝΑ ΤΟ ΚΟΨΕΙ	22(34,92%)	66(86,84%)	0,0001	88(63,31%)
ΚΑΛΑ ΚΙΝΗΤΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ	23(36,51%)	8(10,53%)	NS	31(22,3%)
ΧΡΕΙΑΖΕΤΑΙ ΚΙΝΗΤΟΠΟΙΗΣΗ	18(28,57%)	2(2,63%)	NS	20(14,38%)

NS: Μη στατιστικά σημαντικό

έλεγχο των βιοστατιστικών υποθέσεων εφαρμόσθηκε, ανάλογα με τη φύση των συγκρίσεων, student t-test, δοκιμασία χ^2 και ANOVA.

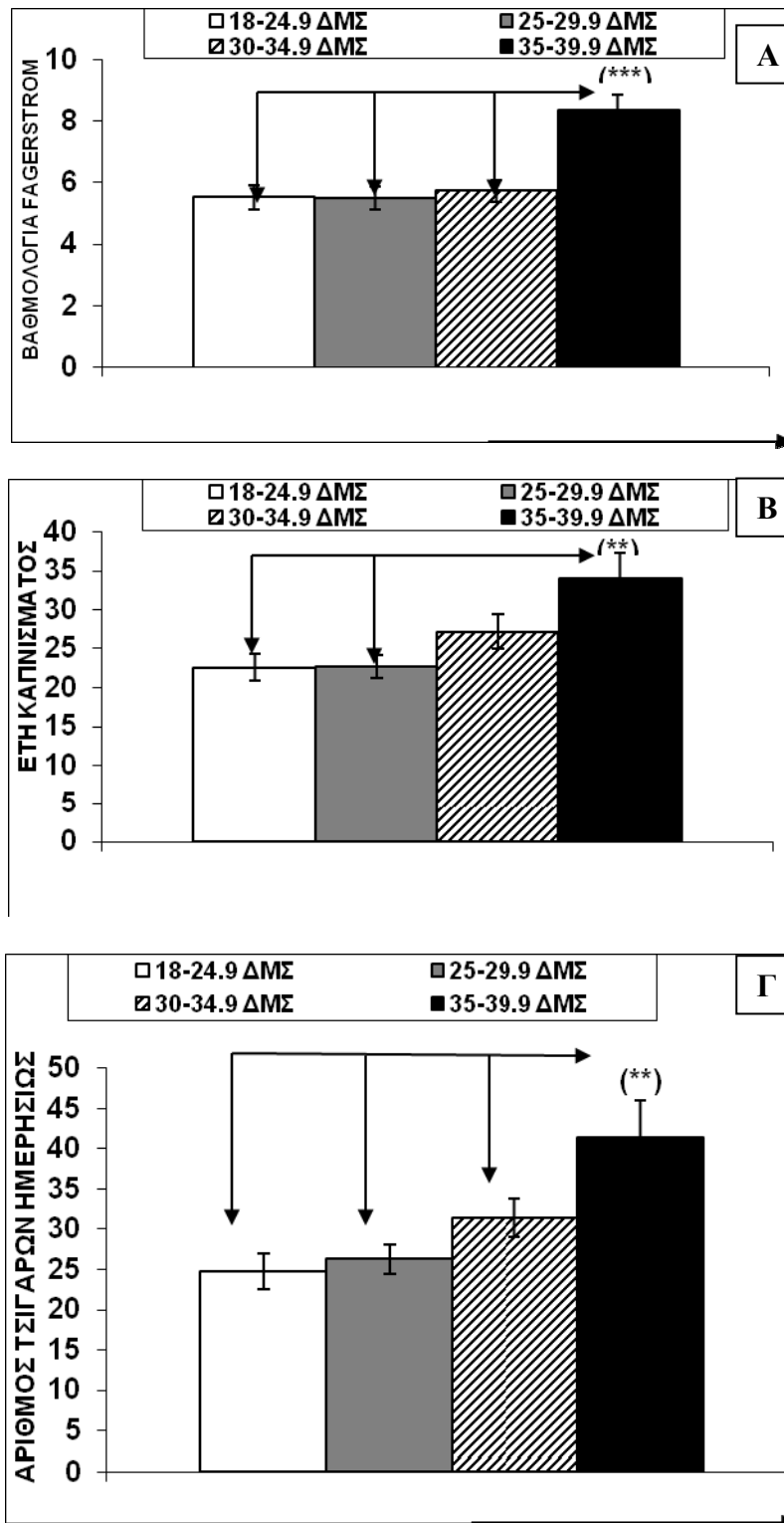
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Όσον αφορά τα παραμετρικά χαρακτηριστικά των ασθενών η στατιστικά σημαντική διαφορά που βρέθηκε ήταν η μεγαλύτερη ηλικία έναρξης καπνίσματος στη ομάδα 1 σε σχέση με την ομάδα 2 (Πίνακας 1). Ως προς τα μη παραμετρικά χαρακτηριστικά, στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ

των δύο ομάδων βρέθηκε ως προς τον τόπο κατοικίας, το επίπεδο μόρφωσης και το βαθμό κινητοποίησης (Πίνακας 2).

Στο διάγραμμα 1 παρατηρείται η θετική συσχέτιση του ΔΜΣ με το βαθμό εξάρτησης από τη νικοτίνη (Διάγραμμα 1Α), το μακροχρόνιο κάπνισμα (Διάγραμμα 1Β), και τη βαρύτητα του καπνίσματος (Διάγραμμα 1Γ).

Στην ομάδα 2 το ποσοστό καπνιστών έτοιμων να διακόψουν το κάπνισμα ήταν 86,84%, έναντι της ομάδας 1 που είχε μόλις 34,92% των καπνιστών της

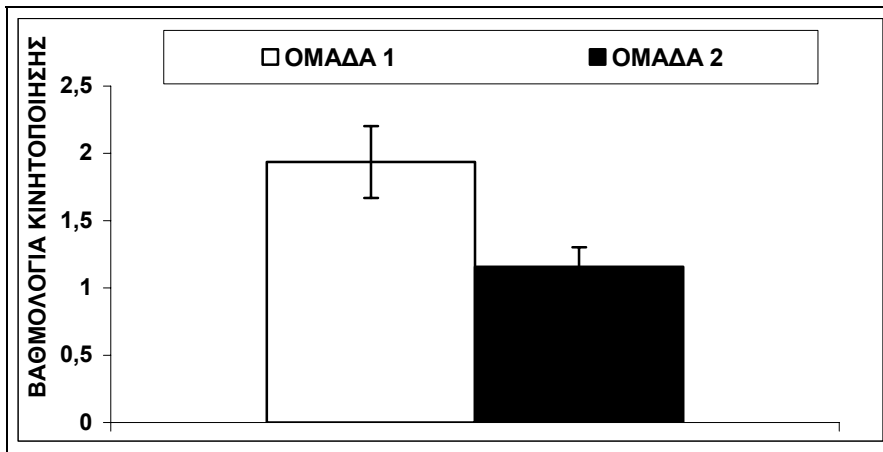


Διάγραμμα 1. Σύγκριση του βαθμού εξάρτησης από τη νικοτίνη κατά Fagerstrom (A), των ετών καπνίσματος (B) και του αριθμού τσιγάρων ημερησίως (Γ) με το ΔΜΣ, **p<0,01, *** p<0,001.

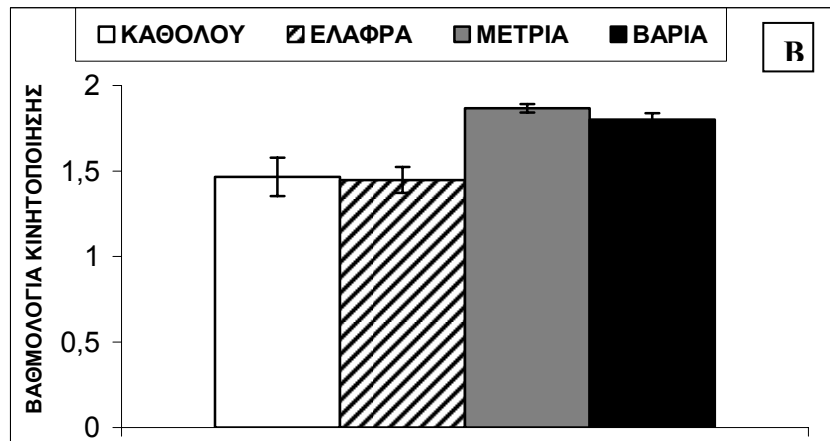
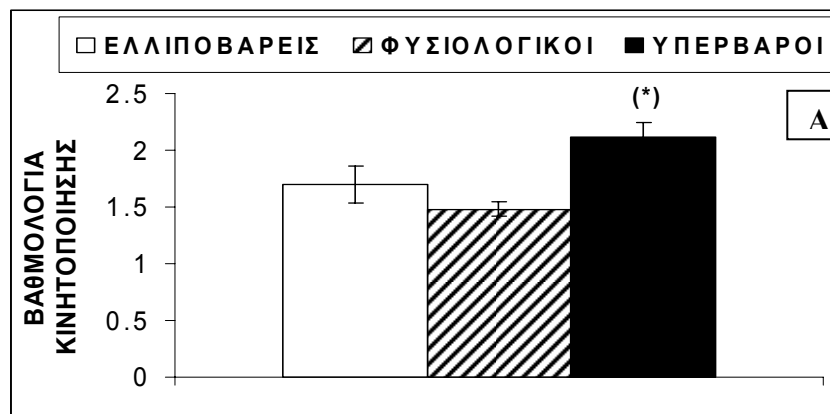
στη συγκεκριμένη κατηγορία (Διάγραμμα 2).

Στο διάγραμμα 3A φαίνεται ότι όσοι ήταν υπέρβαροι κατά την εφηβεία ήταν λιγότερο κινητοποιημένοι σε σύγκριση με τις ομάδες των ελλιποβαρών και εκείνων με φυσιολογικό βάρος σώματος. Τα άτομα με μέτρια και βαριά κατανάλωση αλκοόλ χρήζουν περισσότερης κινητοποίησης (Διάγραμμα 3B) καθώς και όσοι καπνίζουν στο χώρο εργασίας τους (Διάγραμμα 3Γ).

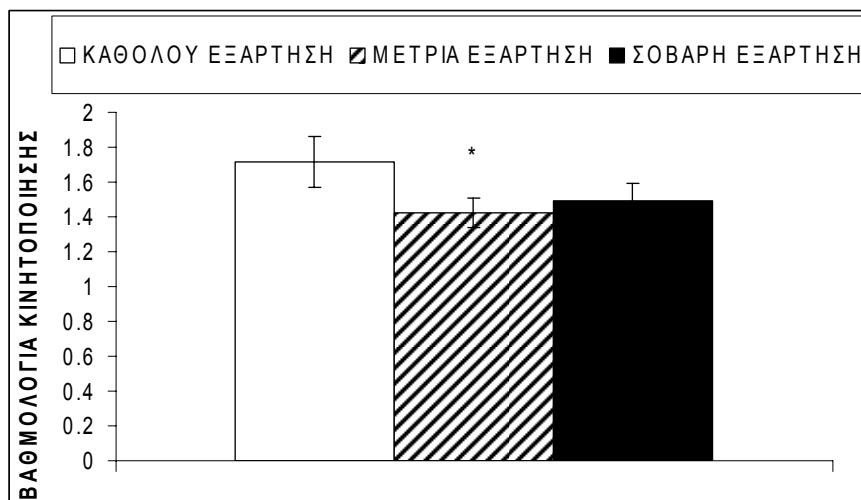
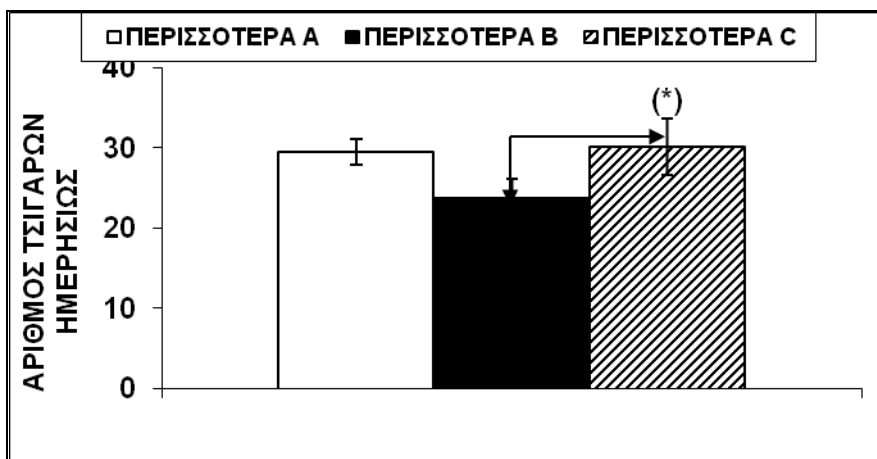
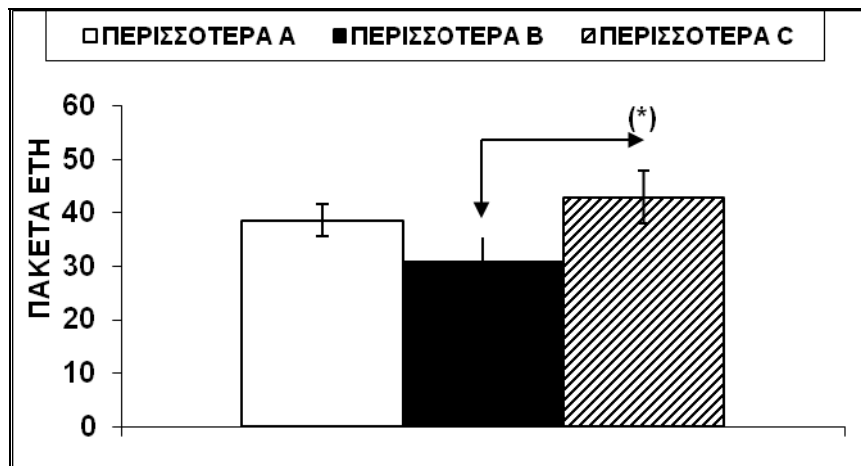
Συγκρίνοντας τη βαθμολογία κινητοποίησης με τα χαρακτηριστικά της καπνισματικής συνήθειας βρέθηκε συσχέτιση με στατιστικώς σημαντική διαφορά στους καπνιστές με περισσότερα πακέτα έτη και μεγαλύτερη βαθμολογία κινητοποίησης (Διάγραμμα 4A). Επιπρόσθετα, οι καλά κινητοποιημένοι καπνιστές που συγκέντρωναν μεσαία βαθμολογία κινητοποίησης κάπνιζαν λιγότερα τσιγάρα ημερησίως (Διάγραμμα 4B) και είχαν μέτρια εξάρτηση από τη νικοτίνη (Διάγραμμα 4Γ).



Διάγραμμα 2. Σύγκριση της βαθμολογίας κινητοποίησης μεταξύ των δύο ομάδων ασθενών, *** $p < 0,001$. (Η μεγαλύτερη βαθμολογία αντιστοιχεί σε μικρότερο βαθμό κινητοποίησης)



Διάγραμμα 3. Συσχέτιση του βαθμού κινητοποίησης με το ΔΜΣ πριν την ηλικία των 18 (Α), την κατανάλωση αλκοόλ (Β) και το κάπνισμα στην εργασία (Γ), * $p < 0,05$.



Διάγραμμα 4. Συσχέτιση της βαθμολογίας κινητοποίησης με τα πακέτα έτη (Α), τον αριθμό τσιγάρων ημερησίως (Β) και το βαθμό εξάρτησης από τη νικοτίνη (Γ),* $p < 0,05$.

Δεν βρέθηκε στατιστικώς σημαντική διαφορά στη συσχέτιση μεταξύ της βαθμολογίας κινητοποίησης και του ΔΜΣ, του επιπέδου μόρφωσης, της ηλικίας, του φύλου και της κατοικίας (τα αποτελέσματα δεν φαίνονται).

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Συνοπτικά, στην παρούσα μελέτη βρέθηκε ότι τα άτομα της ομάδας 1 (διαιτολογικό γραφείο και πρόγραμμα ανίχνευσης ΧΑΠ) είχαν μικρότερο ποσοστό πανεπιστημιακής μόρφωσης, κατοικούσαν

σε χωριό, είχαν μεγαλύτερη ηλικία έναρξης του καπνίσματος και μικρότερη κινητοποίηση συγκριτικά με της ομάδας 2 (Ιατρείο Διακοπής Καπνίσματος). Τα άτομα που είχαν αυξημένο βάρος κατά την παιδική και εφηβική ηλικία ή έκαναν μέτρια ή βαριά κατανάλωση αλκοόλ, κάπνιζαν στο εργασιακό τους περιβάλλον και είχαν μεγαλύτερο αριθμό σε πακέτα/έτη ήταν και εκείνα που έχρηζαν μεγαλύτερης κινητοποίησης για τη διακοπή του καπνίσματος.

Αν και τα οφέλη για την υγεία από τη διακοπή καπνίσματος είναι αναμφισβήτητα, η προθυμία για

διακοπή του καπνίσματος καθώς και η επιτυχής διακοπή του, συχνά κινδυνεύουν από πεπτοιθήσεις με κυριότερη εκείνη που αναφέρεται στην αύξηση του βάρους σώματος μετά τη διακοπή καπνίσματος. Έχει αποδειχθεί ότι πολλοί παράγοντες συνδέονται με μεγαλύτερο κίνδυνο αύξησης του σωματικού βάρους μετά τη διακοπή της καπνισματικής συνήθειας όπως το γυναικείο φύλο, η φυλή, ο χαμηλός ΔΜΣ, το ανώτατο σωματικό βάρος κατά το παρελθόν, η μεγαλύτερη προηγούμενη κατανάλωση τσιγάρων, οι υψηλές συγκεντρώσεις κοτινίνης στη σίελο, η κατανάλωση αλκοόλ, η έλλειψη σωματικής δραστηριότητας, οι κακές διατροφικές συνήθειες και η κακή ποιότητα ύπνου¹². Παρόλο που η αύξηση του βάρους σώματος, που ακολουθεί τη διακοπή του καπνίσματος, έχει διερευνηθεί εκτενώς και έχει εδραιωθεί, εντούτοις, ελάχιστα δεδομένα έχουμε για τη σχέση μεταξύ του δείκτη μάζας σώματος (ΔΜΣ) και της εξάρτησης από τη νικοτίνη αλλά και του βαθμού κινητοποίησης για τη διακοπή του καπνίσματος.

Παρατηρήθηκε θετική συσχέτιση του ΔΜΣ με τα έτη καπνίσματος. Η αύξηση του βαθμού παχυσαρκίας που ουσιαστικά σημαίνει κακές διατροφικές επιλογές και απουσία φυσικής δραστηριότητας, συνοδεύεται τις περισσότερες φορές και με άλλες μακροχρόνιες έξεις όπως το κάπνισμα σαν μια ακόμη συνιστώσα των επικίνδυνων για την υγεία συμπεριφορών. Σημαντική διαπίστωση είναι η θετική συσχέτιση του ΔΜΣ με τον αριθμό τσιγάρων ημερησίως. Στο συμπέρασμα αυτό συνηγορεί και το σύνολο των ερευνών όπου αναφέρουν ότι άτομα με υψηλό ΔΜΣ ήταν υπερ-αντιπροσωπευτικά ανάμεσα στους «μανιόδεις» καπνιστές, καταδεικνύοντας ότι οι φτωχές επιλογές ποιότητας ζωής αφορούν μεγάλο αριθμό συνιστωσών υγείας^{13,14,15}. Η θετική συσχέτιση του ΔΜΣ με την εξάρτηση, μπορεί να αποδοθεί στη σύνδεση της παχυσαρκίας με μια φτωχότερη αντίληψη για τον παράγοντα υγεία, χαμηλή αυτοπεποίθηση και άρνηση αποδοχής και αντιμετώπισης του προβλήματος, γεγονός που δημιουργεί άτομα πιο επιρρεπή σε εθισμούς¹⁶.

Παρατηρήθηκε ότι τα άτομα που επισκέπτονταν οικειοθελώς το Ιατρείο Διακοπής Καπνίσματος ήταν περισσότερο κινητοποιημένα σε σχέση με της ομάδας 1. Το φαινόμενο πιθανόν αποδίδεται στο γεγονός ότι τα περισσότερα άτομα, που επισκέπτονται ένα εξειδικευμένο ιατρείο, έχουν ήδη αποφασίσει να προσπαθήσουν να κόψουν το κάπνισμα. Επίσης θα πρέπει να αναφερθεί ότι οι απαντήσεις πολλές φορές είναι αυθόρμητες και επηρεάζονται από το ίδιο το γεγονός της λήψης του ερωτηματολογίου όπως και από το περιβάλλον, βασικό εμπόδιο που συναντούν συχνά και άλλοι ερευνητές^{16,17}.

Τα άτομα που ανέφεραν αυξημένο βάρος κατά την παιδική και εφηβική ηλικία είχαν την υψηλότερη βαθμολογία στο ερωτηματολόγιο κινήτρων και ανήκουν στην κατηγορία που χρειάζεται κινητοποίηση. Πιθανή αιτιολόγηση του αποτελέσματος είναι ότι υιοθετώντας κακές διατροφικές συνήθειες από νεαρή ηλικία έχουν αδιαφορήσει για την εικόνα τους και έχουν αναπτύξει μια αρνητική στάση ως προς το σύνολο των συνιστωσών που πλαισιώνουν την ευρεία έννοια της υγείας. Η χαμηλή κινητοποίηση των ατόμων με αυξημένο ΔΜΣ στην εφηβεία αποδίδεται στο μεγαλύτερο βαθμό εξάρτησης λόγω του μακροχρόνιου

καπνίσματος και στην ανάπτυξη παράλληλων ανθυγιεινών στάσεων-απόψεων για την υγεία¹⁸.

Συσχετίζοντας την εξάρτηση με το αλκοόλ βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά κυρίως για τις ομάδες με μέτρια και υψηλή κατανάλωση αλκοόλ σε σύγκριση με εκείνες με περιστασιακή ή ελαφρά κατανάλωση. Στην ίδια διαπίστωση συγκλίνει και το σύνολο των μελετών που θέτουν το αλκοόλ και το κάπνισμα ως ζευγαρωτές δραστηριότητες όπου η χρήση του αλκοόλ έχει οριστεί ως παράγοντας κινδύνου για την εμφάνιση εξάρτησης από τη νικοτίνη αλλά και το αντίστροφο δηλαδή η νικοτίνη από μόνη της μπορεί να δράσει σαν «νευροχημική πύλη» για την κατάχρηση αλκοόλ^{17,19}.

Η ομάδα καπνιστών με περισσότερα πακέτα/έτη και μεγαλύτερο αριθμό τσιγάρων ημερησίως χρειάζεται περισσότερη κινητοποίηση. Ενδεχομένως, τα συγκεκριμένα άτομα μέσα από μακροχρόνιες φτωχές αντιλήψεις και επιλογές υγείας, αδιαφορούν όλο και περισσότερο για την οριακή κατάσταση στην οποία έχουν επιφέρει τον οργανισμό τους ή έχουν άρνηση στο να αποδεχθούν την πραγματικότητα που δυστυχώς είναι η σταθερή αποδιοργάνωση του παράγοντα υγεία.

Οι επαγγελματίες υγείας θα ήταν χρήσιμο να εκπαιδευτούν σε αποτελεσματικές στρατηγικές προσέγγισης προκειμένου να βοηθήσουν τους καπνιστές να σταματήσουν το κάπνισμα και να υιοθετήσουν την ίδια στάση όπως με τις υπόλοιπες χρόνιες παθήσεις κατανοώντας τόσο την υποτροπιάζουσα φύση της ασθένειας όσο και την ανάγκη συνεχούς φροντίδας, κινητοποίησης και ενίσχυσης της προσπάθειας του χρόνια πάσχοντος ασθενούς²⁰.

Στους περιορισμούς της μελέτης περιλαμβάνονται το μικρό δείγμα ασθενών, η αυτοαναφορά για το βάρος στην εφηβεία, η δημογραφική κατανομή, ο διαφορετικός τρόπος και τόπος λήψης των ερωτηματολογίων και η έλλειψη επανελέγχου.

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Shiffman S. Assessing smoking patterns and motives. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1993; 61:732-742.
2. Bernstein SL, Boudreaux ED, Cabral L et al. Nicotine dependence, motivation to quit, and diagnosis among adult emergency department patients who smoke: a national survey. *Nicotine Tob Res*. 2008; 10(8):1277-82.
3. World Health Organization. *Targets for health for all*. Copenhagen: WHO, Regional Office for Europe, 1991.
4. Mokdad AH, Marks JS, Stoup DF, et al. Actual causes of death in the United States. 2004;291:1238-1245.
5. Αργυροπούλου- Πατάκα Π. Γυναίκα και Κάπνισμα. *Πνεύμων*. 2007;0(1):27-34.
6. Anderson T, Alfredsson L, Kallberg H, et al. Calculating measures of biological interaction. *Eur J Epidemiol*. 2005;20:575-579.
7. Ελληνική Πνευμονολογική Εταιρεία. Κάπνισμα και Καρκίνος στην Ελλάδα: Στατιστική της Κοινωνίας. 2007;6.
8. Gaur DS, Talekar MS, Pathak VP. Alcohol intake and cigarette smoking: impact of two major lifestyle factors on male fertility. *Indian J Pathol Microbiol*. 2010;53(1):35-40.
9. Kapoor D, Jones TH. Smoking and hormones in health and endocrine disorders. *Eur J Endocrinol*. 2005;152(4):491-9.

10. Pinheiro MM, dos Reis Neto ET, Machado FS. Risk factor for osteoporotic fractures and low density in pre and postmenopausal women. *Rev Saude Publica*. 2010;44(3):479-85.
11. Zhu JL, Obel C, Hammer Bech B, et al. Infertility, infertility treatment, and fetal growth restriction. *Obstet Gynecol*. 2007;110(6):1326-34.
12. Harrison LRE, Hinson ER, McKee AS. Experimenting and daily smokers: Episodic patterns of alcohol and cigarette use. *Addict Behav*. 2009; 34(5):484-486.
13. WHO (World Health Organization). Global Database on Body Mass Index. Department of Chronic Diseases and Health Promotion. Geneva, 2005.
14. Kahn B, Flier JS. Obesity and insulin resistance. *Journal of Clinical Investigation*. 2000;106:473-481.
15. Munafo MR, Tilling K, Shlomo YB. Smoking status and body mass index: A longitudinal study. *Nicotine and Tobacco Research*. 2009;11 (6):765-771.
16. Lissner L, Bengtsson C, Lapidus L, et al. Smoking Initiation and Cessation in relation to body fat distribution based on data from study of Swedish women. *Am J Public Health*. 1992;82: 273-275.
17. French SS, Jeffery R, Klesges LM, et al. Weight concerns and change in smoking behavior over two years in a working population. *Am J Public Health*. 1995;85:720-722.
18. Dalstra JA, Kunst AE, Borrell C, et al. Socioeconomic differences in the prevalence of common chronic diseases: an overview of eight European countries. *International Journal of Epidemiology*. 2005;34:316-325.
19. Grucza RA, Bierut LJ. Cigarette Smoking and the Risk for Alcohol Disorders Among Adolescence Drinkers. *Alcohol Clin Exp Res*. 2006;30(12):2046-2054.
20. Μητρούσκα Ι. Νεότερες Θεραπευτικές Παρεμβάσεις στη διακοπή του καπνίσματος. *Ιατρικές Εξελίξεις*. 2007;7-9.