

## Κάπνισμα: η σχέση με τη χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια και ο ρόλος των επαγγελματιών υγείας

Αικ. Ρούλα <sup>1</sup>, Κ. Τσάρας <sup>2</sup>, Ι. Παπαθανασίου <sup>2</sup>

<sup>1</sup>Ειδικός Εφαρμογών Πληροφορικής, Φοιτήτρια, και <sup>2</sup>Επίκουροι Καθηγητές, Τμήμα Νοσηλευτικής ΤΕΙ Θεσσαλίας

### ΠΕΡΙΛΗΨΗ

**Εισαγωγή.** Το κάπνισμα είναι ένα φαινόμενο, το οποίο κατά την διάρκεια του 20ου αιώνα έλαβε διαστάσεις πανδημίας. Αποτελεί την πρώτη αιτία θνησιμότητας, νοσηρότητας, αναπηρίας και την κύρια αιτία για την εμφάνιση της χρόνιας αποφρακτικής πνευμονοπάθειας (ΧΑΠ). **Σκοπός.** Η παρούσα ανασκόπηση έχει ως στόχο να παρουσιάσει τα νεότερα βιβλιογραφικά δεδομένα που αφορούν τις βλαπτικές επιδράσεις του καπνίσματος στον ανθρώπινο οργανισμό, τη σχέση καπνίσματος και ΧΑΠ και τις παρεμβάσεις που μπορεί να εφαρμόσει ο επαγγελματίας υγείας για τη διακοπή του καπνίσματος τη μείωση εμφάνισης της ΧΑΠ και των ασθενειών που συνδέονται με το κάπνισμα. **Μεθοδολογία.** Πραγματοποιήθηκε βιβλιογραφική ανασκόπηση στις βάσεις δεδομένων PubMed, Google Scholar, Scopus για άρθρα που δημοσιεύθηκαν μετά το 2004. Οι λέξεις ευρετηριασμού που χρησιμοποιήθηκαν ήταν «κάπνισμα», «χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια», «επαγγελματίες υγείας», «διακοπή καπνίσματος». **Αποτελέσματα.** Στη σχετική βιβλιογραφία καταδεικνύεται ότι το κάπνισμα έχει βλαπτική επίδραση στον ανθρώπινο οργανισμό, προκαλώντας σωρεία ασθενειών. Αποτελεί τον κυριότερο αιτιολογικό παράγοντα για την ανάπτυξη χρόνιας αποφρακτικής πνευμονοπάθειας, καρκίνου πνεύμονα, καρδιαγγειακών παθήσεων και είναι ένας από τους πλέον σημαντικούς παράγοντες κινδύνου για πολλές παθολογικές καταστάσεις. Οι μελέτες δείχνουν ότι η καπνιστική συνήθεια και κατ' επέκταση η ΧΑΠ μπορεί να προληφθεί και να ανατραπεί. Για να μπορέσει να επιτευχθεί ο έλεγχος της νόσου σημαντικός είναι ο ρόλος των επαγγελματιών υγείας και ιδιαιτέρως των νοσηλευτών. **Συμπεράσματα.** Το κάπνισμα αποτελεί παγκοσμίως τη σοβαρότερη αιτία ασθενειών, ανικανότητας και πρόωρων θανάτων. Η ΧΑΠ είναι μια ασθένεια που μπορεί να ιαθεί σε ικανοποιητικό βαθμό βελτιώνοντας την ποιότητα ζωής και επιμηκώνοντας το προσδόκιμο επιβίωσης. Γίνονται διεθνώς προσπάθειες από τους επαγγελματίες υγείας για την πρόληψη του φαινομένου με ικανοποιητικά αποτελέσματα. Οι επαγγελματίες υγείας μπορούν να συμβάλουν σημαντικά στη μείωση της συχνότητας χρήσης της νικοτίνης και στην έγκαιρη ανίχνευση της ΧΑΠ, κυρίως μέσω της ολιστικής προσέγγισης και των προληπτικών παρεμβάσεων.

**Λέξεις ευρετηρίου:** κάπνισμα, ΧΑΠ, επαγγελματίες υγείας, πρόληψη.

### Παραπομπή

A. Ρούλα, Κ. Τσάρας, Ι. Παπαθανασίου. Κάπνισμα: η σχέση με τη χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια και ο ρόλος των επαγγελματιών υγείας. *Επιστημονικά Χρονικά* 2015;20(1): 41-53

### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το κάπνισμα κατά τη διάρκεια του 20ου αιώνα έλαβε διαστάσεις πανδημίας προκαλώντας 100 εκατομμύρια θανάτους

παγκοσμίως. Σύμφωνα με ενημερωτικό δελτίο του ΠΟΥ, που εκδόθηκε το Μάιο του 2014, το ενεργητικό και παθητικό κάπνισμα σκοτώνει σχεδόν 6 εκατομμύρια ανθρώπους ετησίως σε

όλο τον κόσμο, εκ των οποίων πάνω από 600.000 είναι παθητικοί καπνιστές [1]. Στην Ευρώπη 700.000 άνθρωποι πεθαίνουν κάθε χρόνο λόγω του καπνίσματος και σχεδόν 13 εκατομμύρια υποφέρουν από αρρώστιες που σχετίζονται με το κάπνισμα, με αποτέλεσμα οι συνέπειες να είναι καταστρεπτικές για την οικονομία, την κοινωνία και τα συστήματα υγείας [2]. Σύμφωνα με το τελευταίο ευρωβαρόμετρο του 2012, η Ελλάδα κατέχει το υψηλότερο ποσοστό καπνιστών, μεταξύ των μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης, αλλά και μεταξύ των μελών του ΟΟΣΑ [3,4]. Μάλιστα για το έτος 2012 ο επιπολασμός του καπνίσματος ανέρχεται στο 41% (45% στους άνδρες και 38% στις γυναίκες) [5].

Οι βλαπτικές επιδράσεις του καπνίσματος είναι τεκμηριωμένες από τα αποτελέσματα πολύχρονων ερευνών. Το κάπνισμα προκαλεί βλάβες σχεδόν σε όλα τα βασικά όργανα του σώματος και σωρεία ασθενειών. Άρρηκτα συνδεδεμένη με τη καπνιστική συνήθεια είναι η Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια (ΧΑΠ) ή αλλιώς νόσος των καπνιστών, η οποία αποτελεί μία από τις κυριότερες αιτίες νοσηρότητας και θνησιμότητας, ιδιαίτερος στην Ευρώπη. Μάλιστα, οι περισσότεροι από τους μισούς που πάσχουν από ΧΑΠ αγνοούν τη σοβαρότητα της κατάστασής τους, ενώ το συνολικό κόστος της ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης και των νοσηλείων είναι τεράστιο. Επειδή η ΧΑΠ σχετίζεται άμεσα με την καπνιστική συνήθεια, ο επιπολασμός της μπορεί να μειωθεί κυρίως με τον αποτελεσματικό έλεγχο του καπνίσματος. Τα τελευταία χρόνια γίνονται εντατικοποιημένες προσπάθειες από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, ο οποίος κατέταξε τη ΧΑΠ ανάμεσα στις πέντε πιο επικίνδυνες αρρώστιες της επόμενης χιλιετίας και συντονίζει προσπάθειες για την αντιμετώπισή της [6]. Το

ελπιδοφόρο μήνυμα είναι ότι τόσο το κάπνισμα, όσο και η ΧΑΠ μπορούν να προληφθούν. Σε αυτή την προσπάθεια σημαντική είναι η συμβολή της Ελληνικής και Ευρωπαϊκής Πνευμονολογικής Εταιρείας για την ενημέρωση και ευαισθητοποίηση του κοινού, αλλά και την επιμόρφωση των επαγγελματιών υγείας.

Η παρούσα ανασκοπική εργασία έχει ως στόχο να παρουσιάσει στοιχεία που αφορούν τη σχέση του καπνίσματος με τη χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια, καθώς και το ρόλο του επαγγελματία υγείας στη διακοπή του καπνίσματος και τη μείωση εμφάνισης της ΧΑΠ.

## **ΟΡΙΣΜΟΣ ΧΡΟΝΙΑΣ ΑΠΟΦΡΑΚΤΙΚΗΣ ΠΝΕΥΜΟΝΟΠΑΘΕΙΑΣ**

Σύμφωνα με τις θέσεις της Αμερικανικής και Ευρωπαϊκής Πνευμονολογικής Εταιρείας, καθώς και της Παγκόσμιας Πρωτοβουλίας για τη χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια, ως ΧΑΠ ορίζεται μια κοινή θεραπεύσιμη ασθένεια, που μπορεί να προληφθεί, η οποία χαρακτηρίζεται από επίμονο προοδευτικό περιορισμό της ροής του αέρα στους αεραγωγούς και σχετίζεται με μια ενισχυμένη χρόνια φλεγμονώδη απάντηση των αεραγωγών και των πνευμόνων στην εισπνοή επιβλαβών σωματιδίων ή αερίων [7,8]. Οι παροξύνσεις της νόσου, καθώς και τα συνοδά νοσήματα συμβάλλουν στη συνολική βαρύτητά της. Η ΧΑΠ είναι ένα σύνδρομο με πολλούς φαινοτύπους που συνοδεύεται από συστηματικές και τοπικές εκδηλώσεις. Δύο ασθένειες, οι οποίες καλύπτουν το μεγαλύτερο μέρος του φάσματος της νόσου είναι η χρόνια βρογχίτιδα και το εμφύσημα. Η χρόνια βρογχίτιδα είναι ένας χρήσιμος κλινικά και επιδημιολογικά όρος (ορίζεται ως βήχας και

φλέγμα για τουλάχιστον 3 μήνες ανά έτος, σε 2 συνεχόμενα έτη), που μπορεί να προηγείται ή να συμπίπτει με στένωση των αεραγωγών, αλλά μπορεί επίσης να παρατηρηθεί και σε ασθενείς χωρίς ΧΑΠ. Χαρακτηρίζεται ως απλή, λοιμώδης, αποφρακτική και τέλος ασθματοειδής βρογχίτιδα. Το εμφύσημα (βλάβη στη δομή των πνευμόνων) αποτελεί παθολογοανατομικό όρο, ο οποίος περιγράφει μία μόνο από τις πολλαπλές δομικές ανωμαλίες και βλάβες που χαρακτηρίζουν τη ΧΑΠ. Συμβαίνει στις περιοχές ανταλλαγής αερίων, στις κυψελίδες, όπου παρατηρούνται καταστροφή του πνευμονικού ιστού και δομικές μεταβολές στον πνεύμονα. Χαρακτηριστικά του εμφυσήματος είναι η υπερδιάταση των πνευμονικών λοβιδίων, η ρήξη των ενδοκυψελιδικών διαφραγμάτων και η απώλεια της αναπνευστικής μεμβράνης. Ανάλογα με την ανατομική του θέση διακρίνεται σε πανλοβιώδες, περιλοβιώδες, κεντρολοβιακό και ακανόνιστο. [7,8]

## Η ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΧΡΟΝΙΑΣ ΑΠΟΦΡΑΚΤΙΚΗΣ ΠΝΕΥΜΟΝΟΠΑΘΕΙΑΣ

Η ΧΑΠ είναι η τέταρτη αιτία θανάτου σήμερα στην Ευρώπη και υπολογίζεται ότι θα είναι η τρίτη αιτία θανάτου και πέμπτη αιτία αναπηρίας στον κόσμο μέχρι το 2020 [7]. Περισσότεροι από 450-500 εκατομμύρια άνθρωποι παγκοσμίως πάσχουν από ΧΑΠ, ενώ η ίδια ασθένεια προκαλεί 3 εκατομμύρια θανάτους ετησίως και είναι υπεύθυνη για το 5% περίπου όλων των θανάτων παγκοσμίως [8]. Ο επιπολασμός της ΧΑΠ είναι υψηλότερος στους άνδρες παρά στις γυναίκες και αυξάνεται με την ηλικία. Στην Ευρώπη σε πληθυσμό άνω των 40 ετών, η μέτρια και σοβαρή ΧΑΠ κορμάνεται στο 5-10% του

πληθυσμού και εάν συμπεριληφθούν και τα ήπια περιστατικά, ο επιπολασμός ανέρχεται στο 15-20%. Σε άτομα ηλικίας άνω των 70 ετών, η μέτρια και σοβαρή ΧΑΠ είναι περίπου 20% στους άνδρες και 15% στις γυναίκες [9]. Στην Ελλάδα σύμφωνα με μελέτη της Ελληνικής Πνευμονολογικής Εταιρείας, το 8,4% δηλαδή περίπου 600.000 των ενήλικων καπνιστών πάσχουν από ΧΑΠ. Το ανησυχητικό είναι ότι οι περισσότεροι από τους μισούς ασθενείς δεν γνωρίζουν ότι πάσχουν, ενώ το 50% συνεχίζει να καπνίζει μετά τη διάγνωση της νόσου. Η συχνότητα εμφάνισης είναι 2,5 φορές μεγαλύτερη στους άνδρες (11,6% στους άνδρες έναντι 4,8% στις γυναίκες). Εκτιμάται ότι η ΧΑΠ ευθύνεται παγκοσμίως για περισσότερα από 29 εκατομμύρια χρόνια ζωής σε συνθήκες αναπηρίας (disability-adjusted life-years) [6]. Τεράστιος είναι ο αντίκτυπος στα συστήματα υγείας καθώς μόνο στο Ηνωμένο Βασίλειο, σημειώνονται τουλάχιστον διπλάσιες ιατρικές επισκέψεις για ΧΑΠ από ό,τι για στηθάγχη [10]. Στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής το εκτιμώμενο άμεσο κόστος της ΧΑΠ είναι 29.5 δις δολάρια και το έμμεσο κόστος 20.4 δις δολάρια ετησίως [7]. Στην Ευρώπη το συνολικό ετήσιο κόστος αγγίζει τα 38,7 δισεκατομμύρια ευρώ, ενώ για την Ελλάδα το κόστος νοσηλείας της κάθε σοβαρής παρόξυνσης κοστολογείται στα 1711,00 ευρώ. Μεγάλη πανευρωπαϊκή μελέτη που πραγματοποιήθηκε σε 16 ευρωπαϊκές χώρες, ανάμεσά τους συμπεριλαμβάνεται και η Ελλάδα, αναφέρει πως το 7% των Ελλήνων ασθενών με Χ.Α.Π. που θα νοσηλευτεί στο νοσοκομείο λόγω παρόξυνσης θα πεθάνει εντός τριών μηνών [6,11].

## ΑΙΤΙΑ ΚΑΙ ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ ΤΗΣ ΧΡΟΝΙΑΣ ΑΠΟΦΡΑΚΤΙΚΗΣ ΠΝΕΥΜΟΝΟΠΑΘΕΙΑΣ

Το 80- 90% των περιπτώσεων της ΧΑΠ οφείλεται στο κάπνισμα, ενεργητικό και παθητικό [8]. Περίπου το 40-50% των δια βίου καπνιστών θα εμφανίσουν ΧΑΠ, σε σύγκριση με το 10% των ανθρώπων που δεν έχουν καπνίσει ποτέ [9]. Άλλοι παράγοντες που συντελούν στην εμφάνιση της νόσου είναι η ατμοσφαιρική ρύπανση και η γήρανση του πληθυσμού. Οι άνθρωποι που ζουν περισσότερο είναι πιο πιθανό να βιώσουν τις συνέπειες της μακροχρόνιας έκθεσης σε παράγοντες κινδύνου. Η γενετική προδιάθεση, το χαμηλό βάρος γέννησης, το κάπνισμα κατά την κύηση, οι λοιμώξεις τα πρώτα χρόνια της ζωής, το άσθμα στην παιδική ηλικία και η έκθεση σε εισπνεόμενες ερεθιστικές ουσίες στο χώρο εργασίας φαίνεται να συντελούν στην εμφάνιση της νόσου [12].

Η ΧΑΠ χαρακτηρίζεται από χρόνια φλεγμονή των αεραγωγών, του πνευμονικού παρεγχύματος και του αγγειακού δικτύου των πνευμόνων. Τα μακροφάγα, τα CD8 λεμφοκύτταρα και τα ουδετερόφιλα είναι αυξημένα. Τα ενεργοποιημένα φλεγμονώδη κύτταρα απελευθερώνουν μια ποικιλία μεταβιβαστών, όπως λευκοτριένιο B4 (LTB4), ιντερλευκίνη 8(IL-8) και νεκρωτικό παράγοντα των όγκων (TNF-a), οι οποίοι προκαλούν βλάβες σε πνευμονικές δομές. Επίσης, σημαντικά στοιχεία στην παθογένεια της ΧΑΠ είναι μια διαταραχή της ισορροπίας μεταξύ των πρωτεϊνών και των αντιπρωτεϊνών στον πνεύμονα και του οξειδωτικού stress. Η φλεγμονή μπορεί να αποδοθεί στην έκθεση σε βλαπτικά εισπνεόμενα σωματίδια και αέρια, συμπεριλαμβανομένων του καπνίσματος και των ρύπων εσωτερικού χώρου. Αυτοί οι ερεθιστικοί παράγοντες προκαλούν απευθείας

ερεθισμό και φλεγμονή των πνευμόνων. Η πνευμονική λειτουργία στους περισσότερους μη καπνιστές ενήλικες χαρακτηρίζεται από μια σταδιακή μείωση του FEV1 κατά ένα ποσοστό της τάξης των 20ml ανά έτος περίπου, καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής τους. Οι ευαίσθητοι καπνιστές μπορεί να εμφανίσουν απώλεια της πνευμονικής λειτουργίας της τάξης των 50-60ml ανά έτος περίπου, καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής τους, ενώ σε εκείνους που έχουν έλλειψη της α1-αντιθριψίνης μπορεί η μείωση να φτάσει τα 100ml ανά έτος. Τα συμπτώματα αρχίζουν ήπια. Δυστυχώς, όταν προχωρήσει αρκετά πλέον η νόσος, ο ασθενής αρχίζει να έχει σοβαρά συμπτώματα με 2-3 κρίσεις επιδείνωσης το χρόνο, που συχνά τον οδηγούν στην εισαγωγή για νοσηλεία. Αν ο ασθενής συνεχίσει να αγνοεί τα ενοχλητικά συμπτώματα του βήχα, της απόχρεμψης και του εύκολου λαχανιάσματος (δύσπνοια) και συνεχίζει να καπνίζει, αφήνει τη νόσο να εξελιχθεί στην πιο προχωρημένη της μορφή, με αποτέλεσμα να του προκαλέσει αναπνευστική ανεπάρκεια και να τον καθηλώσει στο σπίτι με μηχανική υποστήριξη οξυγόνου [12,13].

## ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

Τα συμπτώματα εμφανίζονται σταδιακά και οι ασθενείς για κάποια χρόνια τα θεωρούν λανθασμένα ως μία φυσιολογική συνέπεια του καπνίσματος και της βιολογικής φθοράς. Τα πιο σημαντικά συμπτώματα της ΧΑΠ είναι η δύσπνοια, η κόπωση και ο χρόνιος βήχας, με ή χωρίς φλέγμα, συριγμό και σφίξιμο στο στήθος. Η δύσπνοια επιδεινώνεται συνήθως με την πάροδο του χρόνου, αλλά συχνά δεν είναι παρούσα σε ασθενείς με ήπια ή μέτρια ΧΑΠ. Ο βήχας και το φλέγμα συχνά προηγούνται της δύσπνοιας από αρκετά χρόνια πριν [12]. Η νόσος

αναπτύσσεται αργά με παροδικές εξάρσεις. Συνήθως οι μεσήλικοι καπνιστές χάνουν την ικανότητά τους για άσκηση και περίπου στη δεκαετία των 50 δεν είναι σε θέση να εργαστούν. Μάλιστα όταν ο ασθενής πλησιάσει τα 60, υπάρχει μια σημαντική απώλεια στην ποιότητα ζωής και λειτουργικής απόδοσης. Πολλοί ασθενείς χάνουν έως και 15 χρόνια από το προσδόκιμο επιβιώσής τους, λόγω της νόσου. Οι ασθενείς αυτοί χαρακτηρίζονται ως blue bloaters, καθώς εμφανίζουν κυάνωση, οιδήματα, μεγαλοκαρδία, υποτροπιάζοντα επεισόδια αναπνευστικής ανεπάρκειας, υπεραερισμό και κατακράτηση διοξειδίου του άνθρακα. Σε αυτή τη φάση χρειάζονται νοσηλείες στο νοσοκομείο που έχουν κακή πρόγνωση [12]. Οι ασθενείς στους οποίους επικρατεί το εμφύσημα έχουν σοβαρή δύσπνοια και χαρακτηρίζονται ως pink puffers, επειδή διατηρούν σχετικά φυσιολογική αρτηριακή τάση οξυγόνου και διοξειδίου του άνθρακα. Αυτοί παρουσιάζουν καχεξία, με εκσεσημασμένη αδυναμία και κόπωση και μυϊκή δυσλειτουργία. Έχουν την τάση να είναι αδύνατοι με πιθοειδή θώρακα, χωρίς κυάνωση ή οιδήματα μέχρι τα τελικά στάδια της νόσου. Οι περισσότεροι ασθενείς εντάσσονται σε μια «μικτή» κλινική κατηγορία με μικτούς χαρακτήρες βρογχίτιδας εμφυσήματος [12]. Η προέλευση της συστηματικής φλεγμονής στη ΧΑΠ δεν είναι σαφής, αλλά πιθανότατα είναι πολύ-παραγοντική. Συνυπάρχει με μια σειρά από άλλες παθήσεις, όπως καρδιαγγειακά νοσήματα (μετά από ένα επεισόδιο ο κίνδυνος για έμφραγμα τριπλασιάζεται), σακχαρώδη διαβήτη και υπέρταση, κακοήθεις νεοπλασίες, κατάθλιψη, μυοσκελετικά προβλήματα, οστεοπόρωση και αναιμία. Συγκεκριμένα συνυπάρχοντα νοσήματα, μπορεί να είναι συνέπεια ή να έχουν αιτιολογική συσχέτιση με την υποκείμενη ΧΑΠ. Το σίγουρο είναι ότι οι νοσηρότητες επηρεάζουν πολλαπλά την

έκβαση της νόσου ΧΑΠ [13,14]. Η κατάθλιψη θεωρείται ως μια από τις σημαντικότερες συννοσηρότητες. Ο κίνδυνος κατάθλιψης σε ασθενείς με σοβαρή ΧΑΠ είναι κατά δύομισή φορές υψηλότερος σε σύγκριση με ασθενείς που πάσχουν από ήπια ή μέτρια ΧΑΠ, ενώ ο αριθμός των ασθενών που εμφανίζουν κατάθλιψη αυξάνει, με την αύξηση της βαρύτητας της νόσου [15]. Διεθνώς, η κατάθλιψη σε ασθενείς με ΧΑΠ ανέρχεται σε ποσοστά που κυμαίνονται από 30% έως και πάνω από 50%, όταν στο γενικό πληθυσμό η παρουσία της κυμαίνεται στο 6-8% [19]. Στην Ελλάδα μελέτες καταγράφουν ανάλογα υψηλά ποσοστά καταθλιπτικής συμπτωματολογίας, που ξεπερνούν το 42% [16,17]. Αξίζει να σημειωθεί ότι οι ασθενείς με ΧΑΠ συνήθως πεθαίνουν από μη αναπνευστικά αίτια, όπως ο καρκίνος ή τα καρδιαγγειακά νοσήματα, αν και είναι δύσκολο να προσδιοριστεί η υποκείμενη αιτία θανάτου σε ασθενείς με πολλαπλά νοσήματα, ειδικά όταν παρεμβάλλεται ένας κοινός παράγοντας κινδύνου όπως το κάπνισμα [14].

## ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Παρά τη διαθεσιμότητα κατευθυντήριων οδηγιών, αρκετές μελέτες έδειξαν ότι η ΧΑΠ υποθεραπεύεται σε αρχικά στάδια, καθώς και σε προχωρημένα στάδια με ποσοστό που κυμαίνεται από 72% έως 93% [18]. Όπως συμβαίνει με τα περισσότερα χρόνια νοσήματα, η ΧΑΠ δεν είναι ιάσιμη. Η θεραπεία στοχεύει κυρίως στην επιβράδυνση της εξέλιξης της νόσου, την ανακούφιση των συμπτωμάτων, τη μείωση της συχνότητας και βαρύτητας των παροξυσμών, τη βελτίωση της αντοχής στην κόπωση και γενικά τη βελτίωση της ποιότητας της ζωής των νοσούντων. Στους περισσότερους ασθενείς, η συνολική επιβάρυνση της παθήσεως οφείλεται στην

ποικιλία των εξωπνευμονικών εκδηλώσεων της, που επιτείνουν την ανικανότητα και καθιστούν τη ΧΑΠ μια συστηματική πάθηση. Το διαγνωστικό κριτήριο για τη ΧΑΠ βασίζεται στη σπιρομέτρηση, επιβεβαιώνοντας τη μείωση του λόγου του εμπνεόμενου όγκου αέρα σε 1 δευτερόλεπτο (FEV1) σε βίαιη ζωτική χωρητικότητα (FVC). Σύμφωνα με τις Διεθνείς Κατευθυντήριες Οδηγίες (GOLD-2011) προκειμένου να αποφασιστεί η κατάλληλη θεραπευτική αγωγή πρέπει να επιβεβαιωθεί η διάγνωση και να σταδιοποιηθεί η βαρύτητα της νόσου. Για την εκτίμηση της βαρύτητας απαιτείται σπιρομετρική κατηγοριοποίηση και κατ'επέκταση κατάταξη της ΧΑΠ με βάση τη βαρύτητα της νόσου, καταγραφή των παροξύνσεων του προηγούμενου έτους και αξιολόγηση της βαρύτητας των συμπτωμάτων (CAT score - mMRC). Με βάση σπιρομετρικά κριτήρια, οι κατευθυντήριες οδηγίες κατά GOLD κατατάσσουν τους ασθενείς με ΧΑΠ σε τέσσερα στάδια: Ήπια ΧΑΠ (στάδιο I), Μέτρια ΧΑΠ (στάδιο II), Βαριά ΧΑΠ (στάδιο III), Πολύ βαριά ΧΑΠ (στάδιο IV). Επιπλέον, έχει αναγνωριστεί μία ξεχωριστή ομάδα ασθενών, οι οποίοι δεν πάσχουν από ΧΑΠ, αλλά βρίσκονται "σε κίνδυνο" (at risk) να αναπτύξουν ΧΑΠ και κατατάσσονταν στο στάδιο «0», αλλά έχει αφαιρεθεί από τις κατευθυντήριες οδηγίες GOLD του 2006, με δεδομένο ότι οι ασθενείς αυτού του σταδίου δεν θα αναπτύξουν υποχρεωτικά ΧΑΠ [7,19]. Πρόσθετος έλεγχος περιλαμβάνει την ακτινογραφία θώρακος που χρησιμεύει για να αποκλειστούν άλλες διαγνώσεις και να διαγνωστούν άλλα συνοδά νοσήματα [20]. Η θεραπεία κατά στάδιο περιλαμβάνει την αποφυγή παραγόντων κινδύνου (κάπνισμα, ρύπους), τον αντιγριπικό εμβολιασμό και τη χρήση βρογχοδιασταλτικών βραχείας δράσης. Επίσης, σημαντικά συμβάλλουν τα προγράμματα αποκατάστασης και η συνεχής

θεραπεία με ένα ή περισσότερα βρογχοδιασταλτικά μακράς δράσης. Η πρόωπη φαρμακευτική παρέμβαση σε συμπτωματικούς ασθενείς με ΧΑΠ είναι δυνατόν να τροποποιήσει τη φυσική πορεία της νόσου και να βελτιώσει την πρόγνωση. Μια άλλη παρέμβαση σε περιπτώσεις σοβαρής ΧΑΠ είναι η χρόνια οξυγονοθεραπεία. Μελέτες έδειξαν ότι η μακροχρόνια χορήγηση οξυγόνου (> 15 ώρες την ημέρα) σε ασθενείς με χρόνια αναπνευστική ανεπάρκεια και σοβαρή υποξαιμία αυξάνει την επιβίωση. Επιπλέον, ο μη-επεμβατικός μηχανικός αερισμός (MEMA) αποτελεί μια μέθοδο που χρησιμοποιείται όλο και περισσότερο σε ασθενείς με πολύ σοβαρή ΧΑΠ. Ο συνδυασμός του MEMA και της μακροχρόνιας θεραπείας με οξυγόνο μπορεί να είναι αποτελεσματικός σε ασθενείς με έντονη υπερκαπνία [7].

## ΟΙ ΔΥΣΜΕΝΕΙΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΑΠΟ ΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ

Στις μέρες μας, κάθε 6 δευτερόλεπτα ένας άνθρωπος πεθαίνει από τη χρήση του καπνού [1]. Το κάπνισμα, σκοτώνοντας έως και το ήμισυ των χρηστών του, προκαλεί στεφανιαία νόσο με ποσοστό θνησιμότητας 30 - 40% και καρκίνο του πνεύμονα με ποσοστό 90-95%. Τα ποσοστά θνησιμότητας για τον καρκίνο του φάρυγγα και του λάρυγγα ανέρχονται στο 75 - 85% και γενικότερα σχετίζονται με κάθε παθολογική κατάσταση [20]. Σημαντικές επιπτώσεις της καπνιστικής συνήθειας στον ανθρώπινο οργανισμό είναι οι παθήσεις του ανώτερου αναπνευστικού συστήματος. Το κάπνισμα αποτελεί την αιτία του 80-90% των κρουσμάτων από χρόνιες αποφρακτικές πνευμονοπάθειες (χρόνια βρογχίτιδα, άσθμα, πνευμονικό εμφύσημα). Το κάπνισμα σχετίζεται επίσης με τη βρεφική θνησιμότητα και τις εμβρυϊκές επιπλοκές κατά

την κήση, αυξάνει τον κίνδυνο προωρότητας, το σύνδρομο αιφνιδίου βρεφικού θανάτου (SIDS) και την έκτοπη κήση. Οι μη καπνιστές που εκτίθενται παθητικά στο κάπνισμα από το δευτερογενή και τριτογενή καπνό είναι κυρίως τα παιδιά, αντιμετωπίζοντας υψηλότερο κίνδυνο να προσβληθούν από χρόνιες πνευμονοπάθειες, όπως το άσθμα [22]. Ο ΠΟΥ εκτιμά ότι 1,6 εκατομμύρια θάνατοι και 38,5 εκατομμύρια DALYs ανά έτος μπορούν να αποδοθούν στο κάπνισμα στους εσωτερικούς χώρους [7]. Τέλος το κάπνισμα επηρεάζει αρνητικά το ανθρώπινο ανοσολογικό σύστημα με τη δημιουργία αυτοάνοσων διαταραχών [22].

## ΔΙΑΚΟΠΗ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΧΑΠ: Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΟΥ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΑ ΥΓΕΙΑΣ

Η παροχή ιατρικής φροντίδας με εξειδικευμένη και συστηματική θεραπεία για τη διακοπή του καπνίσματος έχει παγιωθεί, καθώς η επιστημονική κοινότητα έχει επισημάνει τη δυσκολία απεξάρτησης των καπνιστών από τη νικοτίνη [23]. Βασικός είναι ο ρόλος της πρωτοβάθμιας και της δευτεροβάθμιας πρόληψης, τόσο για τη διακοπή και την πρόληψη του καπνίσματος, όσο και για τη σωστή διαχείριση και αξιολόγηση των ασθενών με αναπνευστικά προβλήματα. Οι διαθέσιμες θεραπείες κάτω από την επίβλεψη και στήριξη των επαγγελματιών υγείας βελτιώνουν τα ποσοστά διακοπής σε ικανοποιητικό βαθμό [24]. Οι μελέτες δείχνουν ότι ο συνδυασμός της φαρμακολογικής και συμβουλευτικής παρέμβασης έχουν ακόμη μεγαλύτερα ποσοστά επιτυχίας [23,24]. Δυο είναι οι κατηγορίες φαρμάκων που είναι αποτελεσματικά στη διακοπή του καπνίσματος, τα οποία έχουν εγκριθεί από τον ΕΟΦ και τους αντίστοιχους οργανισμούς

των περισσότερων χωρών. Κατηγοριοποιούνται στα φάρμακα πρώτης και δεύτερης γραμμής, τα οποία πρέπει να χορηγούνται με ιατρική συνταγή. Τα φάρμακα πρώτης γραμμής αποτελούν τη θεραπεία υποκατάστασης νικοτίνης (Nicotine Replacement Therapy=NRT), καθώς ελαττώνουν την ένταση των συμπτωμάτων στέρησης, και την επιθυμία για κάπνισμα. Η Βουπροπριόνη είναι ήπιο αντικαταθλιπτικό. Θεωρείται ότι δρα στο κέντρο της απόλαυσης του τσιγάρου στον εγκέφαλο και προκαλεί απέχθεια για το τσιγάρο. Η Βαρενικλίνη αποτελεί ένα φαρμακευτικό σκεύασμα που δρα στους υποδοχείς της νικοτίνης στο κεντρικό νευρικό σύστημα. Δεν είναι αντικαταθλιπτικό, έχει όμως την ιδιότητα να ανακουφίζει από την έντονη επιθυμία για νικοτίνη και από τα στερητικά συμπτώματα. Οι δεύτερης εκλογής θεραπείες αφορούν στους ασθενείς που δεν απαντούν στις πρώτης εκλογής. Η νορτριπιλίνη, είναι ένα τρικυκλικό αντικαταθλιπτικό που χρησιμοποιείται στη διακοπή του καπνίσματος. Η κλονιδίνη, α2 αδρενεργικός αγωνιστής, αντιυπερτασικό φάρμακο που προκαλεί καταστολή και αγχώλυση, φαίνεται ότι μειώνει τα συμπτώματα του στερητικού συνδρόμου από τη διακοπή του καπνίσματος.

Μελέτες αποδεικνύουν ότι η συμβολή των επαγγελματιών αυξάνει την πιθανότητα ο ασθενής να κόψει το κάπνισμα, αρκεί ο γιατρός ή ο νοσηλεύτης να αφιερώσει στον ασθενή όχι περισσότερο από τρία λεπτά και φυσικά όσο αυτός ο χρόνος αυξάνεται πολλαπλασιάζονται και τα ποσοστά επιτυχίας [23-25]. Τα **στάδια υποστηρικτικής διαδικασίας διακοπής καπνίσματος** είναι πέντε και πρέπει να εφαρμόζονται με τη σειρά για τους ασθενείς που είναι αποφασισμένοι να διακόψουν το κάπνισμα. Τα στάδια αυτά αναφέρονται και ως πέντε άλφα (*the 5 A's*)

από τα αρχικά των αντίστοιχων αγγλικών λέξεων:

- **Ask:** Ρωτώ με σκοπό να εντοπίσω τους καπνιστές,
- **Advise:** Συμβουλευώ και ενημερώνω,
- **Assess:** Προσδιορίζω τα κίνητρα διακοπής,
- **Assist:** Βοηθώ στη διακοπή,
- **Arrange:** Καθορίζω ένα πλάνο τακτικής παρακολούθησης.

Παράλληλα για την πληθυσμιακή ομάδα των ασθενών που δεν είναι έτοιμοι να διακόψουν το κάπνισμα μπορούν να εφαρμοστούν πέντε διαφορετικά **στάδια παρέμβασης** τα πέντε ρο (*the 5 R'S*), από τα αρχικά των αντίστοιχων αγγλικών λέξεων:

- **Relevance:** Ατομική κινητοποίηση,
- **Risks:** Επισήμανση κινδύνων,
- **Rewards:** Αναφορά στα οφέλη διακοπής,
- **Roadblocks:** Συζήτηση προβλημάτων,
- **Repetition:** Πρόληψη υποτροπής.

Αξίζει να σημειωθεί πως όλες οι παραπάνω παρεμβάσεις μπορούν να εφαρμοστούν, όχι μόνο από τους θεράποντες ιατρούς, αλλά και από όλους τους επαγγελματίες υγείας που έρχονται σε επαφή με τον ασθενή - καπνιστή [23-25].

Σύμφωνα με το τελευταίο Ευρωβαρόμετρο, η Ελλάδα κατέχει το υψηλότερο ποσοστό έκθεσης στο παθητικό κάπνισμα σε χώρους εστίασης και διασκέδαση, ενώ το 71% των ερωτώμενων δήλωσε ότι επισκέφθηκε μπαρ και χώρους εστίασης τους τελευταίους 6 μήνες όπου κάπνιζαν [4]. Ωστόσο, η ηγεσία του Υπουργείου Υγείας προχώρησε σε εξαγγελίες νέων μέτρων, για την εκ νέου ενεργοποίηση του αντικαπνιστικού νόμου, με εντατικοποίηση των ελέγχων για την εφαρμογή του. Επιπλέον, το Μάρτιο του 2014

ανακοινώθηκε νομοθετική ρύθμιση για τη συγκρότηση Ιατρικών Διακοπής Καπνίσματος στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, στα πλαίσια λειτουργίας μονάδων και υπηρεσιών του Πρωτοβάθμιου Εθνικού Δικτύου Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ.). Ιδιαίτερα σημαντική, είναι η πρόσφατη ανακοίνωση από την πολιτεία και η πρόθεση να εντάξει στη θετική λίστα φαρμάκων τα σκευάσματα για τη φαρμακευτική θεραπεία τη διακοπή του καπνίσματος από τα Ασφαλιστικά Ταμεία [26].

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Το κάπνισμα επιδρά βλαπτικά στον ανθρώπινο οργανισμό καθιστώντας επιτακτική την ανάγκη αποτελεσματικών παρεμβάσεων για τη διακοπή και τη μείωση του επιπολασμού της καπνιστικής συνήθειας. Σύμφωνα με τον ΠΟΥ αν δεν ληφθούν πιο δραστικά και αποτελεσματικά μέτρα, το κάπνισμα θα σκοτώσει μέχρι και 8 εκατομμύρια ανθρώπους έως το 2030, από τους οποίους πάνω από το 80% θα ανήκει σε τάξεις μεσαίου ή χαμηλού εισοδήματος [1]. Οι καπνιστές χάνουν τουλάχιστον μία δεκαετία από το προσδόκιμο ζωής, σε σχέση με εκείνους που δεν έχουν καπνίσει ποτέ, ενώ η διακοπή πριν από την ηλικία των 40 ετών μειώνει τον κίνδυνο θανάτου που σχετίζεται με τη χρήση καπνού κατά περίπου 90% [27].

Το κάπνισμα συνδέεται με σωρεία ασθενειών και κυρίως με ταχεία έκπτωση της πνευμονικής λειτουργίας και αυξημένη θνησιμότητα. Η νόσος που οφείλεται κυρίως στη χρήση προϊόντων καύσης καπνού είναι η ΧΑΠ, η οποία αποτελεί ένα μείζον πρόβλημα υγείας και σημαντικό οικονομικό φορτίο σε παγκόσμια κλίμακα. Λαμβάνοντας υπόψη ότι το κόστος της θεραπείας της ΧΑΠ αυξάνεται συνεχώς, ενώ ο προϋπολογισμός

για την υγεία που σχετίζεται με τη νόσο μειώνεται συνεχώς, η ανάγκη για έγκαιρη διάγνωση είναι επιτακτική. Η έγκαιρη και έγκυρη ανίχνευση και διάγνωση σε συνδυασμό με την αποτελεσματική θεραπεία μπορούν να αλλάξουν τη φυσική πορεία της νόσου. Οι βασικοί στόχοι της θεραπείας της ΧΑΠ παραμένουν η ανακούφιση από τα συμπτώματα, η πρόληψη, η θεραπεία των παροξύνσεων και των επιπλοκών της νόσου.

Η διακοπή του καπνίσματος είναι η πιο αποτελεσματική παρέμβαση για να μειωθεί ο κίνδυνος ανάπτυξης ΧΑΠ και να σταματήσει η εξέλιξη της νόσου. Κατευθυντήριες οδηγίες για τη θεραπεία της ΧΑΠ είναι διαθέσιμες παγκοσμίως, αλλά δεν είναι γνωστό αν εφαρμόζονται ευρέως. Βέβαια η δυνατότητα πρόληψης υπάρχει τόσο σε ατομικό, όσο και σε κοινωνικό επίπεδο. Πρέπει, λοιπόν, να αναπτυχθούν στρατηγικές πρωτογενούς, δευτερογενούς και τριτογενούς πρόληψης της νόσου, μέσα από μια διαδικασία ολιστικής προσέγγισης. Οι κρατικοί φορείς υπεύθυνοι για την υγειονομική περίθαλψη πρέπει να δώσουν κίνητρα στους επαγγελματίες υγείας, να στοχεύσουν στην ολοκληρωμένη εκπαίδευση του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού, και να συμβάλλουν στη χρήση συστημάτων τα οποία επιτρέπουν πρόσβαση σε εξειδικευμένες γνώσεις και σε πληροφορίες που αφορούν τους ασθενείς.

Ο ρόλος των επαγγελματιών υγείας θεωρείται σημαντικός, διότι οι επαγγελματίες μπορούν να συμβάλλουν σημαντικά στην επιτυχία των προγραμμάτων διακοπής καπνίσματος, υιοθετώντας τη νοοτροπία κατά του καπνίσματος ως στάση ζωής, καθώς αποτελούν πρότυπα υγείας. Στόχος όλων, και κυρίως αυτών που βρίσκονται στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, είναι να αφουγκράζονται κάθε πιθανό ασθενή που

μπορεί να πάσχει από ΧΑΠ και να τον παραπέμπουν για σπυρομετρικό έλεγχο.

Αυτό που πρέπει να τονιστεί ιδιαίτερα, είναι ότι η ΧΑΠ είναι μια πολύ σοβαρή ασθένεια που εξελίσσεται αργά και καταλήγει σε πολυοργανική ανεπάρκεια, επηρεάζοντας σχεδόν όλα τα συστήματα του οργανισμού. Βασικό χαρακτηριστικό αυτής της πληθυσμιακής ομάδας των ασθενών που πάσχουν από χρόνια απόφραξη των πνευμόνων είναι η ψυχική και σωματική έκπτωση και λειτουργία. Η ποιότητα ζωής, ένα σύμπλεγμα παραμέτρων που απαρτίζεται από τρεις διαστάσεις τη σωματική ευεξία, την ψυχική και την κοινωνική ευεξία, δυστυχώς απουσιάζει από τους ασθενείς με ΧΑΠ, καθώς επισκιάζεται από την κλινική κατάσταση και τις παροξύνσεις της νόσου. Επιπλέον, χαρακτηριστικό γνώρισμα των ασθενών είναι η κοινωνική απομόνωση και η παραίτηση από τη ζωή. Η θέση των φροντιστών τις περισσότερες φορές είναι δύσκολη με μεγάλο ψυχικό κόστος. Για το λόγο αυτό κατά το σχεδιασμό της ιατρικής και νοσηλευτικής φροντίδας είναι απαραίτητο να λαμβάνεται υπόψη ότι η ΧΑΠ είναι μία χρόνια ασθένεια με πολλές συννοσηρότητες. Λόγω των παθολογικών χαρακτηριστικών της νόσου, των συνοδών νοσημάτων, της αυξημένης ηλικίας και της πολυφαρμακίας, πολλές φορές παρατηρείται σε αυτά τα άτομα οργανικό ψυχοσύνδρομο όπως, συγχυτικές καταστάσεις, delirium καθιστώντας τα μη συνεργάσιμα στη θεραπεία, καθώς η χορήγηση αντιψυχωσικών φαρμάκων απαιτεί ιδιαίτερη προσοχή [28].

Καθοριστικός λοιπόν είναι ο ρόλος των επαγγελματιών υγείας, κυρίως στη διερεύνηση μεθόδων προσέγγισης των ασθενών με ΧΑΠ, στη διάγνωση και αποκατάσταση των συμπτωμάτων της νόσου. Επιπλέον οι επαγγελματίες υγείας οφείλουν

να βοηθήσουν τους φροντιστές, να αναγνωρίσουν συμπεριφορές και στάσεις του ασθενούς που ενδέχεται να παρεμποδίσουν την αποτελεσματική θεραπεία και να παρέχουν συναισθηματική και πνευματική

υποστήριξη. Τέλος, σε περιπτώσεις πολύ σοβαρής ΧΑΠ τα ψυχοκοινωνικά ζητήματα πρέπει να λαμβάνονται σοβαρά υπόψη, δίνοντας έμφαση περισσότερο στην ποιότητα της καθημερινής ζωής.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. WHO, Tobacco Fact sheet N°339, 2014. Available at: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/en/>, Accessed: June 4th, 2014.
2. European Lung Foundation; European Respiratory Society. Lung health in Europe. Facts & Figures: A better understanding of lung disease and respiratory care in Europe. European Lung Foundation; 2013.
3. OECD (2013), Health at a Glance 2013: OECD Indicators, OECD Publishing. Available at: [http://dx.doi.org/10.1787/health\\_glance-2013-en](http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2013-en) Accessed: October 10th, 2014.
4. Special Eurobarometer 385; Attitudes of European Towards Tobacco, Report; May 2012. Available at: [http://ec.europa.eu/health/tobacco/docs/eurobaro\\_attitudes\\_towards\\_tobacco\\_2012\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/tobacco/docs/eurobaro_attitudes_towards_tobacco_2012_en.pdf). Accessed: September 3rd, 2014.
5. Filippidis F., Vardavas C., Loukopoulou A., Behrakis P., Connolly G., Tountas Y. Prevalence and determinants of tobacco use among adults in Greece: 4 year trends. The European Journal of Public Health 2012; 5: 772-776.
6. Ελληνική Πνευμονολογική Εταιρεία. Το Δελτίο Τύπου της Ελληνικής Πνευμονολογικής Εταιρείας για την Παγκόσμια Ημέρα της Χρόνιας Αποφρακτικής Πνευμονοπάθειας 2014. Available at: <http://www.hts.org.gr/news/newspage706706/5/newsid510/140> Πρόσβαση: 1 Αυγούστου, 2014.
7. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease; 2014. Available at: [http://www.goldcopd.org/uploads/users/files/GOLD\\_Report\\_2014.pdf](http://www.goldcopd.org/uploads/users/files/GOLD_Report_2014.pdf) Accessed: August 10th, 2014.
8. Ελληνική Πνευμονολογική Εταιρεία. Δελτίο Τύπου: Αναπνέω 4. Available at: <http://www.hts.org.gr/7/newspage706706/3> Πρόσβαση: 1 Νοεμβρίου, 2014.
9. European Lung Foundation; 2013. Available at: <http://www.erseducation.org/lrMedia/2014/pdf/238603.pdf> Accessed: July 16th, 2014.
10. European Lung Foundation. Living well with COPD; 2013-2014. Available at: <http://www.europeanlung.org/assets/files/en/publications/living-well-with-copd-en.pdf>

Accessed: August 30th, 2014.

11. Geitona M., Hatzikou M., Steiropoulos P., Alexopoulos E., Bouros D. The cost of COPD exacerbations: A university hospital – based study in Greece. *Respir Med Journal* 2011; 105:402-409.
  12. Runge M., Greganti M. Παθολογία Βασικές Αρχές. Εκδόσεις Πασχαλίδης ΠΧ., Αναθεωρημένη Επίτομη Έκδοση. Αθήνα 2011.
  13. European Lung White Book; 2014. Available at: <http://www.erswhitebook.org/chapters/chronic-obstructive-pulmonary-disease/> Accessed: July 16th, 2014.
  14. Μπακάκος Π., Κωστίκας Κ., Λουκίδης Σ. ΧΑΠ και συννοσηρότητες. *Πνεύμων* 2010; 23(1):21-23.
  15. Καρβούνης Χ., Νίκας Ν., Πανίτη Ε. Επιδημιολογική μελέτη ασθενών με Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια σε επίπεδο πρωτοβάθμιας περίθαλψης στην Ελλάδα. Η μελέτη EPIPTOSI. *Πνεύμων* 2012; 25(4):377-385.
  16. Maurer J., Rebbapragada V., Borson S., Goldstein R., Kunik M., Yohannes AM. Anxiety and Depression in COPD. *Chest* 2008, 134:43S-56S.
  17. Moussas G., Tselebis A., Karkanias A., Stamouli D., Ilias I., Bratis D. A comparative study of anxiety and depression in patients with bronchial asthma, chronic obstructive pulmonary disease and tuberculosis in a general hospital of chest diseases. *Ann Gen Psychiatry* 2008; 7:7.
  18. Hatzoglou C., Gaki E., Sarigianni F., Chamos V., Sakka G., Sakellariou I., Zarogiannis S., Gourgoulis K. Management of chronic obstructive pulmonary disease patients in primary health care. *Interscientific Health Care* 2009; 1(1): 28-30
  19. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease updated 2005; Global initiative for chronic obstructive lung disease. Available at: <http://www.goldcopd.org/uploads/users/files/GOLDWkshp05Clean.pdf> Accessed: June 15th, 2014.
  20. Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Εθνικό Σχέδιο Δράσης για το Κάπνισμα, 2008. Available at: <http://www.keelpno.gr/portals/0/%ce%91%cf%81%cf%87%ce%b5%ce%af%ce%b1/%ce%9a%ce%ac%cf%80%ce%bd%ce%b9%cf%83%ce%bc%ce%b1/kapnisma.pdf>
- Πρόσβαση: 3 Αυγούστου, 2014.
21. Θεραπευτικές κατευθυντήριες οδηγίες. Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια. Available at: [http://www.eof.gr/c/document\\_library/get\\_file?p\\_l\\_id=34765&folderId=33979&name=DLFE-2445.pdf](http://www.eof.gr/c/document_library/get_file?p_l_id=34765&folderId=33979&name=DLFE-2445.pdf), Πρόσβαση: 1 Ιουνίου, 2014.

22. European Tobacco Control Status; Report 2014. Available at: <http://www.socidrogalcohol.org/tabaco/documentos/file/34-european-tobacco-control-status-report-who-2014.html?tmpl=component>. Accessed: October 1st, 2014
23. RACGP Supporting Smoking Cessation. A guide for health professionals. Published December 2011, Updated July 6th , 2014
24. Does support and intervention from nurses help people to stop smoking? Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmedhealth/PMH0010911/> Accessed: November 29th, 2014.
25. Tonnesen P., Carrozzi L., Fagerström K., et al. Smoking cessation in patients with respiratory diseases: a high priority, integral component of therapy. *European Respiratory Journal* 2007; 29(2):390-417.
26. Οι προτάσεις της Ελληνικής Πνευμονολογικής Εταιρείας για την Παγκόσμια Ημέρα κατά του Καπνίσματος. Διαθέσιμο: <http://www.iatronet.gr/eidiseis-nea/epistimi-zwi/news/26977/oi-protaseis-tis-ellinikis-pnevmonologikis-etairias-gia-tin-pagkosmia-imera-kata-toy-kapnismatos.html>. Πρόσβαση: 10 Σεπτεμβρίου, 2014.
27. Jha P., Ramasundarahettige C., Landsman V., et al. F.R.S. Special article 21st-Century Hazards of Smoking and Benefits of Cessation in the United States. *The New England Journal of Medicine* 2013; 368:341-50.
28. Viegli G., Pistelli F., et al. Definition, epidemiology and natural history of COPD. *European Respiratory Journal* 2007; 30(5): 993-1013.

---

## *Smoking: relation to chronic obstructive pulmonary disease and the role of health professionals*

A. Roupa <sup>1</sup>, K. Tsaras <sup>2</sup>, I. Papathanasiou <sup>2</sup>

<sup>1</sup>Specialist in Application Informatics, Student and <sup>2</sup>Assistant Professors, Nursing Department, Technological Educational Institute of Thessaly, Greece

### ABSTRACT

**Introduction.** Cigarette smoking is a phenomenon which during the 20th century was epidemic. It is the leading cause of mortality, morbidity, disability and the main cause of chronic obstructive pulmonary disease (COPD). **Purpose.** This review study aims to present the newest literature data concerning the harmful effects of smoking on the human body, the relations between smoking and COPD and the interventions that can be implemented by health professional for smoking cessation, for the reduction of the occurrence of COPD and for the reduction of diseases associated with smoking. **Methodology.** Literature review was performed in PubMed databases, Google Scholar, Scopus for articles published after 2004. The key words that were used were “smoking”, “chronic obstructive pulmonary disease”, “health professionals” and “smoking cessation”. **Results.** The related literature shows that smoking has an adverse effect on the human body, causing a host of diseases. Is the main causative factor for the development of chronic obstructive pulmonary disease, lung cancer, and cardiovascular disease and is one of the most important risk factors for many pathological situations. Studies show that smoking habit and thus COPD can be prevented and reversed. The role of health professionals and particularly the role of nurses is very important for the control of the disease. **Conclusions.** Smoking is the world's most serious cause of diseases, of disability and of premature deaths. COPD is a disease that can be cured sufficiently by improving the quality of life and through prolonging life expectancy. International efforts are be done by health professionals to prevent this phenomenon, with successful results. Health professionals can contribute significantly in the reduction of the use of nicotine and in the early detection of COPD, particularly through holistic and preventive interventions.

**Keywords:** smoking, COPD, health professionals, prevention

### Citation

A. Roupa, K. Tsaras, I. Papathanasiou. *Smoking: relation to chronic obstructive pulmonary disease and the role of health professionals. Scientific Chronicles* 2015;20(1): 41-53